

Olgu Sunumu

Acil Serviste Atropinle Düzelen Vazovagal Senkop Olgusu

Hayriye Gönüllü^{*}, Serhat Akay^{**}, Necip Kahraman^{***}, Veysi Eryiğit^{****}, Pınar Acun^{****}, Nur Ünal^{****}

Özet

Senkop postüral tonusun kaybı ile birlikte görülen kendini sınırlayan geçici bilinç kaybı olarak tanımlanmaktadır. Senkopun iyi huylu durumlardan yaşamı tehdit eden hastalıklara kadar değişen sayısız nedeni olduğu bilinmektedir. Senkop hastalarının %10-40'ını vazovagal senkop oluşturmaktadır. Vazovagal senkop acil servislere sık görülen çoğunlukla iyi seyirli, kendiliğinden düzelen bir durumdur. Bu yazıda acil serviste atropin uygulaması ile düzelen vazovagal senkop olgusu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Vazovagal senkop, atropine.

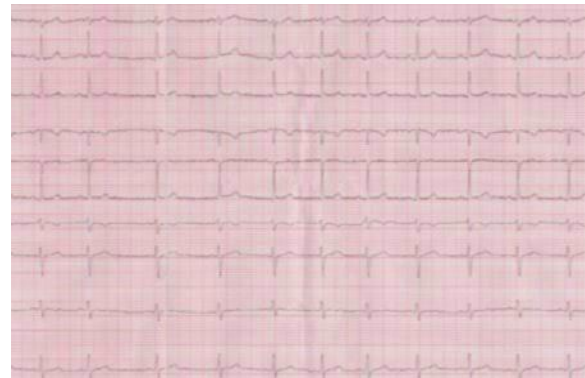
Vazovagal senkop (VVS) normal sistemik basıncının ve beyin kanlanmasını sağlayan mekanizmaların sürekliliğinin bozulmasına bağlı beklenmeyen bir vazodilatasyon ve/veya bradikardi oluşmasıdır (1,2). Acil serviste sıkça karşılaşılan bu durum genellikle iyi seyirli olup, kendiliğinden düzelir. Senkop tetikleyicilerinin önceden belirlenmesi, tanı, tedavi ve atakların önlenmesi yönünden önemlidir (3).

Bu yazıda, kan alma işleminin hemen sonrasında kardiyoinhibitör etki ile bradikardi ve hipotansiyon gelişen ve atropine uygulaması ile düzelen VVS olgusu sunuldu.

Olgu Sunumu

Elli beş yaşında erkek hasta, poliklinik kontrolünde, kendisinden istenen laboratuvar tetkikleri için, kan aldırma istediğini söyleyerek acil servise başvurdu. Hastayı karşılayan doktor tarafından, kan alma birimine yönlendirilmek

istendi. Ancak hastanın, 8 ve 20 yıl önce kendisinden iki kez kan alındığını ve bu esnada bayıldığını, bilincinin kaybolduğunu belirtmesi üzerine kabul edildi. Monitörize edilerek fizik muayenesi yapıldı. Genel durumu iyi, diğer sistem muayeneleri olağandı. Başvuru anında Tansiyon Arteriyel (TA): 160/110 mmHg, nabız: 75/dk olup çekilen elektrokardiyogramında (EKG) normal sinüs ritmi (NSR): 75/dk idi (Şekil 1).



Şekil 1. NSR 75/dk.

Bu esnada aynı problemin babası ve oğlunda da olduğu öğrenildi. Hastaya nazal O₂ 3lt/dk başlandı. Damar yolu açılarak laboratuvar tetkikleri için 8 ml kan alındı. İşlemi takiben yaklaşık 30 sn sonra, baş dönmesi, bulantı ve terlemesi olan hastanın EKG'si çekildi. Sinüs bradikardisi 38/dk olarak kaydedildi (Şekil 2). Ardından bilinci konfüze hale geldi, TA: 70/40 mm Hg, nabız 40/dk olarak ölçüldü. Yaklaşık 30 saniye beklenmesi ve düzelme olmaması üzerine

Bu çalışma VI. Ulusal acil tıp kongresinde poster olarak sunulmuştur.

^{*}Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Van/Türkiye.

^{**}İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir/ Türkiye.

^{***}Özel Kent Hastanesi, Acil Servis, İzmir/ Türkiye.

^{****}İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir/ Türkiye.

Yazışma Adresi: Dr. Hayriye Gönüllü

Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Van/ Türkiye.

