

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'na Bayılma Şikayeti ile Başvuran Hastalarda Etiyoloji

Mehmet Fethi ALIŞIR, Mesut KEÇEBAS, Feyzullah BEŞLİ, İbrahim BARAN,
Tunay ŞENTÜRK, Bülent ÖZDEMİR, Ali AYDINLAR

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Bursa.

ÖZET

Bu çalışmada, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'na bayılma şikayeti ile başvuran hastalarda geçici bilinç kaybı nedenlerini ve senkop etiyojisini araştırmak amaçlanmıştır. Uludağ Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'na Ocak 2010- Mayıs 2011 tarihleri arasında bayılma şikayeti ile başvuran 167 hastanın kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir. 113 hastada senkop saptanmıştır. Senkop tanısı alan olguların %53,4'ü kadın, %43'ü 50 yaş üzeri olgulardan oluşmaktadır. Senkop tanısı alan hastalarda refleks senkop (%43,4) ilk sırada, kardiyak senkop (%39,8) ikinci sırada yer almaktadır. Senkop tanısı alan erkeklerin %50'sinde kardiyak senkop, kadınların %47,5'inde refleks senkop en sık neden olarak saptanmıştır. 50 yaş altı hastalarda en sık senkop nedeni refleks senkop iken 50 yaş üzeri hastalarda en sık neden kardiyak senkop olarak bulunmuştur. Tüm yaş gruplarında ise refleks senkobun en sık nedeni vazovagal senkop olarak belirlenmiştir. Senkop popülasyonda sık görülmekle birlikte altta yüksek mortaliteye sahip kardiyak nedenler bulunabileceğinden hastalar ayrıntılı incelenmeli ve senkop etiyojisi ortaya koyulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Geçici bilinç kaybı. Senkop. Bayılma.

Etiology of Patients with Complain of Loss of Consciousness who Applied to Cardiology Department of Uludag University Hospital

ABSTRACT

In this study, we aimed to analyze the causes of the transient loss of consciousness and etiology of syncope among the patients who applied to Uludag University Hospital Cardiology Department with the complaint of faintness. We examined data charts of 167 patients with the complaint of syncope referred to Cardiology Department of Uludag University Hospital in between 01.01.2010- 30.05.2011 retrospectively. 113 of the 167 patients had a syncope. 53,4 % of cases diagnosed with syncope were female. In this study 73 patients were aged 50 and older. In patients diagnosed syncope, the most common causes of syncope were revealed to reflex syncope with 43,4 % ratio and second most common were cardiac syncope with 39,8 % ratio. The most common cause of syncope was cardiac in men with 50 % and women with 47,5 % was reflex syncope. While reflex syncope was the most common in younger than 50 years, in older than 50 years patients was the cardiac syncope. At all age groups, vasovagal syncope was evaluated the most common subgroup of reflex syncope. Syncope in the population is common however the cardiac reasons underlying the high mortality should be evaluated in detail and the etiology should be ascertained.

Key Words: Transient loss of consciousness. Syncope. Faintness.

Senkop, hızlı başlangıç, kısa süre ve spontan tam iyileşme ile karakterize, geçici global serebral hipoperfüzyona bağlı geçici bilinç kaybı olarak tanımlanır¹. Her geçici bilinç kaybı senkop değildir. Senkop dışında epilepsi, konfüzyon, metabolik bozukluklar, entoksikasyonlar, psikojenik psödosenkop geçici bilinç kaybına neden olabilir. Senkop hastalarında etkili

tedavi için doğru tanı gereklidir. Senkop genel popülasyonda sıkça görülür ve bayılma şikayeti ile başvuran hasta prevalansının 1000 muayene yılında 9,3 olduğu hesaplanmıştır^{2,3}. Acil servis bölümlerine başvuranların %1-3'ü ve tüm hastane başvurularının %1-6'sını senkop oluşturur⁴⁻⁶. Popülasyonun %40'ı hayatı boyunca en az bir kez senkop geçirir ve prevalansı yaş ile artar^{7,8}. Ani kardiyak ölüm ile kaybedilenlerin %5'inde daha önce bir senkop atağı saptanmıştır⁹.

