ABCResearch

Arch Basic Clin Res 2022; 4(2): 81-85 • DOI: 10.5152/ABCR.2022.220105

Review

Current Approach to Syncope

Senkoba Güncel Yaklaşım

Hüsnü Değirmenci, Eftal Murat Bakırcı

Department of Cardiology, Erzincan Binali Yıldırım University, Faculty of Medicine, Erzincan, Turkiye

Cite this article as: Değirmenci H, Bakırcı EM. Current approach to syncope. *Arch Basic Clin Res* 2022;4(2):81-85.

ORCID IDs of the authors: H.D. 0000-0003-0618-7227, E.M.B. 0000-0002-5425-8758.

ABSTRACT

Sudden, transient loss of consciousness due to acute global cerebral hypoperfusion is called syncope. Differentiation of syncope from other causes of transient loss of consciousness is difficult. Its clinic varies from mild symptoms to life-threatening conditions. It is extremely important to identify high-risk patients and follow them in the hospital. There are 3 types of syncope: reflex syncope, syncope due to orthostatic hypotension, and cardiac syncope. These types of syncope have different diagnostic methods and different treatments.

Keywords: Adult, diagnosis, syncope, morbidity, mortality

ÖZ

Akut global serebral hipoperfüzyona bağlı ani, geçici bilinç kaybına senkop denir. Senkobun geçici bilinç kaybı yapan diğer nedenlerden ayrımı zordur. Hafif semptomlardan hayatı tehdit edici tabloya kadar kliniği değişkendir.Yüksek riskli hastaların belirlenip hastanede takibinin yapılması son derece önemlidir. Refleks senkop, ortostatik hipotansiyona bağlı senkop ve kardiyak senkop olmak üzere senkobun üç tipi vardır. Bu senkop tiplerinin farklı tanı yöntemleri ve farklı tedavileri vardır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin, Tanı, Senkop, Morbidite, Mortalite

GİRİŞ

Akut global serebral hipoperfüzyona bağlı ani, geçici şuur kaybıyla karakterize tabloya senkop denir. Senkop ile birçok hastalık karışmakta olup her geçici şuur kaybı senkop değildir. Senkop acil servis başvurularının %1-3'ünden sorumludur.[1] Senkobun etyopatogenezinde hafiften ciddiye kadar çeşitli klinik tablolar sorumludur. Senkop hasta, yakınları ve doktor diyaloğuyla tanı konulabilen bir tablodur. Öykü, fizik muayene ve elektrokardiyografiyle hastaların %50-80'inde etyolojik neden belirlenebilir.[1] Ancak %18-41 oranında senkobun etyolojik nedeni saptanamaz.[1] Senkop özellikle de organik kalp hastalığı olanlarda önemli bir mortalite nedenidir. Bu öneminden dolayı literatüre ışık tutmak için bu derlemeyi yazdık.

Tanımlar

Amerikan senkop kılavuzuna[2] göre bazı tanımlamalardan bahsedelim.

Presenkop: Senkop öncesi semptomlar olup bilinç kaybı yoktur. Aşırı sersemlik ve göz kararması gibi semptomlar vardır.

Refleks Senkop: Vazodilatasyon, bradikardi veya herikisine neden olan refleksten oluşan senkoptur.

Karotis Sinüs Sendromu: 3 saniye ve üzerinde süren ventriküler duraklama ve/veya tansiyon arteryelde 50 mmHg'dan fazla düşüş karotid sinüs hipersensensiti vesi olarak bilinir. Bu bulgulara senkop eşlik ederse karotis sinüs sendromu tanısı konulur.

Vazovagal Senkop: Dik duruşla ortaya çıkabilen tipik olarak hipotansiyon, bradikardi, terleme, sıcaklık basması, mide bulantısı, solgunlukla karakterize senkoptur. Takiben bitkinlik hali oluşur.

Ortostatik Taşikardi: Yatış pozisyonundan yavaşça ayağa kalkmakla 10 dk süresince kalp hızının dakikada 30'un üzerinde artış olmasıdır.

Postural Ortostatik Taşikardi Sendromu: Ayakta durmakla ortaya çıkan semptomlar, ayağa kalkmakla kalp hızında dakikada 30'un üzerinde artış ve ortostatik hipotansiyon olmamasıyla karakterizedir.