Makalenin Geliş Tarihi: 21.12.2010

Makalenin Kabul Tarihi: 04.03.2011

semptomatik bradikardi kabul edilerek 0,5 mg atropin intravenöz (iv) yapılarak %0,9 izotonik NaCl iv sıvı tedavisi başlandı. Tedaviyi takiben hastanın genel durumu ve vital bulguları düzeldi. Acil serviste 4 saat gözlem altında tutulan hastanın epikrizine, olası hastane başvuruları için "atropin ihtiyacı oluşturan vazovagal senkop" ibaresi notu düşülerek taburcu edildi.



Şekil 2. Sinüs bradikardisi.

Tartışma

Senkop acil servis başvurularının %1-3'ünü hastane yatışlarının ise %2-6'sını oluşturmaktadır. VVS'un tüm senkop hastalarının %10-40'ını oluşturduğu ifade edilmektedir (4).

Vazovagal senkop patofizyolojisi, beyin sapındaki retiküler aktivatör sistemin tetikleyiciler tarafından uyarılması sonucu, vagal sistemin aktivasyonu ile sempatik sistemin inhibisyonuna bağlı ani bradikardi, hipotansiyon ve geçici bilinç kaybı gelişmesi olarak tanımlanmaktadır. Buna bağlı oluşan cevaplardan birisi, vasodepresör etki sonucu vazodilatasyona bağlı kalp hızında düşme olmaksızın TA de düşmenin görülmüştür. VVS patofizyolojisinde, kalp hızının ve TA'nin birlikte düştüğü kardiyoinhibitör etki ise esas rolü oynamaktadır (1,2,5,7). Sunulan çalışmada vagolitik bir ajan olan atropin uygulaması sonrası semptomların, kalp hızı ve tansiyonun düzelmesi öncelikle kardiyoinhibitör yanıtı düşündürmektedir.

Vazovagal senkopta ilk atağın, genellikle gençlik yıllarında başladığı ve ilerleyen yıllarda da tekrarladığı belirtilmekte ve aile öyküsünün varlığı ile ilgili literatür bilgileri olduğu bildirilmektedir (5,7,8). Genetik yatkınlığın yanında, psikolojik ve çevresel etkenlerin de rol aldığı düşünülmektedir (9). Bu çalışmada babası ve oğlunda VVS öyküsü olan olgu, ilk epizotunu gençlik yıllarında yaşamış, tetikleyici ajanla sonraki iki maruziyetinde de VVS geçirmiştir. Bu çalışmada babası ve oğlunda da VVS öyküsü

mevcut olan olgunun, ilk epizotunu gençlik yıllarında yaşadığı öğrenildi. Tetikleyici ajanla sonraki iki maruziyetinde de VVS gelişti. Klinik olarak VVS' da bilinç kaybından önce kişilerde baş dönmesi, bulantı, terleme, tinnitus, kalp üzerinde rahatsızlık hissi, güçsüzlük gibi semptomlar olduğu bilinmektedir (6). Tipik tetikleyicilerin; uzun süre ayakta kalma, aniden hızlı şekilde ayağa kalkma, ağrılı girişimler, damar yolundan ilaç uygulama veya kan alma, açlık, ürinyasyon, defekasyon, öksürük gibi durumlar, kan alan veya veren ve ağrılı girişim uygulanan kişiyi izleme, ani aşırı duygulanma ve bazı ilaçların kullanımı olduğu ifade edilmektedir (6,7). Sunulan olguda bilinç kaybından önce bulantı, terleme, baş dönmesi gibi prodromal belirtiler görülmüş olup kan alma işlemi tetikleyici olmuştur. Vazovagal senkopun tanısını koymada klinik semptomların varlığı altın standarttır (10). Tetikleyici ajanların bilinmesi, semptomları açıklayacak başka bir durumun olmaması durumunda yapılan bir takım testlerle (tilt table testi, ekokardiyografi, elektrofizyolojik çalışma, holter monitörizasyonu) tanı konulmaya çalışılmaktadır (6,11). Son yıllarda, senkoplu hastalara yaklaşımda ve tanıda ilerlemeler kaydedilmiş olmakla beraber, hastaneye kabul edilen hastaların çoğu, senkop etiyojisi aydınlatılmadan taburcu olmaktadır (3). Gan ve ark. (4) VVS tanısı için yapılan tilt table testi sırasında, bradikardi ve asistoli gelişmesi üzerine iv atropin ve pacemaker uyguladıkları, Tajiri ve ark. (14) ise epidural anestezi için katater takılmasını takiben asistolinin eşlik ettiği ve 0,5 mg iv atropin, hızlı sıvı replasmanı sonucu düzelen VVS olgusu bildirdiler. Vazovagal senkopun tedavisinde tetikleyici ajandan uzak durmanın temel yaklaşım olduğu bilinmektedir. Tetikleyiciye maruziyet kaçınılmaz ise hastanın yatar pozisyonda, monitörize edilerek optimal koşullarda uygulama yapılması, senkop anında oluşan bradikardiyi düzeltmek için vagolitik etkisinden dolayı atropin uygulanması gerekmektedir (7,12,13). Sunulan çalışmada, VVS öyküsü dikkate alınan olgu monitörize edilip, güvenli pozisyonda, tetikleyici ajan olan kan alma işlemi uygulanmış, sonrasında bradikardi ve hipotansiyon gelişmiştir. Olgu atropin ve hızlı % 0,9 izotonik NaCl tedavisi ile düzelmiştir. Acil serviste öykü, muayene bulguları ve klinik durumu açıklayacak başka bir ön tanı olmaması nedeniyle VVS düşünülmüş olup, izlem sonrası ileri tetkiklerin yapılması için kardiyoloji polikliniğe yönlendirilmiştir.

