

La sincope nell'anziano

Importanza del monitor multiparametrico nella valutazione in Osservazione Breve Intensiva

Alessandro Riccardi, Pastorino Laura, Bruno Chiarbonello, Beatini Luca, Corti Luca, Castelli Marina, Roberto Lerza
DEA – UO Pronto Soccorso, Ospedale San Paolo, Savona

SINTESI

La sincope è una patologia frequente ed è causa dell'1-3% degli accessi al Pronto Soccorso. Sebbene un'anamnesi accurata, l'obiettività e l'ECG consentano la diagnosi nel 50% circa dei casi, la percentuale di sincope spiegate alla valutazione in PS è elevata, con un numero significativo di ricoveri. La diffusione di linee guida con strategie diagnostiche standardizzate e l'istituzione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) hanno consentito miglioramenti nella gestione della sincope in particolare negli anziani, nei quali per vari motivi è più difficile distinguere tra forme benigne e forme potenzialmente pericolose. L'OBI, con la possibilità di effettuare un monitoraggio costante, può costituire il setting assistenziale più idoneo per questi pazienti. Grazie al monitor multiparametrico, in alcuni casi di sincope dell'anziano apparentemente benigna si possono individuare eventi aritmici severi. Nei primi 6 mesi del 2005 al Pronto Soccorso del San Paolo di Savo-

na sono stati gestiti dall'OBI 164 pazienti di età superiore a 65 anni con diagnosi di sincope/presincope. Nel corso del monitoraggio, sono state rilevate in 12 pazienti (7,3%) aritmie iper- o ipercinetiche non individuabili nelle sale del Pronto Soccorso: in dettaglio 2 casi di tachicardia ventricolare, 4 di fibrillazione atriale, 2 di flutter atriale, 1 di TPSV, 1 di asistolia e 2 di blocco atrioventricolare di terzo grado.

I casi presentati sono emblematici di come l'OBI e la possibilità di monitoraggio dei pazienti siano essenziali nella gestione della sincope. Entrambi questi pazienti avrebbero potuto essere rapidamente dimessi in quanto molti elementi inducevano a pensare a una genesi ortostatica dell'episodio di presentazione; viceversa anche un ricovero in degenza ordinaria, senza un assiduo monitoraggio, non avrebbe potuto prevenire una possibile morte improvvisa.

Nelle strutture di Pronto Soccorso, gli accessi di pazienti visitati a seguito di episodi lipotimici e sincopali si aggirano intorno all'1-3% del totale¹⁻³. Ancora oggi il numero dei ricoveri ospedalieri è piuttosto elevato e ciò è imputabile alle difficoltà a porre una diagnosi di certezza nel breve tempo di una valutazione nella sala di Pronto Soccorso e quindi al timore di sottostimare una situazione minacciosa per la vita del paziente. Nonostante il ricovero ospedaliero, che spesso è protratto e gravato da un elevato consumo di risorse⁴, un numero ancora significativo di sincope rimane inspiegato da un punto di vista eziologico. La diffusione di linee guida con strategie diagnostiche standardizzate e l'istituzione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) hanno certamente consentito miglioramenti nella gestione di questa condizione clinica ma si è ancora lontani da risultati ottimali^{5,6}. Infatti se è vero che un'anamnesi accurata, l'esame obiettivo e l'ECG consentono una diagnosi in circa il 50% delle sincope^{7,8}, nei restanti casi è difficile anche solo l'immediata distinzione tra forme "benigne" e forme potenzialmente minacciose.

Ciò è vero in particolar modo nell'anziano. In genere nei pazienti anziani colpiti da un evento sincopale il medico trova difficoltà nell'orientarsi già al primo approccio clinico-anamnestico. Le motivazioni sono molteplici, ad esempio la maggior incidenza nell'anziano di pluripatologie e cardiopatie, la più frequente assunzione di farmaci, i traumatismi correlati alla sincope, le maggiori difficoltà nell'avvertire e riferire i sintomi prodromici e nello specificare la dinamica⁹⁻¹¹. Nell'anziano il 30% delle sincope ha origine ortostatica, il 35% è neuromediata, il 20% senocarotidea, mentre le aritmie incidono almeno nel 15% dei casi⁷. È quindi facilmente intuibile come le forme pericolose siano una percentuale importante.

