

G. Vita

## Il ruolo del neurologo nella gestione della perdita di coscienza transitoria: conclusioni e prospettive future

**Riassunto** Finora il ruolo del neurologo nella gestione del paziente con sincope è stato marginale. D'altra parte, però, almeno 1 paziente su 5 che presentano un episodio di perdita di coscienza transitoria ha una malattia neurologica. Il neurologo deve rivolgere al paziente con sincope un'appropriata attenzione diagnostica e prendere in considerazione tutte le cause, comuni e meno comuni, avvalendosi dei numerosi esami di esplorazione funzionale del sistema nervoso vegetativo. L'organizzazione di una *Syncope Unit* integrata che veda operare assieme il medico di medicina d'urgenza, il cardiologo e il neurologo, potrebbe essere una valida proposta operativa, condivisa e sostenuta dalle diverse Società Medico-Scientifiche Neurologiche.

**Parole chiave** Sincope • Emergenza neurologica • Syncope Unit

Numerosi studi epidemiologici hanno esaminato l'incidenza del sintomo "sincope" e dimostrato un aumento direttamente proporzionale all'età, con valori che arrivano a 11 casi per 1000 persone per anno tra i soggetti con età compresa tra 70 e 79 anni e a 17–19 casi per 1000 in caso di età maggiore di 80 anni. Negli USA 1–2 milioni di pazienti vengono esaminati annualmente per sincope, dal 3% al 5% delle visite effettuate al Pronto Soccorso (P.S.) riguardano problemi di valutazione diagnostica di episodi sincopali e dall'1% al 6% dei ricoveri ospedalieri effettuati in urgenza sono per sincope [1].

Gli studi condotti negli anni Ottanta hanno dimostrato che la mortalità a 1 anno dei pazienti con sincope cardiaca (range 18–33%) è consistentemente più elevata di quella dei pazienti con causa non cardiaca (0–10%) o da causa inspiegata (6%). Inoltre, l'incidenza a 1 anno di morte improvvisa è risultata del 24% nei pazienti con pregressa sincope di origine cardiaca rispetto al 3–4% negli altri due gruppi [2, 3]. Questo ha giustamente determinato un'attenzione maggiore verso le sincopi cardiache rispetto a quelle da altra causa ed in particolare il cardiologo è stato investito di una specifica responsabilità nella gestione della diagnosi e del trattamento del paziente con sincope. Inoltre, nuovi test diagnostici sono stati introdotti nella pratica clinica da cardiologi e, successivamente, dagli stessi perfezionati e standardizzati sulla base dell'esperienza clinica maturata.

Nel 2001 la *Task Force on Syncope* della *European Society of Cardiology* (ESC) ha pubblicato le linee guida sulla diagnosi ed il trattamento della sincope [4]. Nel frattempo, i cardiologi hanno iniziato a discutere sulla proposta della nascita di un'area designata alla valutazione della sincope all'interno del dipartimento di emergenza o della divisione di cardiologia (*Syncope Unit*) e vari studi hanno poi dimostrato che la sua utilizzazione è in grado di migliorare la capacità diagnostica e di ridurre i ricoveri ospedalieri [1]. In Italia, è stata istituita nel 2002, dall'Associazione Italiana di

G. Vita (✉)  
Clinica Neurologica 2  
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Messina  
Dipartimento di Neuroscienze  
Università degli Studi di Messina  
Via Consolare Valeria, I-98125 Messina, Italia  
e-mail: giuseppe.vita@unime.it

Aritmologia e Cardioritmo (AIAC), la *Task Force* "Modello organizzativo di *Syncope Unit*" con lo scopo di definire un insieme di aspetti pratici della gestione del paziente con sincope che sia condiviso ed accettato dai cardiologi italiani. Un loro recente studio dimostra che, su 84 Ospedali italiani che hanno risposto ad un questionario inviato a 400 enti ospedalieri, un ambulatorio dedicato alla sincope è presente in 59 di essi e nel 95% dei casi risulta gestito da una Unità Operativa o Divisione di Cardiologia [5]. Ciononostante, lo stesso studio ha rilevato una grande difformità nella metodologia di studio della sincope, paradossalmente proprio nei test di meno recente introduzione quali il massaggio del seno carotideo ed il *tilt test*. Questo appare ancor meno giustificabile se si considera che i cardiologi si sono fatti, da tempo, promotori di documenti di consenso finalizzati alla standardizzazione di tali procedure. Lo studio si conclude con l'auspicio che iniziative di standardizzazione ed ottimizzazione dei percorsi diagnostici vengano prese dalle Associazioni Medico-Scientifiche Cardiologiche.