Senkobun araştırılmasında dikkatli bir öykü, ortostatik kan basıncı ölçümü ve elektrokardiyografi dahil fizik muayenesi yapılarak değerlendirilmelidir. Senkobun başlangıç değerlendirilmesinde hastaların %23-50'sinde senkobun nedeni saptanır^{10,11}. İleri tetkikler ile tüm senkop nedenleri araştırılmasına rağmen senkoplu hastaların %14 ile %17,5'inde herhangi bir

Geliş Tarihi: 06.11.2011
Kabul Tarihi: 15.05.2012

Dr. Mehmet Fethi ALIŞIR
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Bursa.
Tel.: 0224 295 16 40
e-posta: mfa23@doctor.com

neden bulunamaz^{12,13}. Bazı serilerde nedeni bilinmeyen senkop olgularında 1 yıllık mortalite %6 olarak bildirilmiştir¹⁴⁻¹⁶.

Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'na bayılma şikayeti ile başvuran hastalarda geçici bilinç kaybı nedenlerini ve senkop etiyojijisini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi veri arşivinden 01 Ocak 2010 ile 30 Mayıs 2011 tarihleri arasında Kardiyoloji Anabilim Dalı'na bayılma şikayeti ile başvuran hastaların bilgisayar dosya kayıtları incelendi.

Bayılma atağı geçiren 167 hasta çalışmaya alındı. Hastalar öykü, fizik muayene ve tetkikler sonrası senkop tanımına uyanlar ve uymayanlar olarak ele alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, senkop atak sayısı ve sonuçta aldıkları tanılar kaydedildi.

2009 "European Society Cardiology" (ESC) Senkop Kılavuzu ışığında senkop tanısı alan hastalar dört etiyojijik sınıfa ayrıldı; (Tablo-I)

Tablo I- Senkop sınıflaması

<p>Refleks (nöral aracılı)senkop Vazovagal: %14 (%8-37) - duygusal strese (korku,ağrı,kan fobisi) bağlı - ortostatik strese bağlı Durumsal: %3 (%1-8) - öksürük, hapşırık - gastrointestinal stimülasyon - miksiyon (postmiksiyon) - egzersiz sonrası - postprandiyal - diğer (gülme, ağırlık kaldırma) Karotis sinüs senkopu %5 (%0-7) Atipik formlar</p>	<p>Kardiyak (Kardiyovasküler) senkop Birincil neden olarak aritmi: %14 (%4-26) Bradikardi: - sinüs nodu disfonksiyonu - atriyoventriküler iletim sistemi hastalığı - implante edilebilir cihazda fonksiyon bozukluğu Taşikardi: - supraventriküler - ventriküler İlaça bağlı bradikardi ve taşikardiler Yapısal hastalık: %3 (%1-8) Kardiyak: valvüler hastalık, akut miyokard enfarktüsü/iskemi, hipertrofik kardiyomiopati, kardiyak kitleler, perikardiyal hastalık/tamponad, koroner arterlerin konjenital anomalileri, protez kapakların disfonksiyonu</p>
<p>Ortostatik hipotansiyona bağlı senkop Birincil otonomik bozukluk: - saf otonomik bozukluk, multipl sistem atrofi, Parkinson hastalığı İkincil otonomik bozukluk: - diyabet, amiloidoz, üremi, spinal kord hasar İlaça bağlı ortostatik hipotansiyon: - alkol, vazodilatörler, diüretikler Volüm azalması: hemoraji, diyare, kusma, vs.</p>	<p>İdiyopatik senkop %39 (% 13-42)</p>

1. Refleks (nöral aracılı) senkop,
2. Ortostatik hipotansiyona bağlı senkop,
3. Kardiyak nedenli senkop,
4. İdiyopatik (nedeni bulunamayan) senkop.

Bayılma şikayeti ile başvuran fakat senkop tanımına uymayan hastalar ise;

1. Metabolik bozukluklar (hipoglisemi, hipoksi, hipokapni, intoksikasyon),
2. Nörojenik kaynaklı (epilepsi, serebrovasküler hastalık),
3. Psikojenik psödosenkop (fonksiyonel) olmak üzere sınıflandırıldı.