L'OBI istituita nelle strutture di Pronto Soccorso con elevato flusso di pazienti è forse il setting assistenziale più idoneo per gran parte delle situazioni sincopali la cui diagnosi non può essere posta al primo impatto¹². Questo grazie alla possibilità di effettuare un monitoraggio costante dei parametri vitali, in special modo dell'ECG, con l'impiego del monitor multipa-

rametrico. È soprattutto nei pazienti anziani che, nel corso dell'osservazione, possono emergere eventi minacciosi insospettiti malgrado un primo approccio accurato da un punto di vista anamnestico e clinico. Al Pronto Soccorso del San Paolo di Savona, l'OBI è operativa dal maggio 2004 e, dopo una prima attivazione di 4 letti, dal 1° gennaio 2005 l'organizzazione prevede 6 posti letto di cui 3 dotati di monitor multiparametrico. Le regole regionali prevedono che l'iter diagnostico del paziente debba concludersi entro le 24 ore. Nei primi 6 mesi dell'anno si sono registrati 164 accessi in OBI per sincope/presincope in pazienti di età superiore a 65 anni. Il protocollo in uso nel nostro Pronto Soccorso prevede che, a meno di riscontrare una causa immediatamente evidente della sincope, al paziente di età superiore a 65 anni sia sempre proposta un'osservazione di alcune ore in OBI. Qui il paziente può essere rivalutato meglio da un punto di vista clinico-anamnestico: si può effettuare un monitoraggio dell'ECG, controllare la pressione arteriosa in clino-ortostatismo oltre che a entrambe le braccia, si effettua generalmente il massaggio del seno carotideo. Questi elementi consentono talora di giungere all'individuazione delle cause di sincope, ma soprattutto infondono sicurezza al processo decisionale successivo del medico.

I nostri dati sono abbastanza esplicativi: 12 (7,3%) dei 164 pazienti anziani trattenuti in OBI hanno presentato, nel corso dell'osservazione, turbe del ritmo cardiaco verosimilmente responsabili della sincope. Nello specifico abbiamo osservato 4 casi di fibrillazione atriale, 2 flutter atriali, una tachicardia parossisti-

ca sopraventricolare, un'asistolia, 2 tachicardie ventricolari e 2 blocchi atrioventricolari di III grado. Esponiamo brevemente 2 casi tra i più esemplificativi nei quali il primo orientamento diagnostico deponeva per una genesi "benigna" della sincope, mentre il monitoraggio effettuato in OBI ha consentito di rilevare importanti turbe del ritmo cardiaco.

Caso clinico n. 1

Il paziente era un uomo di 66 anni senza precedenti cardiologici tranne ipertensione arteriosa trattata con valsartan e idroclorotiazide. Nella notte, si era alzato bruscamente dal letto per soccorrere la suocera nel bagno e dopo pochi passi aveva presentato un episodio di perdita di coscienza e conseguente trauma cranico. All'arrivo in Pronto Soccorso il paziente era cosciente e normoteso, non sapeva riferire in merito a prodromi. L'obiettività era negativa e l'ECG normale (Figura 1) con FC 55/min. È stato effettuato anche un ecocardiogramma che risultava normale. Trattenuto in OBI anche per il trauma cranico, il paziente ha accusato, dopo 3 ore circa, una sintomatologia lipotimica transitoria durante la quale è stato registrato un arresto sinusale con asistolia di 4 secondi (Figura 2). Trasferito in ambiente cardiologico, è stato sottoposto a impianto di *pacemaker*.

