



Olgu Sunumu

Ankara Med J, 2020;(3):743-748 // doi 10.5505/amj.2020.52714

SENKOP AYIRICI TANISINDA BİR OLGU İLE KARDİOVASKULER NEDENLER CASE WITH CARDIOVASCULAR CAUSES IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SYNCOPE

 Hilal Aksoy¹,  Duygu Ayhan Başer¹,  İzzet Fidancı¹,
 Mustafa Cankurtaran²

¹Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine

²Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Division of Geriatric Medicine

Yazışma Adresi / Correspondence:

Hilal Aksoy (e-posta: hilal.aksoy35@gmail.com)

Geliş Tarihi: 03.04.2020 // Kabul Tarihi: 02.07.2020



Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine
Department of Family Medicine

Öz

Birinci basamağa senkop ile başvuru sıklığı oldukça fazladır. Özellikle tekrarlayan senkop atakları varlığında, iyileşme süreci hızlı olsa dahi etiyoloji araştırılmalı, ayırıcı tanıya gidilmesi için gerekli araştırma ve klinik testler yapılmalıdır. Olgumuzda, Aile Hekimliği Polikliniğimize senkop sebebi ile başvuran ve perikardiyal efüzyona bağlı kardiyovasküler senkop tanısı alan olguyu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Senkop, Kardiyovasküler senkop, Aile hekimliği, Birinci basamak sağlık hizmetleri

Abstract

Frequency of application to primary health care services with syncope is quite high. Especially in the presence of recurrent syncope attacks, even if the healing process is fast, the etiology should be investigated, and the necessary research and clinical tests should be done to make a differential diagnosis. In our case, we presented a patient who was admitted to our Family Medicine Outpatient Clinic due to syncope and was diagnosed with cardiovascular syncope due to pericardial effusion.

Keywords: Syncope, Cardiovascular syncope, Family medicine, Primary health care services

Giriş

Senkop; serebral hipoperfüzyona bağlı olarak hızlı başlangıçlı, kısa süreli ve spontan tam iyileşme ile karakterize geçici bilinç kaybıdır. Genel popülasyonda görülme sıklığı %3 ila %3,5 arasında değişir.¹ Senkop nedenleri refleks (nöral aracılı) senkop, ortostatik hipotansiyona bağlı senkop ve kardiyovasküler senkop olarak üçe ayrılabilir.² Özgeçmişinde kardiyak yapısal bir hastalığı veya aritmisi olanlarda, prodrom olmadan ani gelişen ve spontan iyileşmeyle sonuçlanan senkoplarda, çarpıntı ve göğüs ağrısı sonucunda gelişen senkop hikayesi olanlarda, nöbet sırasında motor aktivitenin bulunmadığı hastalarda, stresli durumlarda ve egzersiz sırasında senkop geçirenlerde etyolojide kardiyolojik senkop olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve kardiyolojik inceleme yapılmalıdır.³

Olgumuzda tekrarlayan bayılma şikayeti olan ve etyoloji araştırmasında ayırıcı tanıya giderken kardiyovasküler senkop tanısı alan hasta sunuldu.

Birinci basamağa senkop nedeniyle başvuru oldukça sık olmaktadır. Ancak her hasta anamnez ve fizik muayene ile öncelikle ayrıntılı olarak değerlendirilmeli. Sonrasında gerekirse tetkikler istenmelidir.

Olgu

21 yaş üniversite öğrencisi kadın hasta sık tekrarlayan bayılma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hasta, son 3 aydır 4 kere, toplamda son 1 yıl içerisinde 8 kere bayılması olduğunu, aniden gözlerinin kararıp bilincini kaybettiğini ifade etti. Bu durumun 3 ila 4 dakika kadar devam ettiğini; kasılma, idrar ve dışkı kaçırma eşlik etmediğini söyledi. Bulantı ve soğuk terlemenin de bayılmayla birlikte olduğunu, çarpıntı hissi ve titremenin olmadığını ifade etti. Eşlik eden başka bir şikayeti (ateş, öksürük, nefes darlığı, ishal, kabızlık, baş ağrısı...) olmadığını söyledi. Günlük hayatta çevresindekiler tarafından kaygılı olduğunun söylendiğini belirtti. Fakat yaşantısını etkilemediği ve kendisini rahatsız etmediği için kaygı nedeniyle psikolog ya da psikiyatriste başvurmadığını ifade etti. Bayılma öncesinde de herhangi bir kaygı yaratan durum yaşamadığını söyledi.

Özgeçmiş sorgulandığında; hasta, çocuklukta kendisinde Venriküler Septal Defekt (VSD) olduğu söylendiğini fakat herhangi bir operasyon yapılmadığını ve tedavi verilmediğini ifade etti. Soygeçmişinde bir özellik bulunmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde:

Vital değerler: nabız:97/dk, tansiyon: 100/70 mm Hg idi. Sistem muayeneleri doğaldı. Patolojik bulgu tespit edilmedi.

