

SENKOP — Kardiyolojik Yaklaşım

Dr. Ahmet Kaya BİLGE

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Serebral perfüzyon bozukluğuna bağlı geçici şuur ve postür tonus kaybı olarak tanımlanan senkop, yaşamın herhangi bir döneminde erişkinlerin %30'unu etkileyen sık görülen bir durumdur. Acil birim başvurularının %1-6'sı, tüm hastane yatışlarının ise %0.6-1'inden sorumludur. Adölesan ve genç erişkinlik döneminde nörokardiyojenik sebep ön planda iken, altıncı ve yedinci dekatlarda organik veya dejeneratif kalp hastalıklarına bağlı aritmiler pik yapar. Hastalar atak sırasında travmaya bağlı önemli morbitide ve iş kaybına bağlı veya araba kullanamama gibi kişisel özgürlüklerinin kısıtlanması nedeniyle indirekt olumsuz etkiler yaşayabilirler.

Taniya ulaşmak açısından major engeller, olayların periyodik ve tahmin edilemez özelliği ve spontan remisyon oranının yüksek olmasıdır. İlk değerlendirme sırasında tanı belirgin değilse, etyolojinin saptanması genellikle zordur. Klinisyenler çoğunlukla dolaylı bir tanı koymak ve daha sonra tedavi kararı almak için klinik değerlendirmeye ve anormal laboratuvar sonuçlarına dayanırlar. Uzun süreli kalp tanı tekniklerindeki ilerlemeler tanı açısından kolaylık sağlamıştır.

Sınıflama

- Vasküler (%30-40)
- Kardiyak (%10-20)
- Nörolojik (<%10)
- Metabolik (<%5)
- Psikojenik
- Sebebi bilinmeyen (%25)

Etyoloji

- 1) Refleks yolla oluşan
 - Vazovagal
 - Karotis sinüs hipersensitivitesi
 - Pozisyonel: öksürük, miksiyon, defekasyon
- 2) Ortostatik
 - İlaça bağlı
 - Otonom sinir sistemi yetersizlikleri
- 3) Aritmiler
 - Bradiaritmiler
 - Taşiaritmiler
 - Uzun QT, Brugada sendromu
- 4) Yapısal kardio-pulmoner hastalıklar
 - Aort darlığı
 - Hipertrofik KMP
 - Pulmoner emboli, pulmoner hipertansiyon
- 5) Non-kardiyak sebepler

Prognoz

Senkopun genel morbitide ve mortalitesi % 7.5'dur. Kardiyak orjinli senkoplarda 1 yıllık mortalite % 18-33'lere çıkarken, vazovagal senkop selim seyirlidir.

Teşhis

Anamnez tanıda çok önemli yere sahiptir. Senkop öncelikle diğer şuur kaybı yapan sebeplerden ayırt edilmelidir. Ailede kalp hastalığı veya ani ölüm öyküsü araştırılmalıdır. Kullanılan ilaçlar sorgulanmalıdır. Nöbetlerin sayısı ve ciddiyeti, varsa başlangıç ve bitiş semptomları ile tetikleyen faktörler öğrenilmelidir.

Vazovagal senkop (VVS), aritmik senkopa göre daha genç yaşlarda ve kadınlarda daha sık görülür. Nöbet sayısı genelde 2'den fazladır. Ayakta durma, sıcak, emosyonel faktörler, ağrı, kan görme VVS tetikler iken, aritmik senkopta genelde tetikleyen faktör yoktur. VVS'da fenalık hissi, göz kararması, bulantı, terleme gibi prodromal semptomlar var iken, aritmik senkoplarda prodrom süresi kısadır ve çarpıntı yakınması olabilir.

Teşhiste yararlanılan incelemeler

- Hemogram, biokimya testleri
- BT, EEG, Karotis Doppler
- EKG: Akut MI, ciddi sinüs bradikardisi/pause, AV blok, Taşiaritmi, Preeksitasyon, Uzun QT veya Brugada sendromuna ait bulgular?
- EKO: Sol ventrikül fonksiyonları, kapakların durumu, kitle, KMP?
- Karotis sinüs masajı: karotiste üfürüm, ciddi karotis hastalığı veya son üç ay içinde CVA öyküsü olanlarda yapılmalıdır.
- Holter ritm kaydı: İntermittan seyirli aritmilerin tayininde kullanılır fakat teşhis duyarlılığı %1 civarındadır. Daha uzun süreli takip olanağı veren transtelefonik sistemler veya implante edilen ritm kaydediciler ile teşhis duyarlılığı % 80'lere çıkabilir.
- Eğik Masa ("tilt-table") testi: VVS tanısında altın standarttır. Tekrarlayan senkoplarda, yapısal kalp hastalığı veya diğer senkop sebepleri gösterilememiş ilk atakta, egzersizle ilişkili senkopun araştırılmasında kullanılır. Pozitif olarak değerlendirilen 3 yanıtı vardır; Tip 1 (mix tip), Tip II (kardioinhibitör tip) ve Tip III (vazodepresör tip) olmak üzere. Eğik masa testi % 66-75 duyarlılık, % 80 özgüllüğe sahiptir.
- Elektrofizyolojik inceleme: İleti bozuklukları, hasta sinüs sendromu, taşiaritmisi veya kardiyak arrest öyküsü olan kişilerde endike bir testtir. Senkop için elektrofizyolojik inceleme özellikle yapısal kalp hastalığı olan ve diğer metodlarla sebebi gösterilemeyen hastalarda kullanılır. Yapısal kalp hastalığı yokluğunda teşhis duyarlılığı % 11 iken, yapısal kalp hastalığında teşhis duyarlılığı % 50 civarındadır.
- Implante edilen ritm kaydediciler ("event recorder"): Çok seyrek atak sıklığı olan, ön planda aritmik bir olay düşünülen ve "tilt table", elektrofizyolojik inceleme dahil diğer metodlar ile tanı konamamış hastalara uygulanır.

Tedavi

Sebebe yönelik olmalıdır.

- 1) Yapısal kalp hastalığı tedavisi; kapak cerrahisi, KMP tedavisi...
- 2) Bradikardilerde; pacemaker tedavisi
- 3) Taşikardilerde; farmakolojik tedavi, kateter ablasyonu, ICD implantasyonu
- 4) Vazovagal senkop
 - A) Genel yaklaşım
 - a) Hastanın eğitimi: tetikleyen faktörün tespiti ve bunlardan uzak durulmasını sağlamak, prodromal semptomlara karşı uyanık olmak
 - b) Sıvı, tuz, diet
 - c) "tilt-training"
 - B) İlaçlar
 - a) Betabloker
 - b) Disopromide
 - c) SSRI
 - d) Vazokonstriktörler (Midodrine)
 - C) Pacemaker ?
 - Sadece kardiyoinhibitör tiplerde (Class II indikasyon)