

## Una dissezione aortica che si presenta con sincope.

C. Sepe<sup>1</sup>, E. Atzeni<sup>2</sup>, C. Paolillo<sup>1</sup>

1 UOC Pronto Soccorso Spedali Civili di Brescia; 2 Pronto Soccorso Esine (BS)

**Presidente Onorario**

Giulio Masott, Firenze

**Presidente GIMSI**

Andrea Ungar

Direttore dell'Unità di Geriatria a Cure Intensive  
Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Firenze  
Mail: aungar@unifi.it

**Membri Direttivo**

P. Abete, Napoli

G. Baldi, Bologna

M. Brignole, Lavagna

Domenico M. Carretta, Bari

I. Casagrande, Alessandria

P. Cortelli, Bologna

A. Del Rosso, Empoli

R. Furlan, Milano

G. Gaggioli, Genova

A. Lagi, Firenze

M. Lunati, Milano

C. Menozzi, Reggio Emilia

G. Micieli, Milano

F. Rabaioli, Moncalieri (TO)

R. Tongiani, Massa

### Introduzione

La dissezione aortica acuta è una vera sfida per il medico d'urgenza, l'esito può essere catastrofico se non viene diagnosticata e gestita tempestivamente. Presentiamo un caso di dissezione aortica di tipo B di Stanford caratterizzato da una perdita di coscienza transitoria e dispnea associata a dolore all'emittoce ed all' ipocondrio destro.

### Case report

Uomo 57 anni, accedeva in PS per un riferito episodio di transitoria perdita di coscienza e conseguente trauma cranico occipitale, lamentando inoltre dispnea e dolore persistente a tutto l'emittoce destro ed al fianco destro.

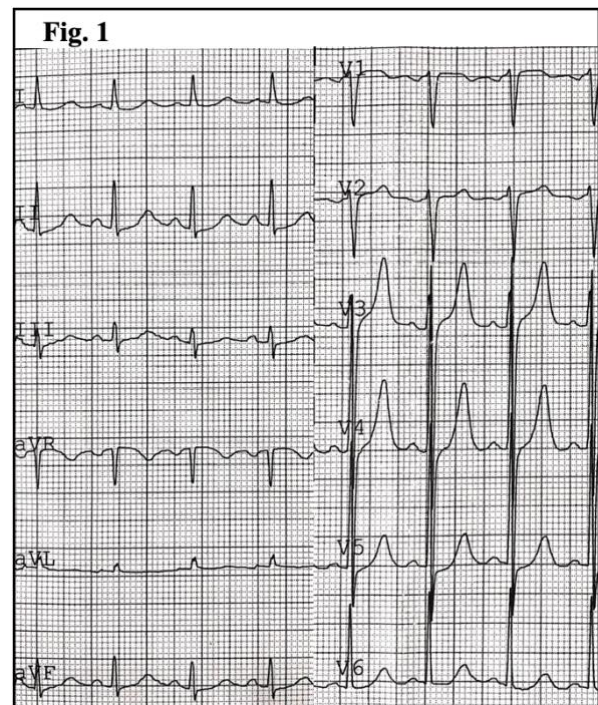
Parametri rilevati al triage: PA 100/70 mmHg, frequenza cardiaca 104 battiti/minuto, frequenza respiratoria 28 atti/minuto, SpO2 97% in aria ambiente, temperatura ascellare 34.6°C.

**Anamnesi patologica remota:** ipertensione arteriosa

**Terapia domiciliare:** antipertensivo non specificato ed autosospeso da tempo imprecisato.

**L'esame obiettivo** deponeva per paziente con piena ripresa dello stato di coscienza, buon orientamento spazio-temporale, toni cardiaci ritmici senza soffi o rumori aggiunti udibili, polsi periferici presenti, la palpazione profonda dell'addome non causava contrattura di difesa ma veniva riferita dolenzia in ipocondrio e fianco destro.

