

### Premessa

L'embolia polmonare presenta degli aspetti clinici non specifici. Essa si può manifestare con tre sindromi differenti: dolore toracico di tipo pleurico, inspiegata ed acuta dispnea, sincope o shock (1). La prevalenza della sincope nell' embolia polmonare (TEP) varia a secondo degli studi dal 2.2% al 40% con una media del 15% (2).

Abbiamo valutato i sintomi di presentazione al PS dei pazienti (pz) poi ricoverati e dimessi dalla Medicina d'Urgenza (M.URG.) con diagnosi di TEP ed analizzato le caratteristiche del sottogruppo di quelli che si erano presentati con sincope

### Metodo

Analisi retrospettiva delle cartelle cliniche di 23 pazienti dimessi con diagnosi di embolia polmonare dall'Ottobre 2002 al Novembre 2004 dalla (M.URG.).

Le diagnosi di TEP è stata confermata mediante Scintigrafia Polmonare Ventilo Perfusoria o TAC spirale. A completamento diagnostico sono stati effettuati anche ecocardiogramma e doppler venoso degli arti inferiori.

### Risultati

I pz che avevano presentato come sintomo d'esordio la dispnea erano 14 (61%), quelli con il dolore toracico 3 (13%), quelli con la sincope 6(26%).

Il sottogruppo dei pz con sincope comprendeva soprattutto donne (cinque), l'età era sempre superiore ai 65 anni ad eccezione di una donna di 35 anni. Erano presenti in 3 casi fattori di rischio per la malattia tromboembolica. La probabilità clinica pretest per sospetta TEP secondo lo score di Wells era a bassa probabilità per 3 pz e a probabilità intermedia per gli altri con uno score di 4.

Nessuno presentava all'ingresso in PS ipotensione, era presente una lieve ipossia, in 4 era presente tachicardia. Il d-dimero era aumentato in tutti i pz. All'ECG erano presenti segni di sovraccarico dx in 4 ed in 2 pz tachicardia sinusale. Cinque presentavano all'Ecocardiogramma dilatazione del ventricolo dx con ipertensione polmonare ( PAPs >60 mmHg). Tutti sono stati trattati con EBPM embriicata con Warfarin, non si è registrato alcun decesso nel sottogruppo di pz con TEP e sincope all'esordio e la degenza media fu di 7.5 gg.

### Conclusioni

La sincope rientra tra le possibile manifestazione di presentazione di TEP e riteniamo pertanto possa essere considerata nella diagnostica differenziale del pz che si presenta nel Dipartimento di Emergenza riferendo perdita di conoscenza.

Identificare l'embolia polmonare come causa di sincope è spesso difficile poichè all'arrivo in P.S. il pz può presentarsi relativamente paucisintomatico, sia in quanto può essere già avvenuta la lisi del trombo sia perchè gli emboli polmonari possono essere di piccole dimensioni e pertanto aver prodotto una fugace sincope vago mediata (3).

Nella nostra casistica tutti i pz avevano normali valori pressori, uno score di Wells basso-intermedio, alcuni presentavano dispnea di grado lieve e non acuta ed alcuni dolore toracico. Erano inoltre presenti tachicardia e lieve ipossia in quasi tutti, con segni di sovraccarico dx all'ECG ed elevazione del d-dimero in tutti. Nel complesso trattavasi di pz che non presentavano quindi una sintomatologia eclatante od acuta, come ci si potrebbe attendere da una patologia potenzialmente minacciosa per la vita quale l'embolia polmonare, ma un quadro paucisintomatico.

Il medico del DEA non deve quindi dimenticare che la sincope può essere un segno di TEP, e nei casi in cui manchi un'etiologia cardiogena evidente (verosimilmente responsabile dell'episodio sincopale) ma siano presenti: tachicardia, segni di sovraccarico dx all'ecg., lieve ipossia, riteniamo sia giustificato procedere tra gli accertamenti diagnostici con EGA e d-dimero. In caso di positività l'iter diagnostico successivo comprenderà ovviamente l'esecuzione di ecocardio, tac spirale/ scintigrafia polmonare e doppler venoso degli arti inferiori , per la definitiva conferma della diagnosi di TEP e la valutazione della sua entità, compromissione emodinamica ed etiologia,.

- 1) Wolfe TR, Allen TL. Syncope as an emergency department presentation of pulmonary embolism. *J Emerg Med* 1998; 16(1): 27-31
- 2) Morpurgo M, Zonzin P. Syncope in acute pulmonary embolism. *Ital Heart J* 2004; 5 (1): 3-5
- 3) Calvo-Romero JM et al. Syncope in acute pulmonary embolism. *Eur J Emerg Med.* 2004; 11 (4): 208-9