*Ma quale è la frequenza dei vari tipi di sincope? Ed in particolare quale è il ruolo del neurologo nella gestione del paziente con sincope?* Nel 2001 Alboni e coll. [6] hanno pubblicato uno studio prospettico effettuato su 341 pazienti consecutivi visitati per sincope in 5 centri cardiologici italiani. Una forma riflessa o neuromediata è stata identificata nel 56% dei pazienti, una causa cardiaca (aritmica o meccanica) nel 23%, una causa ortostatica nel 2%, una causa neurologica nello 0,7% (2 pazienti con TIA, 1 paziente con epilessia), una causa psichiatrica nello 0,3%, mentre la sincope rimaneva senza una causa identificata nel 18% dei soggetti. Vista la apparente scarsa incidenza delle forme di origine neurologica, non possiamo meravigliarci se le linee guida sulla diagnosi ed il trattamento della sincope, elaborate dalla *Task Force on Syncope* della ESC [4] considerano la valutazione neurologica assolutamente "accessoria". La raccomandazione di classe I (evidenza e/o accordo generale) recita infatti così: "È indicata una valutazione neurologica nei pazienti in cui la perdita di coscienza non può essere attribuita a una sincope. In caso di sincope certa, una valutazione neurologica è consigliata solo nei casi in cui la sincope può essere dovuta a insufficienza neurovegetativa o a sindrome da furto cerebrovascolare". Infine viene concluso, con una raccomandazione di classe III (procedura non utile o pericolosa), che "in tutti gli altri casi di sincope, la consulenza neurologica non è indicata". In altri termini, si lascia al medico di medicina d'urgenza o al cardiologo la libera decisione di chiedere o non chiedere la consulenza neurologica. Questo tipo di impostazione non è assolutamente modificata nell'Update 2004 delle stesse Linee Guida della ESC [7]. Negli USA, la situazione non è differente! Un documento del *Practice Guidelines Sub-*

*committee* della *North American Society of Pacing and Electrophysiology*, elaborato in merito al paziente con sincope e senza una patologia cardiaca, non menziona il ruolo consulente del neurologo, nonostante includa le malattie neurodegenerative nella diagnosi differenziale della ipotensione ortostatica (*sic*) [8].

*Ma è proprio vero che le sincopi neurologiche sono rare?* Quando 123 pazienti con diagnosi di sincope indeterminata o inizialmente diagnosticata neuromediata sono stati ricontrollati dopo 2 anni, una nuova diagnosi è stata formulata in 17 di loro (14%). Questi comprendevano 5 pazienti (4%) con epilessia [9]. Questo dimostra che un'apparente bassa incidenza delle sincopi neurologiche può essere dovuta ad un errore diagnostico. Inoltre una *review* del 2002 riporta valori di prevalenza della sincope ricavati da più studi di popolazione, in cui una causa neurologica viene riportata nel 7% dei soggetti (range 3–32) ed una ipotensione ortostatica nell'11% (range 4–13) [10]. Inoltre nel 39% dei pazienti (range 13–42), la sincope rimaneva non spiegata e nel 17% (range 9–45), la diagnosi era di sincope riflessa. Il basso valore delle forme riflesse e l'elevato valore delle sincopi non determinate possono essere spiegate con il fatto che i valori provengono da studi effettuati negli anni '80, prima dell'introduzione del *tilt test* nella diagnostica strumentale dei pazienti con sincope. Comunque le percentuali delle forme neurologiche-ortostatiche appaiono nettamente più alte rispetto agli studi prima citati.

Lo studio EGSYS (*Evaluation of Guidelines in Syncope Study*) condotto in 28 Ospedali italiani ha investigato 996 pazienti giunti per sincope al P.S. (0,95% di un numero totale di 105.173 accessi) [11]. Considerando la diagnosi finale dopo un approfondito iter clinico e strumentale, una causa neurologica era riscontrabile in quasi il 23% (cause ortostatiche, 6%; cause cerebrovascolari, 1%; condizioni "syncope-like" comprendenti disordini metabolici, epilessia, intossicazioni, TIA, cataplessia e *drop attacks*, 16%).

Altre utili informazioni ci vengono dall'analisi dei dati ottenuti nel Progetto NEU (La Neurologia nella Emergenza-Urgenza) promosso dalla SIN e dalla SNO e coordinato da Fabrizio de Falco. Sono state oggetto dell'indagine 158 unità operative di neurologia con 4.062 posti letto e con un bacino d'utenza di quasi 40 milioni di abitanti. Le consulenze fornite dal neurologo sono state 603.834, di cui il 57,7% al P.S. ed il 42,3% ad altri reparti. È risultato inoltre che il P.S. chiede al neurologo più di un terzo del numero totale di consulenze specialistiche (in particolare il 37% al neurologo ed il 63% ad altri specialisti). Esaminando nel dettaglio i quadri clinici più frequenti al P.S., che hanno richiesto la consulenza neurologica, risultano i seguenti valori: vasculopatie cerebrali 28%, cefalea 22%, vertigini 13%, traumi 13%, disturbi della coscienza 12%, epilessia 9%, disturbi d'ansia 1%, altro 2%. Si nota come i disturbi della coscienza siano già

distinti dall'epilessia e considerandoli però insieme come evento acuto quasi sempre con alterazione della coscienza, si raggiunge ben il 21% delle cause di consulenza neurologica al P.S.

