

Bölüm 89

SENKOP SINIFLANDIRILMASI, TANISI VE TEDAVİSİ

Muhammet Buğra KARAASLAN¹

GİRİŞ

Senkop hızlı başlangıçlı, kısa süreli ve spontan tam iyileşme ile karakterize, geçici global serebral hipoperfüzyona bağlı bir geçici bilinç kaybıdır (GBK). Geçici bilinç kaybı anormal motor kontrolü, tepki kaybı ve kısa bir süre için amnezi ile karakterize, farkındalık kaybı ile birlikte olan geçici bilinç kaybı durumu olarak tanımlanmıştır. Düşük kan basıncı ve global serebral hipoperfüzyon senkopun ana nedenleridir. Beyin kan akışının 6–8 saniye kadar kısa bir sürede kesilmesi, GBK'ye neden olabilir. Kalp seviyesinde 50–60 mmHg, dik pozisyonda beyin seviyesinde 30-45 mmHg sistolik kan basıncı GBK'ye neden olur (1).

Sistemik kan basıncı, kardiyak debi ve total periferal direncin bileşiminden oluşmaktadır. Total periferal direncin ve/veya kardiyak debinin düşmesi sonucu kan basıncının düşmesi senkopa neden olmaktadır. Düşük total periferal direncin üç nedeni bulunmaktadır:

1. Sempatik vazokonstriksiyonun azalması ile vazodilatasyona neden olan azalmış refleks aktivite
2. Otonomik sinir sisteminin fonksiyonel bozukluğu
3. Otonomik sinir sisteminin yapısal bozukluğudur.

Düşük kardiyak debinin dört nedeni bulunmaktadır:

1. Refleks bradikardi

2. Kardiyovasküler nedenler (aritmi, yapısal nedenler)
3. Yetersiz venöz dönüş
4. Kalbin fonksiyonel bozukluğu nedeni ile oluşan inotropik ve kronotropik yetersizliktir.

Senkop, yaygın olması ve yaralanmalara sebep olabilmesi nedeni ile önemli bir klinik sorundur. Ani kardiyak ölümden önce tek uyarı işareti olabilir (2). Senkoplu hastalar hastane girişlerinin % 1'ini ve acil servis ziyaretlerinin % 3'ünü oluşturmaktadır. 10 ila 20 yaşları arasında ve 60 yaş üzerinde sık görülür (3). Senkopu olan hastaların yaşam kalitesi etkilenmektedir.

SINIFLANDIRMA

Senkop, refleks senkop, ortostatik hipotansiyonun neden olduğu senkop ve kardiyak senkop olmak üzere üç sınıfa ayrılmaktadır. Tablo 1'de senkop sınıflandırılması özetlenmiştir.

TANI

Başlangıç değerlendirmesi

Başlangıç değerlendirmesinde GBK ile başvuran hastadan ve görgü tanıklarından öykü alınmalıdır. Geçici bilinç kaybı ile başvuran hastalara başlangıç değerlendirmesinde aşağıdakiler sorular sorulmalı ve yanıt alınmalıdır:

1. Bu olay GBK mı?
2. GBK ise senkopal mı yoksa non-senkopal kökenli mi?

¹ Uzman Doktor, Muhammet Buğra KARAASLAN Kardiyoloji, bgkaraaslan@gmail.com

tırılmalı ve altta yatan nedene göre tedavi şekillenmelidir.