Caso clinico n. 2

Una donna di 82 anni, portatrice di PM e affetta da cardiopatia ischemica (pregresso IMA inferiore), riferiva saltuari episodi anginosi e assumeva nitroderivati orali, betabloccanti, furosemide, enalapril, car-

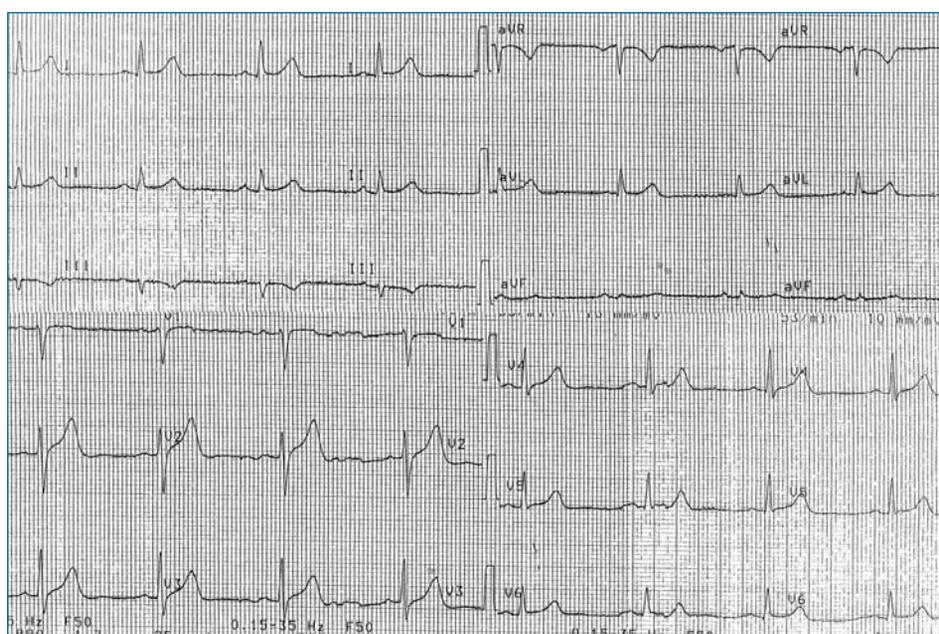


Fig. 1 - ECG all'ingresso in Pronto Soccorso.

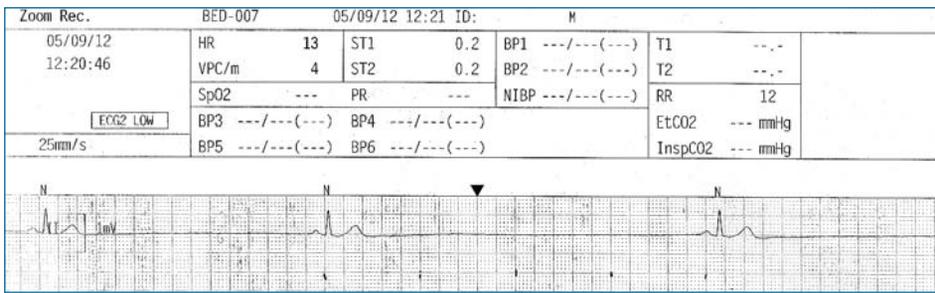


Fig. 2 - Registrazione dell'episodio di asistolia durante il monitoraggio.

dioaspirina e simvastatina. Dopo un dolore stenocardico ha assunto carvasin sl e ha accusato quindi sintomatologia lipotimica, per cui è stata trasportata al PS. La paziente non presentava perdita di coscienza e all'ingresso era in compenso di circolo, cosciente ma ipotesa (105/60), con FC 72/min. All'ECG sono stati evidenziati attività ritmica e segni di sovraccarico-ischemia del VS (Figura 3) immo-
 dicati rispetto ai precedenti. La paziente è stata trattenuta in OBI e qui è stato rilevato un run di TV non sostenuta (Figura 4). È stata quindi impostata terapia con amiodarone e trasferita la paziente in ambiente cardiologico.

