

Bayılma Şikayetiyle Gelen Hastaların Sosyodemografik ve Etiyolojik Değerlendirilmesi: Tek Merkez, Prospektif, Kesitsel Çalışma

Sociodemographic and Etiological Evaluation of Patients Presenting with Syncope: A Single-Center, Prospective, Cross-Sectional Study

Betül Diler Durgut^{1*}, Emine Tekin¹, Bekir Yükücü²

¹ Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Çocuk Nöroloji Bölümü, Giresun,
Türkiye.
ror.org/05sqa822

² Giresun Kadın ve Çocuk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Pediatrik
Kardiyoloji Bölümü, Giresun, Türkiye.

* Sorumlu yazar / Corresponding author:
betuldr@hotmail.com

ÖZ

Amaç: Bu prospektif, kesitsel çalışma, bayılma şikayetiyle pediatrik nöroloji polikliniğine başvuran çocukların sosyodemografik özelliklerini, kronik hastalıklarını, psikiyatrik ve fiziksel durumlarını, ayrıntılı klinik öykülerini ve nihai tanılarını değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntemler: Nisan 2023 - Nisan 2024 tarihleri arasında pediatrik nöroloji polikliniğine bayılma şikayetiyle başvuran 2-18 yaş arası hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Veri, sosyodemografik bilgiler, aile öyküsü, senkopun klinik özellikleri (sıklık, süre, tetikleyiciler), nörolojik ve kardiyak öyküler, klinik muayene bulguları, elektroensefalogram, laboratuvar test sonuçları ve tetkiklerden elde edilmiştir. Birden fazla senkop atağı geçiren veya ek kardiyak semptomu bulunan hastalar kardiyolojiye yönlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 125 hasta dahil edildi. Bu hastalardan 3'ü epilepsi, 1'i kardiyojenik senkop, 101'i ise vazovagal senkop tanısı aldı. Etiyoloji 20 hastada belirlenemedi. Hastaların çoğunluğu (%64) kız cinsiyette ve 10-15 yaş aralığındaydı. Kronik hastalıklar hastaların %19,2'sinde ve psikiyatrik bozukluklar %7,2'sinde tespit edildi. Sekiz hastada B12 vitamini eksikliği, 63 hastada ise D vitamini eksikliği saptandı. Senkop öncesi en sık gözlemlenen belirtiler baş dönmesi (74,4%) ve fenalaşma hissi (62,4%) iken, senkop sonrası bulgular arasında kasılma/titreme (34,4%) ve kusma (9,6%) yaygın olarak bildirildi.

Sonuç: Bu çalışma, pediatrik senkop vakalarının çoğunun iyi huylu olduğunu ve en yaygın nedenin vazovagal senkop olduğunu göstermektedir. Az sayıda hastada kardiyojenik senkop gibi ciddi altta yatan durumlar ve epilepsi gibi senkopla karışabilecek hastalıklar da tespit edilmiştir. Senkop etiolojisinin belirlenmesinde, klinik öykü, fiziksel muayene ve gerektiğinde uygun testlerin yapılması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pediatri, senkop, epilepsi.

ABSTRACT

Aim: This prospective, cross-sectional study aimed to evaluate the sociodemographic characteristics, chronic diseases, psychiatric and physical conditions, clinical features, and final diagnoses of children presenting with syncope to a pediatric neurology clinic.

Material and Methods: Children aged 2–18 years who presented with syncope between April 2023 and April 2024 were included. Data collected comprised sociodemographic details, family history, clinical characteristics of syncope (frequency, duration, triggers), neurological and cardiac history, physical examination findings, EEG, laboratory results, and other investigations. Patients with recurrent syncope or cardiac symptoms were referred to cardiology.

Results: A total of 125 patients were enrolled. The majority were female (64%), with the 10–15 age group being most common. Vasovagal syncope was diagnosed in 101 patients. Epilepsy (n=3) and cardiogenic syncope (n=1) were identified, while 20 cases remained unexplained. Chronic diseases were present in 19.2% and psychiatric disorders in 7.2% of patients. Vitamin B12 deficiency was seen in 8 children, and vitamin D deficiency in 63. The most common presyncope symptoms were dizziness (74.4%) and a feeling of faintness (62.4%). Post-syncope findings included convulsions or tremors (34.4%) and vomiting (9.6%).