KAYNAKÇA

1. Wieling W, Thijs RD, van Dijk N ve ark. Symptoms and signs of syncope: a review of the link between physiology and clinical clues. *Brain* 2009;132:2630–2642.
2. Shen W, Sheldon RS, Benditt D ve ark. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope. *J Am Coll Cardiol*. 2017.
3. Ruwald MH, Hansen ML, Lamberts M ve ark. The relation between age, sex, comorbidity, and pharmacotherapy and the risk of syncope: a Danish nationwide study. *Europace*. 2012;14:1506.
4. Huff JS, Decker WW, Quinn JV ve ark. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with syncope. *Ann Emerg Med* 2007;49:431–444.
5. Grossman AM, Volz KA, Shapiro NI ve ark. Comparison of 1-day emergency department observation and inpatient ward for 1-day admissions in syncope patients. *J Emerg Med* 2016;50:217–222.
6. Ungar A, Tesi F, Chisciotti VM ve ark. Assessment of a structured management pathway for patients referred to the Emergency Department for syncope: results in a tertiary hospital. *Europace* 2016;18:457–462.
7. Puggioni E, Guiducci V, Brignole M ve ark. Results and complications of the carotid sinus massage performed according to the “method of symptoms”. *Am J Cardiol* 2002;89:599–601.
8. Ricci F, De Caterina R, Fedorowski A. Orthostatic hypotension: epidemiology, prognosis, and treatment. *J Am Coll Cardiol* 2015;66:848–860.
9. Blad H, Lamberts RJ, van Dijk GJ ve ark. Tilt-induced vasovagal syncope and psychogenic pseudosyncope: Overlapping clinical entities. *Neurology* 2015;85:2006–2010.
10. Krediet CT, van Dijk N, Linzer M ve ark. Management of vasovagal syncope: controlling or aborting faints by leg crossing and muscle tensing. *Circulation* 2002;106:1684–1689.
11. Podoleanu C, DaCosta A, Defaye P ve ark. Early use of an implantable loop recorder in syncope evaluation: a randomized study in the context of the French healthcare system (FRESH study). *Arch Cardiovasc Dis* 2014;107:546–552.
12. Da Costa A, Defaye P, Romeyer-Bouchard C ve ark. Clinical impact of the implantable loop recorder in patients with isolated syncope, bundle branch block and negative workup: a randomized multicentre prospective study. *Arch Cardiovasc Dis* 2013;106:146–154.
13. Recchia D, Barzilay B. Echocardiography in the evaluation of patients with syncope. *J Gen Intern Med* 1995;10:649–655.
14. Solari D, Tesi F, Unterhuber M ve ark. Stop vasodepressor drugs in reflex syncope: a randomised controlled trial. *Heart* 2017;103:449–45.
15. Tomaino M, Romeo C, Vitale E ve ark. Physical counter-pressure manoeuvres in preventing syncopal recurrence in patients older than 40 years with recurrent neurally mediated syncope: a controlled study from the Third International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE-3). *Europace* 2014;16:1515–1520.
16. Sheldon R, Raj SR, Rose MS ve ark. Fludrocortisone for the prevention of vasovagal syncope: a randomized, placebo-controlled trial. *J Am Coll Cardiol* 2016;68:1–9.
17. Izcovich A, Gonzalez Malla C, Manzotti M ve ark. Midodrine for orthostatic hypotension and recurrent reflex syncope: a systematic review. *Neurology* 2014;83:1170–1177.
18. Brignole M, Arabia F, Ammirati F ve ark. Standardized algorithm for cardiac pacing in older patients affected by severe unpredictable reflex syncope: 3-year insights from the Syncope Unit Project 2 (SUP 2) study. *Europace* 2016;18:1427–1433.
19. Baron-Esquivias G, Morillo CA, Moya-Mitjans A ve ark. Dual-chamber pacing with closed loop stimulation in recurrent reflex vasovagal syncope: the SPAIN Study. *J Am Coll Cardiol* 2017;70:1720–1728.
20. Claydon VE, Hainsworth R. Salt supplementation improves orthostatic cerebral and peripheral vascular control in patients with syncope. *Hypertension* 2004;43:809–813.
21. Valbusa F, Labat C, Salvi P ve ark. Orthostatic hypotension in very old individuals living in nursing homes: the PARTAGE study. *J Hypertens* 2012;30:53–60.
22. Alboni P, Menozzi C, Brignole M ve ark. Effects of permanent pacemaker and oral theophylline in sick sinus syndrome the THEOPACE study: a randomized controlled trial. *Circulation* 1997;96:260–266.
23. Moya A, Garcia-Civera R, Croci F ve ark. Diagnosis, management, and outcomes of patients with syncope and bundle branch block. *Eur Heart J* 2011;32:1535–1541.
24. Kalscheur MM, Donato P, Wenzke KE ve ark. Long-term outcome of patients with bifascicular block and unexplained syncope following cardiac pacing. *Pacing Clin Electrophysiol* 2016;39:1126–1131.
25. Priori SG, Blomstrom-Lundqvist C, Mazzanti A ve ark. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). *Eur Heart J* 2015;36:2793–2867.