



Facoltà di Medicina ed Odontoiatria CdL B – AA 2013/14

# **SINCOPI e CRISI NON EPILETTICHE**

**Prof. O. Mecarelli**

Dipartimento Neurologia e Psichiatria  
Neurofisiopatologia

e-mail: [oriano.mecarelli@uniroma1.it](mailto:oriano.mecarelli@uniroma1.it)

# Eventi Critici (transitori) da interessamento del SNC con o senza perdita di coscienza

- Crisi Epilettiche

- **Sincopi**

- Attacchi Ischemici Transitori (TIA)

- Drop Attacks

- Crisi Anossiche (tossico-dismetaboliche)

- Fenomeni Parossistici in Sonno

- Crisi Psicogene

## **SINCOPE:**

Episodio accessuale di breve durata caratterizzato da perdita di coscienza e del tono posturale, con recupero spontaneo, senza sequele neurologiche, dovuto ad improvvisa e globale riduzione del metabolismo cerebrale per ipoperfusione.

**Epidemiologia:** 1-6 % dei ricoveri ospedalieri / 3-5% visite DEA

### **CLASSIFICAZIONE:**

- 1) Sincopi Riflesse
- 2) Sincopi Disautonomiche-Ortostatiche
- 3) Sincopi Cardiogene
- 4) Sincopi Cerebrovascolari e da Ipoafflusso

## 1)SINCOPI RIFLESSE

- Neuromediate o Vaso-Vagali (da stimoli dolorosi o emotivi)
- Situazionali (accessi di tosse, singhiozzo, deglutizione, minzione, sollevamento pesi, iperventilazione, stimolazione gastrica, etc)
- Iperstimolazione seno carotideo

### Fisiopatogenesi:

Aumento del tono parasimpatico



bradicardia / arresto cardiaco

Inibizione del tono simpatico

vasodilatazione



deficit flusso ematico cerebrale



perdita di coscienza

**Valori critici < 30 ml/100 g/min**



## 2) SINCOPI DISAUTONOMICHE-ORTOSTATICHE

- Disautonomia primaria: - atrofia multisistemica, m. di Parkinson, etc
- Disautonomia secondaria: - diabete, tumori, mieliti, farmaci, insuff. renale, etc

**Marcata ipotensione arteriosa nel passaggio dal clino- all' ortostatismo per deficit dei meccanismi di compenso**



Fisiologicamente , nel passaggio dal clino- all' ortostatismo si verifica una riduzione della PA sistolica di 10 mmHg, associata ad un lieve incremento della pressione diastolica e della frequenza cardiaca (10-20 b/min)

### 3) SINCOPI CARDIOGENE

- da ARITMIA
  - malattie del nodo del seno
  - disfunzioni conduzione atrio-ventricolare
  - tachicardia parossistica, fibrillazione atriale
  - sindrome Q-T lungo
  - da pace-maker malfunzionante, etc
  
- da CARDIOPATIE e Malattie Cardio-Polmonari
  - Vizi valvolari
  - Infarto e ischemia miocardica
  - Cardiomiopatia ostruttiva
  - Pericardite
  - Embolia polmonare
  - etc

### 4) SINCOPI CEREBROVASCOLARI e da IPOAFFLUSSO

- Furto della succlavia
- Emorragie acute

# Sintomatologia (Sincope Riflessa)

Presincope o **Lipotimia**: astenia, “mancamento”, nausea, ronzii auricolari, vertigini, annebbiamento visus, pallore, sudorazione, scialorrea..



**Sincope**: perdita di coscienza, caduta a terra, ipotonia muscolare, globi oculari deviati in alto e lateralmente



Recupero rapido (6-8 sec)



Ipertonia in opistotono,  
scosse cloniche, perdita  
urine (recupero dopo 10-12 sec)

Sintomi residui: astenia, nausea

# Correlazioni Elettroencefalografiche (EEG)

Condizioni basali e presincope



EEG Normale



Sincope



- desincronizzazione ritmo alfa

- rallentamento progressivo del tracciato



Sincope prolungata con movimenti involontari ("sincope convulsiva")