Conclusion: Most pediatric syncope cases are benign, with vasovagal syncope being the predominant etiology. Nonetheless, serious conditions like epilepsy and cardiogenic syncope, which can mimic benign causes, must not be overlooked. A detailed clinical history, physical examination, and selective testing are crucial for accurate diagnosis and to rule out life-threatening causes.

Keywords: Pediatrics, syncope, epilepsy.

Geliş / Received: 23.02.2025
Revizyon / Revision: 31.07.2025
Kabul / Accepted: 31.12.2025
Çevrimiçi / Online: 23.01.2026

GİRİŞ

Senkop, postüral tonus kaybıyla birlikte görülen, hızlı ve kendiliğinden düzelen geçici bilinç kaybı olarak tanımlanır. Amerikan kılavuzları, senkop nedenlerini klinik durumlara odaklanarak tanımlar ve değerlendirirken, Avrupa kılavuzları hem senkopu hem de senkop dışındaki geçici bilinç kaybı formlarını içerir ve bunları birlikte ele alır (1,2). Çocukların yaklaşık %15'i yaşamları boyunca en az bir kez senkop atağı geçirmektedir (3,4).

Çocuklarda insidans ergenlik döneminde %28,87, okul çağında %8,02 ve okul öncesi dönemde ise %2,69 olarak bildirilmiştir (5).

Vasovagal senkop, ortostatik hipotansiyon, katılma nöbeti sık görülen nedenlerdir (4).

Vazovagal senkop tanısı genellikle klinik öyküye dayanır. Anahtar tanısal özellikler arasında tetikleyici durumlar, prodromal semptomlar, fiziksel bulgular ve iyileşme süresi yer alır. Prodromal belirtiler; ilerleyici presenkop, terleme, sıcaklık hissi, kızarma, bulantı, karın rahatsızlığı, görme bulanıklığı ve görme kaybı gibi semptomları içerir (6). Vakaların yaklaşık %10'unda ince veya kaba miyoklonik hareketler gözlemlenebilir; bu durum, bazen yanlışlıkla epilepsi tanısı konulmasına yol açabilir (6). Öte yandan, epileptik nöbetlerin tarif edilemediği durumlar da senkop ile karışabilir. Bu sebeple, acile senkop ile başvuran hastalar çocuk nöroloji polikliniklerine sıklıkla yönlendirilmektedir.

Az sayıda hastada altta yatan aritmi gibi ciddi sebepler bulunabileceği gibi narkolepsi ve somatizasyon gibi durumlar da olabilir. Etiyoloji geniş olduğu için hastalar dikkatlice değerlendirilmelidir (3,4).

Bu çalışma, çocuk nöroloji polikliniğine bayılma şikayeti ile başvuran hastaların sosyodemografik verisini, eşlik eden kronik hastalıklarını, psikiyatrik ve fiziksel durumlarını, ayrıntılı klinik öykülerini ve yapılan tetkikler sonucunda ulaşılan nihai tanıları değerlendirme amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma Tasarımı

Bu prospektif, kesitsel çalışma, Nisan 2023- Nisan 2024 yılları arasında çocuk nöroloji polikliniğine bayılma şikayeti ile başvuran 2-18 yaş aralığındaki hastaları kapsamaktadır.

Veri Toplama

Hastaların sosyodemografik verisi (cinsiyet, yaş, anne ve baba yaşları, eğitim durumu, meslek durumu, ailedeki kronik hastalık öyküsü, eşlik eden psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar, kronik ilaç kullanımı), senkop özellikleri (klinik özellikleri, zamanlaması, sıklığı, süresi, tetikleyici faktörler), kardiyak veya nörolojik hastalık öyküsü ve fizik muayene bulguları, çocuk nöroloji polikliniğinde önceden hazırlanmış hasta takip formlarına kaydedilmiştir.

Hastaların değerlendirilmesi kapsamında elektroensefalografi (EEG) çekimi ve kan testleri (hemoglobin, glukoz, sodyum, kalsiyum, potasyum, tiroid stimüle edici hormon, vitamin B12 ve vitamin D seviyeleri) planlanmıştır. Birden fazla senkop atağı geçiren hastalar kardiyolojik değerlendirme için çocuk kardiyoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Tüm hastaların acil

başvuruları sırasında çekilen elektrokardiyografileri (EKG), kardiyoloji polikliniğinde tekrar değerlendirilmiştir ve ekokardiyografi görüntülemeleri yapılmıştır. Senkopla birlikte çarpıntı veya göğüs ağrısı gibi ek şikayetleri olan ve ilk tetkikler ile etiyoloji saptanamayan hastalar için 24 saatlik ritim Holter monitörizasyonu planlanmıştır.

