

Senkop ve tedavi seçenekleri

Doç. Dr. Özgür Aslan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Senkop olgularında tedavi seçenekleri altta yatan hastalık durumlarına ve saptanabilirse senkopun doğrudan nedenine bağlı olarak çok değişkenlik gösterir. Öykü, fizik bakı ve EKG kaydı gibi temel tanısal yöntemlerden elektrofizyolojik test ve kapalı-devre “olay kaydedici araçlar” gibi kompleks yaklaşımlara uzanan tanı süreci sonunda senkopun “kesin” ya da “olası” nedeni belirlenebilir. Hiçbir açıklayıcı neden bulunamıyorsa “açıklanamayan senkop” kabul edilir. Senkop hemen her bireyin yaşamı boyunca en az bir kez yaşayabileceği bir klinik durum olmakla birlikte tekrarlaması durumunda tedirgin edicidir ve genellikle olguları bir tedavi arayışına yöneltir. Çağdaş tıbbın günümüzdeki çok geniş olanaklarına karşın hala kesin bir tedavi planı yapılamayan olguların bulunduğu akılda tutulmalıdır.

Bu bölümde çeşitli senkop nedenlerine özgü tedavi seçenekleri kısaca tartışılmaktadır.

Nöral Reflekslere Bağlı Senkoplar

Genel olarak nöral refleks ile ortaya çıkan senkop tiplerinin hepsinde tedavi, tetikleyici olaylardan (örn. Sıcak havasız ortamlar, sıvı kayıpları, öksürme, vb) kaçınılması, uyarıcı belirtilerin (terleme, soluklaşma, çarpıntı hissi, vb) tanınması ve bayılma atağının savuşturulması (sırtüstü yatma, bacak çaprazlama, yumruk sıkma, vb.) konularında verilecek ayrıntılı bir eğitimle başlar. Bu eğitim bireyle iyi bir iletişim kurulmasıyla ve bireyin senkop sürecini ve seyrini anlamasının sağlanmasıyla etkili olabilir. Her olguda senkopun ortaya çıktığı ortam farklı olabileceği gibi aynı bireyin senkop atakları her seferinde farklı bir tetikleyici ile ortaya çıkabilir. Olgular genel olarak bol sıvı almalı, uzun süre ayakta kalmaktan ve sıcak, havasız ortamlardan kaçınılmalıdırlar. Bu önlemlerin senkop ataklarına etkisi sistematik olarak kontrollü araştırmalarla değerlendirilmemiştir.

Bireysel eğitime karşın ek bir tedaviye gereksinim duyuluyorsa en güvenli yollardan birisi sıvı tutucu ajanların verilmesi olabilir. Sporcu içecekleri ve tuz tabletleriyle günlük tuz ve elektrolit alımı artırılabilir. Olguların hipertansif olmaması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Tedavi konusunda iyi motive olmuş, vazovagal senkop atakları sıkça tekrarlayan bireylerde “tilt eğitimi”, senkop ataklarının çok önemli oranda azaltılmasında başarılı olabilir. Öncül belirtileri hissedebilen kimi olgularda “bacak çaprazlama”, “kol ters-germe”, “yumruk sıkma” gibi çeşitli fiziksel manevralar senkop atağının savuşturulmasını sağlayabilir. Bu manevralar uygun olgulara tek tek anlatılıp uygulamaları istenmelidir. Bireylerin böylesi manevraları yapabilmeye becerileri aynı olmadığından her olgu için en iyi sonuç alınabilecek manevranın belirlenmesi daha sonra bağımsız olarak yapılacak uygulamanın etkinliğini artırabilir.

Çok sayıda ilaç araştırması yapılmış olmakla birlikte, bu tip senkop tablolarında midodrin ve paroksetin dışındaki ilaçların plasebo-kontrollü araştırmalarda etkinliği gösterilememiştir.

Midodrin, vazokonstriktör bir ajandır ve ortostatik hipotansiyon durumunda da etkili olduğu bilinmektedir. Paroksetin ise “santral serotonin geri-alım inhibitörü” olan bir ilaçtır.

Kalıcı kalp pilinin vazovagal senkop hastalarında senkop ataklarını azalttığına ilişkin veriler üç büyük kontrollü araştırmada (VPS1, VASIS ve SYDIT) ortaya konulmuştur. Ne var ki bu araştırmalar, olgulara kalp pili yerleştirilmesinin “plasebo” etkisini dışlayacak bir araştırma düzenine sahip olmadığından sonuçlar temkinli karşılanmıştır. Son yıllarda yayınlanan VPS-2 ve SYNPACE adlı araştırmalarda doğrudan bu etkiyi destekleyen sonuçlar elde edilmiş ve kalp pilinin yararı olmadığı sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak bu tip senkop durumlarında kalıcı kalp pilinin rolü oldukça tartışmalıdır. Genç bireylerden daha çok yaşlı ve bradikardinin kesin olarak gösterildiği olgularda belki kalp pilinden yararlanılabilir. Öte yandan sadece bradikardiyi düzeltmeyi/engellemeyi hedeflemeyen, başka hemodinamik parametreleri temel alabilecek yeni kalp pili çalışma düzenekleri geliştirilebilirse bu hasta grubunda kalp pili yeniden bir seçenek olarak öne çıkabilir.

