

Yaşlılarda Kardiyak Senkop

Cardiac Syncope in the Elderly

Deniz Elçik¹, Mehmet Tuğrul İnanç¹

¹ Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kayseri/Türkiye

ÖZET

Yaşlılarda görülen senkop, gençlere oranla daha çok kardiyak kökenli olup mortalite ve morbiditesi diğer yaş gruplarına göre daha yüksek, hastalık grupları ile seyreden ani kardiyak ölümün ilk belirtisi olan geçici bilinç kaybıdır. Bu makalede yaşlılarda kardiyak senkop nedenleri, tanı ve tedavi yaklaşımı üzerinde durulmuştur.

Anahtar Kelimeler: aritmi, kardiyak senkop, yaşlı

ABSTRACT

The syncope seen in the elderly is more of a cardiac origin compared to young people, and its mortality and morbidity is higher than the other age groups and it is a temporary loss of consciousness which is the first sign of sudden cardiac death with disease groups. This article focuses on the causes of cardiac syncope, diagnosis and treatment approach in the elderly.

Key Words: arrhythmia, cardiac syncope, elderly

GİRİŞ

Senkop; beyin perfüzyon bozukluğuna bağlı gelişen, aniden ortaya çıkan kendiliğinden düzelen bilinç ve postur kaybı olarak tanımlanır. Acil servise başvuruların %3 ünü ve tüm hastaneye yatışların %6'sını oluşturmaktadır (1,2). Gençlerde senkop insidansı yıllık 6.2/1000' ye karşılık yaşlı hastalarda yaş arttıkça artış gösterir (70-79 yaş 11/1000, 80 yaş üzeri 19/1000) (3). Yaşlılarda senkop gençlerin aksine tanısı zor, tedavisi güç ve önemli morbidite ve mortalite sebebi olması sebebi ile önem arz etmektedir. Yaşlılarda ilaç kullanımı artışı, arteriyel ve kapak sistemlerinde olan kalsifikasyon, nörolojik arkların bozukluğu tanı ve tedaviyi güçleştirmektedir. Senkop basit bir olaydan, ölümcül olaylar yelpazesinde geniş bir dağılım hacmine sahiptir. Aslında senkop ani kardiyak ölümün ilk belirtici bile olabilir. Senkop ile ilişkili bir olay sırasında hastaların %17-35 de yaralanma görülürken, yaşlıların %5-7 sinde hayatı tehdit eden kırıklar görülebilir (4,5). Yapılan çalışmada yaşlılarda yıllık senkop insidansı %6, tekrarlama oranı %30 olarak tespit edilmiştir (6). Genel olarak refleks senkop gençlerde, kardiyak senkop ise yaşlılarda daha sıktır. Senkop sebepleri olarak kardiyak senkop hastaların %29' unda, refleks senkop ise %33' ünde tanımlanmıştır (7). Tanısal süreçte ilk olarak detaylı anamnez ve fizik muayene sonrası postüral kalp hızı ve basıncı ortaya konmalıdır. Anamnez ile senkop tanısı ve türünün ortalama %50 si tespit edilebilir. Hastadan alınan öyküde: yaptığı aktivite, hava şartları, baş dönmesi çarpıntı,

gözde karararma, aile hikâyesi, kullandığı ilaçlar, öz geçmişi not edilmelidir (8) Hastanın yaşadığı olayın gerçek senkop olup olmadığı, risk analizi ve hastanın genel frajilite durumu da özenle ortaya konmalıdır.

Yüzey EKG mutlaka her hastaya çekilmeli ve semptom/ritim/kan basıncı birlikteliğine yönelik ön araştırmalar yapılmalıdır. Hastanın EKG' sinde: Negatif kronotropik ilaçların kullanılmaması durumunda yetersiz sinüs bradikardisi (dakikada <50atım) veya sinoatriyal blok, önceden uyarılmış QRS kompleksi, süresi uzamış veya kısalmış QT aralığı, V1-V3 derivasyonunda ST yükselmeli sağ dal bloğu (RBBB) (Brugada sendromu), sağ prekordiyal derivasyonlarda negatif T dalgaları, epsilon dalgaları ve aritmogenik sağ ventrikül kardiyomyopatisi (ARVC) yi işaret eden geç ventriküler potansiyeller aritmik senkopu işaret eder. Aritmik senkop genelde ataklar halinde gelen taşikardilerin başlangıcında henüz damarsal kompanzasyon mekanizmaları gelişmeden ortaya çıkar ve çoğu kez taşikardi sonlanmadan bilinç geri gelir. Eğer bilinç kaybı devam eder ise o zaman senkoptan değil kardiyak arrestten söz edilir (9).

Atriyal fibrilasyon yaşlanmayla birlikte artış göstermesi ve atriyal fibrilasyona bağlı sirkadiyen ritim bozulması yaşlılarda senkop sebeplerinin diğer bir nedenidir. Atriyal fibrilasyonda serebrovasküler oklüzyon riskinin artış



göstermesi de senkop ayırıcı tanısında işleri zorlaştıran diğer bir konudur.

Yaşlılarda kardiyak senkopun diğer unutulmaması gereken sebebi kalsifik kapak patolojileridir. Bu sebepten dolayı hastalarda eko değerlendirilmesi yapılmalıdır. Özellikle aort darlığı akılda tutulmalıdır. Aort darlığının komponenti olarak karşımıza çıkabileceği gibi kalsifikasyona sekonder A-V ileti sitemine bası sonucu da karşımıza çıkabilir. Bu durum mitral anüler kalsifikasyonda da görülebilir. Ayrıca koronerde oluşan kalsifikasyonlarda iskemiye sonucunda aritmik senkop yapabilir.

