



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DI SINCOPE E CADUTA NEL PAZIENTE ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA: I RISULTATI DEL “SYNCOPE & DEMENTIA (SYD) REGISTRY”

Alice Ceccofiglio¹, Enrico Mossello¹, Angela Riccardi¹, Francesca Tesi¹, Martina Rafanelli¹, Chiara Mussi², Giuseppe Bellelli³, Alessandra Marengoni⁴, Mario Bo⁵, Daniela Riccio⁶, Anna Maria Martone⁷, Assunta Langellotto⁸, Elisabetta Tonon⁹, Gabriele Noro¹⁰, Pasquale Abete¹¹, Andrea Ungar¹
¹AOU Careggi, Firenze; ²Ospedale S. Agostino Estense, Modena; ³Ospedale San Gerardo, Monza; ⁴Spedali Civili, Gussago-Brescia; ⁵Ospedale Molinette, Torino; ⁶P.O. SS. Trinità, Cagliari; ⁷Policlinico A. Gemelli, Roma; ⁸Ospedale S. Maria di Ca' Foncello, Treviso; ⁹Azienda USL 3, Pistoia; ¹⁰Ospedale Santa Chiara, Trento; ¹¹AOU Federico II, Napoli. Italy

Scopi. La diagnosi di sincope in un anziano con caduta non spiegata è particolarmente complessa. Ancora più difficile è indagare il significato di una caduta a dinamica non chiara in un anziano con decadimento cognitivo. “Syncope & Dementia (SYD) registry” è uno studio osservazionale multicentrico che ha valutato, come scopo primario, le cause di sincope in pazienti affetti da demenza. La presente analisi si pone come scopo quello di identificare i predittori della diagnosi differenziale tra caduta e sincope, con particolare riferimento alle caratteristiche dei pazienti con caduta non spiegata.

Materiali e metodi. Da giugno 2012 sono stati arruolati 431 pazienti con demenza in reparti per acuti o setting ambulatoriali, di cui 225 afferiti per episodi di perdita di coscienza, 196 per caduta sospetta per perdita di coscienza e 10 per entrambi. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un iter diagnostico secondo le linee guida della European Society of Cardiology (2009) e al termine è stata posta diagnosi di sincope in 292 pazienti, in 101 la caduta è rimasta non spiegata e in 38 sono state raggiunte diagnosi alternative. Nella presente analisi sono state escluse le diagnosi alternative e sono state confrontate le caratteristiche dei pazienti arruolati suddividendoli in 3 gruppi: “sincope confermata” (SC, n=199, 46.2%) ovvero pazienti arruolati per perdita di coscienza in cui è stato confermato il sospetto iniziale di sincope, “caduta sincopale” (CS, n=84, 19.5%) riferito a pazienti arruolati per caduta con diagnosi finale di sincope e “caduta non sincopale” (CNS, n=89, 20.6%) per le cadute in cui al termine dell’iter è stata esclusa una natura sincopale dell’episodio.

Risultati. I tre gruppi avevano un’età sovrapponibile (84 anni) ed una distribuzione simile tra i sessi (61% femmine). Il punteggio del Mini Mental State Examination era significativamente superiore tra i pazienti con CS (18.5±4.9) rispetto a quelli con SC (16.5±5.5, p 0.016) e CNS (15.6±5.8, p 0.02), senza differenze tra le diverse diagnosi di demenza. Nei pazienti con SC era meno frequente l’incidenza di traumi rispetto alle altre due categorie (32.2% SC, 60.7% CS e 67.4% CNS; p 0.000). In un modello di regressione multinomiale logistica aggiustato per età, sesso e setting di arruolamento, la diagnosi di SC era associata ad una più frequente anamnesi di sincope, maggiore prevalenza di prodromi e minori valori di frequenza cardiaca; la diagnosi di CS era associata invece a sesso femminile, maggiori valori di MMSE e a fattori precipitanti; la diagnosi di CNS ad anamnesi di caduta e trattamento con benzodiazepine o insulina.

Conclusioni. Nella diagnosi differenziale delle cadute non spiegate in corso di demenza la presenza di fattori precipitanti orienta la diagnosi verso la sincope, mentre l’anamnesi farmacologica, in particolare il trattamento con benzodiazepine, ed una maggior compromissione cognitiva, orientano verso una diagnosi di caduta di natura non sincopale.