- appiattimento diffuso con attività rapida di origine muscolare



Recupero

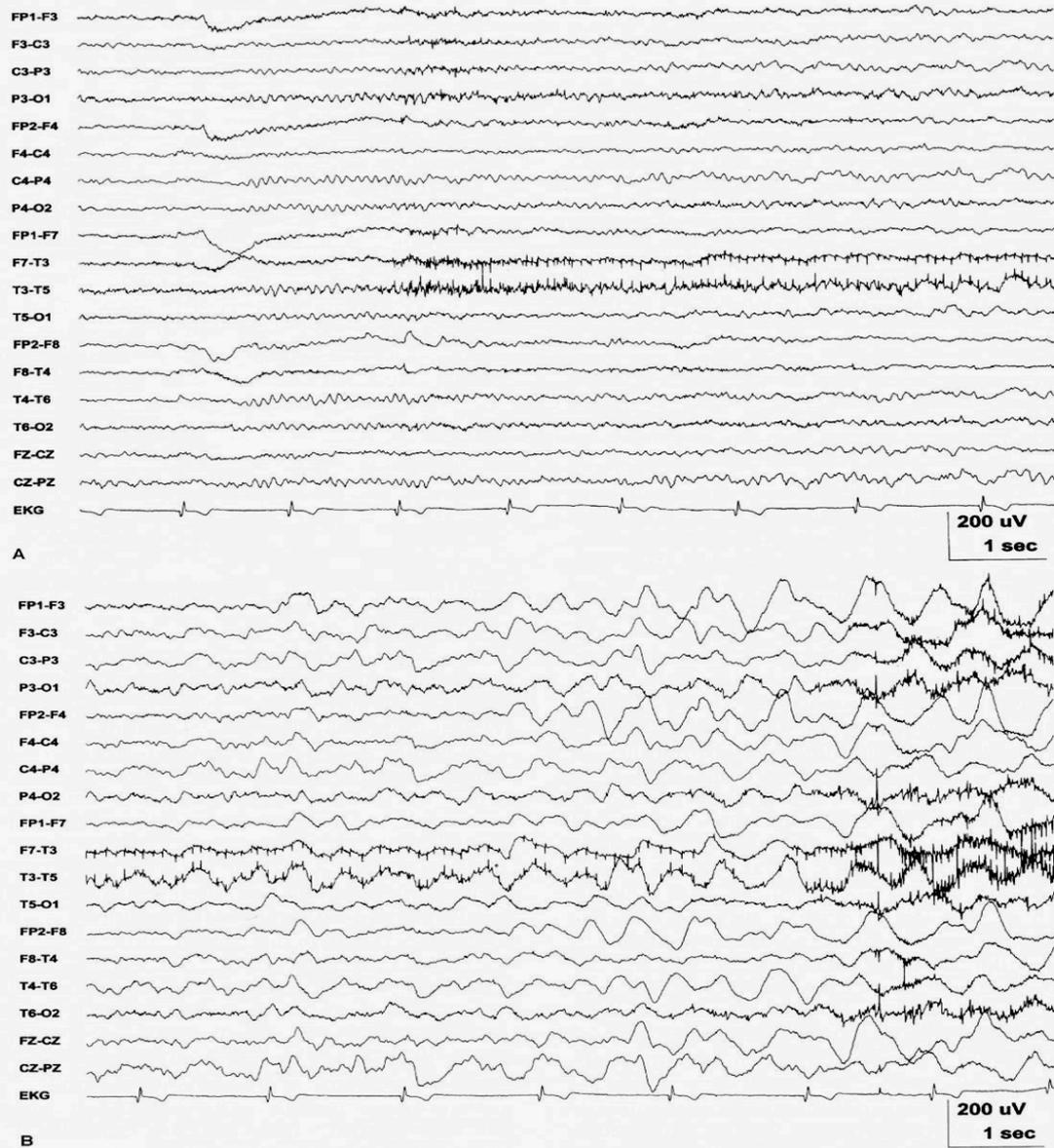


- pronto ritorno alle condizioni basali