Discussione

I casi presentati sono emblematici di come l'OBI e la possibilità di monitoraggio dei pazienti siano essen-

ziali nella gestione della sincope. Basti pensare che se ci si fosse fermati a una prima superficiale valutazione inquadrando i pazienti come casi di ipotensione ortostatica, data la modalità dell'evento, questi avrebbero potuto essere dimessi con intuibili rischi per loro e per il medico di guardia. D'altro canto anche un ricovero per accertamenti in degenza ordinaria, dove non è abitualmente possibile un monitoraggio dell'ECG, non avrebbe potuto consentire una diagnosi tempestiva, né avrebbe potuto evitare una possibile morte improvvisa.

Quindi i rischi per il medico del Pronto Soccorso sono enormi e lo sono in particolare nella gestione della sincope, il cui ricovero è spesso considerato inappropriato dalle amministrazioni, ma questo non deve condizionare l'approccio clinico. L'OBI è quindi un

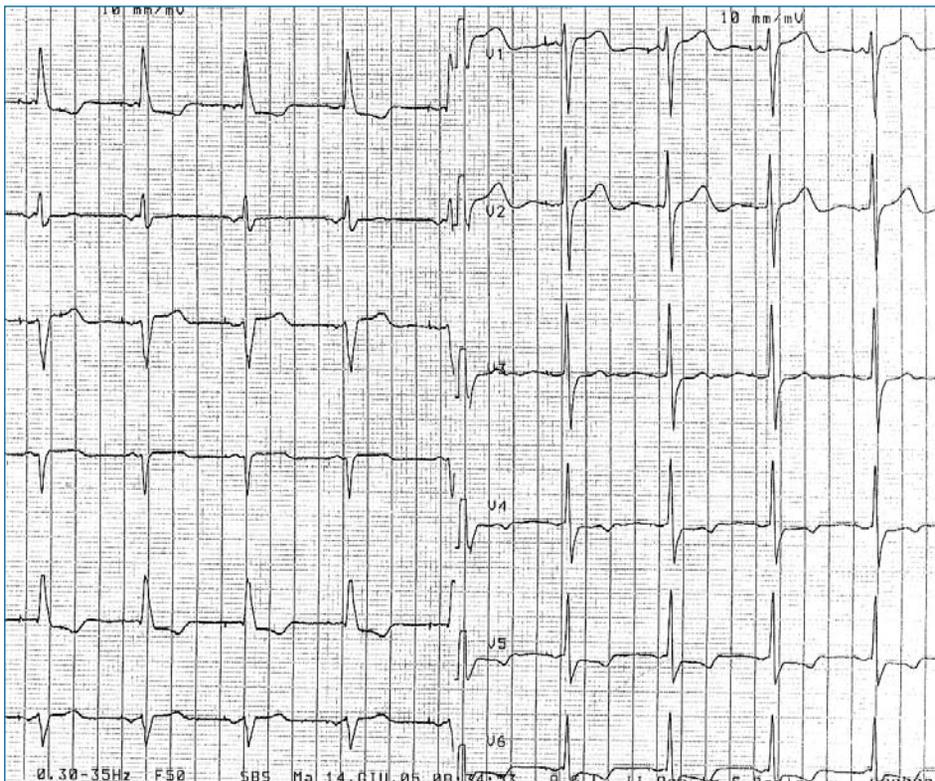


Fig. 3 - ECG all'ingresso.



Fig. 4 - Registrazione del run di tachicardia ventricolare non sostenuta durante il periodo di monitoraggio in OBI.

modello organizzativo che viene in soccorso del medico di guardia consentendogli di disporre di un adeguato periodo di tempo e dei mezzi per giungere a una diagnosi corretta soprattutto nei casi più incerti. Infatti, se molte situazioni sincopali, specie nel giovane, sono spesso benigne o comunque di diagnosi relativamente facile, la sincope dell'anziano può nascondere delle insidie, per cui in gran parte dei casi il paziente va tenuto sotto osservazione. L'anziano avverte meno i sintomi prodromici e ha più difficoltà nel riferirli e raccontare le modalità dell'evento, più spesso subisce traumi postsincopali, più spesso assume farmaci o è affetto da patologie potenzialmente correlabili a una sincope. Tutti questi aspetti fanno sì che gli anziani debbano essere considerati una categoria di pazienti a rischio e forse per questo è discutibile avere inserito la sincope tra le patologie inappropriate per un ricovero ospedaliero. Il problema è quindi dove studiare e svolgere l'iter diagnostico di una sincope per capire se vi sia una sottostante patologia appropriata per il ricovero.

