SENKOP

Doç. Dr. Ali Serdar Fak

Tanı Kriteri

Ani, kısa süreli ve kendiliğinden düzelen bilinç kaybı vücut postürü ve tonüsü de benzer şekilde kaybolur

Tanım

Senkop ani, kısa süreli ve kendiliğinden düzelen bilinç kaybı tablosudur, vücut postürü ve tonüsü de benzer şekilde kaybolur.

Genel Bilgiler

Hasta eğer senkop atağından hemen sonra hastaneye getirildiyse; hemodinamik durumu stabil değilse, bradikardi veya taşikardi saptanmışsa mutlaka gözlem altına alınmalıdır. Bazı klinik tabloların özellikle hipoglisemi ataklarının, akut serebrovasküler olaylara bağlı bilinç değişikliklerinin ve bazı psikiyatrik tabloların tanım gereği senkoptan ayırt edilmesi gereklidir. Senkop sık rastlanan bir klinik tablodur; acil servislere başvuru nedenlerinin % 3'ü senkop ataklarına bağlıdır. Çoğu sağlıklı kişi senkopla başvurabilir; ancak bazı hastalarda senkop ani ölüm riskinin bir işareti olabilir.

Atakların yaklaşık % 40-60'ında sadece iyi bir anamnez ve fizik inceleme ile tanıya yönelmek olasıdır. Hastanın daha önceden kardiyovasküler hastalığının olup olmadığı prognostik açıdan büyük önem taşır. Diğer yandan, senkop atağından hemen önce hastanın pozisyonu ve postürü, senkobun nasıl ve ne şekilde geliştiği ve senkop atağının hemen sonrasında hastanın durumu etiyolojiye işaret edecek önemli ipuçları verir. Bu nedenle hastadan ve senkop atağına tanık olmuş yakınlarından ayrıntılı olarak bu bilgileri almak çok önemlidir. Vazovagal nedenlere veya bradiaritmilere bağlı senkop atağından hemen önce genellikle baş dönmesi, fenalık hissi, bulantı gibi otonomik haberci semptomlar hissedilir. Ani ayağa kalkmakla oluşan senkop postüral hipotansiyonu; öksürük, işeme veya şiddetli bir ağrı sırasında veya hemen sonrası gelişen senkop vazovagal senkopu düşündürür.

Uzun süre ayakta hareketsiz kalan kişilerde de vazovagal reflekslerle senkop gelişebilir ve nörokardiyojenik senkop olarak anılır. Diğer taraftan yaşlı hastalarda akut gastrointestinal kanama gibi dolaşan sıvının ani kaybına yol açan başka sistem hastalıkları da senkopa neden olabilir. Ağır efor veya spor sırasında gelişen senkop aort darlığı veya hipertrofik kardiyomiyopati gibi kalbin çıkış yolu obstrüksiyonunu düşündürür. Ağır mitral darlığı veya pulmoner hipertansiyon hastalarında da benzer şekilde efor sırasında senkop gelişebilir. Aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisi ile, Brugada sendromu veya uzun QT sendomu gibi primer aritmik hastalıklarda senkop atakları efor sırasında veya sempatik deşarja neden olabilecek ani strestravma sonucunda gelişir. Senkopun hemen öncesi ve sonrası ile ilgili ayrıntıların bilinmesi çok önemlidir. Kardiyak veya nonkardiyak bir çok ilaç postural hipotansiyona neden olarak veya aritmiye zemin hazırlayarak senkop atağını davet edebilir, bu nedenle ilaç öyküsünün (hipotansif veya bradikardik etki, torsade riski vb) sorgulanması gereklidir.

Fizik muayene:

- Hasta ve hasta yakınlarından olası ise senkop sırasında veya hemen sonrasında kan basıncı ve nabız sayısı öğrenilmelidir. Senkop sırasında kafa travması olup olmadığı mutlaka sorgulanmalı ve değerlendirilmelidir.
- Senkop öyküsü olan her hastada herhangi bir yapısal kalp hastalığı bulgusunun varlığı itinayla aranmalıdır.
- **Fizik incelemede özellikle;**
    - o Postüral hipotansiyon varlığı,
    - o Kalp yetmezliği bulguları; sol ventrikül sistolik disfonksiyonu,
    - o S4 varlığı: hipertrofik kardiyomiyopati,
    - o Özellikle mitral ve aort kapağı darlığı bulguları,
    - o Karotis masajı; karotid sinüs hipersensivitesi araştırılmalıdır.