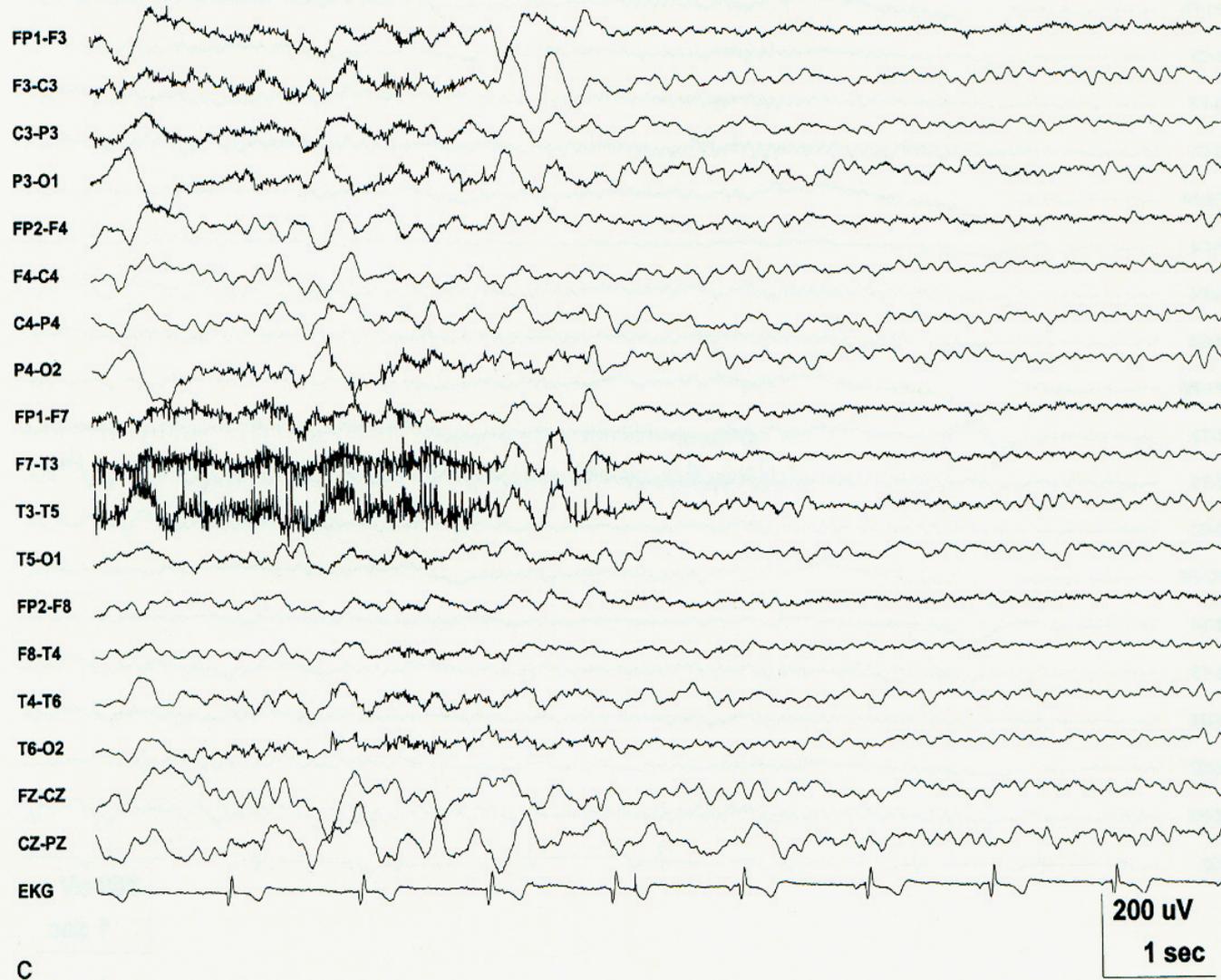


- Il quadro EEG è sempre analogo

- In nessuna fase ed in nessun tipo di sincope si registrano anomalie EEG di tipo epilettico