Sorumlu Yazar / Corresponding author: Hüsnü Değirmenci, **E-mail:** husnudr1982@gmail.com

Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Geliş Tarihi/Received: May 6, 2022
Kabul Tarihi/Accepted: May 26, 2022

Klasik Ortostatik Hipotansiyon: Dik postüre geçen hastalarda 3 dk içinde sistolik kan basıncında 20 mmHg ve üzeri azalma olurken diyastolik kan basıncında 10 mmHg ve üzeri azalma olmasıdır.

Kardiyak Senkop: Düşük kardiyak indeks, kan akışında kısıtlanma, vazodilatasyon, bradikardi ve taşikardi kaynaklı senkoptur.

Psikojenik Psödosenkop: Tanımlanabilir senkop (kardiyak, refleks, ortostatik, nöral) nedenlerinin olmadığı, gerçek bilinç kaybının olmadığı gürültülü bir tablodur.

Geçici Şuur Kaybı Nedenleri

Geçici şuur kaybı, kafa travmasına bağlı ve kafa travmasına bağlı olmayan olmak üzere ikiye ayrılır. Kafa travmasına bağlı olmayan şuur kaybı içerisinde senkop, epileptik nöbet, psikojenik ve nadir sebepler yer alır. Senkop tipleri içerisinde refleks (nörokardiyojenik), ortostatik hipotansiyon ve kardiyak senkop yer almaktadır. Psikojenik sebepler içerisinde psikojenik psödosenkop ve psikojenik non-epileptik nöbetler yer alır. Nadir görülen sebepler içerisinde subklavyan çalma sendromu, vertebrobaziler yetersizlik, transient iskemik atak, subaraknoid kanama ve siyanotik nefes tutma nöbetleri yer alır.[3]

Senkop Tipleri ve Etyolojisi

- **Refleks Senkop:** Vazovagal senkop, durumsal senkop, karotis sinüs sendromu ve klasik olmayan formlar olmak üzere 4 başlık altında incelenir. En sık senkop nedeni vazovagal senkoptur. Releks senkop, ayakta durmakla, korku, ağrı ve kan korkusu gibi emosyonel sterese bağlı ortaya çıkmaktadır. Çiğneme, defekasyon, öksürük, hapşırık, egzersiz, idrar yapma ve gülme gibi durumlara bağlı durumsal senkop ortaya çıkmaktadır. Kıravat takma ve tıraş gibi nedenlere bağlı karotis sinüs sendromu görülebilir. Herhangi bir neden olmadan klasik olmayan formda senkop görülebilir.[2,4]
- **Ortostatik Hipotansiyona Bağlı Senkop:** İlaç nedenli, sıvı kaybı, primer otonomik yetmezlik, sekonder otonomik yetmezlik olmak üzere 4 sebebi bulunmaktadır.[2,4]
- **Kardiyak Senkop:** Bradikardi, taşikardi, pulmoner emboli, aort diseksiyonu, yapısal kalp hastalığı gibi nedenler kardiyak senkoba yol açabilir.[2,4]

İlk Değerlendirme

Hasta yakınlarından alınan anamnezle %60 oranında senkop tanısı konulur.[1] Senkop hastalarının değerlendirmesinde, olayın geçici şuur kaybı olup olmadığı, olayın gerçekten senkop olup olmadığı, senkop dışı bir neden olup olmadığı, etyolojik neden olup olmadığı, ölüm için yüksek risk kriterlerinin olup olmadığı sorgulanır.

Senkop tespit edildiyse anamnez, fizik muayene, elektrokardiyografi, ayakta kan basıncı ölçümü ve supin pozisyonda kan basıncı ölçümü gibi değerlendirmeler yapılır. Tedavi başlanırken kesin olmayan tanıda risk sınıflandırması yapılır.[4]

Eğer yüksek kısa dönem olay riski varsa erken değerlendirme yapılır ve tedavi başlanır. Düşük risk varsa veya tek nadir ataklar olduysa ileri değerlendirmeye gerek yoktur. Ancak düşük risk olup tekrarlayan senkop atakları olduysa yardımcı testler yapılır. Örneğin; aritmik senkop şüphesinde acil ritm holter elektrokardiyografi veya olay kaydedici tetkiki istenebilir. Eğer yapısal kalp hastalığı şüphesi varsa ekokardiyografi, 40 yaş üzeri hastalarda karotis sinüs masajı yapılabilir. Ortostatik hipotansiyona bağlı senkop şüphesinde veya nörojenik senkop şüphesinde tilt testi yapılabilir. Etyolojik nedenlere bağlı hemogram, biyokimya, D-dimer ve kan gazı istenebilir. Etyolojik nedenler ilk tanısal değerlendirmede bizlere ilişkili oldukları senkop tipini düşündürür.[4-6]