L'OBI ha la finalità di gestire con protocolli clinici accelerati un gran numero di condizioni cliniche per lo più a bassa complessità ma che necessitano, per il loro inquadramento, di un tempo più lungo rispetto a quello di una semplice visita di Pronto Soccorso, ma generalmente più breve rispetto alla durata di un ricovero. Esempi ne sono il dolore toracico e addominale, la cefalea, la vertigine e appunto le lipotimie e le sincopi. Nella gestione di queste situazioni, senza un tempo adeguato e un percorso diagnostico terapeutico, la performance dei medici è bassa e dalle sale di Pronto Soccorso si potrebbe arrivare a una dimissione errata o un inappropriato ricovero. I vantaggi di cui il medico si può avvalere nell'OBI sono da un lato la possibilità di gestire la diagnosi dei pazienti secondo linee guida e protocolli condivisi da tutti gli attori del *decision making* di quella determinata condizione clinica, dall'altro la possibilità di avere tempo sufficiente e strumenti adeguati per raggiungere questo scopo.

Non è possibile pensare di creare differenti unità operative ciascuna dedicata a una delle situazioni cliniche che si presentano al Pronto Soccorso; certamente ha senso pensare che situazioni molto comuni qua-

li il dolore toracico e la sincope possano avere dignità di essere trattate in unità dedicate (*chest pain unit, syncope unit*) ma l'elemento fondamentale è che si crei una cultura condivisa su queste situazioni cliniche. La *syncope unit* quindi andrebbe considerata più alla stregua di un'unità funzionale dove i professionisti coinvolti (medico del Pronto Soccorso, dell'OBI e specialisti) devono operare in accordo secondo una metodologia lavorativa preordinata sul problema sincope. Così, nell'OBI, può e deve essere anche per molte altre patologie. Il medico dell'OBI deve conoscere protocolli e percorsi, coordinare gli specialisti e farsi carico di questi pazienti finché non si giunge al chiarimento diagnostico che consentirà di indirizzare il paziente alla struttura o al percorso più idoneo. La possibilità di disporre di monitor multiparametrici ha aumentato il numero delle situazioni che possono essere adeguatamente gestite dall'OBI: oltre al dolore toracico e alla sincope, basti pensare alle sensazioni di dispnea e cardiopalmo, alle aritmie sopraventricolari, alle crisi ipertensive. Conoscenza, tempistica e idonea strumentazione fanno sì che l'OBI possa diventare un ambito privilegiato di gestione di un gran numero di patologie, ambito ove si possono coniugare la rapidità e la sicurezza sia per i pazienti sia per gli operatori.

Bibliografia

1. Ammirati F, Colivicchi F, Minardi G *et al.* The management of syncope in the hospital: OESIL study. *G Ital Cardiol* 1999; 29(5): 533-539.
2. Disertori M, Brignole M, Menozzi C *et al.* Evaluation of Guidelines in Syncope Study Group. Management of patients with syncope referred urgently to general hospital. *Europace* 2003; 5: 283-291.
3. Soteriades EJ, Evans JC, Larson MG *et al.* Incidence and prognosis of syncope. *N Eng J Med* 2002; 347: 878-885.
4. Del Rosso A, Bernardeschi M, Ieri A. Costi sociali della sincope. *Ital Heart J* 2000; 1(6) Suppl.: 772-776.
5. Ammirati F, Colivicchi F, Santini M *et al.* Diagnosing syncope in clinical practice: implementation of a simplified diagnostic algorithm in a multicentric prospective trial. *Eur Heart J* 2000; 21: 935-940.
6. Croci F, Brignole M, Alboni P *et al.* The application of a standardized strategy of evaluation in patients with syncope referred to three syncope units. *Europace* 2002; 4: 351-355.
7. Brignole M, Alboni P, Benditt DG *et al.* Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. Update 2004. *Europace* 2004; 6: 467-537.
8. Nardi R, Bua V, Marsigli L. Di quante unità dedicate abbiamo bisogno per perseguire una buona pratica clinica? L'esempio delle "syncope units". *GIMI* 2005; 4(2): 74-83.