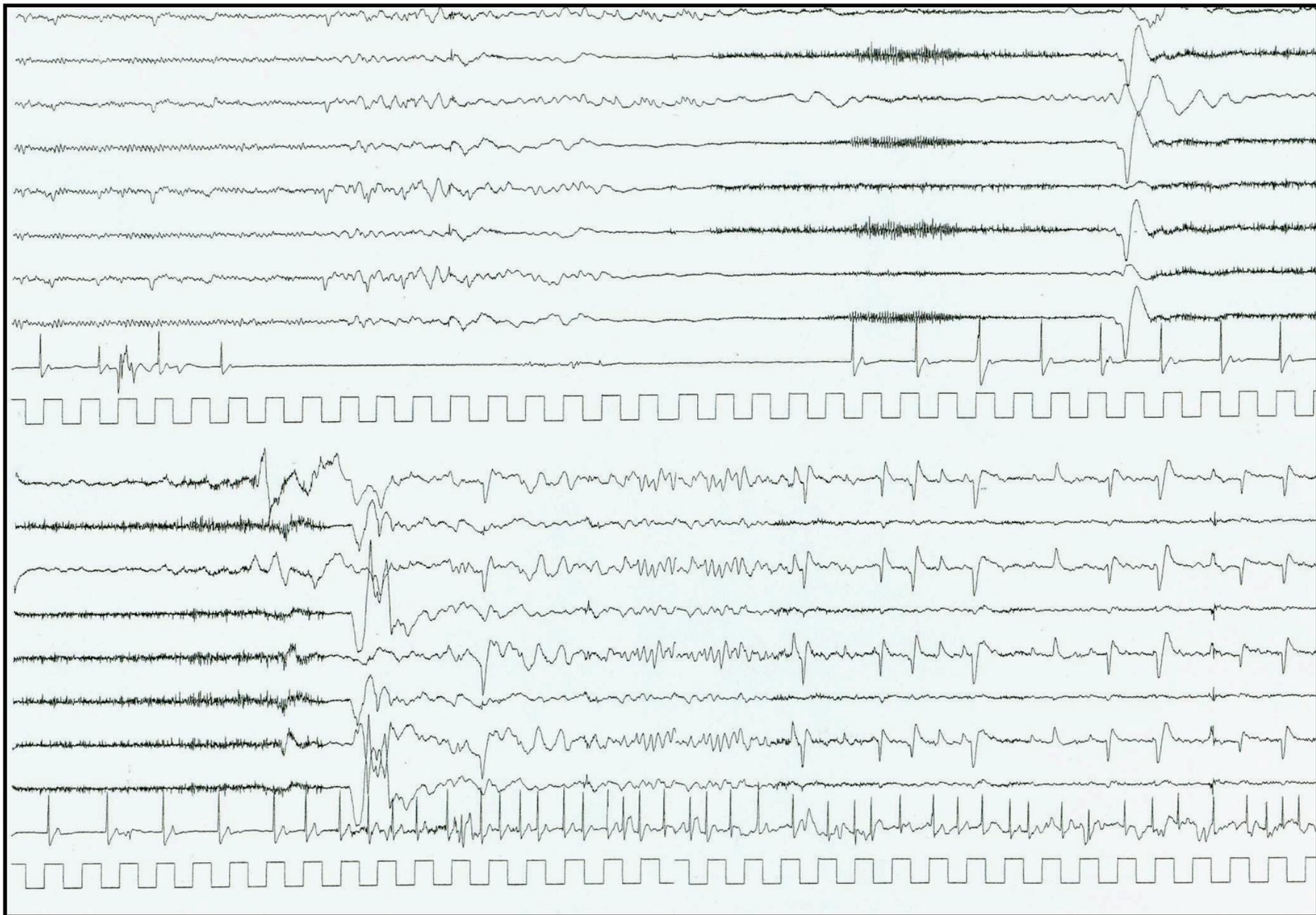


**FIG. 1.** Upright tilt table testing and syncope in a 16-year-old girl. **A:** An alpha rhythm is present following eye closure. However, background slowing then occurs and the patient was hypotensive. **B:** Syncope occurs during initial burst of delta activity (third second). Within 15 seconds the table was lowered. (*continues*)



C

FIG. 1 *Continued*. C: Three seconds after lowering the table. EEG shows delta activity, followed by theta activity.