Kalp hastalığı öyküsü olmayan, ailede ani ölüm öyküsü olmayan, uykuda, egzersiz sırasında veya supin pozisyonda senkobu olmayan genç hastalarda, elektrokardiyografinin normal olduğu hastalarda kardiyak senkop olasılığı düşüktür. Elektrokardiyografide aritmiyi düşündüren bulgular varsa, ani başlayan çarpıntıyı takiben gelişen senkopta, yapısal kalp hastalığı veya koroner arter hastalığı olanlarda, 60 yaş üzerinde erkek cinsiyette, ani bilinç kaybında, efor sırasında veya yatarken ortaya çıkan senkopta kardiyak senkop düşünülür.[2,4]

40 yaşının altında meydana gelen uzun süredir olan yineleyen senkop öyküsünde, nahoş koku, ağrı sonrası, uzun süreli ayakta durma, yemek esnasında, kalabalık ve sıcak yerlerde ortaya çıkan senkopta refleks senkop düşünülür. Senkop öncesi bulantı, kusma, solukluk ve terleme varsa refleks senkop düşünülür.[7-9]

Ayağa kalktıktan sonra, uzun süre ayakta kaldıktan sonra, efor sonrası ayağa kalkma ve yemek sonrası hipotansiyona bağlı senkopta ortostatik hipotansiyona bağlı senkop düşünülür. İlaç kullanımına bağlı hipotansiyona bağlı ortostatik senkop gelişebilir.[4]

Tanı ve Risk Değerlendirmesi

Senkobun morbidite ve mortalite riski değerlendirilmelidir.[2] Senkop hastalarının yönetiminde risk sınıflandırma skorlarının kullanılmasında öneri düzeyi sınıf 2b'dir. Boston senkop kuralı, Del Rosso, Steps, Senkop risk skoru, Oesil skoru bu skorlar arasında yer almaktadır.[2] Bu skorların negatif prediktif değerleri yüksektir. Anormal elektrokardiyografi, prodrom olmaması, kardiyak öykü, ailede ani ölüm öyküsü, akut koroner sendrom bulguları, travma, erkek cinsiyet, pozitif troponin, aritmi öyküsü gibi prediktörler bu skorlarda yer almaktadır.[2] Şimdi tanı koymada kullandığımız yöntem ve tetkiklere göz atalım.[2,4]

Anamnez: Olası etyolojik nedenlere yönelik anamnez alınır. Yeni ortaya çıkan göğüs ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı veya baş ağrısı varsa, efor esnasında veya supin pozisyonda senkop gelişmişse veya çarpıntı sonrası senkop gelişmişse yüksek riskten bahsedilir. Yapısal kalp hastalığı veya anormal elektrokardiyografi bulguları olanlarda senkop için uyarıcı semptom yoksa, ailede erken yaşta ani kardiyak ölüm öyküsü varsa ve otururken senkop meydana geliyorsa yüksek riskten bahsedilir.

Fizik Muayene: Acil serviste açıklanamayan 90 mmHg'nın altında sistolik kan basıncı varsa, gastrointestinal kanama varsa (rektal tuşede melena), uyanıkken persistan bradikardi (hız <40/dk) ve tanı konulmamış sistolik üfürüm varsa senkop yüksek risklidir.

Karotis Sinüs Masajı: 40 yaş üzerinde kaynağı bilinmeyen bir refleks mekanizmayla uyumlu senkopta bu masaj yapılmalıdır. 3 sn ve üzerinde süren ventriküler duraksama ve/veya kan basıncında 50mmHg'dan fazla düşüş karotid sinüs hipersensitivitesi olarak bilinir. Bu bulgulara senkop eşlik ederse karotis sinüs sendromu tanısı konulur.

