


# **Lipotimie e sincopi loro semeiotica clinica e Diagnosi**

TVC: Le condizioni di priorità di Emergenza (E) ,Urgenza (U) e Breve(B) e  
l'Ambulatorio Territoriale di Neurologia  
dr. Rodolico Francesco, PTA Giarre (CT) Italy

# **perdite transitorie della coscienza(PTC)**

- **stati di reale od apparente PTC con perdita della consapevolezza, caratterizzate da amnesia per il periodo di incoscienza, perdita o no del controllo motorio, perdita delle risposte verbali, di breve durata. Esse si distinguono in traumatiche( a seguito di trauma cranico) e non traumatiche, noi ci occuperemo di quelle non traumatiche.**

	<p style="text-align: center;"><b>RAO</b> <b>Linee guida</b></p>	<p style="text-align: center;">Rev. 4 data 09.02.2011</p>
<p style="text-align: center;"><b>PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI</b></p>		

### NEUROLOGIA

**Prestazione: Visita neurologica - Codice: 89.13**

Classe di priorità	Attesa max da garantire	“Parole Chiave” indicate dal gruppo di lavoro
<b>URGENZE</b> (U del ricettario SSN)	24/48 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Classe priorità non prevista</li> </ul>
<b>BREVE</b> (B del ricettario SSN)	10 gg.	Modifica delle condizioni neurologiche preesistenti di nuova e recente insorgenza, ad andamento subacuto o rapidamente progressivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turbe dello stato di coscienza</li> <li>• Riduzione capacità cognitive o deterioramento mentale</li> <li>• Alterazioni delle funzioni sensitivo motorie</li> </ul>
<b>DIFFERIBILI</b> (D del ricettario SSN)	30 gg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificazione significativa quadro neurologico in pazienti con patologie croniche note o con sintomi in lento peggioramento</li> </ul>
<b>PROGRAMMABILI</b> (P del ricettario SSN)	180 gg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Follow up patologie neurologiche croniche stabilizzate o a lenta evoluzione</li> </ul>

CLASS_RAO 014	PRIMA VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA°°	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefalea esordita dopo recente trauma cranico (anche se con precedente TAC encefalo negativa)</li> <li>2. Cefalea violenta ad esordio acuto in soggetto precedentemente asintomatico</li> <li>3. Effetti collaterali importanti di terapia in atto</li> <li>4. Recente insorgenza/ recidiva di segni e/o sintomi neurologici che modificano le condizioni preesistenti alterando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• lo stato di coscienza (perdita di coscienza prolungata, prima crisi epilettica, episodi critici ripetuti di recente insorgenza, crisi epilettiche subentranti)</li> <li>• le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale)</li> <li>• le capacità sensitive e/o motorie</li> </ul> </li> <li>5. Recidiva in malattia cronica nota con sintomatologia grave che possa compromettere le funzioni vitali</li> <li>6. Sospetti segni e/o sintomi di TIA o altro evento cerebro-vascolare</li> <li>7. Stato confusionale ad esordio acuto</li> <li>8. Vertigine acuta accompagnata da altri segni e/o sintomi di interessamento del Sistema Nervoso Centrale o Periferico</li> </ol>

B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aggravamento subacuto o comparsa di nuovi sintomi/segni in malattia neurologica nota già in trattamento ambulatoriale</li> <li>2. Recidiva in malattia cronica nota con sintomatologia non grave senza compromissione delle funzioni vitali</li> <li>3. Riduzione capacità cognitive o deterioramento mentale di recente insorgenza che comprometta le attività di vita quotidiana</li> <li>4. Sospetto di malattie con deficit sub-acuto del Sistema Nervoso Centrale o Neuromuscolare</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
---	-------	--

# Sincope

- **Perdita di coscienza transitoria (PdC), in rapporto a ipo - perfusione cerebrale globale, caratterizzata da inizio rapido, breve durata e recupero spontaneo e completo.-**

# **epidemiologia della sincope**

- studio Framingham: 7 /1000 persone per anno hanno una sincope;**
- il 40% della popolazione nella vita ha una sincope;**
- dall'1-6 % dei ricoveri ospedalieri sono dovuti a sincope;**
- 1% dei ricoveri in pronto soccorso;**
- 10% delle cadute degli anziani è causato da sincope.**
- 6% va incontro a traumi maggiori, il 29% a traumi minori.**

