

2.5.

Senkop

*Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK
Dr. Selda Kıdak ÖZKAYA*

Vaka Örneği

43 yaşında kadın hasta normal günlük işlerini yaptığı esnada yaklaşık 2-3 dakika süren öncesinde baş dönmesi semptomu sonrasında bayılma şikayeti ile acil servise başvurdu. Soy geçmişinde ek özellik olmayan hastanın ayrıntılı sistem sorgusunda baş dönmesi ve bulantı dışında ek semptomu yoktu. Daha önce benzer semptom yaşamayan hastanın başvuru anında vital bulguları Tansiyon arterial:110/70 mm/Hg Nabız: 88/dk Oksijen saturasyonu %98, Ateş:37,2 olarak tespit edildi. Fizik muayenede bilinci açık koopere, oryante, GKS:15'idi. Nörolojik sistem bakısında lateralizan defisit yok, motor duyu kaybı yok ve patolojik refleks saptanmadı. Kardiyovasküler bakıda S1 +, S2+, ek ses ve üfürüm yok, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Takibe alınan hastanın parmak ucu kan şekeri:98 mg/dl, EKG: Normal sinüs ritmi idi. Laboratuar değerlerinde Hb:11 g/dl, Htc: 32 %, Üre:42 mg/dl, Kreatinin: 0,7 mg/dl diğer laboratuar bulguları normaldi. Gözlem esnasında ek semptomu olmayan hastanın yönetiminde ek görüntüleme ihtiyacı, yatış, taburculuk ya da konsültasyon açısından nasıl bir yol izlersiniz?

Genel Bilgiler

Senkop tıbbi müdahale olmaksızın spontan ve tamamen düzelen postural tonus kaybı ile ilişkili kısa süreli bilinç kaybını içeren semptom kompleksidir. Serebral hipoperfüzyon mekanizmasıyla oluştuğu kabul edilmektedir. Her yıl acil servis başvurularının yaklaşık %1-2' sini ve hastane başvurularının %6' sını oluşturmaktadır (1,2). Her 4 kişiden 1'inin hayatının bir döneminde senkop geçirdiği tahmin edilmektedir. Yaş ile birlikte sıklığı ve morbidite riski artmaktadır.

Patofizyolojisinde etyoloji ne olursa olsun son ortak yol benzer mekanizmalar ile oluşmaktadır. Serebral perfüzyon %35 azalma yada 5 ile 10 saniye süreyle hipoperfüzyona bağlı senkop tablosu semptomatik hale gelir. Sonuç olarak senkopun patogenezi temelinde beynin bilincin devamın-

dan sorumlu yapılarının yeterli kan akımı veya beslenmesinin geçici olarak kaybı rol almaktadır (3).

Patogenezi 4 temel mekanizma rol almaktadır.

- I. Kardiyak outputta azalma
- II. Damar direncinde ani kayıp
- III. Serebrovasküler hastalıkların neden olduğu serebral perfüzyonda fokal veya jeneralize azalma
- IV. Serebral kan akımında değişme yapmadan beynin beslenmesini veya demiyelinizasyonunu bozan nedenler (hipoglisemi, epileptik nöbet ve hipoksi)

Temel anlamda senkop 5 farklı kategoride incelenir.

Kırmızı Bayraklar

- ☞ Her 4 kişiden 1'inin hayatının bir döneminde senkop geçirdiği tahmin edilmektedir. Yaş ile birlikte sıklığı ve morbidite riski artmaktadır. Bu nedenle acil tıp hekimleri senkop yönetimini ayrıntılı olarak bilmelidir.
- ☞ Tüm hastalara kardiyak, nörolojik ve metabolik senkop açısından ayırıcı tanı yapılmalıdır. En sık senkop nedeni olan ortostatik hipotansiyon açısından yatarak ve oturur pozisyonda tansiyon arterielleri değerlendirilmelidir.
- ☞ Sık başvuru nedeniyle hastaların yatış, taburculuk açısından değerlendirilmesinde tüm hastaların San Francisco senkop kriterleri sorgulanmalı düşük riskli hastalar taburcu edilebilirken orta ve yüksek riskli hastalar ileri tetkik sonrasında takip amaçlı yatırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Blanc JJ, L'Her C, Touiza A, et al: Prospective evaluation and outcome of patients admitted for syncope over a 1 year period. *Eur Heart J* 23: 815, 2002.
2. Quinn JV, Stiell IG, McDermott DA, et al: Derivation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with short-term serious outcomes. *Ann Emerg Med* 43: 224, 2004.
3. Schnipper JL, Kapoer WN. Diagnostic evaluation and management of patients with syncope. *Med Clin North Am* 2001; 85: 423-56
4. Yıldırım A, Akdur O. Acil serviste senkop hastasına yaklaşım. *Derman Tıbbi yayıncılık* (2015) ; sy: 252-265
5. Shen W, Sheldon R, Benditt D, et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. March 2017
6. Venkatesh Thiruganasambandamoorthy, Kenneth Kwong, George A. Development of the Canadian Syncope Risk Score to predict serious adverse events after emergency department assessment of syncope. *CMAJ* July 04, 2016 cmaj.151469; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.151469>
7. Ammirati F, Colivicchi F, Santini M. Diagnosing syncope in clinical practice. Implementation of a simplified diagnostic algorithm in a multicentre prospective trial - the OESIL 2 study (Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio). *Eur Heart J*. 2000 Jun;21(11):935-40.
8. DelRosso A¹, Ungar A, Maggi R, Giada F, Petix NR, De Santo T, Menozzi C, Brignole M. Clinical predictors