**Referto ECG:** ritmo sinusale con FC 100 bpm, onde T appuntite (Fig. 1)



**Segreteria Associativa**

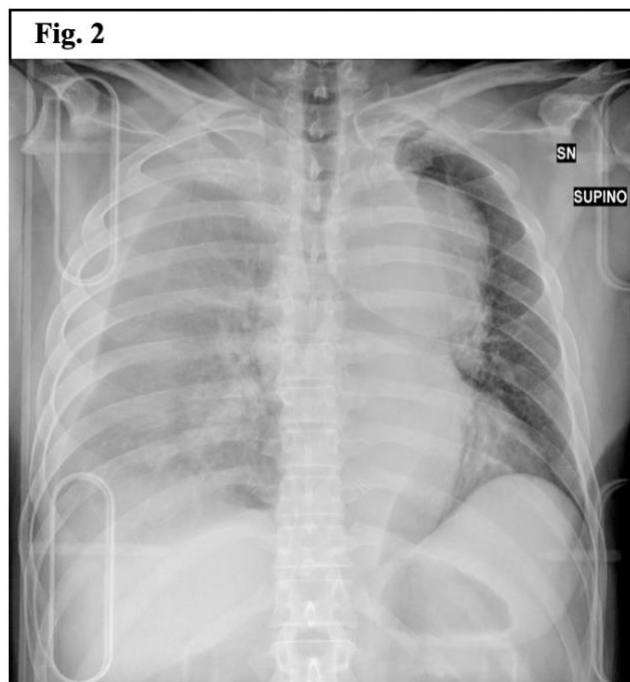


Via Sassonia, 30 – Rimini  
Tel +39 0541 305 847  
mail info@gimsi.it

**Em gasanalisi arteriosa** in aria ambiente: pH 7,38, pCO<sub>2</sub> 25mmHg, pO<sub>2</sub> 70,2 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 14,6 mmol/L, Hb 12,1 g/dl.

L'**RX del torace** (Fig. 2): evidenziava una velatura completa dell'emitorace destro da vistosa falda di versamento pleurico, distelettasia da compressione del polmone disomogeneamente, addensato, significativo sbandamento verso sinistra dell'asse cardiomediastinico con grossolano ampliamento del profilo mediastinico medio-superiore omolaterale come da componente macroadenopatica.

Gli **esami ematici** mostravano leucocitosi, ematocrito ed emoglobina ridotti, urea e creatina elevate, troponina I ad alta sensibilità elevata (vedi tabella 1).



**Tabella 1 - Esami ematici**

<b>Globuli bianchi (WBC)</b>	19.000/mm <sup>3</sup> ↑ ↑	<b>Sodio</b>	142 mEq/L
<b>Globuli rossi (RBC)</b>	3.740.000/mm <sup>3</sup> ↓	<b>Potassio</b>	4,1 mEq/L
<b>Emoglobina</b>	11,6 g/dL ↓	<b>Cloro</b>	103 mEq/L
<b>Ematocrito (HCT)</b>	32,9% ↓	<b>Amilasi</b>	153 U/L ↑
<b>Piastrine</b>	129.000/mm <sup>3</sup> ↓	<b>Lipasi</b>	74 U/L
<b>I.N.R.</b>	1.33 ↑	<b>AST/GOT</b>	26 IU/L
<b>aPtt</b>	29 secondi	<b>ALT/GPT</b>	14 IU/L
<b>Glucosio</b>	240 mg/dl ↑	<b>CK</b>	89 U/L

<b>Urea</b>	76 mg/dl ↑	<b>Troponina I (hs.TnI)</b>	376,1 ng/L ↑ [v.n.<34,2]
<b>Creatinina</b>	2,63 mg/dl ↑	<b>PCR</b>	10 mg/L [v.n.<10]

Veniva immediatamente richiesta una **TC torace e addome** (Fig. 3) con e senza

mezzo di contrasto che segnalava una dissecazione di tipo B dell'aorta toraco-addominale a partire dal passaggio tra tratto ascendente ed arco aortico, con estensione fino all'origine dell'arteria iliaca comune di destra. L'origine della dissecazione, verosimilmente su terreno aneurismatico, era immediatamente a valle dell'emergenza dell'arteria succlavia di sinistra; il lume vero era compresso da grossolana raccolta ematica nel lume falso che raggiungeva il maggiore diametro di circa 7 cm all'altezza dell'istmo aortico, si associava emotorace destro che determinava compressione del parenchima polmonare. Considerato il referto TC, il paziente veniva intubato e trasferito in cardiocirurgia con elitrasporto.



### Discussione

La dissezione aortica va di diritto considerata nella diagnosi differenziale della sincope<sup>1</sup>. Nel 10% dei pazienti con dissezione aortica la sincope rappresenta il sintomo d'esordio. L'esame fisico può fornire indizi preziosi per la diagnosi della dissezione aortica ma i segni tipici sono spesso assenti. Ad esempio, nei pazienti con dissezione tipo B il deficit di polso, viene registrato solo nel 9,2% dei casi, mentre il soffio da rigurgito aortico è stato documentato solo nel 12%<sup>2</sup>.

Il quadro sindromico può essere aspecifico o caratterizzato dalle conseguenze della dissezione aortica, nel nostro caso l'episodio sincopale si accompagnava a dispnea, causata da emotorace destro con conseguente compressione del parenchima polmonare.

## **Conclusioni**

La dissezione aortica è una patologia potenzialmente fatale e deve essere presa in considerazione nella diagnosi differenziale della sincope, solo un elevato indice di sospetto rende tempestiva la diagnosi.

## **Bibliografia**

1. Reed MJ Approach to syncope in the emergency department *Emerg Med J*: 23 November 2018.
2. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD) New Insights Into an Old Disease. *JAMA*. 2000;283(7):897–903.