Karotis sinüs masajı tanısız süreçte senkopla başvuran 60 yaş üstü yaşlıların hepsinde uygulanmalıdır. Uygulama sırasında karotis darlığı düşünülerek dikkatli olunmalıdır. Sensitivitesi oldukça yüksek bir testtir. Ancak, karotis sinüs hipersensitivitesi yaşlılarda sıktır ve bozulmuş otonom sinir sisteminin bir epifenomeni olduğu yönünde görüşler de mevcuttur. Özellikle karotis hipersensitivitesinde 3 saniye yerine, 6 saniye asistol dönemi saptanması veya vazodepresör cevap için sistolik kan basıncının 50mmhg düşüş göstermesi tanıda daha özgül olarak kabul edilmelidir (10). Senkop vakalarının % 13-41'i sebebi belli olmayan senkoplardır (11). Bunlar için ileri tetkikler yapılmalıdır. Açıklanamayan senkop olgularında refleks senkopları ve otonom disfonksiyona bağlı ortostatik hipotansiyon tablolarını ayırt etmek için eğik masa testi kullanılabilir. Yaşlılarda, eğik masa testi sırasında pozitiflik gençlere göre daha uzundur ve hipotansif yanıtlar gençlere göre daha çok gözlenir (12). Test sonucunda gözlenen kalp hızı ve kan basıncı yanıtına göre vazovagal senkop mikst, kardiyoinhibitör ve vazodepresör olmak üzere üç ayrı grupta incelenmektedir ve bu sonuçlara göre tedavi planı medikalden kalp piline kadar değişebilir. Senkop ataklarının sayısı ve zamanı olgudan olguya hatta her bir olgudaki seyrinde bile büyük değişkenlikler gösterdiğinden bir referans test tanımlamak zordur.

Sebebi belli olmayan senkopların kardiyak kökenini araştırmak için diğer bir yöntem ritim takibidir. Bunun içinde holter ve loop recorder' ler kullanılabilir. Loop kayıt cihazlarının tanı değeri holterlere göre daha üstün olarak gösterilmiştir (%22 e karşın %56) (13). Sebebi belli olmayan senkoplarda diğer tanı yöntemi ise elektrofizyolojik çalışmadır (EFÇ). Hastaların %2 sinde EFÇ yapılmaktadır. Erken ventriküler stimülasyon çalışmaları EF si normal kalp

hastalarında senkopun belirlenebilmesinde ve ICD implantasyonu kararında yardımcı olabilir (14).

Kardiyak senkop düşünülen hastalar mutlaka hastaneye yatırılıp tedavi edilmelidir. Hastaların tedavisinde senkop etiyojisine yönelik planlama yapılmalıdır. Bradikardi ile giden senkop varlığında kalp pili, taşikardi durumunda ablasyon ölümcül ritim problemlerinde ICD implantasyonu düşünülmelidir.

Sonuç olarak yaşlı hastalarda kardiyak kökenli senkoplar tanısı güç mortalitesi yüksek ve tedavisi multidisipliner yaklaşım isteyen bir durumdur.

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

The author declares no conflict of interest.

Finansal Destek: yoktur / Funding : none

doi: *** ** ** ** ** ** **

KAYNAKLAR

1. Lipsitz L, Grubb BP. Syncope in the elderly. In: Grubb BP, Olshansky B, editors. Syncope: mechanisms and management. Malden (MA): Blackwell-Futura; 2005. p. 301-14.
2. Calkins H, Byrne M, El-Atassi R, et al. The economic burden of unrecognized vasodepressor syncope. Am J Med 1993;95:473-9.
3. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, et al. Incidence and prognosis of syncope. N Engl J Med 2002;347:878-85.
4. Kapoor WN, Karpf M, Wieand S, et al. A prospective evaluation and follow-up of patients with syncope. N Engl J Med 1983;309:197-308.
5. Eagle KA, Black HR, Cook EF, et al. Evaluation of prognostic classifications of patients with syncope. Am J Med 1985;79:455-60.
6. Lipsitz LA. Syncope in the elderly. Ann Intern Med 1983;99:92-104.
7. Khera S, Palaniswamy C, Aronow WS, Sule S, Doshi JV, Adapa S, et al. Predictors of mortality, rehospitalization for syncope, and cardiac syncope in 352 consecutive elderly patients with syncope. J Am Med Dir Assoc 2013;14:326-30.
8. Schnipper JL, Kapoor WN. Diagnostic evaluation and management of patients with syncope. Med Clin North Am. 2001 Mar;85(2):423-56.
9. Brignole M, Gianfranchi L, Menozzi C, et al. Role of 6. Autonomic reflexes in syncope associated with paroxysmal atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol 1993;22:1123-1129.
10. Linzer M, Yang EH, Estes NA 3rd, Wang P, Vorperian VR,

Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 2: Unexplained syncope. Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1997 Jul 1;127(1):76-86.

11. Martin GJ, Adams SL, Martin HG, Mathews J, Zull D, Scanlon PJ. Prospective evaluation of syncope. *Ann EmergMed.* 1984 Jul;13(7):499-504.
12. Kurbaan AS, Bowker TJ, Wijesekera N, et al. Age 38. And hemodynamic responses to tilt testing in those with syncope of unknown origin. *J AmCollCardiol* 2003;41:1004 – 7.
13. Sivakumaran S, Krahn AD, Klein GJ, et al. A prospective randomized comparison of loop recorders versus Holter monitors in patients with syncope or presyncope. *Am J Med* 2003;115:1–5.
14. AHA/ACCF scientific statement on the evaluation of syncope. *Circulation* 2006;113:316–27.).