Hastalar yaş (30 yaş altı, 31-50 yaş arası, 50 yaş üzeri), cinsiyet, senkop atak sayısı ve dahil oldukları senkop sınıfı olarak gruplandırıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi "SPSS 16.0 for Windows" bilgisayar programı ile yapıldı.

Bulgular

01 Ocak 2010 ile 31 Mayıs 2011 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'na 167 kişi bayılma yakınması ile başvurmuştu. Ayrıntılı değerlendirme sonrası 2009 ESC Senkop Kılavuzunda belirtilen kriterler doğrultusunda 113 (%70,2) hastada senkop saptandı. 48 hasta ise senkop tanımına uymadı. Senkop tanısı olmayan grupta en sık neden psikojenikti. Senkop tanısı alan olguların %46,6'sı (n=75) erkek, %53,4'ü (n=86) kadındı. Başvuran hastalar içerisinde 73 hastada bir senkop atağı, 83 hastada ise birden çok senkop atağı izlenmiştir. Tüm hastalar içerisinde 30 yaş altı 42, 31-50 yaş arasında 46, 50 yaş üzerinde 73 hasta mevcut olup 30 yaş altı hastaların %59,5'i, 31-50 yaş arasındakilerin %82,6'sı, 50 yaş üzerindekiilerin %68,5'ine senkop tanısı konuldu (Tablo-II).

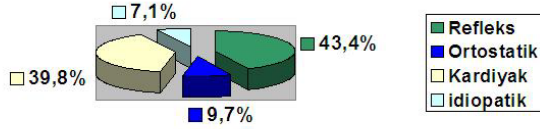
Tablo II-

	Senkop n=113	Yüzde	Senkop olmayan n=48	Yüzde
Cinsiyet				
Erkek	54	72	21	28
Kadın	59	68,6	27	31,4
Senkop Sayısı				
Tek	58	74,3	20	25,7
Çoklu	55	66,2	28	33,8
Yaş				
<30	25	59,5	17	40,5
31-50	38	82,6	8	17,4
>50	50	68,5	23	31,5

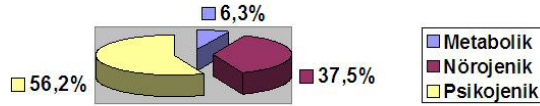
Senkop tanısı alan hastaların %43,4'ü (n=49) refleks senkop, %9,7'si (n=11) ortostatik hipotansiyona bağlı senkop, %39,8'i (n=45) kardiyak senkop ve %7,1'i

Senkop Etiyolojisi

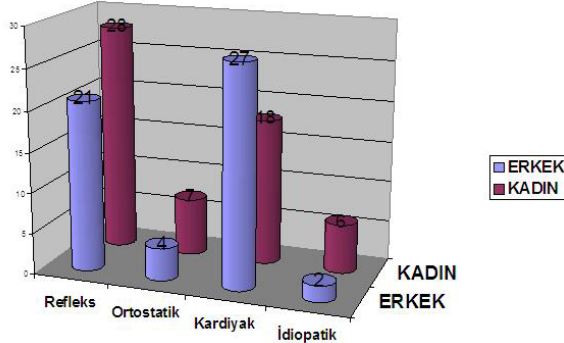
(n=8) idiyopatik senkop olarak değerlendirildi (Şekil-1). Senkop tanımına uymayanların %56,3'ü psikojenik, %37,5'i nörojenik ve %6,3'ü metabolik nedenli geçici bilinç kaybı mevcuttu (Şekil-2). Senkop tanısı alan erkeklerin %50'sinde kardiyak senkop en sık neden iken kadınların %47,5'inde refleks senkop en sık neden idi (Şekil-3). Refleks senkop tanısı alanların %91,7'si (n=44) vazovagal, %6,3'ü durumsal, %2,1'i karotis sinüs senkobuydu. Kardiyak senkop tanısı olanların %40'ı bradiaritmik, %17,8'i taşiaritmik ve %42,2'si yapısal kaynaklıydı (Tablo-III).