- of cardiac syncope at initial evaluation in patients referred urgently to a general hospital: the EGSYS score. *Heart*. 2008 Dec;94(12):1620-6. doi: 10.1136/hrt.2008.143123. Epub 2008 Jun 2.
9. Reed MJ¹, Newby DE, Coull AJ, Prescott RJ, Jacques KG, Gray AJ. The ROSE (risk stratification of syncope in the emergency department) study. *J Am Coll Cardiol*. 2010 Feb 23;55(8):713-21. doi: 10.1016/j.jacc.2009.09.049.
 10. James Quinn, MD, MS. ECG Criteria of the San Francisco Syncope Rule . *Annals of Emergency Medicine Volume 57, no:1. January 2011*
 11. Middlekauf et all. Syncope in advanced hearth failure. *J Am Cardiol*: 1993 Jan.; 21(1): 110-6
 12. Ramon T. Saccilotto, MD, Christian H. Nickel, MD, Heiner C. Bucher, MD. San Francisco Syncope Rule to predict short-term serious outcomes: a systematic review. *CMAJ*. 2011 Oct 18; 183(15): e1116–e1126. doi: [10.1503/cmaj.101326]
 13. Thiruganasambandamoorthy V; Hess EP; Alreesi A; Perry JJ; Wells GA; Stiell IG External validation of the San Francisco Syncope Rule in the Canadian setting. *Ann Emerg Med*. 2010; 55(5):464-72 (ISSN: 1097-6760)
 14. Quinn JV, Stiell IG, McDermott DA, et al. Derivation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with short-term serious outcomes. *Ann Emerg Med*. 2004;43(2):224–232.
 15. Quinn J, McDermott D, Stiell I, Kohn M, Wells G. Prospective validation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with serious outcomes. *Ann Emerg Med*. 2006;47(5):448–454.
 16. Thiruganasambandamoorthy V; Hess EP; Alreesi A; Perry JJ; Wells GA; Stiell IG. Development of the Canadian Syncope Risk Score to predict serious adverse events after emergency department assessment of syncope. *CMAJ*. July 4, 2016. DOI:10.1503/cmaj.151469
 17. Matthew J Reed, David E Newby, Andrew J Coull, Keith G Jacques, Robin J Prescott, and Alasdair J Gray. The Risk stratification Of Syncope in the Emergency department (ROSE) pilot study: a comparison of existing syncope guidelines. *Emerg Med J*. 2007 Apr; 24(4): 270–275. doi: [10.1136/emj.2006.042739]
 18. Colivicchi F, Ammirati F, Melina D. *et al* Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score. *Eur Heart J* 2003;24:811–819.
 19. Del Rosso A, Ungar A, Maggi R, Giada F, Petix NR, De Santo T, Menozzi C, Brignole M. Clinical predictors of cardiac syncope at initial evaluation in patients referred urgently to a general hospital: the EGSYS score. *Heart*. 2008 Dec;94(12):1620-6.
 20. Hamid Kariman,¹ Sepideh Harati,¹ Saeed Safari,² Alireza Baratloo,² and Mehdi Pishgahi³ Validation of EGSYS Score in Prediction of Cardiogenic Syncope. *Emerg Med Int*. 2015; 2015: 515370. Published online 2015 Nov 16. doi: [10.1155/2015/515370]