

2018 ESC SENKOP KLAVUZLARI

Dr.Öğr.Üyesi Ahmet DEMİR

MSKÜ Tıp Fakültesi

Acil Tıp ABD

- 2001,2004,2009...

2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope



The Task Force for the diagnosis and management of syncope of the European Society of Cardiology (ESC).

Developed with a special contribution of European Heart Rhythm Association (EHRA).

Endorsed by the following societies:

European Society of Emergency Medicine (EuSEM).

European Federation of Internal Medicine (EFIM).

European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS).

European Neurological Society (ENS).

European Federation of Autonomic Societies (EFAS).

Authors/Task Force Members: Michele Brignole (Chairperson) (Italy); Angel Moya (Co-chairperson) (Spain); Jean-Claude Deharo (France); Frederik de Lange (The Netherlands); Perry Elliott, (UK); Artur Fedorowski (Sweden); Alessandra Fanciulli (Austria); Raffaello Furlan (Italy); Rose Anne Kenny (Ireland); Alfonso Martin (Spain); Vincent Probst (France); Matthew Reed (UK); Ciara Rice (Ireland); Richard Sutton (Monaco); Andrea Ungar (Italy); Gert van Dijk (the Netherlands).

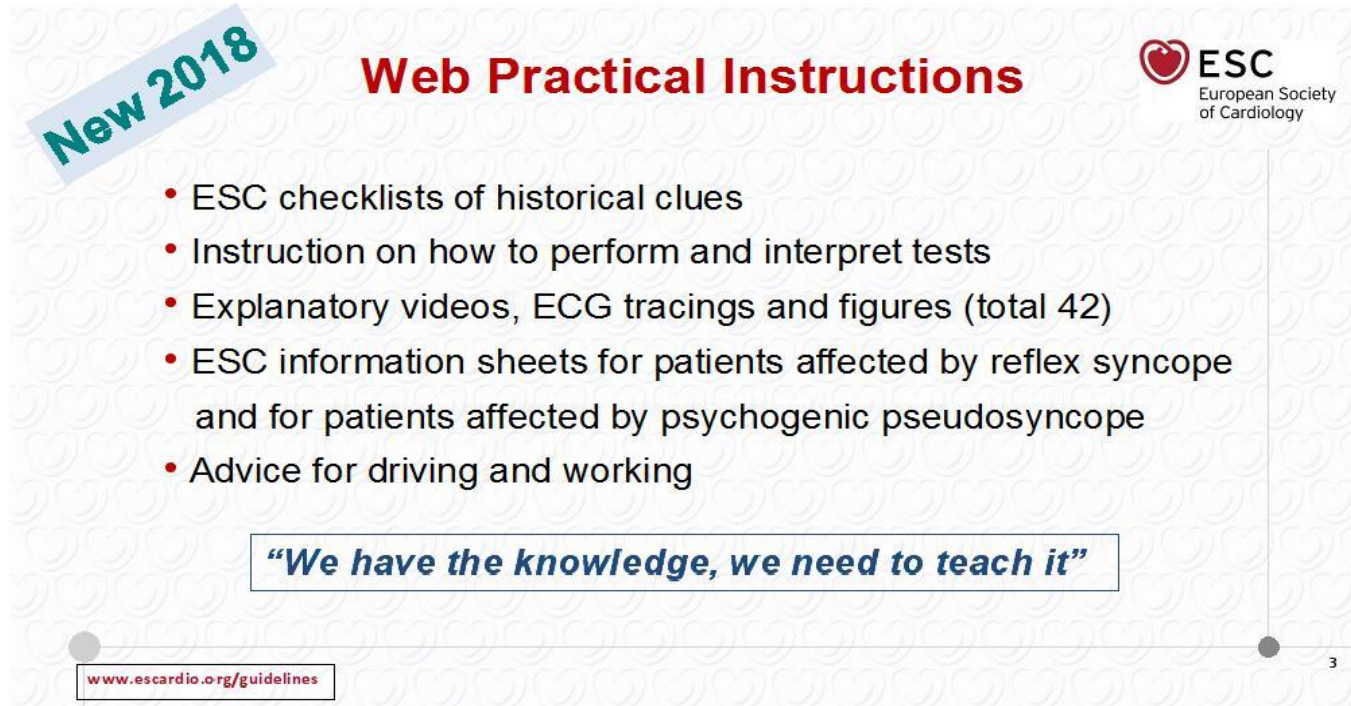
EHRA 2018

18 - 20 March 2018, Barcelona - Spain

Scientific Programme

Date and time		Topic	Type	Room
2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope - Recommendations and key messages				
Sun 18 Mar	11:00 - 12:30	Miscellaneous	Main Session	Sokolov - Lecture Room
2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope: practical instructions how to perform tests and prescribe therapy				
Mon 19 Mar	14:00 - 15:30	Miscellaneous	Main Session	Sokolov - Lecture Room

- Kılavuzun ayrılmaz bir parçası olarak destekleyici bilgileri içeren bir Supplementary Data ve bilinç bozukluğuna yaklaşım basamaklarının koordinasyonu, testlerin nasıl uygulanacağı, yorumlanacağı vb konulara açıklık getiren Web pratik talimatları kılavuzu ilk kez yayınlanmıştır.



New 2018

Web Practical Instructions

 **ESC**
European Society
of Cardiology

- ESC checklists of historical clues
- Instruction on how to perform and interpret tests
- Explanatory videos, ECG tracings and figures (total 42)
- ESC information sheets for patients affected by reflex syncope and for patients affected by psychogenic pseudosyncope