# prevalenza per tipologia di sincope

- **sincope da riflessi neuromediati 56-73%**
- **sincope da ipotensione ortostatica: 1-10%:  
prevalente nei pazienti con meno di 40 anni o in  
quelli oltre i 75 anni**
- **sincope cardiovascolare : 6-37%**
- **perdita della coscienza non dovuta a sincope: 1-6%**
- **Sincope da causa sconosciuta: 17-33% , ( sincope  
unit:5-20%)**

# prevalenza della sincope per classe di età

- la sincope presenta due picchi di prevalenza il primo fra i dieci ed i trenta anni, poi dai trenta ai sessanta anni la prevalenza subisce un netto calo, per aumentare di nuovo fra i 60 e gli ottanta anni; nel primo picco prevale la sincope neuromediata, nel secondo gruppo incrementa quella cardiogena.



# lipotimia e sincope

## definizione e semiologia

- La Lipotimia è una sensazione improvvisa di debolezza che non comporta la completa perdita della coscienza. Tuttavia per lipotimia si può intendere un ottundimento della coscienza o riduzione della coscienza . Possiamo trovare anche il termine di prelipotimia. Più recentemente parliamo di pre-sincope per indicare i prodromi della sincope. La sincope può non essere preceduta dalla Pre-sincope. Il termine lipotimia e prelipotimia sono sconsigliati.

# la sincope e le perdite transitorie della coscienza

- **sincope: riflessa, da ipotensione ortostatica, cardiogena**
- **perdita di coscienza o della consapevolezza: Epilessia: crisi toniche, cloniche, tonico-cloniche, atoniche.**
- **perdita della consapevolezza psicogena (Pseudosincope psicogena(PPS), attacco parossistico non epilettico(PNES))**
- **cause rare(sincope autoindotta cianotica, furto della succlavia)**

# **indagini strumentali in caso di sincope**

- **Attenta Anamnesi; visita neurologica con rilievo della P.A.O. clinostatica ed ortostatica subito dopo e tre minuti dopo**
- **E.C.G. a 12 derivazioni;**
- **Massaggio del seno carotideo;**
- **Tilt Test;**
- **ECG Holter, Implanted LR,**

# **anamnesi della sincope neurogenica**

- fase prodromica di durata variabile, non obbligatoria con vertigine, scotomi, nausea e vomito, dolori addominali, sudorazione, debolezza, turbe della visione; perdita della coscienza completa per alcune decine di secondi, raramente sino ad alcuni minuti primi. Recupero spontaneo, completo, pronto, senza sequele (talora astenia residua, vomito, nausea pallore). Amnesia retrograda specie negli anziani.**

# **basi fisiopatologiche della sincope**

- **Sincope Neurogenica: riflessa, vasovagale, ipersensibilità del seno carotideo, da malattia neurodegenerativa; da neuropatia primaria o secondaria; iatrogena;**
- **Sincope Cardiogenica: da alterazione aritmica del nodo seno-atriale, da alterazione della conduzione atrioventricolare, da alterazione cardiaca strutturale; iatrogena;**

# **s. da riflessi neuromediati**

- vasovagale, situazionale o del seno carotideo: in queste si verifica uno squilibrio neurovegetativo con prevalenza parasimpatica con manifestazione cardiodepressiva o vasodepressiva prevalente; spesso vede una esagerata risposta cardio+vasoinibitoria, puo' essere classificata anche in base allo stimolo che la provoca.**

# **S. SITUAZIONALE**

- **s. da stress emotivi, dolore, odore, paura; visione del sangue; da stress ortostatico prolungato; da sforzo, da tosse; da defecazione; da minzione; da dolore viscerale; da deglutizione; dopo tuffo; dal suonare strumenti a fiato; s. del seno carotideo; forme atipiche: “furto della succlavia”**

# **SINCOPE CARDIOGENA**

- **CAUSA DI ARITMIE CARDIACHE, TACHICARDIA SOPRAVENTRICOLARE PAROSSISTICA; TACHICARDIE VENTRICOLARI, INFARTI CARDIACI CON DANNO DELLE VIE DI CONDUZIONE , BLOCCHI DI BRANCA BIFASCICOLARI; TUMORI CARDIACI(MIXOMI); TAMPONAMENTO CARDIACO DA PERICARDITE ESSUDATIVA; INFARTO POLMONARE.-**