Şekil 1:
Senkop Tanısı Alan Hastaların Dağılımı



Şekil 2:
Senkop Tanımına Uymayan Hastaların Dağılımı



Şekil 3:
Erkek ve Kadınlarda Senkop Dağılımı

Tablo III-

Senkop Türü	n	Yüzde
Refleks Senkop n=48		
Vazovagal	44	91,7
Durumsal	3	6,3
Karotis sinüs	1	2
Kardiyak Senkop n=45		
Taşiaritmik	8	17,8
Bradiaritmik	18	40
Yapısal	19	42,2

50 yaş altı hastalarda en sık senkop nedeni refleks senkop (%61,9) iken 50 yaş üzerindeki hastalarda en sık neden kardiyak senkop (%60) idi (p<0,05). Tüm

yaş gruplarında refleks senkopun en sık nedeni vazovagal senkoptu. Bir kez senkop atağı olanlarda en sık neden kardiyak senkop iken birden çok senkop öyküsü olanlarda en sık neden anlamlı olarak refleks senkop idi (p<0,05). Kardiyak senkop tanısı alan erkeklerde en sık neden yapısal iken kadınlarda bradiaritmik (%50) en sık nedendi (p<0,05). Yaş gruplarına göre bakıldığında kardiyak senkop geçiren 30 yaş altı hastalarda en sık sebep taşiaritmik (p<0,05), 31-50 yaş arasında yapısal (p<0,05) ve 50 yaş üzerindeki kadınlarda bradiaritmik idi (p<0,05).

Tartışma ve Sonuç

Senkoplar; refleks, ortostatik hipotansiyona bağlı senkop, kardiyak ve idiyopatik olmak üzere 4 temel grupta sınıflandırılır. Değişik senkop serileri incelendiğinde refleks senkopun tüm senkoplar arasında %30-37 arasındaki sıklığı ile en sık görülen senkop olduğu bildirilmektedir^{12,13}. Bizim çalışmamızda da en sık neden %43,4 ile refleks senkoptu. Yapısal kalp hastalığı olmayanlarda senkopun en sık nedeni refleks senkop grubuna giren vazovagal senkoptur²⁰. Kardiyak nedenli senkop en kötü prognoza sahip olup yıllık mortalitesi %20-30'dur^{21,22}. Buna karşın nedeni belirlenemeyen senkoplu olguların yıllık mortalitesi ise %6'dır²³.

Framingham çalışmasında 30-62 yaş arası 2336 erkek ve 2873 kadın hasta çalışmaya alınmıştır. 26 yıl boyunca prospektif olarak değerlendirilmiş ve bu süre içinde erkeklerin %3'ünün ve kadınların %3,5'inin en az bir senkop atağı geçirdiği saptanmıştır²⁴.

Day SC ve ark.'nın⁴ yaptıkları çalışmada olguların %40'ında vazovagal-psikojenik, %32'sinde santral sinir sistemi, %8'inde kardiyak, %7'sinde ilaç-metabolik nedenlere bağlı geçici bilinç kaybı bulunmuştur. %13'ünde ise neden saptanamamıştır. Farklı yayınlarda senkop oranları; nörolojik %3-32, kardiyak %7-21, vazovagal-psikojenik %45, idiyopatik senkop ise %35-65 olarak bulunmuştur^{23,25,26}.

Çalışmamızda ise olguların %43,4'ü refleks senkop, %9,7'si ortostatik hipotansiyona bağlı senkop, %39,8'i kardiyak senkop ve %7,1'i idiyopatik senkop tanısı aldı (Şekil-1). Literatür sonuçlarına göre çalışmamızda kardiyak senkop tanısı alanlar daha fazlaydı. Bunun nedeni acile veya nöroloji polikliniğine gelen senkop olgularının çalışmaya alınmaması olabilir. Sonuçlar karşılaştırıldığında vazovagal nedenler senkopun en sık nedeni olarak görülmüştür.