Kan Basıncı Ölçümü: İlk kez senkop atağı geçirenlerde yatar pozisyonda ve üç dakikalık ayakta durma esnasında kan basıncı ölçülür**.** Supin pozisyondan ayağa kalkmakla sistolik kan basıncında 20 mmHg'dan fazla diyastolik kan basıncında ise 10 mmHg'dan daha fazla düşmeye senkobun eşlik etmesi durumunda ortostatik hipotansiyona bağlı senkoptan bahsedilir. Veya supin pozisyondan ayağa kalkmakla sistolik kan basıncının 90 mmHg'nın altına düşmesi senkopla birlikte olursa ortostatik hipotansiyona bağlı senkop tanısı konulur.

Elektrokardiyografi: Akut iskemiyle uyumlu bulgular, mobitz tip 2 blok, atriyoventriküler tam blok, yavaş atriyal fibrilasyon, persistan sinüs bradikardisi, 3sn ve üzeri asistoli, dal bloğu, intraventriküler ileti bozukluğu, ventriküler taşikardi, tip 1 brugada paterni ve uzun QT sendromunda elektrokardiyografik olarak kardiyak senkop açısından yüksek risk mevcuttur. Paroksismal supraventriküler taşikardi, preeksite QRS, mobitz tip 1 blok, belirgin uzamış P intervaliyle birlikte birinci derece atriyoventriküler blok, paroksismal atriyal fibrilasyon, kısa QT intervali, tipik olmayan brugada paterni, sağ göğüs derivasyonlarında negatif T dalgaları ve aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisini düşündüren epsilon dalgaları kardiyak senkop açısından elektrokardiyografik minör kriterlerdendir. Ancak anamnez aritmojenik senkopla uyumluysa bu minör kriterlerin varlığı yüksek risk oluşturur.

Holter Elektrokardiyografi ve Olay Kaydediciler: Aritmik senkopdan şüphelenilen hastalarda veya aritmiyle senkobun ilişkilendirilmesinde bu tetkikler kullanılır. Yüksek riskli hastalarda hastanede monitörizasyon önerilir. Haftada 1 ve üzeri senkop veya presenkop atağı yaşayan hastalarda holter elektrokardiyografi düşünülür. Eksternal olay kaydediciler, semptomlar arası interval 4 hafta ve altındaysa önerilir. İmplantable olay kaydediciler (İOK) ise yüksek risk kriterleri olmayan hastalarda kaynağı belli olmayan rekürren senkop ataklarında önerilir. Yine senkobun nedeninin belirlenemediği, klasik pacemaker veya implantable kardiyoverter defibrilatör endikasyonunun olmadığı hastalarda yaygın değerlendirme ve spesifik tedaviye önderlik etmesi yönüyle İOK önerilir. Şiddetli veya sık senkop epizodları olan refleks senkop şüphesi olan hastalarda İOK önerilir.

Ekokardiyografi: Ekokardiyografide hipertrofik kardiyomiyopati, aort stenozu, pulmoner emboli, aort diseksiyonu, kalp yetersizliği ve ağır protez kapak disfonksiyonu varlığında kardiyak senkop düşünülür.

Egzersiz testi: Efor esnasında veya efordan kısa bir süre sonra senkop yaşayan olgularda egzersiz testi önerilir. Egzersiz esnasında ikinci veya üçüncü derece atriyoventriküler blok gelişen olgularda senkobun etyolojisi belirlenmiş olur. Ayrıca şiddetli hipotansiyon varlığında egzersizden sonra hemen senkop gelişenlerde refleks senkop tanısı doğrulanmış olur. Senkoplu hastalarda rutin egzersiz testi önerilmez.

Tilt Testi: Bu test, hastanın yatar pozisyondan dik pozisyona getirilmesi esasına dayanır. Ancak bu belirli açılarla kademeli olarak yapılır. Semptomların provake edilmesi için 20 dakikalık ilaçsız dönemden sonra 300-400 mikrogram nitrogliserin veya 3 mikrogram/dk'nın altında kalp hızını bazale göre %20-25 artıracak şekilde izoproterenol uygulanır. Psikojenik psödosenkop, postural ortostatik taşikardi sendromu, ortostatik hipotansiyon ve refleks senkoptan şüphelenilen hastalarda önerilir. Ayrıca fiziksel manevraları öğretmek ve semptomları belirlemede hastaları eğitmek için yapılabilir. Bu testte tipik dolaşım paternine uygun semptomlar yeniden oluşursa psikojenik psödosenkop, postural ortostatik taşikardi sendromu, ortostatik hipotansiyon veya refleks senkop düşünülmelidir. Negatif test refleks senkobu dışlamaz. Bu test ayrıca anormal hareketlerin olduğu senkobu epilepsiden ayırmada, psikojenik psödosenkobu senkoptan ayırmada, düşme ataklarından senkobu ayırmada, refleks senkopta kardiyoinhibitör cevabı değerlendirmede kullanılmaktadır.