Senkop etiyojisine yönelik nöroloji ve kardiyoloji polikliniklerinde yapılan tüm tetkikler ve hastaların nihai tanıları hasta takip formlarına kaydedilmiştir.

Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmaya, nöroloji polikliniğine başvuran ve bayılma şikayeti bulunan hastalar dahil edilmiştir.

Hariç Tutulma Kriterleri

İlk başvuru sırasında klinik öykü ve video kayıtları incelendiğinde konvulzif nöbet veya katılma nöbeti düşünülen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Tanımlar

Vazovagal senkop tanımı, "2018 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Syncope" raporuna dayanılarak yapılmıştır (2).

Epilepsi tanımı, Uluslararası Epilepsi Birliği (ILAE) tarafından yayımlanan "A Practical Clinical Definition of Epilepsy" raporuna dayanılarak yapılmıştır (7).

Kan Analizi

Venöz kan örnekleri, BD Vacutainer SST II Advance tüpleri kullanılarak toplanmıştır. Örnekler, serum elde etmek için 1500×g hızda 10 dakika santrifüj edilmiştir. Serum glikoz, sodyum (Na), potasyum (K) ve kalsiyum (Ca) düzeyleri, Roche Cobas c501 analizörü (Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Almanya) kullanılarak ölçülmüştür. Serum B12 vitamini, D vitamini ve tiroid uyarıcı hormon (TSH) düzeyleri, Roche Cobas e601 analizörü (Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Almanya) ile ölçülmüştür. Ayrıca, etilen diamin tetrasetik asit (EDTA) tüplerine toplanan ek venöz kan örnekleri, SYSMEX XN-9000 tam otomatik kan analizörü (KHB, Şanghay) kullanılarak tam kan sayımı için analiz edilmiştir.

EEG kaydı

EEG çekimi, uluslararası 10-20 sistemine göre elektrotların yerleştirildiği 18 kanallı kayıtlar şeklinde Nihon Kohden cihazı (Neorofax QP-112AK ver.07-21 Nihon Kohden Corporation, Japonya) ile gerçekleştirilmiştir.

24 Saatlik EKG İzlemi (Holter)

Holter monitörizasyonu için (7 kanallı, GE Healthcare SEER 1000, ABD) kullanılarak 24 saatlik EKG kaydı alınmıştır.

Ekokardiyografi

Ekokardiyografik incelemeler, Philips Affiniti 50 ekokardiyografi cihazı (Philips Healthcare, Best, Hollanda) kullanılarak yapılmıştır.

Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu'nun ilkelerine uygun olarak yapılmıştır. Çalışma, yerel Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (4.4.2023/2). Çalışmaya dahil edilen tüm bireylerden/ebeveynlerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizleri, IBM SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) deneme sürümü paket yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Sosyodemografik özellikler,

klınık bulgular ve laboratuvar sonuçları sayısal ve kategorik verilere göre değeriendirilmiştir. Verinin tanımlayıcı istatistikleri n(%) ve değışkenler normal dağılım gösterdiği için ortalama±standart sapma ile sunulmuştur. Sürekli değışkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov–Smirnov ve Shapiro–Wilk testleri ile değeriendirilmiştir. Güç analizi değeriendirmek amacıyla Ki-kare uygunluk testi planlanmış ve G*Power 3.1 yazılımı kullanılarak power analizi gerçekleştirilmiştir. Orta düzey etki büyüklüğü (Cohen’s w = 0.3), %95 güven düzeyi ($\alpha = 0.05$) ve %80 test gücü ile yapılan analizde minimum gerekli örneklem büyüklüğü **88** kişi olarak hesaplanmıştır (8). Bu çalışmada **125** hasta dahil edilerek yeterli örnekleme ulaşılmıştır.

