

Σύνοψη Ευρωπαϊκών Κατευθυντήριων Οδηγιών για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της Συγκοπής (ESC guidelines 2018)¹

Ανδρέας Τριανταφύλλης, Αθανάσιος Μανώλης
Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπειόν Βούλας»

*Summary of European Guidelines for the Diagnosis
and Treatment of Syncope (ESC guidelines 2018)¹*

A. Triantafyllis, AJ Manolis
Cardiology Clinic of “Asklepieion Voula’s” General Hospital

Κατηγορία εργασίας: Επίκαιρο θέμα
Αλληλογραφία: Ανδρέας Τριανταφύλλης
e-mail: andreas.triantafyllis@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ως συγκοπή ορίζεται η αιφνίδια, βραχεία και παροδική απώλεια της συνείδησης λόγω γενικευμένης εγκεφαλικής υποάρδευσης. Χαρακτηρίζεται από γρήγορη και πλήρη αυτόματη αποκατάσταση.

Η συγκοπή παρουσιάζει παρόμοια χαρακτηριστικά με άλλες παθήσεις που προσομοιάζουν με τη συγκοπή αλλά δεν πληρούν τον ορισμό της.

Σκοπός μας, είναι να αναφέρουμε συνοπτικά της

Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες του Έτους 2018 για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της Συγκοπής (ESC guidelines 2018) καθώς και τις διαφορές με τις προηγούμενες οδηγίες και επίσης την διαχείριση ασθενούς με συγκοπηκό επεισόδιο στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Λέξεις κλειδιά: Συγκοπή, αίτια, αντιμετώπιση, τμήμα επειγόντων περιστατικών.

ABSTRACT

Syncope is defined as the sudden, brief and transient loss of consciousness due to generalized cerebral hyperstimulation. It is characterized by fast and complete automatic recovery.

Syncope has similar characteristics to other diseases that resemble syncope but do not meet its definition.

Our purpose is to briefly report the European Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Syncope 2018 (ESC guidelines 2018) as well as the differences with the previous instructions and also the management of a patient with a syncope in the Emergency Department.

Key words: Syncope; cause; treatment; emergency department.

Κυριότερα αίτια συγκοπής ή καταστάσεων που προσομοιάζουν με συγκοπή:

A. Συγκοπή:

1) Καρδιοαγγειακά (10-20%)

a) Ανατομικά (στένωση αορτικής βαλβίδας, υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, στένωση μιτροειδούς, μύξωμα κόλπων, οξεία πνευμονική εμβολή, καρδιακός επιπωματισμός, οξύς διαχωρισμός αορτής)

b) Αρρυθμιολογικά

- Βραδυαρρυθμίες (σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου, υψηλού βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός, δυσλειτουργία βηματοδότη)
- Ταχυαρρυθμίες (κοιλιακή ταχυκαρδία, υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες)

2) Αντανακλαστική (νευρογενής συγκοπή)

- Παρασυμπαθητικοτονική συγκοπή
- Σύνδρομο καρωτιδικού κόλπου
- Περιστασιακή συγκοπή (μετά από βήχα, αφόδευση, ούρηση, γέλιο)

3) Ορθοστατική υπόταση

- α) Πρωτογενής ή δευτερογενής ανεπάρκεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος
- β) Φάρμακα (αντιϋπερτασικά, αντικαταθλιπτικά)
- γ) Απώλεια όγκου (αιμορραγία, διάρροιες)

B. Καταστάσεις προσομοιάζουσες με συγκοπή:

- 1) Νευρολογικά αίτια (επιληψία, ημικρανία, παροδικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια από ισχαιμία του σπονδυλοβιασικού συστήματος)
- 2) Σύνδρομο υποκλοπής υποκλειδίου αρτηρίας
- 3) Μεταβολικά αίτια (υπογλυκαιμία, υποξία, υπεραερισμός)
- 4) Ψυχιατρικά αίτια (κρίσεις πανικού, υστερία)

Γ. Συγκοπή αγνώστου αιτιολογίας (20-30% των συγκοπών)

Διαγνωστική προσπέλαση:

- 1) Ιστορικό (συγκοπή μετά από φόβο, πόνο ή θέα αίματος, μετά βήχα ή αφόδευση, μετά στροφή κεφαλής, μετά sec από έγερση σε ορθία θέση, μετά έντονη άσκηση άνω άκρου, παρουσία δυσαρθρίας ή διπλωπίας, συνοδός κυάνωση, απώλεια ούρων και σπασμοί).
- 2) Κλινική εξέταση (φύσημα στένωσης αορτικής ή υπερτροφικής αποφρακτικής μυοκαρδιοπάθειας ή στένωσης υποκλειδίου, 3rd τόνος, πρόκληση παύσης >3sec μετά από μάλαξη του καρωτιδικού κόλπου, πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης >20mmHg ή της διαστολικής αρτηριακής πίεσης >10mmHg από την αρχική τιμή στην όρθια στάση).
- 3) Αιματολογικές εξετάσεις (αιματοκρίτης, κρεατινίνη, νάτριο, κάλιο, δ-διμερή, δείκτες μυοκαρδιακής νέκρωσης).

