

Scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'attività clinica svolta nel reparto di 15 posti letto di Medicina Interna della Casa di Cura San Raffaele "Pisana", accreditata con il S.S.N., in merito alla gestione di pazienti giunti da differenti D.E.A. del territorio romano con diagnosi di sincope.

Materiale e metodi: abbiamo effettuato un'analisi retrospettiva relativa ad un periodo di 10 mesi dal Febbraio al Novembre 2004, considerando la diagnosi di accettazione, i dati anamnestici del paziente, l'iter diagnostico eseguito, la diagnosi conclusiva e il tempo medio di degenza.

Risultati: di 786 accessi da 6 differenti DEA del territorio romano, 49 pazienti (6.2%), sono stati trasferiti con diagnosi di sincope (F 63%, M 37%, età media 75 ± 12 ; morbosità per trauma 22.4%).

L'anamnesi patologica remota era positiva per cardiopatia ipertensiva (59%), cardiopatia ischemica cronica (22.4%), pregresso ictus cerebri (16%), diabete mellito (28.5%), deficit cognitivo (10.2%), sincope ricorrente (2%) e per fattori di comorbidità quali la BPCO (22.4%), l'insufficienza renale cronica (22.4%) e per pregressa neoplasia (6.1%). All'ingresso in reparto il 26.5% presentava uno squilibrio elettrolitico e il 18.3% un'anemia ($Hb < 11/g/dl$). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ai seguenti accertamenti strumentali: ECG standard 12 derivazioni, telemetria per almeno 72 ore, ecocolor-doppler dei vasi epiaortici, ecocardiografia e nel 59% a RM encefalo. La sincope neurogena è stata diagnosticata nel 49% (attacco ischemico transitorio 45%; epilessia 2%; ictus cerebri 2%), quella cardiaca nel 23% (malattia organica cardiaca 6%; aritmia 17%) e la sincope vaso-vagale nel 2%. Una causa farmacologia (prevalentemente beta-bloccanti, digitale, alfa-litici e calcio-antagonisti) è stata attribuita nel 10%. Nel 16% si riscontravano altre cause (es. insufficienza surrenalica 2%; neoplasia cerebrale 2%; psichiatrica 2%; ipoglicemia 2%). Il tempo di degenza medio è stato di 5 ± 1.8 giorni.

Conclusioni: nella nostra casistica l'incidenza di ricovero per sincope, l'età media di presentazione ed il sesso sono risultati sovrapponibili a quelli dei dati della letteratura [1,2]. Per quanto l'anamnesi rimanga il cardine della diagnosi, la disponibilità di ausili strumentali quali il monitoraggio continuo elettrocardiografico e la RM encefalo hanno permesso tuttavia una maggiore definizione diagnostica. Rimane per il futuro auspicabile un potenziamento delle sinergie tra D.E.A. e strutture accreditate, soprattutto alla luce di linee guida internazionali e di moderni approcci multidisciplinari [3]

Bibliografia:

1. Wishawa N. Kapor. Syncope. The NEJM Vol. 343 n.25 Dec. 21, 2000 1856-62
2. Elpidoforos S. et al. Incidence and prognosis of syncope. The NEJM Vol. 347, n.12 Sept 19, 2002 878-85.
3. Win K Shen et al. Circulation. 2004 Nov 9.