BULGULAR

Çocuk nöroloji polikliniğine bayılma şikayetiyle başvuran 135 hastadan, tetkikleri tamamlanmamış 7 hasta ile psikojenik senkop ön tanısı alan 3 hasta çalışma dışı bırakıldı. Geriye kalan 125 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 3’ü epilepsi, 1’i kardiyojenik senkop, 101’i vazovagal senkop tanısı aldı. 20 hastada etiyoloji belirlenemedi. Hastaların sosyodemografik verileri Tablo 1 de verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik verisi

Değişken	n (% Toplam)
Yaş Ortalaması (ortalama±SS)	12,62±3,33
Yaş Dağılımı	
≤5	5 (4)
6-9	14 (11,20)
10-15	80 (64)
>15	26 (20,80)
Cinsiyet	
Kız	80 (64)
Erkek	45 (36)
Anne Yaş Ortalaması (ortalama±SS)	40,17±5,78
Baba Yaş Ortalaması (ortalama±SS)	44,94±6,56
Anne Eğitim Durumu	
Okur-yazar değil	3 (2,41)
İlkokul	37 (29,80)
Ortaokul	23 (18,54)
Lise	40 (32)
Üniversite	21 (16,93)
Belirtilmemiş	1 (0,80)
Baba Eğitim Durumu	
Okur-yazar değil	2 (1,60)
İlkokul	32 (25,60)
Ortaokul	21 (16,80)
Lise	37 (29,6)
Üniversite	33 (26,40)
Aile Durumu	
Boşanmış	8 (6,40)
Baba vefat etmiş	3 (2,40)
Anne baba birlikte	114 (91,20)
Anne Meslek Durumu	
Ev hanımı	85 (68)
Düzenli işte çalışan	40 (32)
Baba Meslek Durumu	
İşsiz	15 (12)
Emekli	11 (8,80)
Düzenli işte çalışan	95 (76)
Bilinmiyor	4 (3,20)
Aylık Ortalama Gelir	
Asgari ücret ve altı	44 (35,20)
Asgari ücret üstü	81 (64,80)
Yerleşim Yeri	
İl merkezi	58 (46,40)
İlçe	50 (40)
Köy	17 (13,60)
Evde Çekirdek Aile Dışı Birey	21 (16,80)
Kardeş Sayısı	
Bir	9 (7,20)
İki	47 (37,60)
Üç	39 (31,20)
Dört	21 (16,80)
Beş	9 (7,20)

Epilepsi tanısı alan hastaların yaşları 2, 11 ve 13 idi. Kardiyak senkop olan hasta ise 8 yaşındaydı.

Çalışmaya katılan 24 hastanın (%19,20) eşlik eden kronik hastalığı vardı. Bu hastalar arasında 20'sinde (%16) alerjik hastalıklar (astım, alerjik rinit, atopik dermatit) bulunmaktaydı. Ayrıca birer hastada renal taş, ailevi Akdeniz ateşi, immün yetmezlik ve vertigo saptandı.

Dokuz hastada (%7,20) eşlik eden psikiyatrik hastalık saptandı. İki hastada anksiyete bozukluğu, iki hastada depresyon, iki hastada panik atak, iki hastada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, bir hastada ise obsesif-kompulsif bozukluk mevcuttu.

Yirmiki hastada (%17,60) düzenli ilaç kullanımı tespit edildi. En sık kullanılan ilaçlar sırasıyla vitamin ve mineral takviyeleri (n=6), alerji ilaçları (n=5), antipsikotikler (n=4), diğer ilaçlar (n=4) ve antidepresanlardı (n=3).

Hastaların senkop ile birlikte görülen semptomları Tablo 2 de verilmiştir.

Tablo 2. Bayılma şikayeti ile gelen hastalarda eşlik eden semptomlar

Senkop Öncesi Durum	
Ortam*	62(49,60)
Açık	59(47,20)
Uykusuzluk/yorgunluk	35(28)
Hastalık/Ateş/enfeksiyon	32(25,60)
Senkop öncesi belirti	
Göz kararması	100(80)
Baş dönmesi	93(74,40)
Fenalaşma hissi	78(62,40)
Bulantı	56(44,80)
Terleme	39(21,20)
Baş ağrısı	33(26,40)
Senkop sonrası bulgu	
Kasılma/titreleme	43(34,40)
Kusma	12(9,60)
İdrar kaçırma	5(4)
Morarma	8(6,40)
Dil ısırma	2(1,60)
*sıcak, kalabalık, stresli ortam, uzun süre ayakta kalma, üzüntü, korku	

Elli altı (%44,80) hastada ailede kronik hastalık öyküsü vardı. Aile öyküsünde; 21 hastada 50 yaş üzeri kalp hastalığı, 18 hastada epilepsi, 2 hastada otuz yaşından önce myokard infarktüsü, 2 hastada ani ölüm, 1 hastada senkop, 1 hastada febril konvülsiyon, 16 hastada hipertansiyon, diabetes mellitus, hipotiroidi ile kronik akciğer hastalığı gibi diğer nedenler yer almaktaydı.