# **SINTOMATOLOGIA DELLA SINCOPE CARDIOGENA**

- ESORDIO QUASI IMPROVVISO SENZA O CON POCO COINVOLGIMENTO VEGETATIVO; LA SINCOPE PUO' VERIFICARSI ANCHE IN CLINOSTATISMO; SENSAZIONE DI PALPITAZIONE IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE; OPPURE DOLORE TORACICO VIOLENTO(EMBOLIA POLMONARE), DOLORE CARATTERISTICO DELLA CRISI STENOARDICA PER L'INFARTO, CHE PUO' PRECEDERE LA SINCOPE.**

# **s. da ipotensione ortostatica**

- **deficit primitivo del SNA: PAF, MSA, Parkinson, D. corpi di Lewy;**
- **deficit secondario del SNA; diabete mellito, amiloidosi, lesioni del midollo spinale, uricemia.**
- **deficit da farmaci o sostanze tossiche:alcool, fenotiazine, diuretici, antidepressivi, vasodilatatori;**
- **riduzione di volume circolante: vomito , diarrea, emorragia, sudorazione profusa;**

# Ipotensione ortostatica

- **forma classica:** riduzione dopo 3' di ortostatismo di 20 mm sist. e 10 mm diast.
- **forma immediata:** calo di oltre 40 mmhm della massima immediatamente dopo ortostatismo, con rientro dei valori in meno di 30 sec.
- **forma tardiva e progressiva:** riduzione progressiva nei minuti successivi all'ortognatismo della pressione, senza tachicardia(anziano);
- **POTS( sindrome da tachicardia ortostatica)**incremento della frequenza cardiacadi 30 b./min. in pochi minuti dopo l'assunzione dell'ortostatismo, o FC superiore a 120/min. giovani donne affette da intolleranza ortostatica e presincopi.
-

# **sincope da cause non spiegabili**

- **la sincope che secondo i criteri della definizione diagnostico non è inquadrabile viene definita come sospetta sindrome aritmica, pertanto va in Unità di Sincope.**

# Prognosi

- **la prognosi della sincope neuro-distonica è di solito benigna, se si eccettuano i danni che si possono avere a seguito delle cadute**
- **mentre le sincopi a genesi cardiaca, esse hanno prognosi più severa od infausta specie se si tratta di sincopi date da gravi patologie del ritmo cardiaco e/o strutturali del miocardio e del sistema di conduzione.**

# Management della sincope in DEA(1)

- raccomandazioni
- **Basso rischio: dimissione;**
- **Alto rischio: valutazione intensiva in DEA per una presa in carico della Unità di sincope;**
- **Rischio né alto né basso, avvio verso l'Unità di Sincope;**

# Management della sincope in DEA(2)

- dovrebbe essere consigliato
- videoregistrazione: di eventi spontanei
- impianto di loop recorder nei pazienti con sospetta epilessia non provata
- nei pazienti con cardiomiopatia aritmogena primaria o ereditaria, a basso rischio per morte improvvisa cardiaca, come alternativa all'impianto di ICD intracardiaco, si applica ILR

# Management della sincope in DEA (3)

- **L'impianto del LR è di dubbia utilità nelle cadute non spiegate.**



# **Terapia della sincope Vasovagale(LG-ESC2018)**

- **sincope da ipotensione orto-statica: misure generali di comportamento ed incremento dell'apporto idrico e del sale.-**
- **Riduzione dei farmaci vasoattivi che riducono resistenze e volume circolante.**
- **se i sintomi persistono: contro-manovre compressive; uso di indumenti compressivi(cinture addominali e calze elastiche), sollevamento della testa in clinostatismo, midodrina e fludrocortisone.**

# **interventi igienici in caso di SVV**

- **evitare pasti abbondanti e caldi specie in estate**
- **evitare bevande alcoliche**
- **effettuare manovre compensatorie compressive**
- **sedersi o meglio sdraiarsi per terra con cintura e colletto slacciati**

# **raccomandazioni per la guida**

- **evitare la guida in caso di qualsiasi aritmia cardiaca sintomatica per sincope**
- **evitare la guida nella prima settimana successiva all'impianto di PM**
- **evitare la guida nei primi sei mesi dopo l'impianto di Impianto Cardiaco di Defibrillazione**
- **sincope situazionale: nessuna restrizione**
- **SVV e SSC con sintomi lievi: nessuna restrizione**
- **SVV e SSC con sintomi severi (durata prolungata e risveglio penoso): sospensione sino all'individuazione della causa**
- **sincope da causa non determinata: astensione dalla guida sino alla diagnosi e dopo almeno tre mesi senza sintomi.**

*Grazie  
dell'attenzione*