# DIAGNOSI

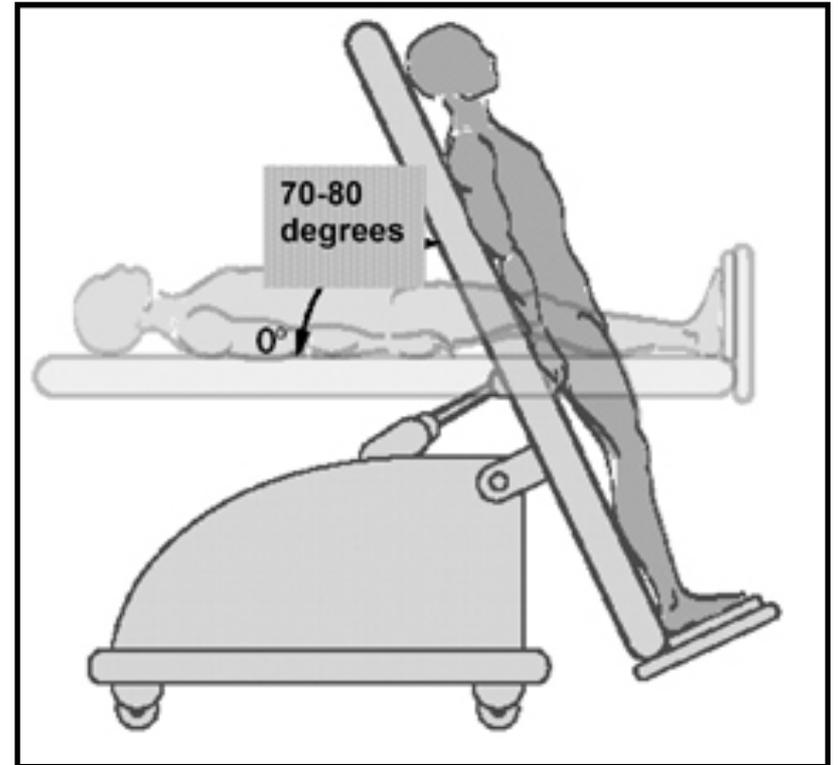
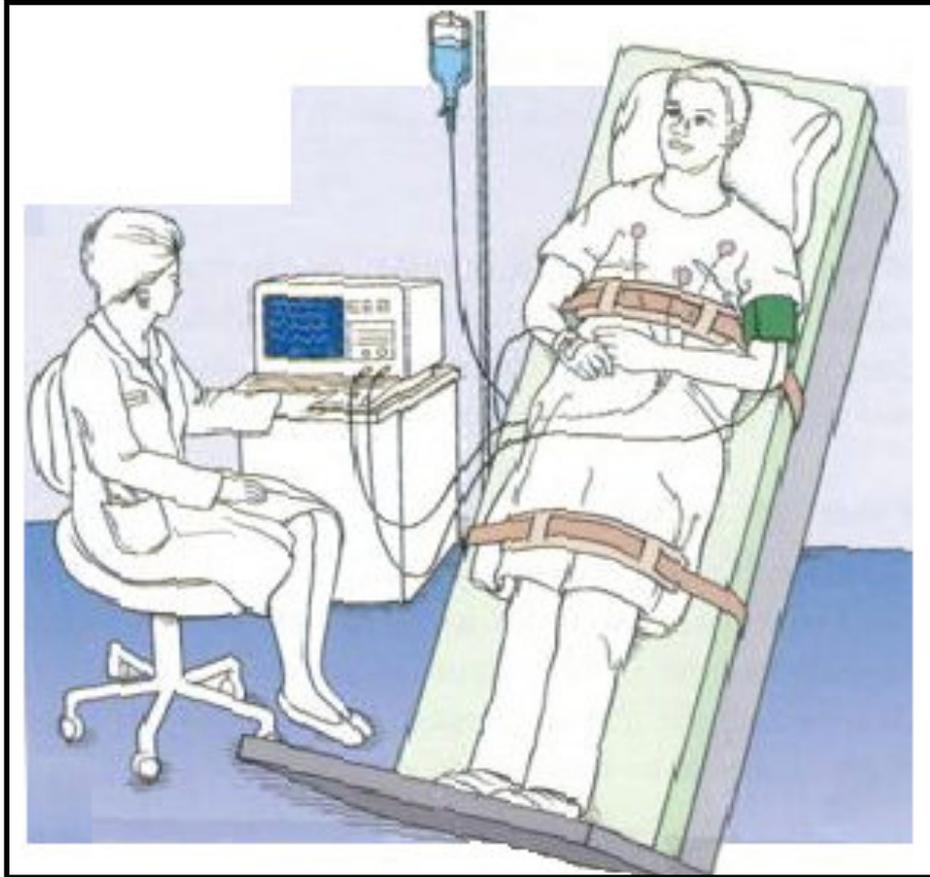
## 1° problema: diagnosi differenziale con altri episodi critici

- Anamnesi molto accurata
- Esame clinico
- Esami diagnostici di laboratorio: ECG, normale e da sforzo; Ecocardiogramma  
ECG Holter ; Monitoraggio Holter PA  
EcoColorDoppler, Neuroimmagini  
Tilt Test ( Sincopi Neuromediate)



**Tilt Test**: soggetto posto su un lettino basculante (inclinato a 75°) e mantenuto in ortostatismo passivo per 15-45 min  
(possibilità di induzione della sincope mediante farmaci vasodilatatori)