On dört (%11,20) hastanın ailesinde psikiyatrik tanı öyküsü mevcuttu. 5 ailede panik atak, 3 ailede depresyon, 6 ailede ise obsesif-kompulsif bozukluk, nevroz, şizofreni, mental retardasyon gibi diğer tanımlar saptandı.

Hastaların senkop sayısı incelendiğinde, %40'ında (n=50) bir, %29,60'ında (n=36) iki, %16,80'inde (n=21) üç, %8'inde (n=10) dört, %3,20'sinde (n=4) beş, %2,40'ünde (n=3) altı senkop atağı vardı.

Epilepsi tanısı alan hastaların üçünde de birden fazla sayıda senkop öyküsü vardı. Bir hastada 3 kez senkop olmuştu. Epilepsi tanısı alan diğer hastalarda ikişer senkop atağı vardı.

Hastaların EKG değerlendirmesinde; 9'unda sinüs bradikardisi, 5'inde sol ventrikül hipertrofisi, 5'inde sinüzal aritmi ve 4'ünde sağ aks deviasyonu saptandı. Diğer hastaların EKG sonuçları normaldi.

EKO değerlendirmesinde ise 12 hastada mitral yetmezlik, 3 hastada mitral valv prolapsusu, 2 hastada asendan aorta dilatasyonu, 1 hastada patent duktus arteriozus ve 1 hastada biküspit aorta tespit edildi. Diğer hastaların EKO sonuçlarında özellik bulunmadı ya da takibi gerektirmeyen bulgular (örneğin, patent foramen ovale ve eser mitral yetmezlik) görüldü.

Holter değerlendirmesi yapılan 68 hastanın 43'ünde sonuçlar normaldi. Kalan hastalardan 21'inde tedavi gerektirmeyen ventriküler veya supraventriküler ekstrasistol, 3'ünde gece saatlerinde Mobitz Tip 1 AV blok (2 saniyeyi geçmeyen) ve 1 hastada 10 saniye süreli asistoli saptandı. Asistoli saptanan hasta kardiyojenik senkop şüphesiyle tilt testine yönlendirildi ve kardiyoinhibitör Tip 2B tanısı aldı. Çocuk kardiyoloji tarafından midodrin tedavisi başlandı ve tedavi sonrası senkop atağı görülmüdü. Bu hasta, tanı konulmadan önce dört kez senkop atağı geçirmişti.

Hematolojik değerlendirmelerde hipoglisemi, elektrolit bozukluğu ve hipotiroidi saptanmadı. Anemisi olan 7 hasta vardı. 8 hastada vitamin B12 eksikliği, 63 hastada D vitamini eksikliği vardı. Hiçbir hastada bilinç değişikliği hematolojik parametreler ile ilişkilendirilmedi. Biokimyasal parametrelerin ortalamaları; Hb 13,05±1.4 g/dL, Glukoz 97,96±12.06 mg/dL, Na 139,59±2.24 mEq/L, K 5,17±1,43 mEq/L, Ca 9,77±0.73 mg/dL, TSH 4,00±4.47 µIU/mL, B12 387,50±178.89 pg/mL, D vitamini 38,97±76.01 ng/mL olarak bulundu.

TARTIŞMA

Çalışmada elde edilen bulgular, çocuklarda senkopun büyük ölçüde selim nedenlere bağlı olduğunu, ancak az sayıda hastada ciddi altta yatan nedenlerin de bulunabileceğini ortaya koymaktadır. Literatürle uyumlu olarak, çalışmada pediatrik yaş grubunda senkopun en yaygın nedeni vazovagal senkop (%80,8) olarak tespit edilmiştir. Daha nadir olarak kardiyojenik (%0,8) ve nörolojik (%2,4) kaynaklı ciddi nedenlere rastlanmıştır (3). Bununla birlikte, hastaların %16'sında ayrıntılı öykü, fizik muayene ve tetkiklere rağmen kesin bir tanıya ulaşılamamıştır. Literatürde bilinmeyen etiyoloji oranı %13-41' (3,9). Oranın çalışmalarda birbirinden farklı olması etiyolojinin belirlenmesinde kapsamlı bir değerlendirme sürecinin kritik önem taşıdığı vurgulanmaktadır.

