

ALGORITMUS VYŠETŘENÍ PŘI SYNKOPĚ

MUDr. Jitka Vlašínová, Ph.D.

Interní kardiologická klinika, FN Brno

Interní Med. 2007; 9 (6): 296–298

Úvod

Synkopu definujeme jako náhlou, krátkodobou ztrátu vědomí a posturálního tonu s následnou spontánní úpravou, bez neurologických reziduí. Je to přechodný symptom a ne choroba. Vzniká v důsledku tranzientní globální cerebrální hypoperfuze (retikulární aktivační systém mozku kmene).

Vyskytuje se u 3 % mužů a 3,5 % žen. Tvoří 3 % akutních vyšetření v nemocnici a až 6 % hospitalizací a 3 % na JIP.

Podle etiologie rozlišujeme následující základní podskupiny synkop. Jedná se o vazodepresoricko-reflexní synkopy (vazovagální, situační, ortostatická, syndrom dráždivé karotidy), pro které je ve většině případů patognomická nepřítomnost organického onemocnění srdce, dále o podskupinu kardiálních obstrukčních synkop (spojených s obstrukcí pravého či levého výtokového traktu, mechanickým srdečním selháním, tamponádou srdeční nebo disekcí aorty) a kardiálních arytmiických synkop (tachykardických nebo bradykardických). Kardiální obstrukční synkopy a kardiální arytmiické synkopy většinou doprovází organické onemocnění srdce.

Skupinový typ dle etiologie	Typizace
vazodepresorická – reflexní	- vazovagální neurokardiogenní (smíšený typ, kardioinhibiční typ, vazodepresorický typ) - situační – mikční – defekační – kašel – polykání - poléková - ortostatická - z onemocnění centrální nervové soustavy - syndrom dráždivé karotidy - glossopharyngeální neuralgie - trigeminalní neuralgie
kardiální – obstrukční	- obstrukce levých srdečních oddílů – aortální stenóza – hypertrofická kardiomyopatie – mitrální stenóza – myxom levé síně - obstrukce pravých srdečních oddílů – pulmonální stenóza – plicní hypertenze – plicní embolie – Fallotova tetralogie – myxom pravé síně
kardiální – ostatní	- selhání čerpacích funkcí – akutní infarkt myokardu – nestabilní angina pectoris – koronární spasmus - srdeční tamponáda - disekce aorty
kardiální – arytmiická	- bradyarytmie – sick sinus syndrom – AV blokády II. a III. stupně – dysfunkce kardiostimulačního systému – bradyarytmie indukované léky - tachyarytmie – komorová tachykardie, flutter, fibrilace (setrvalé i nesetrvalé formy) – torsades de pointes (vrozený nebo získaný syndrom dlouhého QT intervalu) – supraventrikulární tachykardie
neurologická	- vertebrobasilární insuficience - epilepsie
léková	
psychogenní	- anxieta - panické stavy - deprese - hysterie
nejasné etiologie	

Diagnostický postup

Diagnostika synkopálních stavů je složitá a zahrnuje často kompletní neurologické a kardiologické vyšetření i poměrně nákladná vyšetření, jako jsou CT mozku, magnetická rezonance mozku, angiografie mozkových cév, elektrofyziologické vyšetření srdce, koronarografie apod. K základnímu algoritmu diagnostického postupu v diferenciální diagnostice synkopálních stavů patří:

- iniciální vyhodnocení
- anamnéza
- fyzikální vyšetření
- pomocné vyšetřovací metody.

Iniciální vyhodnocení slouží k základní orientaci

- jedná se o synkopu, nebo jiný stav?
- je ztráta vědomí atributem synkopy, či ne?

Anamnéza podrobně zkoumá

- předchozí okolnosti – aktivita, klid, změna polohy, návaznost na námahu, močení, defekaci, kašel, otočení hlavy
- pozice – stoj, sed, leh
- predisponující faktory – delší stání, přeplněné či horké prostředí, strach, bolest
- průvodní symptomy – nauzea, vomitus, pocit chladu, pocení, bolest, rozmazané vidění
- nepřímá anamnéza od svědka – trajektorie pádu, barva kůže (bledá, cyanóza, flush), délka trvání bezvědomí, pohyby (křeče tonické, tonicko-klonické, pokousaný jazyk, pomoci, pokálení)
- rodinná a osobní anamnéza – náhlá srdeční smrt v rodině, předchozí srdeční onemocnění, neurologická anamnéza, metabolické choroby, medikace, četnost atak.

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření pátrá po:

- přítomnosti arytmie
- ortostatické hypotenzi při posturální reakci
- diferenci krevního tlaku na horních končetinách (stenóza a. subclavia, disekce aorty)
- nálezu šelestů svědčících pro obstrukci levého či pravého výtokového traktu (aortální stenóza, subvalvulární stenóza při asymetrické hypertrofii septa, plicní hypertenze)
- klinických známkách levostranné nebo pravostranné srdeční insuficience.

Pomocné vyšetřovací metody

Zahajovat by se mělo nejjednoduššími standardními metodami, jako je ekg s masáží karotid, echokardiografické vyšetření k vyloučení organického srdečního onemocnění a základní neurologické vyšetření. Další výběr jednotlivých metod by měl vycházet z údajů zjištěných při anamnéze, při fyzikálním vyšetření a s ohledem na věk pacienta.