Laboratuvar Tetkikleri

Senkop öyküsü olan bir hastada 12 kanal EKG ve ekokardiyografi ilk yapılan tetkiklerindendir ve çoğu olguda daha ileri araştırma gerekmeyebilir. **EKG:** Genellikle senkop atağından sonra çekilebildiğinden senkop sırasındaki bradikardi veya taşikardiyi kanıtlamaya sıklıkla yardımcı olmaz. Ancak bazı bulgular tanıda yönlendirici olabilir:

- o Q dalgalı infarktüs varlığı: sol ventrikül disfonksiyonu,
- o Sol ventrikül hipertrofisi bulguları: yapısal kalp hastalığı,
- o Sinüs veya sinüs dışı bradikardi, PR uzaması, dal veya dalcık blokları:

bradikardik etiyoloji,
- o Preeksitasyon: supraventriküler taşikardi, WolfParkiknsonWhite sendromu,
- o RBBB ve ipsilon dalgası: Aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisi,
- o Uzun QT aralığı: uzun QT sendromu, ile ilişkili olabilir.

Ekokardiyografi:
Özellikle yapısal bir kalp hastalığını göstermek veya ekarte etmek için çoğu hastada yapılması gerekir.
Kapak hastalıkları; aort ve mitral darlığı,
Kardiyomiyopatiler: Özellikle iskemik dilate kardiyomiyopati ve hipertrofik kardiyomiyopati.
Özellikle kardiyomiyopati bulguları saptandığında malign aritmilere bağlı senkop olasılığı ve ani ölüm riski açısından daha ileri tetkikler planlanmalıdır.

Tedavi Yaklaşımı

Akut koroner sendromun ilk semptomunun bazen senkop olabileceği akılda tutulmalıdır. Vazovagal (nörokardiyojenik) nedenlere veya postüral hipotansiyona bağlı olgularda çoğu zaman sorumlu ilaçlardan uzak durulması ve yeterli hidrasyon gibi basit önlemler yeterli olacaktır. Özellikle senkop öncesi semptomlar hissedildiğinde vücut pozisyonu açısından korunma önlemleri alınması (ayakta olan hastanın hemen oturması veya yatar hale geçmesi ve potansiyel tehlikeli ortamdan uzaklaşması) büyük önem taşımaktadır. Tekrarlayan nörokardiyojenik senkop ataklarında uzun süreli beta bloker kullanımı senkop sıklığını azaltabilir. Bradikardik senkop atakları eğer ilaç kullanımı gibi ortadan kaldırılabilir nedenlere bağlı değilse kalıcı kalp pili takılarak tedavi edilmelidir. Preeksitasyon başta olmak üzere çoğu taşikardik senkop tablolarında aritmiden sorumlu dokunun radyofrekans ablasyonu yapılabilir. Kapak hastalıklarına bağlı senkop hastalarında kısa sürede kapak cerrahisi planlanmalıdır. Özellikle sıklığı açısından iskemik kardiyomiyopatili hastalarda senkop nedeni olarak ventriküler taşikardi mutlaka ekarte edilmeli, ancak saptandığı takdirde bu hastalara koroner arter hastalığının agresif tedavisine ek olarak implante edilebilen kardiyoverterDefibrilatör cihazları takılmalıdır. Çoğu hastada ileri tetkik ve hatta tedavi gerekmezken, bazılarında özellikle ani ölüm riski başta olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar açısından ayrıntılı tetkikler gerekli olabilir.

Sonuç:

Senkop öyküsü olan hastalar arasından kardiyovasküler mortalite riski taşıyan ve özellikle ani ölüm riski olan hastaların ayırt edilmesi çok önemlidir. Bu ayrım ve senkobun nedenine yönelik yaklaşım için ayrıntılı bir öykü ve fizik değerlendirme en önemli tanısal yöntemdir.

Kaynaklar:

1- Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope-update 2004. Executive Summary. Eur Heart J. 2004;25:2054-72.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