Laboratuvar bulguları:

Tam kan sayımı

Eritrosit: $4,87 \times 10^6/\mu\text{L}$ (3,83 - $5,08 \times 10^6/\mu\text{L}$), hemoglobin:14,0 gr/dL (11,7 - 15,5gr/dL), hematokrit: %40,2 (%34,5 - %46,3), MCV: 82,6 fL (80,4 - 95,9fL), MCH:28,8 pg (27,2 - 33,5 pg), MCHC:34,9 g/dL (32,5 - 35,2g/dL), RDW:%12,9 (%11,7 - %14,6), lökosit: $7,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4,1 - $11,2 \times 10^3/\mu\text{L}$), trombosit: $207 \times 10^3/\mu\text{L}$ (159 - $388 \times 10^3/\mu\text{L}$).

Biyokimya-hormon

Demir: 113 $\mu\text{g}/\text{dL}$ (35 - 145 $\mu\text{g}/\text{dL}$), doymamış demir bağlama kapasitesi (UIBC): 265 $\mu\text{g}/\text{dL}$ (135 - 392 $\mu\text{g}/\text{dL}$), total demir bağlama kapasitesi (TIBC): 378 $\mu\text{g}/\text{dL}$ (228 - 428 $\mu\text{g}/\text{dL}$), transferrin saturasyonu(%):30 (20 - 50), ferritin: 21,5 $\mu\text{g}/\text{L}$ (11 - 307 $\mu\text{g}/\text{L}$), folik asit:12,66 $\mu\text{g}/\text{L}$ (3,1 - 19,9 $\mu\text{g}/\text{L}$), vitamin B12: 200 ng/L (126-590 ng/L), 25-OH- Vitamin D: **20,4 ng/mL** (25 - 80 ng/mL)

Tahmini glomerüler filtrasyon hızı: $>60 \text{ mL}/\text{dk}/1,73\text{m}^2$ ($>60 \text{ mL}/\text{dk}/1,73 \text{m}^2$ Formül : $186 * \text{SerumKreat}^{-1.154} * \text{Yaş}^{-0.203} * \text{Cinsiyet} * \text{Irk}$ Laboratuvar tarafından hesaplanmaktadır) ALT: 12 U/L ($<35\text{U}/\text{L}$), kreatinin (kan): 0,69 mg/dL (0,51 - 0,95 mg/dL), glukoz (kan) açlık: 73 mg/dL (70-100 mg/dL), TSH:1,456 uIU/mL(0,38 - 5,33uIU/mL)

Elektrokardiyografi: Normal sinüs ritminde idi.

Hastanın VSD öyküsü olması ve nörolojik sebeplerle de semptomları uyumlu olmadığından kardiyovasküler kökenli senkop olabileceği düşünüldü. Hasta kardiyoloji polikliniğine konsülte edildi.

Kardiyoloji tarafından hastanın ekokardiyografisi (EKO) istendi.

EKO'da sağ ventrikül komşuluğunda 14 mm sıvı tespit edilmesi üzerine hastanın kardiyak bilgisayarlı tomografi (BT)si istendi.

Kardiyak BT: İnterventriküler septumda kapanmış VSD ile uyumlu olabilecek iki adet divertiküler görünüm, perikardiyal efüzyon,pektus ekskavatum ve sternumun sağ ventriküle basısı şeklinde raporlandı.

Senkop nedeni perikardiyal efüzyon olarak değerlendirilen hasta kardiyoloji tarafından takibe alındı ve kolşisin 0,5 mg sabah ve akşam kullanması önerilerek sıkı aralıklarla kontrol önerildi.

Tartışma

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına senkop başvuruları ulaşım kolaylığı nedeniyle sık olmaktadır. İyileşme durumunun sağlanmasını takiben hasta gözlenmeli ve tetkik edilerek etyolojiye yönelik araştırma yapılmalıdır ve sonrasında yine birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından takibinin devamlılığı sağlanmalıdır.⁴⁻⁵ Takibi altta yatan nedene göre planlanıp ilgili kliniklerle koordine olarak yapılmalıdır.