# Tilt testing



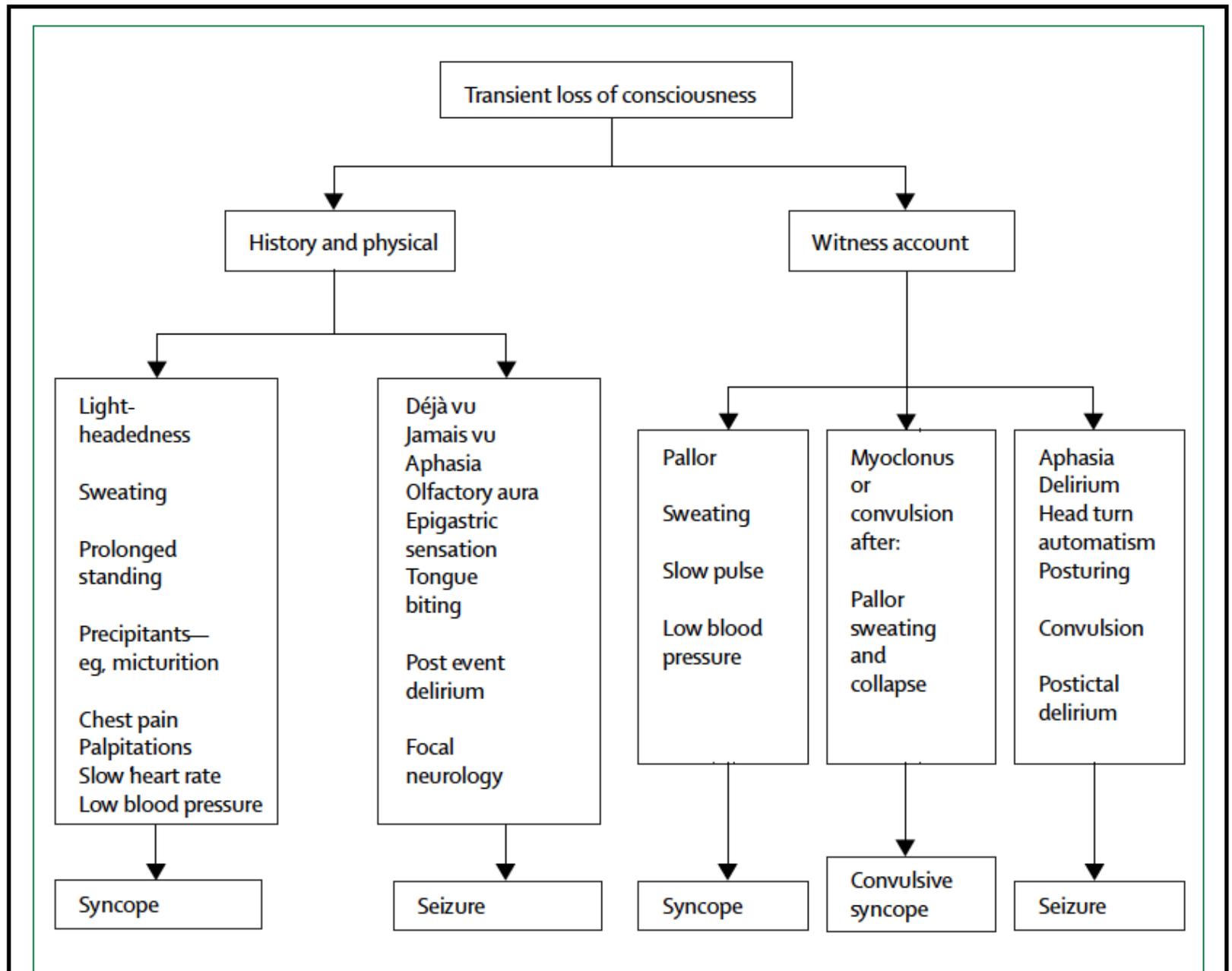


Figure 1: Clinical features distinguishing seizure from syncope

## Diagnosi differenziale

### Sincopi

### Crisi Epilettiche

### Crisi Psicogene

Prodromi	++ (nausea, vertigini..)	<u>+</u> (aura)	+
Esordio	graduale	improvviso	variabile
Aspetto cutaneo	pallore	cianosi	indifferente
Manifest. Motorie	+	+++	+++
Traumatismi	+	++	-
Morso lingua	+	++	-
Incontinenza sfinteri	+	++	-
Durata	sec	sec/min	variabile
Confusione post-crisi	<u>+</u>	++	-
EEG intercritico	-	++	-

