

Vazovagal Senkop Tanı ve Tedavi Seçenekleri

Abdulkadir USLU¹

Giriş

Hızlı başlangıçlı, kısa süreli ve mutlak şuur düzelmesi ile tanımlanan senkopun en sık formu vazovagal senkoptur (VVS).⁽¹⁾ Hayati risk açısından bakıldığında düşük riskli olduğu söylenebilecek bir senkop türü olmasının yanı sıra sık tekrarlanması durumunda özellikle riskli meslek grupları ve riskli işlerde çalışan bireyler için kısmen tehlikeli olarak kabul edilebilir.

Vazovagal Senkop Tanı

Refleks senkopun ana tipi olarak tanımlayabileceğimiz VVS'un temel patofizyolojisi, artmış parasempatik aktivitenin yada sempatik aktivitedeki geri çekilmenin neden olduğu refleks kardiyovasküler yanıtların sonucu oluşan geçici ve geri dönüşlü şuur kaybıdır.⁽¹⁾ Kardiyovasküler cevabı tetikleyen nedenler arasında durumsal olarak nitelenebileceğimiz; korku, ağrı, enstrümantasyon yada kan fobisi gibi temel tetikleyicilerin yanı sıra uzun süre ayakta durma, emosyonel stres yada farmakolojik prosedürler sıralanabilir. Bütün senkop türlerinde olduğu gibi vazovagal senkopta da tanının mihenk taşı, ayrıntılı bir anamnezdır ve öncelikle şu soruların yanıtlanması gerekir. Olay geçici şuur kaybı mı? Geçici şuur kaybı durumu senkop mu, senkop dışı bir neden var mı? Senkop şüphesi durumunda aşikar etyolojik bir tanı mevcut mu ? Kardiyovasküler olaylar ve ölüm için yüksek risk olabilecek kanıt mevcut mu?

Bu soruların ardından ESC'nin 2018 senkop güncelleme klavuzunda belirtildiği üzere sırasıyla aşağıdaki durumların gözetilmesi faydalı olacaktır.⁽¹⁾ İlk atak yada ardı sıra ataklar ile başvuran bir hastada senkopa tanık olan kişi ile bizzat yada gerekirse telefon ile görüşerek olay ayrıntılı olarak öğrenilmez. Mortal seyredebilen kardiyak senkoptan ayırt etmek için Elektrokardiyografi (EKG) çektirilmeli ve Ekokardiyografi yapılmalıdır. Özellikle 40 yaş üstü hastalarda karotis sinüs masajı unutulmamalıdır. Hastanın oturarak ve ayakta tansiyon ölçümlerini içeren ayrıntılı bir fizik muayene ve laboratuvar tetkik yapılmalıdır. Ortostatik yada refleks senkop şüphesi durumunda gerekli görülürse tilt table testi uygulanmalıdır.

Karotis Sinüs Masajı ve Tilt Table Testinin Kullanımı

Üç saniyeden uzun süren ventriküler duraklama ve/veya sistolik kan basıncında 50 mmHg'nın üzerinde bir düşüş, karotis sinüs hipersensitivitesi olarak tanımlanmıştır. Karotis sinüs hipersensitivitesi ancak başka bir refleks senkop nedeni bulunamayan semptomatik hastalarda, özellikle de tedavi gereksiniminde anlamlı olmaktadır. Karotis hipersensitivitesinin yaşlı bireylerde senkop olmaksızın sık görülebilen bir bulgu olduğu unutulmamalıdır.^(2,3)

Tilt testinin son dönemlerde özellikle güncellenen Avrupa klavuzunda senkopun tanısından ziyade refleks senkopun ayırıcı tanısında ya da ortostatik hipotansiyon (OH), postural ortostatik

¹ Kardiyoloji uzmanı, S.B.Ü. Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dr.akadiruslu@gmail.com

gibi yaklaşımların yanı sıra henüz kılavuza girmeyen ve semptomatik bradikardilerde uygulanmakta olan CNA tedavisi bu hasta grubunda umut vericidir. VVS olgularında, tedavi için yapılan çalışmalarda mortalite üzerine olan etki, primer sonlanım noktası olmamalıdır. Bu hastalarda hayat kalitesini artırıcı ve morbiditeyi azaltıcı etkenler de girişimsel çalışmalarda hedef olarak alınmalıdır. Kardiyak parasempatik denervasyon amaçlayan CNA tedavisi farklı girişimsel prosedürleri içeren bir çok araştırmada tartışılmıştır. Özellikle kardiyonöroablasyonda hasta seçimi ve olabildiğince yaygın ganglion ablasyonu uygulanmalıdır. Radyofrekans CNA tedavisi tekrarlayan senkop atakları olan uygun genç VVS'lu olgular da, senkop ataklarını azaltmak ve hayat kalitesini artırmak konusunda gelecek vadeden önemli bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir.⁽¹²⁾

Sonuç

Vazovagal senkop, klinisyenlerin tedavisinde zorlandığı bir durumdur. Olguların tanısı konmadan önce mutlaka kardiyak senkop gibi mortalite ile ilişkili senkop nedenlerinin özellikle dışlanması gerekir. VVS olgularında yaşam tarzı değişikliği ve hasta eğitimi başta olmak üzere uygulanacak tedavi seçenekleri ile temel hedef, atakların önlenmesi olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Senkop, Kardiyonöroablasyon, Hipotansiyon

KAYNAKÇA

1. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*. 2018; 39, 1883–1948.
2. Kerr SR, Pearce MS, Brayne C, et al. Carotid sinus hypersensitivity in asymptomatic older persons: implications for diagnosis of syncope and falls. *ArchInternMed* 2006;166:515–520.
3. Puggioni E, Guiducci V, Brignole M, et al. Results and complications of the carotid sinus massage performed according to the “method of symptoms”. *Am J Cardiol* 2002;89:599–601.
4. Brignole M, Croci F, Menozzi C, et al. Isometric arm counter-pressure maneuvers to abort impending vasovagal syncope. *J Am Coll Cardiol* 2002;40:2053–2059.

5. Krediet CT, vanDijk N, Linzer M, et al. Management of vasovagal syncope: controlling or aborting faints by leg crossing and muscle tensing. *Circulation* 2002;106:1684–1689.
6. Petersen ME, Williams TR, Sutton R. Psychogenic syncope diagnosed by prolonged head-uptilt testing. *QJM* 1995;88:209–213.
7. Blad H, Lamberts RJ, vanDijk GJ, et al. Tilt induced vasovagal syncope and psychogenic pseudosyncope: Overlapping clinical entities. *Neurology* 2015;85:2006–2010.
8. Goldstein DS, Pechnik S, Holmes C, et al. Association between supine hypertension and orthostatic hypotension in autonomic failure. *Hypertension* 2003;42:136–142.
9. El-Sayed H, Hainsworth R. Salt supplement increases plasma volume and orthostatic tolerance in patients with unexplained syncope. *Heart* 1996;75:134–140.
10. van Lieshout JJ, ten Harkel AD, Wieling W. Physical manoeuvres for combating orthostatic dizziness in autonomic failure. *Lancet* 1992;339: 897–898.
11. Pezawas T, Stix G, Kastner J, et al. .Unexplained syncope in patients with structural heart disease and nodocumented ventricular arrhythmias value of electrophysiologically guided implantable cardioverter defibrillator therapy. *Europace* 2003;5:305–312.
12. Aksu T, Güler TE, Bozyel S, et al. What role might cardioneuro ablation strategy have in syncope guidelines? *TurkKardiyolDernArs*. 2019;47(1):69–79.