Vazovagal senkop tanısı konan olguların daha genç, kardiyak nedenlere bağlı senkop hastaların daha yaşlı oldukları görüldü. Senkop her yaşta oluşabilir, gençlerde senkopun benign nedenleri daha sıktır¹⁷. Kardiyak senkop prevalansı yaşlı bireylerde artar². Senkopun gençlerde en sık sebebi vazovagal olaylar iken ileri yaşlarda aritmik, kardiyak yapısal hastalıklar, or-

tostatik hipotansiyon ve karotis sinüs hassasiyeti sıklığı artmaktadır. Amer Alshekhee MD ve ark.'nın¹⁹ altı yıllık 305932 senkoplu hastayı içeren çalışmalarında, mortalite hızlarının üçüncü dekatla karşılaştırıldığında yaşla birlikte belirgin arttığını saptamışlardır (odds oranları; 6. dekatta 3,81, 7.dekatta 6,52, 8.dekatta 9,02). Day SC ve ark.'nın⁴ yaptıkları çalışmada 71 olgu (%36) ileri tetkik ve tedavi amacı ile yatırılmıştır. Bu hastaların çoğunluğu ileri yaş hasta olup, kardiyak senkop düşünülen hastalardı. Kapoor senkop olgularını genç (15-59) ve yaşlı (60-90) olarak sınıflandırmıştır. Bir çalışmada kardiyovasküler nedenler yaşlıların %33,8'inde, gençlerin %16,8'inde, kardiyovasküler olmayan nedenler yaşlıların %26,7'inde, gençlerin %37,9'unda ve idiyopatik senkop yaşlıların %38,5'inde, gençlerin %45,3'ünde bulunmuştur²⁷. Ayrık C ve ark.'nın²⁹ yaptığı çalışmada senkop ile acile başvuran hastalarda kardiyak neden, 60 yaş altı hastalarda %6,9 iken, 60 yaş üstü hastalarda %25 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda senkop olguları genç (50 yaş öncesi) ve yaşlı (50 yaş üzeri) olarak sınıflandırıldı. Genel olarak kardiyak olmayan nedenler gençlerde, kardiyovasküler nedenler yaşlılarda daha sık saptandı.

Çalışmamızda senkop tanısı alan olguların %53,4'ü kadındı. Senkop tanısı alan erkeklerin %50'sinde en sık neden kardiyak senkop iken kadınlarda en sık neden refleks senkoptu. Her iki cinsiyette de refleks senkopun en sık nedeni vazovagal senkop idi. Kardiyak senkop tanısı alan erkeklerde en sık neden yapısal iken kadınlarda bradiaritmisi en sık nedendi (p<0,05). Başka çalışmalarda da kadınlarda senkop daha siktir^{2,18}. 109 hastanın alındığı prospektif bir çalışmada erkeklerde kardiyak senkop görülme sıklığı anlamlı olarak yüksekti. Kardiyak olmayan veya açıklanamayan senkop sıklığında cinsiyet farkı saptanmamıştı. Aynı çalışmada kardiyak senkop tanısı alan erkeklerde en sık neden bradiaritmisi saptanmıştı²⁸.

Bir kez senkop atağı olanlarda en sık neden kardiyak senkop iken birden çok senkop atağı olanlarda en sık neden anlamlı olarak refleks senkop idi (p<0,05).

Senkop toplumda sık görülmeyle birlikte altta yüksek mortaliteye sahip kardiyak nedenler olabileceği unutulmamalıdır. Hastalar senkop açısından ayrıntılı incelenmeli ve senkop etyolojisi ortaya koyulmalıdır.

