

# SINCOPE

T. DI FRAIA, A. SERIO, F. GAMBARDELLA

*Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico,  
Università degli Studi di Napoli "Federico II", Napoli, Italia*

## RIASSUNTO

La sincope è un'entità nosologica di difficile inquadramento eziopatogenico, poiché i meccanismi che sottendono un episodio sincopale possono riguardare diversi organi o apparati. Il tempestivo riconoscimento di segni e sintomi associati all'episodio sincopale risulta spesso dirimente ed è il cardine su cui si basa il successivo management dell'evento sincopale. Occorre tener conto che la sincope è conseguenza di una disfunzione transitoria e reversibile del flusso ematico cerebrale, pertanto deve essere prioritariamente accertata la natura transitoria dei disturbi associati all'episodio.

**Parole chiave:** Sincope · Perdita di coscienza · Ipoperfusione cerebrale

## ABSTRACT

*Syncope is a nosological entity of non-univocal etiopathogenic classification, since mechanisms underlying a syncopal episode can concern different organs or systems. The timely recognition of signs and symptoms associated with the syncopal episode is often conclusive and it is the cornerstone on which the subsequent management of syncope is based. It should be considered that syncope is a consequence of a transient and reversible cerebral hypoperfusion, therefore it must be primarily ascertained the transient characteristic of the disorders associated with syncopal episode.*

**Keywords:** Syncope · Loss of Consciousness · Cerebral Hypoperfusion

## A) CHE COS'È?

La sincope è una perdita di coscienza transitoria da ipoperfusione cerebrale globale, a rapida insorgenza, breve durata, recupero completo e spontaneo. Pertanto, il paziente riferirà che ha perso i sensi, ma si è ripreso senza nessun intervento e senza l'ausilio di alcuna terapia. Tutte le perdite di coscienza, anche transitorie, che non rispecchiano esattamente queste caratteristiche, devono essere considerate "pseudo-sincopi": tra queste figurano l'epilessia, alcuni disordini metabolici (ipossia, ipoglicemia, ipocapnia da iperventilazione), intossicazioni e gli attacchi ischemici transitori.

A seconda del meccanismo patogenetico, viene classificata in tre tipologie:

### I) SINCOPI CARDIOGENE

Possono avere una genesi elettrica oppure una genesi meccanica.

**Cause meccaniche:** sindrome coronarica acuta, scompenso cardiaco severo, embolia polmonare massiva, dissezione aortica, valvulopatia ostruttiva (stenosi aortica), cardiomiopatia ipertrofica, tamponamento cardiaco.

**Cause elettriche (aritmie):** disfunzione sinusale, disturbi della conduzione atrioventricolare, tachicardie parossistiche, sindromi ereditarie (QT lungo, Brugada), malfunzionamento dei dispositivi impiantabili (PMK, ICD), pro-aritmia indotta da farmaci.

### II) SINCOPI NEUROMEDIATE

- **S. Vaso-vagale**, spesso dovute a: luoghi chiusi e caldi, ansia, dolore emotivo o fisico;
- **S. Situazionale**, che si manifesta in corso di: tosse, defecazione, minzione, situazione postprandiale;
- **S. da ipersensibilità del seno carotideo:** innescate da qualunque manovra, sollecita-

zione o condizione che comporti una stimolazione del seno carotideo.

Ai pazienti che vanno incontro abitualmente a sincope situazionale o vaso-vagale si insegnano degli esercizi da effettuare, quali:

- tirarsi le mani con forza incrociando le dita, in modo tale da scatenare un riflesso periferico che aumenti le resistenze vascolari;
- incrociare le gambe e contrarle, come se fosse un esercizio isometrico: ciò determina un aumento delle resistenze vascolari che fa sì che il sangue non si accumuli in periferia ed evita quindi il *pooling* venoso.

Il paziente che "sente di essere sul punto di svenire" facendo queste manovre contrasta la vasodilatazione periferica.

### III) SINCOPE DA IPOTENSIONE ORTOSTATICA

Consiste in un rapido calo della pressione sanguigna in seguito all'improvviso passaggio dalla posizione seduta o sdraiata (clinostatismo) a quella eretta (ortostatismo).

Affinché si possa parlare a tutti gli effetti di ipotensione ortostatica, il calo pressorio deve essere consistente, superiore a 20 mmHg per la pressione sistolica o a 10 mmHg per quella diastolica.

## B) COME LA RICONOSCI?

Quando prestiamo soccorso sul territorio, di fronte ad una sincope dobbiamo sostanzialmente chiederci:

- Il paziente è grave?
- È stabile o instabile?
- Ho il tempo per gestirlo?
- Lo valuto o lo trasporto in urgenza in ospedale?

Quali sono i segni/sintomi che ci devono allarmare?

- Palpitazioni;
- Dispnea;
- Dolore Toracico;
- Rantoli Polmonari;

- Soffio Cardiaco;
- Ipotensione Arteriosa;
- Alterazioni ECG;
- Cefalea.

## C) COME LA TRATTI?

- Valutiamo segni vitali (procedure BLS-D);
- Valutiamo un'eventuale lesione traumatica. Non dimentichiamo che il paziente con la sincope cade a terra, quindi andiamo a vedere se ci sono eventuali lesioni dovute appunto a questo traumatismo;
- Se i segni vitali sono nella norma, possiamo fare un esame obiettivo completo, partendo dall'obiettività cardiovascolare e neurologica;
- Molto importante è andare a valutare le estremità, per valutare eventuali segni di sindrome emboligena;
- Facciamo un ECG a 12 derivazioni e, laddove possibile, instauriamo un trattamento mirato.

Ovviamente questa valutazione clinica va inserita nell'ambito del contesto in cui è avvenuta la sincope; prodromi, sintomi, stato post-attacco sono importanti informazioni anamnestiche per poter eseguire una diagnosi corretta.

## BIBLIOGRAFIA

1. Brignole M., Moya A., de Lange F.J., Deharo J., et al., *ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope*, European Heart Journal 2018; 21: 1883-1948, doi:10.1093/eurheartj/ehy037.
2. Gedela M., Rajpurohit N., Shaikh K.A., et al., *Current Guidelines on Syncope*, S D Med. 2016; 69(11): 511-515.
3. Wieling W., Thijs R.D., van Dijk N., Wilde A.A., Benditt D.G., van Dijk J.G., *Symptoms and signs of syncope: a review of the link between physiology and clinical clues*, Brain 2009.
4. Van Dijk N., Boer K.R., Colman N., et al., *High diagnostic yield and accuracy of history, physical examination, and ECG in patients with transient loss of consciousness inFAST: the Fainting Assessment study*, J. Cardiovascular Electrophysiology 2008; 19(1): 48-55.

### CORRISPONDENZA:

Tammara Di Fraia  
Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico,  
Università degli Studi di Napoli "Federico II"  
Via S. Pansini, Edificio 20, Il Piano, Napoli (NA), Italia.  
Email: tammara.difraia@unina.it