4) Ηλεκτροκαρδιογράφημα (σημεία οξείας ισχαιμίας ή παλαιού εμφράγματος, εμμένουσα ή μη κοιλιακή ταχυκαρδία, παρουσία μακρού ή βραχέως QT διαστήματος, σύνδρομο WPW, διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής, σύνδρομο Brugada, αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια της δεξιάς κοιλίας).

5) Υπερηχογράφημα καρδιάς (εκτίμηση κλάσματος εξωθήσεως, λειτουργικότητας δεξιάς κοιλίας, βαλβιδοπαθειών, υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας, μυξώματος καρδιακών κοιλοτήτων).

6) 24ωρη καταγραφή HOLTER ρυθμού

7) Εμφυτεύσιμες συσκευές συνεχούς ΗΚΓρικής παρακολούθησης

8) Δοκιμασία ανάκλισης (διάγνωση νευρογενούς συγκοπής)

9) Μάλαξη καρωτιδικού κόλπου

10) Δοκιμασίες ισχαιμίας (τεστ κόπωσης, σπινθηρογράφημα)

11) Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη (επί υπόνοιας αρρυθμολογικού αιτίου συγκοπής με αρνητικά ευρήματα από το λοιπό έλεγχο)

Διαχείριση στο Τμήμα Επειγόντων

Περιστατικών (ΤΕΠ)

Χαρακτηριστικά ασθενών υψηλού κινδύνου:

- Νέα έναρξη προκάρδιου άλγους, δύσπνοιας, κοιλιακού άλγους ή κεφαλαλγίας
- Συγκοπή με τραυματισμό
- Συγκοπή στην προσπάθεια ή στην ύπτια θέση
- Αίσθημα παλμών προ της συγκοπής
- Χωρίς ή με βραχέα (<10sec) πρόδρομα συμπτώματα ή οικογενειακό ιστορικό αιφνιδίου καρδιακού θανάτου σε νεαρή ηλικία ή συγκοπή στην καθιστή θέση (παρουσίας δομικής καρδιοπάθειας ή παθολογικού ηλεκτροκαρδιογραφήματος)
- Σοβαρή δομική καρδιοπάθεια ή στεφανιαία νόσος (καρδιακή ανεπάρκεια, χαμηλό κλάσμα εξώθησης ή προηγούμενο έμφραγμα του μυοκαρδίου).
- Ανεξήγητη υπόταση στα ΤΕΠ (ΣΑΠ<90mmHg)
- Υποψία αιμορραγίας πεπτικού
- Εμμένουσα βραδυκαρδία (<40bpm) σε εγρήγορση και απουσία φυσικής άσκησης
- Νέο συστολικό φύσημα
- Ηλεκτροκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά [οξεία ισχαιμία, 2ou και 3ou βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός, εμμένουσα φλεβοκομβική βραδυκαρδία <40bpm ή φλεβοκομβοκολπικός αποκλεισμός ή φλεβοκομβική παύση >3sec σε εγρήγορση και απουσία φυσικής άσκησης, σκελικός αποκλεισμός, διαταραχές ενκοιλιακής αγωγής, κοιλιακή υπερτροφία, παρουσία κυμάτων Q, εμμένουσα ή μη κοιλιακή ταχυκαρδία, δυσλειτουργία βηματοδότη, σύνδρομο Brugada τύπου 1, σύνδρομο μακρού QT (>460msec), ευρήματα αρρυθμιογόνου δυσπλασίας της δεξιάς

κοιλίας, σύνδρομο WPW, σύνδρομο βραχέως QT (<340msec), παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία ή κολπική μαρμαρυγή, ασυμπτωματική απρόσφορη φλεβοκομβική βραδυκαρδία ή βραδεία κολπική μαρμαρυγή (40-50bpm)].