Kaynaklar

1. Angel M, Richard S, Fabrizio A, et al. Guidelines on diagnosis and management of Syncope- Eur Heart J 2009;30:2631-71.
2. Colman N, Nahm K, Ganzeboom KS, et al. Epidemiology of reflex syncope. Clin Auton Res 2004;14:9-17.
3. Olde Nordkamp LAR, Van Dijk N, Ganzeboom KS, et al. Syncope prevalence in the ED compared to that in the general practice and population: a strong selection process. Am J Emerg Med 2009;27:271-9
4. Day SC, Cook EF, Funkenstein H, et al. Evaluation and outcome of emergency room patients with transient loss of consciousness. Am J Med 1982;73:15-23.
5. Brignole M, Disertori M, Menozzi C, et al. Management of syncope referred urgently to general hospitals with and without syncope units. Europace 2003;5:293-8.
6. Bartoletti A, Fabiani P, Adriani P, et al. Hospital admission of patients referred to the Emergency Department for syncope: a single-hospital prospective study based on the application of the European Society of Cardiology Guidelines on syncope. Eur Heart J 2006;27:83-8.
7. Ganzeboom KS, Colman N, Reitsma JB, Shen WK, Wieling W. Prevalence and triggers of syncope in medical students. Am J Cardiol 2003;91:1006-8.
8. O'Dwyer C, Kenny RA. Syncope clinics and the older adult. European Geriatric Medicine 2010;1:41-4.
9. Martin GJ, Adams SL. Syncope. In Schwartz GR, Cayten CG, Mengelsan MA, Mayer TA, Hanke BK (eds). Principles and Practice of Emergency Medicine. 3th edition. Philadelphia: Lea & Febiger;1992. 331-41.
10. Crane SD. Risk stratification of patients with syncope in an accident and emergency department. Emerg Med J 2002;19:23-7.
11. Croci F, Brignole M, Alboni P, et al. The application of a standardized strategy of evaluation in patients with syncope referred to three Syncope Units. Europace 2002;4:351-6.
12. Ammirati F, Colivicchi F, Santini M. Diagnosing syncope in clinical practice: implementation of a simplified diagnostic algorithm in a multicentre prospective trial. Eur Heart J 2000;21:935-40.
13. Sarasin FP, Louis-Simonet M, Carballo D, et al. Prospective evaluation of patients with syncope: a population-based study. Am J Med 2001;111:177-84.
14. Kapoor W, Karpf M, Wieand S, Peterson J, Levey G. A prospective evaluation and follow up of patients with syncope. N Engl J Med 1983;309:197-204.
15. Silverstein MD, Singer DE, Mulley A, Thibault GE, Barnett GO. Patients with syncope admitted to medical intensive care units. JAMA 1982;248:1185-9.
16. Gibson TC, Heitzman MR. Diagnostic efficacy of 24-hour electrocardiographic monitoring for syncope. Am J Cardiol 1984;53:1013-7.
17. Chen LY, Gersh BJ, Hodge DO, et al. Prevalence and clinical outcomes of patients with multiple potential causes of syncope. Mayo Clin Proc 2003;78:414-20.
18. Ganzeboom KS, Mairuhu G, Reitsma JB, et al. Lifetime cumulative incidence of syncope in the general population : a study of 549 Dutch subjects aged 35-60 years. J Cardiovasc Electrophysiol 2006;17:1172-6.
19. Alshekhee A, Shen WK, Mackall J, Chelimsky TC. Incidence and mortality rate of syncope in the United States. Am J Med 2009;122:181-8.
20. Kaufmann H. Neurally mediated syncope: pathogenesis, diagnosis and treatment. Neurology 1995;45:12-8.
21. Wolfe DA, Grubb BP, Kimmel SR. Head-upright tilt test: a new method of evaluating syncope. Am Fam Phys 1993;47:149-59.
22. Coplan NL, Schweitzer P. Carotid sinus hypersensitivity: case report and review of the literature. Am J Med 1984;77:561-5.
23. Kapoor WN. Evaluation and management of the patient with syncope. JAMA 199;268:2553-60.
24. Savage DD, Corwin L, McGee DL, Kannel WB, Wolf PA. Epidemiologic features of isolated syncope; the Framingham Study. Stroke 1985;16:626-9.
25. Kapoor WN. Diagnostic evaluation of syncope. Am J Med 1991;90:91-106.

Senkop Etiyolojisi

26. McIntosh S, DaCosta D, Kenny RA. Outcome of an integrated approach to the investigation of dizziness, falls and syncope in elderly patients referred to a syncope clinic. *Age Ageing* 1993;22:53-8.
27. Kapoor W, Snustad D, Peterson J, et al. Syncope in the elderly. *Am J Med* 1980;80:419-28.
28. Freed LA, Eagle K, Mahjoub ZA, et al. Gender differences in presentation, management and cardiac event-free survival in patients with syncope. *Am J Cardiol* 1997;80:1183-7.
29. Ayrik C, Karciođlu Ö, Ersoy G, Aslan B. Acil servise senkop ile başvuran hastalarda laboratuvar incelemelerinin kullanımı. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2000;31:82-8.