Temel Otonomik Fonksiyon Testleri: Nörojenik ortostatik hipotansiyondan şüphelenilen hastalarda derin nefes testi ve valsalva manevrası önerilir. Durumsal senkopların bazı formlarında (ağırlık kaldırma, öksürme vb.) hipotansiyona eğilimi belirlemede valsalva manevrası düşünülebilir.

Ambulatuar Kan Basıncı Takibi: Otonom yetmezlikli hastalarda nokturnal hipertansiyonu belirlemede, otonom yetmezlikli hastalarda günlük yaşamda hipertansiyon ve ortostatik hipotansiyonun derecesini monitörize etmek ve belirlemek için kullanılır. Ambulatuar ve kan basıncı ölçümleri ortostatik intoleransı destekleyen epizodlar esnasında düşük anormal kan basıncını belirlemek için düşünülebilir.

Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Beyin Tomografisi: Fokal nörolojik bulguların varlığında veya daha fazla değerlendirmeyi gerektiren kafa yaralanmalarında bu tetkikler yapılabilir. Bu durumların haricinde önerilmez.

Video Kaydı: Spontan senkop atağı yaşayan hastalarda hasta yakınları video kaydı için teşvik edilmelidir. Uyarılan olaylarda klinik gözlemin güvenilirliğini artırmak için tilt testine ilave olarak video kaydı düşünülebilir.

Elektrofizyolojik Çalışma: Bifasiküler bloklu hastalarda, geçirilmiş miyokard enfarktüsü olanlarda, skar dokusu gelişenlerde veya asemptomatik bradikardili hastalarda noninvaziv değerlendirmelerle açıklanamayan senkop varlığında yapılır.

Hastaneye Yatışın Gerektiği Yüksek Riskli Hastalar

Sürekli ya da semptomatik ventriküler taşikardi, mobitz tip 2 blok veya atriyoventriküler tam blok, semptomatik ileti sistemi hastalığı, refleks yolla olan senkopla ilişkisi olmayan semptomatik bradikardi ya da sinüs duraklaması, kalp iskemisi , ciddi aort darlığı, kalp tamponadı, hipertrofik kardiyomiyopati, ileri protez kapak disfonksiyonu, ileri anemi veya gastrointestinal sistem kanaması, bayılmaya bağlı ciddi travmatik yaralanma, dirençli vital bulgu anormallikleri, semptomatik supraventriküler taşikardi, pacemaker/ICD fonksiyon bozukluğu, akciğer embolisi, aort damar duvarının yırtılması, akut kalp yetersizliği, orta-ağır sol ventrikül disfonksiyonu ve doğuştan kardiyovasküler hastalıklar hastaneye yatışın gerektiği yüksek riskli hastalardır.[2,4,10-13]

TEDAVİ

Kardiyak Senkobun Tedavisi

Altta yatan yapısal kalp hastalığı (aort stenozu, kalp yetersizliği, pulmoner emboli, aort diseksiyonu, kardiyak tamponad gibi) olan hastalarda mevcut yapısal kalp hastalığına spesifik tedavi yapılır.[2,4]

Hasta sinüs sendromunda, atriyoventriküler blokta senkopla bradikardi ilişkisi gösterildiğinde, tip 2 mobitz tip 2 blokta, atriyoventriküler tam blokta, bifasiküler bloklu senkoplu hastalarda, dal bloklu olup elketrofizyolojik çalışması pozitif veya implante edilebilir olay kaydedicilerle dökümante edilen senkoplu atriyoventriküler bloklu hastalarda kalp pili endikedir.[2,4]

Supraventiküler taşikardi veya ventriküler taşikardide senkop tekrarının önlenmesi için katater ablasyonu önerilir.[2,4]

Uzun QT sendromu olan ve aritmik senkobu olan hastalarda öncelikle beta bloker tedavisi başlanır. Ayrıca katekolaminerjik ventriküler taşikardisi olup senkopla başvuran hastalarda egzersiz kısıtlaması yapılır. Bu hastalarda ayrıca intrinsik sempatomimetik aktivitesi olmayan beta blokerler başlanır. Beta blokerin faydasız olduğu bu hasta grubunda flekainid başlanır. Beta blokerlerin başarısız olduğu, antiaritmik tedavinin başarısız olduğu bu hasta grubunda sol kardiyak sempatik denervasyon tedavisi yapılır.[2,4]