Infine non sono poche le segnalazioni in letteratura che dimostrano come una perdita transitoria della coscienza possa essere il sintomo d'esordio di una malattia neurologica inaspettata e che solo una valutazione neurologica attenta e consapevole può indirizzare alla corretta diagnosi [12–14].

Bisogna comunque riconoscere che in Italia, negli ultimi anni, il ruolo del neurologo nella gestione del paziente con sincope ha avuto un progressivo maggiore riconoscimento e prova ne siano i due Congressi Multidisciplinari sulla Sincope svoltisi nel 2003 e nel 2005 e organizzati da numerose società medico-scientifiche cardiologiche, neurologiche, internistiche e di emergenza (AIAC, AINV, FADOI, SIGG, SIMEU, SIMI, SIN, SNO).

*In conclusione*, le cause cardiache di sincope hanno la prognosi peggiore e quindi l'iter diagnostico vede giustamente al primo posto l'esame cardiologico e l'elettrocardiogramma di base seguiti, se necessario, da altri esami. D'altra parte, la perdita di coscienza transitoria riconosce una causa neurologica in 1 paziente su 5 circa. Quindi, qualora vengano escluse cause di origine cardiaca, riteniamo che la consulenza neurologica vada sempre richiesta. Da parte sua, il neurologo deve rivolgere al paziente con sincope una appropriata attenzione diagnostica e prendere in considerazione tutte le cause, comuni e meno comuni, avvalendosi dei numerosi esami ormai disponibili ed attendibili di esplorazione funzionale del sistema nervoso vegetativo. Una proposta operativa potrebbe essere quella di una *Syncope Unit* integrata che veda operare assieme il medico di medicina d'urgenza, il cardiologo e il neurologo. In questo progetto, a cui dovrebbero lavorare le Società Medico-Scientifiche Neurologiche, l'esperienza maturata nella organizzazione della *Stroke Unit* potrebbe essere di grande aiuto.

## Bibliografia

1. Shen WK, Decker WW, Smars PA (2004) Syncope evaluation in the emergency department study (SEEDS): a multidisciplinary approach to syncope management. *Circulation* 110:3636–3645
2. Kapoor WN, Karpf M, Wieand S et al (1983) A prospective evaluation and follow-up of patients with syncope. *N Engl J Med* 309:197–204
3. Kapoor WN (1990) Evaluation and outcome of patients with syncope. *Medicine* 69:160–175
4. Brignole M, Alboni P, Benditt D et al (2001) Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 22:1256–1306
5. Bartoletti A, Brignole M, Proclemer A et al (2004) Come viene studiata la sincope negli ospedali italiani? Risultati del primo censimento nazionale dei centri per lo studio della sincope. *Ital Heart J Supp* 5:472–479
6. Alboni P, Brignole M, Menozzi C et al (2001) Diagnostic value of history in patients with syncope with or without heart disease. *J Am Coll Cardiol* 37:1921–1928
7. Brignole M, Alboni P, Benditt D et al (2004) Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope – Update 2004. *Eur Heart J* 25:2054–2072
8. Goldschlager N, Epstein AE, Grubb BP et al (2003) Etiologic considerations in the patient with syncope and an apparently normal heart. *Arch Intern Med* 163:151–162
9. Gatzoulis K, Sideris S, Theopistou A et al (2003) Long-term outcome of patients with recurrent syncope of unknown cause in the absence of organic heart disease and relation to results of baseline tilt table testing. *Am J Cardiol* 92:876–879
10. Kapoor WN (2002) Current evaluation and management of syncope. *Circulation* 106:1606–1609
11. Disertori M, Brignole M, Menozzi C et al (2003) Management of patients with syncope referred urgently to general hospitals. *Europace* 5:283–291
12. Tinuper P, Bisulli F, Cerullo A et al (2001) Ictal bradycardia in partial epileptic seizures. Autonomic investigation in three cases and literature review. *Brain* 124:2361–2371
13. Vita G, Mazzeo A, Di Leo R et al (2005) Recurrent syncope as persistently isolated feature of transthyretin amyloidotic polyneuropathy. *Neuromuscul Disord* 15:259–261
14. Erdinler I, Afsar N, Sanli A et al (2004) Asystole associated with cluster headache. *Can J Cardiol* 20:1369–1370