Çalışmada vazovagal senkop tanısı öykü, senkop öncesi ve sırasındaki semptomlar ile koyulmuştur. Tilt testinin pediatrik hastalarda duyarlılık ve özgüllüğü mükemmel olmadığından tanı için şart değildir (6).

Çalışmada literatür ile uyumlu olarak senkop görülen en sık yaş aralığı 10-15 yaş grubu olarak belirlendi ve vakaların % 64'ü kız cinsiyettedir (10,11). Epilepsi tanısı alan hastaların yaşları 2, 11 ve 13 idi. Kardiyak senkop olan hasta ise 8 yaşındaydı. Aynı yaş aralığında epilepsi ve ciddi aritmi gibi diğer ayırıcı tanıların da görülebileceği göz önünde bulundurulduğunda, tanı sürecinde ayrıntılı öykü, semptomların analizi ve uygun tetkikler yol gösterici olmaktadır.

Birçok yayında, senkopun 1 yıl içindeki tekrarlama oranı yaklaşık %25-35 olarak bildirilmiştir. (6). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise oran yaklaşık %67'dir (8). Mevcut çalışmada tekrar oranı benzer şekilde %60 saptanmıştır. Vazovagal senkop ve ortostatik hipotansiyon tanısı alan hastalarda birden fazla atak görülebileceğinden, yalnızca atak sayısının ayırıcı tanıda belirleyici olmayacağı kanaatindeyiz.

Çalışmada senkop öncesi en sık belirti göz kararması ve baş dönmesi olup, vakaların yaklaşık üçte birinde senkop sonrası kasılma bildirildi. Epileptik nöbet geçiren hastalarda bilinç kaybı öncesinde dilde kesik, yatakta idrar kaçırma, prodromal déjà vu, halüsinasyonlar veya titreme gibi bulgular; sonrasında ise post-iktal bulgu, kas ağrıları, baş ağrıları, konvülsif hareketler, baş dönmesi, siyanoz bulguları daha yaygın görülmektedir (12). Buna karşılık, senkop hastalarında, senkop öncesinde presenkop yaşanması, sıcak veya kapalı ortamlarda ya da egzersiz sırasında atak geçirme, uzun süre oturma veya ayakta durma gibi tetikleyicilerle senkop gelişmesi daha olasıdır. Ayrıca, bu hastalarda senkop öncesinde terleme, nefes darlığı, göğüs ağrısı, çarpıntı, sıcaklık hissi, mide bulantısı, baş dönmesi ve presenkop gibi semptomlara daha sık rastlanmaktadır (12).

Hastaların sosyodemografik özellikleri sağlık hizmetlerine ulaşım açısından önemlidir. Hasta grubumuzda annelerin büyük çoğunluğunun ev hanımı olması (%68) ve ailelerin önemli bir kısmının asgari ücret veya daha düşük gelirle yaşamalarına (%35,2) rağmen sağlık hizmeti için başvurmuş olması çocuklarda bilinç değişikliği ile ilgili semptomların önemsendiğini göstermektedir. Ayrıca bu durum anne ve babaların büyük kısmının lise ve üniversite mezunu olması ile ilişkili olabilir. Köyde yaşayan hasta sayısının az olması ulaşım güçlüğü veya nüfus dağılımı ile ilgili olabilir.

Paroksizmal olayların epileptik ya da epileptik olmayan olarak ayrılması, tanı sürecinin ilk ve en kritik adımıdır. Tanıda ilk ve en önemli adım, hasta ve tanıklardan dikkatli bir şekilde öykü alınması ve evde elde edilen videoların değerlendirilmesidir (13). Ancak, hasta ve tanık ifadelerinin yüksek oranda güvenilir olabileceği ve bazen olaya tanık olan kimse olmaması göz önüne alındığında, doğru tanıya ulaşmak için klinik değerlendirme ve gerekli ileri tetkikler (EEG ve manyetik rezonans görüntüleme gibi) büyük önem taşır (13). Çalışmada tüm bu değerlendirmeler sonucunda hastaların %2,4' ü epilepsi tanısı aldı. Ülkemizde senkop ile ilgili çalışmalarda epilepsi oranı %3,3-21 arasında bildirilmiştir (14). 2018-2019 yılları arasında aynı klinikte yaptığımız çalışmada, bayılma şikayeti ile başvuran hastaların %21'i epilepsi, %19,8'i vazovagal senkop, %3,6'sı ortostatik hipotansiyon, %5,1'i katılma nöbeti tanısı almıştır (14). Güncel çalışmada bu çalışmaya ve ülkemizdeki, diğer çalışmalara göre epilepsi oranımızın düşük olmasını, ilk öykü ile epilepsi ve katılma nöbeti düşünülen hastaların bu çalışmaya dahil edilmemesine bağladık. Bu çalışmada bayılma ile başvuran ve ilk aşamada etyolojisi belirlenemeyen hastaların nihai tanıların değerlendirilmesi hedeflendi. Bu yüzden oranlar arasında farklılık olabilir.