## Attacchi Ischemici Transitori (TIA, Transient Ischemic Attacks)

-Brevi episodi reversibili di disturbo neurologico focale non convulsivo  
( durata: 2-15 min, fino a 60 min , meno di 24 ore)

Fisiopatogenesi: vasospasmo cerebrale, transitoria ipotensione arteriosa sistemica,...in genere sulla base di una trombosi aterosclerotica

### Quadro Clinico:

-TIA emisferici (circolo carotideo): - amaurosi; -disturbo sensitivo-motorio

-TIA del tronco cerebrale (circolo vertebro-basilare): - vertigini, diplopia,  
disartria,ipostenia...

-TIA lacunari (arterie penetranti): ipostenia emilateralizzata

# DROP ATTACK

Episodio acuto caratterizzato da caduta improvvisa, senza perdita di coscienza o sintomi post-ictali

Si verificano in genere in soggetti anziani e sono stati messi in correlazione con insufficienza vertebro-basilare (anche se non sufficientemente dimostrata)

## Fenomeni parossistici in SONNO

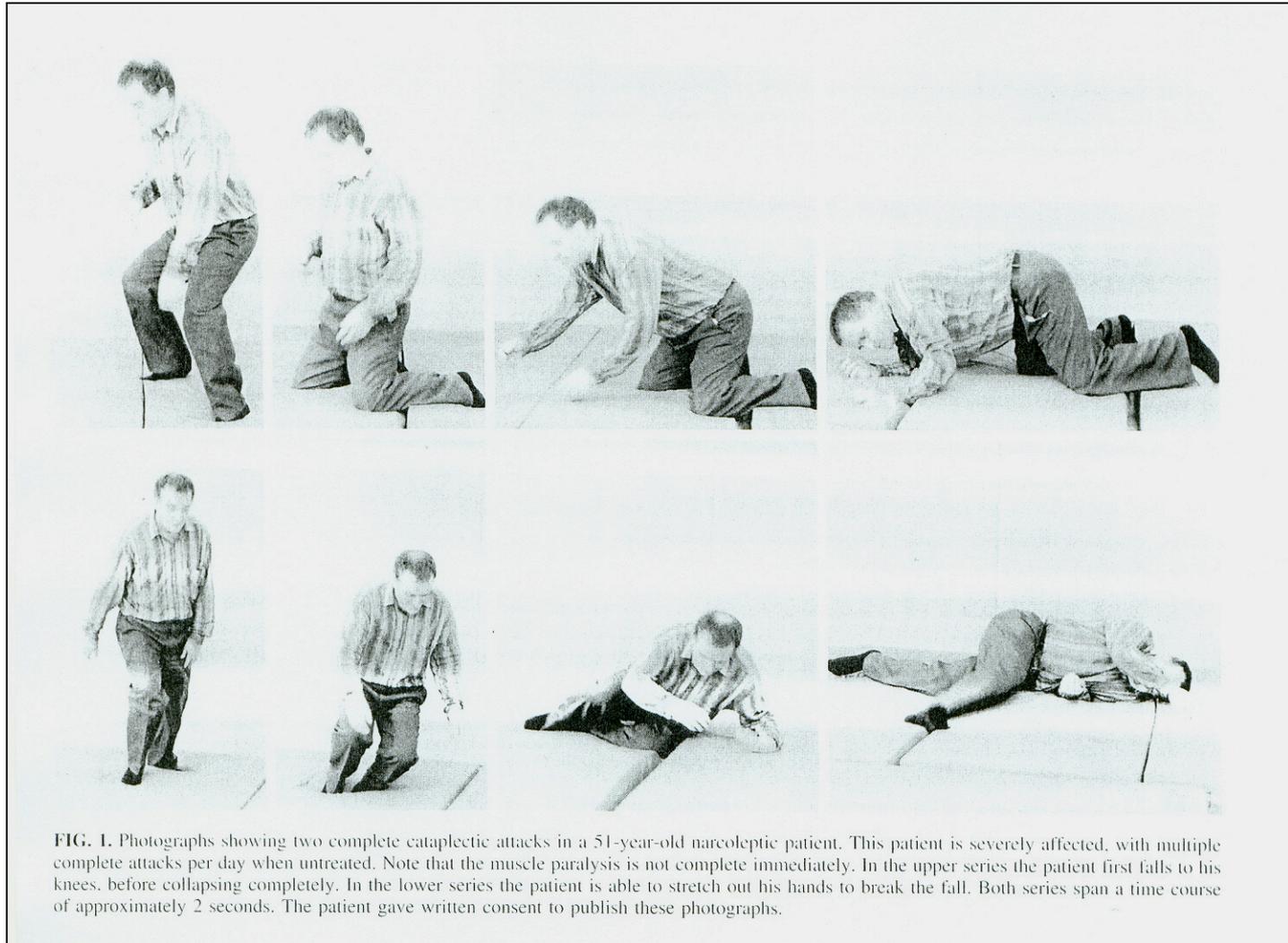
### **PARASONNIE :**

- sonnambulismo
- pavor nocturnus
- bruxismo
- enuresi notturna
- disturbi comportamentali in sonno REM

### **NARCOLESSIA:**

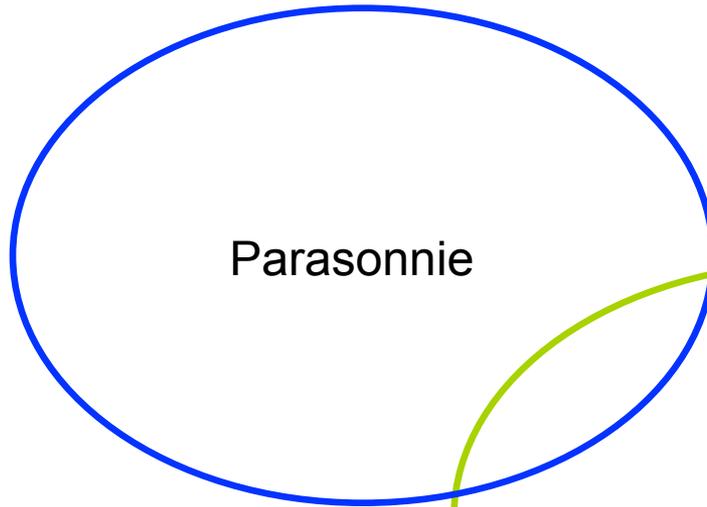
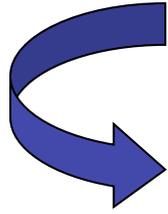
- **Attacchi incoercibili diurni di sonno**
- Cataplessia (ipotonia-atonìa muscolare, con caduta a terra)
- Paralisi da sonno (al risveglio da un sogno, paralisi totale del corpo)
- Allucinazioni all' inizio del sonno o al risveglio (terrifiche)

## Attacco cataplettico



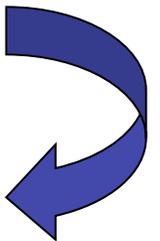