“Hassas karotis sendromu” olan olgularda belirgin bradikardinin senkopun nedeni olduğu belgelenebilirse kalıcı kalp pili yararlı bir seçenek olabilir.

“Durumsal senkop” olduğu belirlenen tabloların tedavisinde senkopa neden olan “durum”a yönelik önleyici yaklaşımlar geliştirilmeli ise de bu her zaman kolay olmayabilir. Gene de, ıkınmanın önlenmesi için dışkı yumuşatıcılar, miksiyon senkobunu önlemek için yatağa gitmeden önce çok miktarda sıvı/alkol alımından kaçınılması, yutma senkopunu önlemek için aşırı miktarda soğuk içecekler ve büyük lokmalardan kaçınılması, vb. gibi önlemler senkop sıklığını azaltabilir.

Ortostatik senkop

Ayağa kalkıldığında kan basıncının düşmesine neden olan etmenlerin belirlenmesi konusundaki eğitim tedavinin temeli oluşturur.

Özellikle yaşlı ve koroner arter hastalığı ya da hipertansiyonu olan pek çok olgu diüretikler, damar genişletici ajanlar ve özellikle beta ve alfa-bloker ilaçları kullanmak zorundadırlar. Bu ilaçların ortostatik hipotansiyona neden olabileceği ve o nedenle bu ilaçları alan bireylerin senkop yönünden uyarılmaları çok önemlidir.

Hipertansiyonu ve/veya kalp yetersizliği olmayanların yemeklerde tuzu serbest bırakarak ya da tuz tabletleri olarak tuz alımını artırmaları ve günlük ortalama 2-2,5 litre sıvı almaları önerilmelidir. Sıvı olarak serbest su yerine elektrolit içeriği yüksek sporcu içecekleri daha etkili olabilir. Yaşlı insanların susuzluk hissi algıları azalmış olabileceğinden su alımının artırılmasını sağlamak özellikle bu grup için çok önemli olabilir.

Yemek sonrası (özellikle karbonhidrattan zengin ve alkollü bir yemek sonrası) yaklaşık 30. dk da başlayıp 3 saat kadar sürebilen hipotansiyon tablolarında (“post-prandiyal hipotansiyon

yon”) yemek alışkanlığının ve içeriğinin değiştirilmesi sorunu tümüyle çözebilir.

Otonom yetersizliğe bağlı ortostatik senkop durumlarında; geceleri başın sırttan itibaren yüksekte tutularak uyuması, “bacak çaprazlama”, acil durumlarda “çömelme”, “öne doğru eğilme”, “kol ters-germe”(gençlerde) gibi çeşitli fiziksel manevralar semptomları azaltabilir. Olguların bilinç durumları v bu manevraları yapabilme becerilerine göre uygulama planı yapılması önemlidir.

Önlemler ve manevraların yetersiz kaldığı durumlarda ilaçlardan yararlanılabilir. Fludrokortizon glikokortikoid etkileri çok az olan sentetik bir mineralokortikoiddir ve vücut sıvılarının artırılmasında etkilidir. Midodrin, alfa reseptörlerin uyarılması yoluyla etki yapan bir vazokonstriktör ilaçtır. Yanıt alınamayan diğer olgularda desmopressin, octeoride ve eritropoetin gibi ilaçlardan yararlanılabilir.

Kalbin ritim ve iletim anormallikleri

Senkop tablosuna neden olduğu gösterilen hasta sinüs sendromu (“sinüs düğümü disfonksiyonu”), 2. ve 3. derece AV blok durumlarında tedavi için kalıcı kalp pili yerleştirilmesi gerekir. Senkop atakları olduğu halde senkop ile saptanmış olan AV blok ya da hasta sinüs sendromu bulguları arasında

bir ilişkinin tam olarak gösterilemediği olgularda dahi, uyanık haldeyken 3 sn’den daha uzun asistoliler ve tip 2-II. Derece ve tam AV blok saptanırsa kalıcı kalp pilinden yararlanılabilir.

Senkop olduğu halde sadece EKG’de bifasiküler blok saptanan olgularda özellikle yapısal kalp hastalığı da varsa elektrofizyolojik test yapıp His-Purkinje sistemi (HV aralığı) değerlendirilmelidir. HV aralığı 100 ms ya da daha uzun olanlarda tam AV blok gelişme olasılığı yüksek olduğundan kalıcı kalp pili yerleştirilmesi düşünülmelidir.

Supraventriküler taşikardi atakları olan senkop olgularında elektrofizyolojik test ve radyofrekans-kateter ablasyonu tedavisi soruna kalıcı bir çözüm oluşturur.

Ventrikül taşikardisi

“Sağ ventrikül çıkış yolu taşikardileri”, “sol ventrikül çıkış yolu taşikardileri”, “sol posterior fasikül taşikardisi” gibi idiyopatik ventrikül taşikardileri, “aritmogenik sağ ventrikül displazisi”, “uzun QT sendromu”, “Brugada sendromu”, ve “hipertrofik obstrüktif kardiyomyopati” gibi bir dizi klinik tabloya bağlı ventrikül aritmilerinin tedavisi, ileri incelemeler ve risk tabakalandırması için aritmi konusunda uzmanlaşmış merkezlerde ele alınmalıdır.