- Advice for driving and working

“We have the knowledge, we need to teach it”

www.escardio.org/guidelines

3

‘Our patients seek solutions, not only explanations

- Kılavuz genel olarak ; hasta odaklı olmayı ve tedaviye odaklanmayı ve tekrarlama riskini ve senkop nüksünün yaşamı tehdit edici risklerini azaltmayı amaçlamaktadır.
- Bu amaç doğrultusunda konu ile ilgili güçlü kanıtların olmadığı durumlarda kılavuz görev gücünün ilgili uzmanlarının pratik uygulamalardaki konsensüslerini tavsiye olarak paylaştıklarını ifade etmektedirler.

Classes of recommendations

Classes of recommendations	Definition	Suggested wording to use
Class I	Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective.	Is recommended/ is indicated.
Class II	Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure.	
<i>Class IIa</i>	<i>Weight of evidence/opinion is in favour of usefulness/efficacy.</i>	Should be considered.
<i>Class IIb</i>	<i>Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.</i>	May be considered.
Class III	Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases may be harmful.	Is not recommended.

Endikedir/önerilir

Dikkate alınmalı

Dikkate alınabilir

Önerilmemektedir

Level of evidence

Level of evidence A	Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses.
Level of evidence B	Data derived from a single randomized clinical trial or large non-randomized studies.
Level of evidence C	Consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries.

Kanıt Düzeyi A: Çoklu randomize klinik çalışmalar veya meta analizlerden elde edilen veriler.

Kanıt Düzeyi B: Tek bir randomize klinik çalışma veya geniş randomize olmayan çalışmalardan elde edilen veriler.

Kanıt Düzeyi C: Uzman görüşlerinin ve/veya küçük çalışmaların, retrospektif çalışmaların, kayıtların konsensusu.

NEW / REVISED CLINICAL SETTINGS AND TESTS:

- Tilt testing: concepts of *hypotensive susceptibility*
- Increased role of prolonged ECG monitoring
- Video recording in suspected syncope
- "Syncope without prodrome, normal ECG and normal heart" (adenosine sensitive syncope)
- Neurological causes: "ictal asystole"

2018 NEW/REVISED CONCEPTS in management of syncope

NEW / REVISED INDICATIONS FOR TREATMENT:

- *Reflex syncope*: algorithms for selection of appropriate therapy based on age, severity of syncope and clinical forms
- *Reflex syncope*: algorithms for selection of best candidates for pacemaker therapy
- *Patients at risk of SCD*: definition of unexplained syncope and indication for ICD
- *Implantable loop recorder* as alternative to ICD, in selected cases

(OUT-PATIENT) SYNCOPE MANAGEMENT UNIT:

- Structure: staff, equipment, and procedures
- Tests and assessments
- Access and referrals
- Role of the Clinical Nurse Specialist
- Outcome and quality indicators

MANAGEMENT IN EMERGENCY DEPARTMENT:

- List of low-risk and high-risk features
- Risk stratification flowchart
- Management in *ED Observation Unit* and/or fast-track to *Syncope Unit*
- Restricted admission criteria
- Limited usefulness of risk stratification scores



2009 CHANGE IN RECOMMENDATIONS 2018

Contraindications to CSM

2009 CHANGE IN RECOMMENDATIONS 2018

EPS-guided pacemaker: HV >70 ms

CHANGE IN RECOMMENDATIONS

What is new in 2018 syncope guidelines ? (3)

ESC
European Society
of Cardiology

2018 NEW RECOMMENDATIONS (only major included)

Management of syncope in ED (section 4.1.2)

- *Low-risk*: discharge from ED
- *High-risk*: early intensive evaluation in ED, SU versus admission
- *Neither high or low*: observation in ED or in SU instead of being hospitalized

Video recording (section 4.2.5):

- Video recordings of spontaneous events

ILR indications (section 4.2.4.7):

- In patients with suspected unproven epilepsy
- In patients with unexplained falls

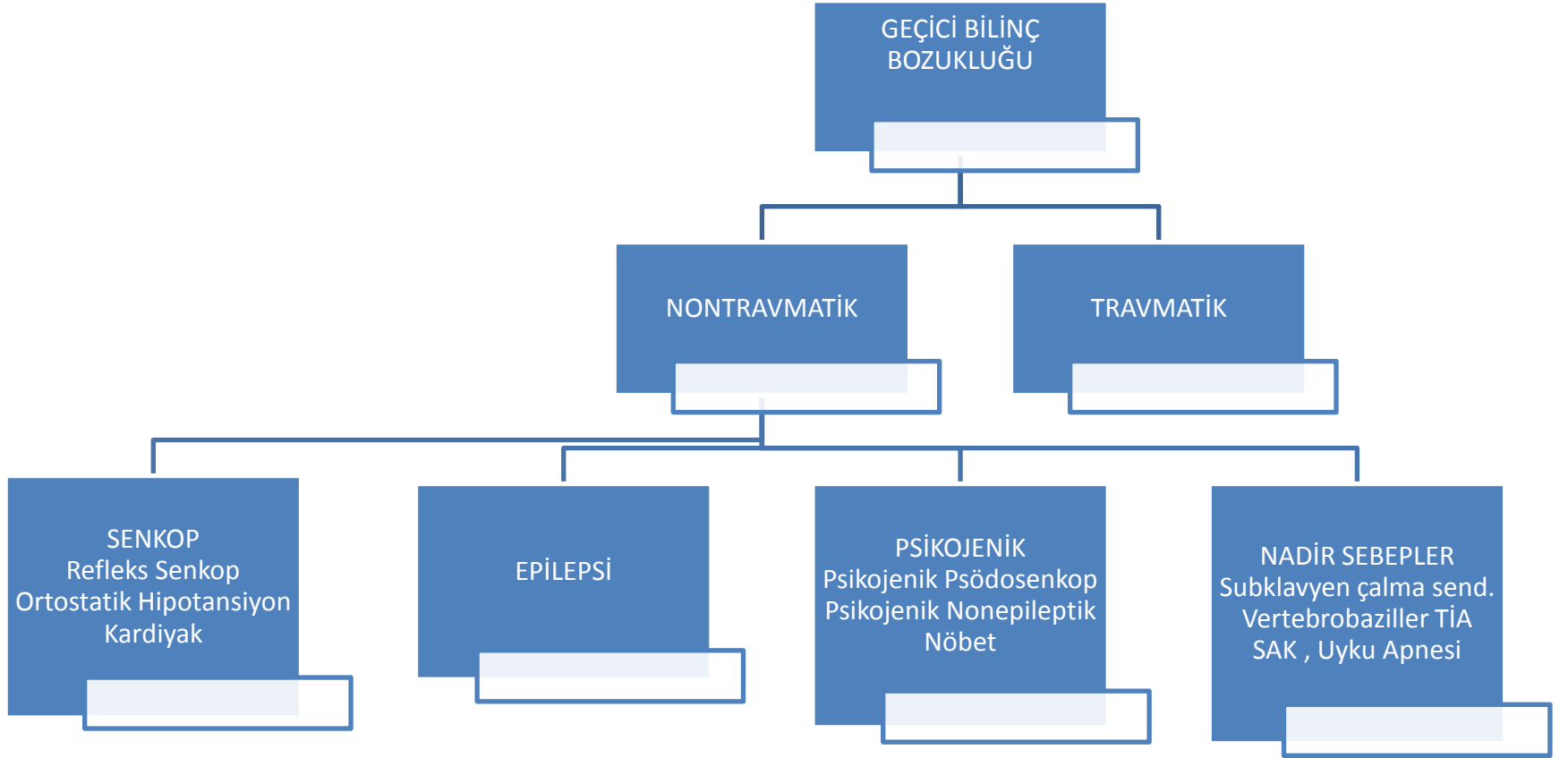
ILR indications (section 5.6):

