



### **SYD (SYNCOPE & DEMENTIA) REGISTRY: RISULTATI PRELIMINARY DEL FOLLOW-UP**

Martina Rafanelli<sup>1</sup>, Alice Ceccofiglio<sup>1</sup>, Chiara Mussi<sup>2</sup>, Giulia Ghidoni<sup>2</sup>, Gabriele Noro<sup>3</sup>, Gianni Tava<sup>3</sup>, Pasquale Abete<sup>4</sup>, Livia Guadagno<sup>4</sup>, Franco Nicosia<sup>5</sup>, Diana Bertoni<sup>5</sup>, Mario Bo<sup>6</sup>, Michela Tibaldi<sup>6</sup>, Giuseppe Bellelli<sup>7</sup>, Sara Zazzetta<sup>7</sup>, Daniela Riccio<sup>8</sup>, Barbara Orani<sup>8</sup>, Anna Maria Martone<sup>9</sup>, Francesco Landi<sup>9</sup>, Andrea Ungar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Syncope Unit, Cardiologia e Medicina Geriatrica, AOU Careggi, Firenze.*

<sup>2</sup>*Dipartimento di Geriatria e Gerontologia, Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense Baggiovara, Modena.* <sup>3</sup>*UO di Geriatria, Ospedale Santa Chiara, Trento.* <sup>4</sup>*Dipartimento di Clinica Medica, Divisione di Geriatria, Università Federico II, Napoli.* <sup>5</sup>*SSVD Geriatria per acuti, Gussago, Brescia.*

<sup>6</sup>*Reparto Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso, AO San Giovanni Battista, Ospedale Molinette, Torino.* <sup>7</sup>*UO Geriatria, Ospedale San Gerardo, Monza.* <sup>8</sup>*Dipartimento di Geriatria P.O. SS. Trinità, Cagliari.* <sup>9</sup>*Università Cattolica Sacro Cuore, Policlinico A. Gemelli, Roma*

**Premessa.** Lo studio SYncope & Dementia (SYD-Registry) (1) ha valutato le cause di sincope in pazienti affetti da demenza afferiti per perdita di coscienza transitoria (PdCT) o caduta sospetta per PdCT in reparti per acuti, Syncope Unit e Unità Valutative Alzheimer di 9 dipartimenti di Geriatria italiani. La diagnosi di sincope è stata posta sulla base delle linee guida della European Society of Cardiology (2).

**Obiettivo.** Scopo del follow-up è valutare la presenza di predittori di mortalità in questa popolazione di pazienti.

**Risultati.** Dal febbraio 2012 sono stati arruolati 302 pazienti con età media di 83±6 anni. Una diagnosi di sincope è stata posta in 207 (68.5%), di cui 16.9% su base neuroriflessa, 33.4% ortostatica, 9.3% cardiaca e 8.9% indeterminata. In 64 pazienti (21.2%) la caduta è rimasta non spiegata, mentre in 18 (6.0%) l'episodio è stato attribuito ad un evento cerebrovascolare. Al momento sono disponibili i dati preliminari del follow-up di 210 pazienti la cui durata media è stata di 212 giorni (SD 125 giorni; range 3-365 giorni). In questo periodo sono deceduti 53 pazienti e il decesso è avvenuto in media dopo 193 giorni dalla valutazione (SD 125 giorni; range 3-365 giorni). Valutando le caratteristiche generali dei pazienti i deceduti erano più anziani (84.2±5.9 vs 82.1±6.3 p=0.034), avevano più comorbidità (media CIRS comorbidità 4.0±1.9 vs 3.3±2.0 p=0.027), una maggiore compromissione cognitiva (media MMSE 15.6±6.2 vs 17.9±5.7 p=0.014) e funzionale rispetto ai sopravvissuti (ADL perse 3.7±2.2 vs 2.8±2.1 p=0.008; IADL perse 6.4±2.2 vs 5.4±2.8 p=0.019). In base alla diagnosi finale, è deceduto il 24% (33/140) dei pazienti con diagnosi di sincope, il 33% (16/48) dei pazienti con diagnosi di caduta non spiegata e il 40% (4/10) dei pazienti con diagnosi di ictus. Tra i pazienti con sincope è deceduto il 42% (8/19) di quelli con sincope cardiaca, il 21% (14/66) di quelli con ipotensione ortostatica, il 16% (6/37) di quelli con sincope neuroriflesse e il 28% (5/18) dei pazienti con sincope indeterminata. Ad una regressione logistica multipla sui predittori di mortalità, eseguita inserendo età, valutazione multidimensionale ed ECG patologico, il solo ECG patologico è risultato predittore di morte ai limiti della significatività statistica (HR: 1.15, CI 95%: 0.99-1.33, p=0.054).



**Conclusioni.** Dall'analisi preliminare del follow-up è emerso che la mortalità è risultata maggiore in pazienti con diagnosi finale di ictus e di caduta non spiegata rispetto a quelli con diagnosi di sincope, tra queste, le sincopi cardiache erano quelle con il maggior tasso di mortalità. I pazienti tendevano inoltre ad avere una prognosi peggiore in base alla comorbidità ed alla compromissione cognitiva e funzionale, ma la comorbidità cardiovascolare ed in particolare il rilievo di ECG patologico, rimanevano il principale predittore di mortalità ai limiti della significatività statistica.

### **Bibliografia**

1. Ungar A, Mussi C, Nicosia F et al. [The "syncope and dementia" study: a prospective, observational, multicenter study of elderly patients with dementia and episodes of "suspected" transient loss of consciousness.](#) Aging Clin Exp Res. 2015;27:877-82.
2. Moya A, Sutton R, Ammirati F et al. [Guidelines for the diagnosis and management of syncope \(version 2009\).](#) Eur Heart J. 2009;30:2631-71.