Senkop ve psikopatoloji arasında güçlü bir ilişki olduğundan bahsedilmektedir (15). Çalışmada %7,2 oranında psikiyatrik eşlik eden hastalık saptanmış olup,

önceki çalışmada bu oran %13,2'dir (14). Mevcut çalışmada ilk öykü ve fizik muayene ile psikojen olduğu düşünülen hastalar çalışmaya alınmamıştır. Farklılık bu sebeple ortaya çıkmış olabilir. Tüm hastalara psikiyatrik değerlendirme yapılırsa bu oranlar artabilir. Psikopatoloji senkop ilişkisi daha detaylı çalışmalarda incelenebilir.

Kardiyolojik değerlendirmeler, senkopun altta yatan ciddi nedenlerini dışlamak açısından kritik öneme sahiptir. Aritmiler kardiyak senkopun en sık nedenidir ve tanı için ilk değerlendirmede klinik öykü, fizik muayene, ile birlikte 12 derivasyonlu elektrokardiyogram yer almalıdır (16). EKG, miyokardit, kalıtsal kardiyomiyopatiler, uzun QT ve diğer kalıtsal veya edinilmiş aritmi nedenleri gibi nadir ama tehlikeli senkop nedenlerini taramak için basit ve iyi tolere edilen bir testtir. Senkop ile başvuran hastada EKG'nin normal olmaması ve egzersiz sonrası ortaya çıkması kardiyak senkop için risk faktörüdür (17). Klinik öykü, kalıtsal bir aritmi veya kardiyomiyopati düşündürüyorsa, 24 saat veya uzun süreli ambulator kardiyak ritim izlemi tetkikler arasında yer almalıdır (6). Bu çalışmada da çarpıntı hissi, göğüs ağrısı gibi eşlik eden semptomu olan, öykünün yeterince ayrıntılandırılmadığı veya öykü ve diğer tetkikler ile etyolojinin saptanamadığı hastalarda ritim holter monitorizasyonu kullanıldı. Çalışmada bir hastada kardiyojenik senkop tanısı bu yöntemle konulmuştur. Holter monitorizasyonu gibi ileri kardiyolojik değerlendirmeler, bu tür ciddi etiyolojik nedenlerin saptanmasında değerlidir.

SONUÇ

Sonuç olarak, çocuklarda senkop şikayeti ile başvuran hastaların detaylı bir şekilde değerlendirilmesi, selim nedenlerin ciddi nedenlerden ayırt edilmesi açısından hayati öneme sahiptir. Klinik öykü, fizik muayene ve atak sayısı dikkate alınarak seçilmiş vakalarda uygun tetkikler ile genellikle doğru tanıya ulaşılabilir. Bununla birlikte, az sayıda hastada ciddi kardiyolojik veya nörolojik nedenlerin bulunabileceği ve bu hastaların multidisipliner bir yaklaşımla yönetilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

BEYANLAR

Teşekkürler: Yazarlar herhangi bir kişi veya kuruma teşekkür etmek istememektedir.

Yazarların Katkıları: Kavramsallaştırma: B.D.D., E.T., B.Y.; Metodoloji: B.D.D, E.T., B.Y.; Araştırma B.D.D.; Kaynaklar: B.D.D, B.Y.; Veri Düzenleme: B.D.D Yazım-Orijinal taslak: B.D.D; Yazım-Gözden Geçirme ve Düzenleme: B.D.D, B.Y., E.T. Tüm yazarlar makalenin son halini okumuş ve onaylamıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Destekleyen Kurumlar: Bu araştırma herhangi bir dış finansman almamıştır.