İmplante Edilebilir Defibrilatör Endikasyonları

Ejeksiyon fraksiyonu %35 ve altında olan ventriküler taşikardi ve senkop gelişen hastalarda, geçirilmiş miyokard enfarktüsü olan senkop geçiren hastalarda elektrofizyolojik çalışma esnasında ventriküler taşikardi tetiklenmesi durumunda, ejeksiyon fraksiyonu %35 < olan ventriküler taşikardiye bağlı tekrarlayan senkop atakları olan hastalarda katater ablasyonu ve antiaritmik ilaç tedavisinin başarısız olması durumunda, optimal dozda beta blokere rağmen açıklanamayan senkop yaşayan uzun QT sendromlu hastalarda, kısa QT sendromu olup aritmik senkop yaşayan hastalarda, nedeni belirlenemeyen senkop öyküsü olan spontan tip 1 eletrokardiyografi bulgusu olan Brugada sendromlu hastalarda implante edilebilir defibrilatör takılmalıdır.[2,4]

Ayrıca yakın zamanda aritmik senkop geliştiği düşünülen hipertrofik kardiyomiyopati hastalarında, senkopla başvuran sürekli ventriküler taşikardisi belgelenen aritmojenik sağ ventrikül displazili hastalarda, senkopla başvuran sürekli ventriküler taşikardi gelişmiş sarkoidozlu hastalarda ve optimal medikal tedavi veya sol kardiyak sempatik denervasyona rağmen egzersize bağlı katekolaminerjik ventriküler taşikardi gelişen hastalarda implante edilebilir defibrilatör takılmalıdır.[2,4]

Refleks Senkobun Tedavisi

Refleks senkobun şiddetli ve rekürren formlarında düşük kan basıncı varsa midodrin/fludrokortizon düşünülür. Refleks senkopta prodromal dönem uzun sürüyorsa karşı basınç manevraları ve tilt eğitimi önerilir. Tilt eğitimi özellikle ortostatik stres ile tetiklenen tekrarlayan vazovagal semptomları olan yüksek motivasyonlu genç hastalarda önerilir. Bu hastalarda aşamalı olarak uzun süreli zorunlu dik duruş senkop tekrarını azaltabilir. Prodromal dönem yoksa veya kısa sürerse şiddetli/tekrarlayan refleks senkoplu seçilmiş hastalarda implantable loop recorder düşünülür. Hipotansif ilaç kullananlarda ilaç dozu azaltılır veya kesilir.[2,4,14]

Vazovagal senkopta, hasta olası tetikleyiciler (uzun süreli ayakta durma, sıcak ortam vb.) ve tanı yönünden

eğitilmelidir. İzometrik fiziksel karşı basınç manevraları (çömelme, ekstremite veya abdominal kasılma vb.), prodromal sürecin uzun olduğu hastalarda yararlı olabilir. Bayılmayı önlemek ve olası yaralanmayı azaltmak için sırtüstü pozisyona geçmeleri önerilir. Hastaya tuz ve sıvı alımı (2-3 litre sıvı, 6-9 gr tuz; 1-2 çay kaşığı tuz) önerilebilir. Vazovagal senkop devam ederse Midodrin (alfa agonist; venöz göllenme ve vazodepresyona yol açan sempatik uyarı azalmasını engeller) önerilir. Ayrıca bu hasta grubunda fludrokortizon (mineralokortikoid aktiviteyle kan hacminin artışı), beta blokerler, ortostatik eğitim (hipotansiyona neden olan ilaçları kesmek), selektif serotonin geri alım inhibitörleri veya iki odalı kalp pili düşünülebilir.[2,4,15]

Karotis Sinüs Sendromu Tedavisi

Kardiyoinhibitör ve miks karotis sinüs sendromlu hastalarda kalıcı kalp pili takılmalıdır. Bu hasta grubunda iki odacıklı kalp pili düşünülebilir.[2,4]