**FIG. 1.** Photographs showing two complete cataplectic attacks in a 51-year-old narcoleptic patient. This patient is severely affected, with multiple complete attacks per day when untreated. Note that the muscle paralysis is not complete immediately. In the upper series the patient first falls to his knees, before collapsing completely. In the lower series the patient is able to stretch out his hands to break the fall. Both series span a time course of approximately 2 seconds. The patient gave written consent to publish these photographs.

Allucinazioni ipnagogiche  
Paralisi da Sonno  
Sonnambulismo , Pavor  
Risvegli Parossistici con disturbi motori, etc



Parasonnie

Crisi Epilettiche



Epilessia a punte C-T  
Epilessia Occipitale  
**Epilessia Frontale Notturna**  
etc.

## CRISI PSICOGENE ( o FUNZIONALI )

- Attacchi di panico, diurni e/o notturni
- Disturbi parossistici del comportamento
- Crisi simulate, etc.



Diagnosi differenziale con crisi epilettiche (20-30 % di errori diagnostici)

### **CRISI PSICOGENE:**

- Manifestazioni motorie progressive, asincrone, asimmetriche
- Postura in opistotono (“arco isterico”), con grida, pianto, riso, etc
- Mancanza di confusione post-critica
- Assenza di morso della lingua, traumatismi cranici, perdita di urine
- episodio troppo breve o troppo lungo
- **Assenza di correlato EEG critico di tipo epilettico**



Risoluzione problemi diagnostici: **Induzione crisi sotto Video-EEG**