Ασθενείς με οποιοδήποτε από τα ανωτέρω χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου θα πρέπει να παραμένουν στο χώρο του νοσοκομείου για 6-24 ώρες προς παρακολούθηση. Από αυτούς χρήζουν εισαγωγής οι ασθενείς με σοβαρές συννοσηρότητες, με παρουσία κάκωσης προκληθείσας από τη συγκοπή καθώς και ασθενείς που πρέπει να λάβουν θεραπεία ή να διερευνηθούν περαιτέρω. Οι υπόλοιποι ασθενείς μπορούν αν επιστρέψουν σπίτι ή να παραπεμφθούν στο εξωτερικό ιατρείο συγκοπής (Syncope Unit-SU).

Αντιμετώπιση

- Παρασυμπαθητικοτονική συγκοπή: γενικά μέτρα (κατάκλιση κατά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, τέντωμα και σταύρωμα κάτω άκρων), φαρμακευτική αγωγή (φθοριοκορτιζόνη, μιδοδρίνη), διεστιακή βηματοδότηση επί παρουσίας καρδιοαναστατικού τύπου συγκοπής)
- Ορθοστατική υπόταση: ελάττωση ή διακοπή αντιπερτασικών, εκπαίδευση ασθενούς για αργή ανάληψη της όρθιας θέσης, αύξηση προσλαμβανόμενων υγρών και άλατος, φαρμακευτική αγωγή (μιδοδρίνη, φθοριοκορτιζόνη)

- Περιστασιακή συγκοπή: ούρηση σε καθιστή θέση, αποφυγή δυσκοιλιότητας με χορήγηση υπακτικών
- Σύνδρομο WPW: κατάλυση παράπλευρου δεματίου
- Σύνδρομο καρωτιδικού κόλπου: εμφύτευση εστιακού βηματοδότη επί ασυστολίας >6sec με παράλληλη αναπαραγγή συμπτωμάτων
- Σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου ή κολποκοιλιακός αποκελισμός: βηματοδότης
- Σύνδρομο Brugada/ Long QT/ ARVC/ VT: εμφύτευση απινιδωτή
- Στένωση αορτής, μύξωμα κόλπου: χειρουργική αντιμετώπιση
- Μυοκαρδιακή ισχαιμία: επαναγγείωση (αγγειοπλαστική, by-pass)

Βιβλιογραφία

1. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope
2. The Task Force for the diagnosis and management of syncope of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) Endorsed by: European Academy of Neurology (EAN), European Federation of Autonomic Societies (EFAS), European Federation of Internal Medicine (EFIM), European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS), European Society of Emergency Medicine (EuSEM) Authors/ Task Force Members: Michele Brignole* (Chairperson) (Italy), Angel Moya* (Co-chairperson) (Spain), Frederik J. de Lange (The Netherlands), Jean-Claude Deharo (France), Perry M. Elliott (UK), Alessandra Fanciulli (Austria), Artur Fedorowski (Sweden), Raffaello Furlan (Italy), Rose Anne Kenny (Ireland), Alfonso Martín (Spain), Vincent Probst (France), Matthew J. Reed (UK), Ciara P. Rice (Ireland), Richard Sutton (Monaco), Andrea Ungar (Italy), and J. Gert van Dijk (The Netherlands)
3. European Heart Journal 2018;39:1883-1948

ΠΙΝΑΚΑΣ Κυριότερες αλλαγές στις κατευθυντήριες οδηγίες του 2018	
CHANGE IN RECOMMENDATIONS	
2009	2018
Contraindications to CSM	
Tilt testing: indication for syncope ^{23, 24, 105-109, IIa-IIb}	
Tilt testing for educational purposes ¹⁹⁻²¹	
Tilt testing: diagnostic criteria ^{23, 24, 105-109, IIa-IIb}	
Tilt testing for assessing therapy	
Holter for unexplained syncope ¹⁶	
ECG monitoring: presyncope & asymptomatic arrhythmias	
Adenosine triphosphate test	
EPS-guided pacemaker: prolonged SNRT ²¹⁰⁻²¹²	
EPS-guided pacemaker: HV >70 ms ^{108, 214-217, 221}	
Empiric pacing in bifascicular block ^{217, 255, 344}	
Therapy of reflex syncope: PCM ^{119-121, 263, 264}	
Therapy of OH: PCM ¹¹⁹	
Therapy of OH: abdominal binders ^{23, 320, 321}	
Therapy of OH: head-up tilt sleeping ^{104, 322, 323}	
Syncope & SVT/VT: AA drugs Expert opinion	
I	IIa
IIb	III
III	Taken out

2018 NEW RECOMMENDATIONS (only major included)	

<tbl_r