U mladších pacientů, bez anamnézy organického onemocnění srdce provádíme:

- test na nakloněné rovině k průkazu případné vazovagální etiologie synkopálního stavu.

Pokud není stanovena diagnóza, soubor vyšetření dále doplňujeme, podobně jako u **pacientů v pátém a vyšším deceniu**, kde je diagnóza vazovagální neurokardiogenní synkopy málo pravděpodobná. Jdeme cestou kompletního kardiologického vyšetření s provedením:

- zátěžové ergometrie
- monitorování srdečního rytmu a krevního tlaku
- elektrofyziologického invazivního vyšetření s programovanou stimulací komor, koronarografie při suspiciu na ischemickou chorobu srdeční, pravostranné katetrizace
- kompletního neurologického vyšetření.

Test na nakloněné rovině řadíme u těchto starších pacientů až na konec neinvazivního vyšetřovacího algoritmu, pokud nejsou invazivní vyšetření indikována prvotně již na základě anamnestických dat a základních vyšetřovacích metod.

Diagnostické metody

Test/vyšetření	Výtěžnost	Délka monitorace
anamnéza, fyzikální vyšetření	49–85 %	
EKG	2–11 %	15 minut
Holterovo monitorování	1 %	1–2 dny
masáž karotického sinu	?	provokační test
externí dlouhodobé monitorovací systémy	20 %	5–8 týdnů
test na nakloněné rovině (HUT Head-up tilt test)	11–87 %	provokační test
elektrofyziologické vyšetření u nemocných bez strukturálního srdečního onemocnění	11 %	provokační test
elektrofyziologické vyšetření u nemocných se strukturálním srdečním onemocněním	49 %	provokační test
implantabilní monitor Reveal	65–88 %	14 měsíců

Symptomy, závažnost a prevalence synkop

Typ/příčina	Charakter	Závažnost	Prevalence
vazovagální	nauzea, nával tepla	benigní	18 (8–7) %
situační (mikční, tussigenní atd.)	výskyt po aktivitách	benigní	5 (1–8) %
hypersenzitivní karotický sinus	tlak na krk, točení hlavy	benigní až závažná	1 (0–4) %
ortostatická hypotenze	symptomy vstaje	benigní	8 (4–10)
organické postižení srdce	stenokardie, dušnost	závažná	4 (1–8)
arytmie bradykardie tachykardie	náhlá synkopa, úrazy, palpitace	středně závažná závažná	14 (4–38) %
neurologická	křeče, cefalea, diplopie	středně závažná	10 (3–32) %
psychiatrická	časté symptomy bez úrazu	benigní	2 (1–7) %
léková	léky navozené symptomy	benigní až závažná	3 (1–7) %
nejasné etiologie	negativní vyšetření	benigní až středně závažná	34 (13–41)

Kdy hospitalizovat?

- suspektní nebo známá srdeční strukturální nemoc
- EKG abnormality suspektní z arytmogenní synkopy
- synkopa vznikající během cvičení
- synkopa způsobující několik zranění
- rodinná anamnéza náhlé srdeční smrti
- palpitace těsně před vznikem synkopy
- **každé podezření na kardiální příčinu**
- srdeční arytmie
- akutní koronární příhoda
- synkopa při strukturální srdeční či plicní chorobě
- iktus či fokální neurologické poruchy
- kardioinhibiční VVS při plánované implantaci kardiostimulátoru.

Kdy je bezpečné nehospitalizovat?

- pacienti s izolovanou či vzácně vznikající synkopou
- bez anamnézy strukturálního srdečního onemocnění
- s normálním klidovým ekg – vysoká pravděpodobnost VVS (především pacienti do 45 let)
- ambulantně možno provést HUT – dobrá prognóza

Po absolvování kompletního vyšetřovacího protokolu stále zůstává až 40 % synkopujících pacientů s konečnou diagnózou – synkopa nejasné etiologie, tedy skupina pacientů, kteří podléhají rekurencím synkopálních stavů a není u nich možné stanovit rizika případné náhlé smrti.

Literatura

1. Grubb B P, Karas B. Diagnosis and management of neurocardiogenic syncope. Curr. Opin. Cardiol., 13, 1998, 29–35.
2. Kapoor W. Karpf, M., Wieand, S. et al.: A prospective evaluation and follow-up of patients with syncope, N. Engl. J. Med., 309, 1983, 197–203.
3. Kapoor W. Work-up and management of patients with syncope. Med. Clin. North. Amer., 79, 1995, 1153–1170.
4. Kapoor W. Karpf M, Maher Y et al. Syncope of unknown origin: The need for a more cost-effective approach to its diagnostic evaluation, J.A.M.A., 247, 1982, 2687.
5. Kautzner J, Doupal V. Synkopa: diagnostika a léčba, Doporučené postupy v kardiologii II, 2 000; 47–55.

MUDr. Jitka Vlašínová, Ph.D.
Interní kardiologická klinika FN
Jihlavská 20, 625 00, Brno
e-mail: vlasinova@centrum.cz