Ortostatik Hipotansiyona Bağlı Senkop

İlaçlara bağlı ise doz azaltılır veya kesilir. Dehidratasyona bağlıysa akut sıvı alınır. Tuz ve sıvı alımı artırılır. Ayrıca ilaçlar azaltılır veya kesilir. Nörojenik ortostatik hipotansiyon mevcutsa, akut sıvı alımı yapılır. Ayrıca sıkıştırma giysileri, karşı basınç manevraları, midodrine, droksidopa, fludrokortizon gibi tedaviler başlanır. Su ve sıvı alımının artırılması, okreotid veya pridostigmin düşünülebilir. Akut su içilmesi sempatik etkiyle ortostatik toleransa katkı sağlamaktadır.[2,4,16]

Psödosenkop Tedavisi

Tanı konan hastayla yapılan samimi bir görüşme veya bilişsel davranışçı terapi fayda sağlayabilir.[2,4]

Hasta onamı: N/A.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – H.D.; Tasarım – H.D.; Denetleme – H.D.; Kaynaklar – H.D.; Malzemeler – H.D.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi – H.D.; Analiz ve/veya Yorum – E.M.B.; Literatür taraması – E.M.B.; Yazıyı Yazan – H.D.;Eleştirisel İnceleme – E.M.B.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – H.D.; Design – H.D.; Supervision – H.D.; Funding – H.D.; Materials – H.D.; Data Collection and/or Processing – H.D.; Analysis and/or Interpretation – E.M.B.; Literature Review – E.M.B.; Writing – H.D.; Critical Review – E.M.B.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This study received no funding.

KAYNAKLAR

1. Yiğit F, Hastaya Yaklaşım ASS. Approach To Syncope In Emergency Department. *TJFMPC*. 2015;9(1):23-31. [CrossRef]
2. Shen W-K, Sheldon RS, Benditt DG, 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. *Circulation*. 2017;136(5):e60-e122.[CrossRef]
3. Van Dijk JG, Thijs RD, Benditt DG, Wieling W. A guide to disorders causing transient loss of consciousness: focus on syncope. *Nat Rev Neurol*. 2009;5(8):438-448. [CrossRef]
4. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018;39(21):1883-1948. [CrossRef]
5. Dan G-A, Scherr D, Jubele K, et al. Contemporary management of patients with syncope in clinical practice: an EHRA physician-based survey. *Europace*. 2020;0:1-8. [CrossRef]
6. Van Wijnen VK, Gans ROB, Wieling W, ter Maaten JC, Harms MPM. Diagnostic accuracy of evaluation of suspected syncope in the emergency department: usual practice vs. ESC guidelines. *BMC Emerg Med*. 2020;20(1):Article No. 59. [CrossRef]
7. Chrysant SG. The tilt table test is useful for the diagnosis of vasovagal syncope and should not be abolished. *J Clin Hypertens*. 2020;22(4):686-689. [CrossRef]
8. Raj SR, Ahmed SB, Sheldon RS. Understanding vasovagal syncope: a role for sex and gender. *Clin Auton Res*. 2020;30(5):369-370. [CrossRef]
9. Atici A, Asoglu R, Demirkiran A, et al. The relationship between clinical characteristics and psychological status and quality of life in patients with vasovagal syncope. *North Clin Istanb*. 2020;7(3):237-245. [CrossRef]
10. Fischer LM, Dutra JPP, Mantovani A, Lima GG, Leiria TLL. Predictors of hospitalization in patients with syncope assisted in specialized cardiology hospital. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(6):480-486. [CrossRef]
11. Puppala VK, Dickinson O, Benditt DG. Syncope: classification and risk stratification. *J Cardiol*. 2014;63(3):171-177. [CrossRef]
12. Crane SD. Risk stratification of patients with syncope in an accident and emergency department. *Emerg Med J*. 2002;19(1):23-27. [CrossRef]
13. Joy PS, Kumar G, Olshansky B. Syncope: outcomes and conditions associated with hospitalization. *Am J Med*. 2017;130(6):699-706.e6. [CrossRef]
14. Sutton R. Reflex syncope: diagnosis and treatment. *J Arrhythm*. 2017;33(6):545-552. [CrossRef]
15. Kenny RA, McNicholas T. The management of vasovagal syncope. *An Int J Med*. 2016;109(12):767-773. [CrossRef]
16. Torabi P, Ricci F, Hamrefors V, Sutton R, Fedorowski A. Classical and delayed orthostatic hypotension in patients with unexplained syncope and severe orthostatic intolerance. *Front Cardiovasc Med*. 2020;7:21. [CrossRef]