Acil servis hekimleri için, VVS olguları iyi huylu olarak bilinmesine rağmen, bazen medikal

tedavi gerektirecek bradikardi ve asistoli durumları ile karşı karşıya kalınabilir. VVS öyküsü olan olgulara, acil serviste olası tüm kötü senaryolara hazırlıklı olunarak gerekli işlemler uygulanmalıdır.

Case of Vasovagal Syncope that Improved with Atropine in Emergency Service

Abstract

Syncope is defined as a transient, self-limiting loss of consciousness, with loss of postural tone and spontaneous recovery. Syncope has numerous potential causes ranging from benign to life threatening conditions. Vasovagal syncope accounts for 10-40% of all syncope patients. Vasovagal syncope is a benign emergent condition that is usually self-limited and has spontaneous recovery without any medication. Herein we present a patient with vasovagal syncope that needed medical treatment with atropine in our emergency service.

Key words: Vasovagal syncope, atropine.

Kaynaklar

1. Alboni P, Alboni M, Bertorelle G. Origin and evolution of vasovagal syncope. *G Ital Cardiol* 2010; 11(1):20-27.
2. Tan MP, Parry SW. Vasovagal Syncope in the Older Patient. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51(6):599-606.
3. Ammirati F, Colivicchi F, Santini M. Diagnosing syncope in clinical practice. Implementation of a simplified diagnostic algorithm in a multicentre prospective trial -the OESIL 2 study (Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio). *Eur Heart J* 2000; 21(11):935-940.
4. Gan HW, Lim BC, Teo WS. Electrocardiographical case. Young woman with frequent syncope attacks. *Singapore Med J* 2007; 48(11):1061-1063.
5. Colman N, Nahm K, Ganzeboom KS, Shen WK, Reitsma J, Linzer M, et al. Epidemiology of reflex syncope. *Clin Auton Res* 2004; 14(1):9-17.
6. Barbara K, Blok, Tina M. Newman. Syncope. In Judith E. Tintinalli, MD, MS, Editör. *Emergency Medicine*. 6th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2004. p: 359-364.
7. Brignole M, Alboni P, Benditt DG, Bergfeldt L, Blanc JJ, Thomsen PE, et al. Guidelines on management of syncope—update 2004, The task force on syncope, European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2004; 25(22):2054-2072.
8. Cooper CJ, Ridker P, Shea J, Creager MA. Familial occurrence of neurocardiogenic syncope. *N Engl J Med* 1994; 331(3):205.
9. Márquez MF, Urias KI, Hermosillo AG, Jardón JL, Iturralde P, Colín L, et al. Familial vasovagal syncope. *Europace* 2005; 7(5):472-474.
10. Madrid AH, Ortega J, Rebollo JG, Manzano JG, Segovia JG, Sánchez A, et al. Lack of efficacy of atenolol for the prevention of neurally mediated syncope in a highly symptomatic population: a prospective, double-blind, randomized and placebo-controlled study. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37(2):554-559.
11. Senkop tanı ve tedavi kılavuzu (2009 güncellemesi) Avrupa Kardioloji Derneği (ESC) Senkop Tanı ve Tedavi Görev Grubu. *Türk Kardiyol Dern Arş Suppl* 8, 2009. pp: 135-175.
12. Sheldon R, Connolly S, Rose S, Klingenheden T, Krahn A, Morillo C, et al. Prevention of Syncope Trial (POST): a randomized, placebo-controlled study of metoprolol in the prevention of vasovagal syncope. *Circulation* 2006; 113(9):1164-1170.
13. Wakita R, Ohno Y, Yamazaki S, Kohase H, Umino M. Vasovagal syncope with asystole associated with intravenous access. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102(6):28-32.
14. Tajiri O, Tateda T, Ito H, Yago Y, Kanazawa M. Case of neurocardiogenic syncope with asystole during insertion of epidural catheter. *Masui* 2009; 58(9):1154-1157.