Etik Onay: Etik kurul onayı, Giresun Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.04.2023 tarihli ve 2 nolu karar ile alınmıştır.

İntihal Beyanı: Bu makale intihal açısından değerlendirilmiş ve herhangi bir intihal vakası tespit edilmemiştir.

AI Araçlarının Kullanımı: Yazarlar, bu makalenin oluşturulmasında Yapay Zeka (AI) araçlarının kullanılmadığını beyan ederler.

KAYNAKLAR

1. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, et al. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(5):e39-110. doi:10.1016/j.jacc.2017.03.003.
2. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al. 2018 ESC guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018;39(21):1883-1948. doi:10.1093/eurheartj/ehy037.
3. Zavala R, Metais B, Tuckfield L, DelVecchio M, Aronoff S. Pediatric syncope: a systematic review. *Pediatr Emerg Care*. 2020;36(9):442-445. doi:10.1097/PEC.0000000000002149.
4. Salerno JC. Causes of syncope in children and adolescents. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [updated 2024 Jul 30; cited 2026 Jan 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-syncope-in-children-and-adolescents>
5. Hu E, Liu X, Chen Q, Wang C. Investigation on the incidence of syncope in children and adolescents aged 2–18 years in Changsha. *Front Pediatr*. 2021;9:638394. doi:10.3389/fped.2021.638394.
6. Sheldon RS, Grubb BP 2nd, Olshansky B, Shen WK, Calkins H, Brignole M, et al. 2015 Heart Rhythm Society expert consensus statement on the diagnosis and treatment of postural tachycardia syndrome, inappropriate sinus tachycardia, and vasovagal syncope. *Heart Rhythm*. 2015;12(6):e41-63. doi:10.1016/j.hrthm.2015.03.029.
7. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82. doi:10.1111/epi.12550.
8. Yılmaz Ü, Özdemir R, Katipoğlu N, Dağ T, Ataş Berksoy E, Meşe T. Çocuklarda senkop etiyolojisi, nörolojik ve kardiyolojik incelemelerin tanındaki değeri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2014;8(2):64-70.
9. Simon RP. Syncope. In: Goldman L, Ausiello DA, editors. *Cecil Medicine*. 23rd ed. vol. 2. Philadelphia (PA): Saunders; 2008. p. 2687-91.
10. Driscoll DJ, Jacobsen SJ, Porter CJ, Wollan PC. Syncope in children and adolescents. *J Am Coll Cardiol*. 1997;29(5):1039-45.
11. Sheldon RS, Sheldon AG, Connolly SJ, Morillo CA, Kligenheben T, Krahn AD, et al. Age of first faint in patients with vasovagal syncope. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2006;17(1):49-54. doi:10.1111/j.1540-8167.2005.00267.x
12. Sheldon R, Rose S, Ritchie D, Connolly SJ, Koshman ML, Lee MA, et al. Historical criteria that distinguish syncope from seizures. *J Am Coll Cardiol*. 2002;40(1):142-8. doi:10.1016/s0735-1097(02)01940-x.
13. Leibeseder A, Eisermann M, LaFrance WC Jr, Nobili L, von Oertzen TJ. How to distinguish seizures from non-epileptic manifestations. *Epileptic Disord*. 2020;22(6):716-38. doi:10.1684/epd.2020.1234.
14. Tekin E, Diler Durgut B, Öncü SB. Bayılma şikâyetiyle çocuk nöroloji polikliniğine gelen hastaların değerlendirilmesi: geriye dönük klinik araştırma. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*. 2021;30(3):205-11. doi:10.5336/pediatr.2021-82102.
15. Cuzzocrea G, Fontana A, Mascanzoni M, Manca F, Pecora R, Trani L, et al. Psychopathological correlates and psychosocial functioning in children and adolescents with syncope: a systematic review. *Clin Neuropsychiatry*. 2024;21(5):358-75. doi:10.36131/cnfioritieditore20240502.
16. Ungar A, Rafanelli M. Syncope: electrocardiographic and clinical correlation. *Card Electrophysiol Clin*. 2018;10(2):371-86. doi:10.1016/j.ccep.2018.02.007.
17. Zhang Q, Zhu L, Wang C, Du Z, Hu X, Tian H, et al. Value of history taking in children and adolescents with cardiac syncope. *Cardiol Young*. 2013;23(1):54-60. doi:10.1017/S1047951112000303.