Senkop her yaş grubunu etkileyebilmekle beraber yaşlı popülasyonda insidans ve morbidite artmaktadır.⁶⁻⁷ Kadınların %47'si ve erkeklerin %31'i ilk senkop epizodunu ortalama 15 yaşında geçirmektedir. Kardiyak nedenli senkopların birincil nedeni aritmilerdir. Diğer nedeni ise yapısal hastalıklardır. Bunlar; kardiyak valvüler hastalık , akut miyokart enfarktüsü, hipertrofik kardiyomiyopati, kardiyak kitleler (atriyal miksoma, tümörler, vs), perikardiyal hastalık/tamponad, koroner arterlerin konjenital anomalileri, protez kapakların disfonksiyonudur. Diğer nedenler ise pulmoner emboli, akut aort diseksiyonu ve pulmoner hipertansiyondur.²

Literatürde senkop nedenleri farklı oranlarda karşımıza çıkmaktadır. Baron-Esquivias ve arkadaşlarının çalışmasında senkop nedeniyle başvuran hastaların %62'si nöral aracılı senkop, %16'sı kardiyak senkop, %11'i ortostatik hipotansiyona bağlı senkop olarak değerlendirilmiştir.⁸

Alişir ve arkadaşlarının bayılma şikayeti ile başvuran hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada senkop tanısı alan erkeklerin %50'sinde kardiyak senkop, kadınların %47,5'inde refleks senkop en sık neden olarak bulunmuştur. Kardiyak senkop nedenleri arasında da yapısal kaynaklı senkop en sık olarak bulunmuştur.⁹

Güneysu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servise senkop nedeniyle başvuran hastaların tümüne EKO taraması yapılmış ve hastalara ait kalp kapak hastalıkları incelendiğinde sıklık sırasına göre triküspit yetmezlik (%41,1), mitral yetmezlik (%37,8), aort yetmezliği(%18,9), mitral darlık(%6,7) ve aort stenozu(%5,6) tespit edilmiştir¹⁰. Senkop; aort diseksiyonunda ortaya çıkabilen kardiyak tamponand, inme gibi önemli komplikasyonlar sonucunda da gelişebilmektedir.¹¹

Ayrıca ani kardiyak ölümün görüldüğü hastaların %5'inde daha önce geçirilmiş bir senkop atağının olması, her hastanın dikkatlice değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.¹²

Bizim olgumuzda ise senkop nedeni daha nadir bir neden olan perikardiyal efüzyon olarak değerlendirilmiştir. Literatürde perikardiyal efüzyonun senkopa neden olabileceği belirtilmekle birlikte görülme oranı ile ilgili bir veri bulunamamıştır.

Senkop, birbirinden çok farklı birçok hastalığın ortak semptomlarından biridir. Bazı durumlarda benign bir refleksin göstergesi olabileceği gibi hayatı tehdit eden önemli hastalıkların da bir semptomu olabilir. Özellikle

genç hastalarda altta yatan asıl neden gözden kaçırılabilceği için mutlaka iyi bir anamnez alınmalıdır. Aile hekimi tarafından özgün problem çözme becerisi ile tüm olasılıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmeli ve gerektiğinde hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Washington R. Syncope and sudden death in the athlete. *Clin Ped Emerg Med* 2007;8:54-58.
2. [Brignole M](#), [Moya A](#), [de Lange FJ](#) ve ark. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope . *European Heart Journal* 2018; 39:1883–948.
3. Massin MM, Malekzadeh-Milani S, Benatar A. Cardiac syncope in pediatric patients. *Clin Cardiol* 2007; 30:81- 5.
4. Bozkurt S, Ayrik C. Arrhythmia management for the primary care clinician. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2016;7(1):24-36.
5. Miller TH, Kruse JE. Evaluation of syncope. *Am Fam Physician* 2005;72(8): 1492-500.
6. Kapoor WN. Syncope in older persons. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42(4):426-36.
7. Sarasin FP, Louis-Simonet M, Carballo D ve ark. Prospective evaluation of patients with syncope: A population-based study. *Am J Med* 2001;111(3):177-84.
8. Baron-Esquivias G, Martínez-Alday J, Martín A, Moya A, García-Civera R. Epidemiological characteristics and diagnostic approach in patients admitted to the emergency room for transient loss of consciousness: Group for Syncope Study in the Emergency Room (GESINUR) study. *Europace*. 2010 Jun;12(6):869-76. Epub 2010 Mar 9.
9. Ališir MF, Keçebaş M, Beşli F ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'na başvurma şikayeti ile başvuran hastalarda etiyojoloji. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 38(2): 105-9.
10. Güneysu F, Sarıtaş A, Güneş H, Turan Sönmez F, Güneysu S. Senkop ile gelen olgularda elektrokardiyografik ve ekokardiyografik özelliklerin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2017;9(3):61-6.
11. Nallamothu BK, Mehta R, Saint S, Llovet A, Bossone E, Cooper JV ve ark. Syncope in acute aortic dissection; diagnostic, prognostic, and clinical implications. *Am J Med* 2002; 113: 468-71.
12. Martin GJ, Adams SL. Syncope. In: *Principles and Practice of Emergency Medicine*, Schwartz GR, Cayten CG, Mengelsan MA, Mayer TA, Hanke BK (eds). 3rd ed. Philadelphia: Lea & Febiger 1992: 331-41.