- Sarasin FP, Hanusa BH, Perneger T *et al.* A risk score to predict arrhythmias in patients with unexplained syncope. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 1312-17.
- Ungar A, Cellai T, Mussi C *et al.* Linee guida per la valutazione della sincope nell'anziano. *G Gerontol* 2000; 48: 204-207.
- Ungar A, Mussi C. La sincope e le cadute nell'anziano. *G Gerontol* 2004; 52: 165-171.
- Cunnigham R, Mikhail MG. Management of patients with syncope and cardiac arrhythmias in an emergency department observation unit. *Emerg Med Clin North Am* 2001; 19: 105-121.

ABSTRACT

Syncope is a common clinical entity, and it causes up to 3% of admission in the Emergency Department. The evaluation of syncope begins with a careful history, physical examination, and electrocardiography, with a correct identification of etiology at the presentation in up to 50% of cases. Moreover, the underlying cause of syncope remains unidentified in a elevated percentage of patients. The application of Standard Guidelines and the institution of the Observation Unit (OBI) with continuous monitoring improves patients management, chiefly in the geriatric population (> 65 years old). In older patients the clinical features of syncope are less defined, and the medical history has a limited value. The management in the OBI of this group of patient with continuous monitoring could become the best approach. The ECG monitoring can detect life-threatening

arrhythmias in older patients with apparent non cardiac syncope. In the first six months of 2005 the Emergency Department of the Ospedale San Paolo (Savona) evaluated 164 patients > 65 years old with diagnosis of syncope/pre-syncope. During monitoring we detected events of arrhythmia in 12 patients (7,3%), including ventricular tachycardia in 2, atrial fibrillation in 4, paroxysmal atrial flutter in 2, paroxysmal supraventricular tachycardia in 1, asystole in 1 and third-degree atrioventricular block in 2 patients.

We briefly describe 2 of this case: in both cases the first suggestion indicates a possible non cardiac etiology, but the subsequent monitoring shows episodes of potentially fatal arrhythmia. Both an early discharge and an in non-monitored bed admission wouldn't have preserved the two patient by a sudden cardiac death.

Convegno interdisciplinare EMERGENCY ULTRASOUND...

NON SOLO FAST LE NUOVE FRONTIERE DELL'ECOGRAFIA TORACICA Padova, 2 dicembre 2006

Informazioni generali

La partecipazione al Convegno è libera e gratuita.
Le pre-iscrizioni possono essere effettuate collegandosi alla sezione "elenco congressi/eventi" del sito www.sistemacongressi.com entro e non oltre il 20 Novembre 2006.

Il Congresso è stato sottoposto alla Commissione Regionale ECM per l'assegnazione dei crediti formativi.

Sede Congressuale

Villa Ottoboni
Via Padre E. Ramin, 1 - Padova

Organizzazione Scientifica e Coordinamento

Federico Angelini
Dipartimento Diagnostica per Immagini - UO Radiologia 1a
Vito Cianci
Dipartimento Interaz. Pronto Soccorso - Medicina D'Urgenza
Azienda Ospedaliera di Padova

Segreteria Scientifica

Sistema Congressi
Via Jappelli, 12 - 35121 Padova
Tel. 049.65.16.99 Fax 049.65.13.20
E-mail: info@sistemacongressi.com

SCUOLA DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE
DI PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA PADOVA

Con il patrocinio di

ASAP ASMA ASMA Em RSM

Convegno interdisciplinare

**EMERGENCY ULTRASOUND... NON SOLO FAST
LE NUOVE FRONTIERE DELL'ECOGRAFIA TORACICA**

Padova, Villa Ottoboni
2 dicembre 2006