- In patients with primary cardiomyopathy or inheritable arrhythmogenic disorders who are at low risk of sudden cardiac death, as alternative to ICD

Tanım

Senkop; **serebral hipoperfuzyona** bağlı gelişen, ***hızlı başlangıçlı***, ***kısa süreli*** ve ***kendiliğinden tamamen*** düzelme ile karakterize geçici bilinç kaybı olarak tanımlanmaktadır.

Geçici bilinç bozukluğu ise; Uyanıklık/farkındalık kaybı, bilinçsizlik döneminde amnezi ile karakterize, anormal motor kontrol, yanıtsızlığın eşlik ettiği kısa süreli gerçek veya görünür bir bilinç kaybı durumu olarak tanımlanır.



Senkop tipleri

- Refleks senkop
- Ortostatik hipotansiyona bağlı senkop
- Kardiyak senkop

1-Refleks (nöral aracılı) Senkop

- **Vazovagal :**

Ortostatik vazovagal senkop: Ayakta, daha az sıklıkta otururken
Emosyonel: Korku, ağrı. kan korkusu

- **Durumsal:**

İdrar yaparken
Gastrointestinal uyarı (çiğneme, defekasyon)
Öksürük, hapşuruk
Egzersiz sonrası
Diğerleri (ör : gülme)

- **Karotis sinüs sendromu**

- **Klasik olmayan formlar** (*prodrom olmadan ve/veya bariz bir tetikleyici olmadan ve/veya atipik prezentasyonlu*)

2- Ortostatik hipotansiyona (OH) bağlı senkop

- **İlaç nedenli ortostatik hipotansiyon (OH'un en sık nedeni)**
Vazodilatatörler, diüretikler, fenotiyazinler, antidepresanlar
- **Sıvı kaybı:**
Hemoraji, diyare, kusma
- **Primer otonomik yetmezlik (nörojenik OH)**
Saf otonomik yetmezlik, çoklu sistem atrofisi, Parkinson, Lewy cisimcikli demans
- **Sekonder otonomik yetmezlik (nörojenik OH)**
DM, böbrek yetmezliği, amiloidoz, spinal kord yaralanmaları, otoimmün otonomik nöropati, paraneoplastik otonomik nöropati,

Hipotansiyonun egzersiz sırasında (egzersizin tetiklediği), yemeklerden sonra (postprandiyal hipotansiyon) ve uzamış yatak istirahatlerinden sonra oluşan venöz göllenme ile artabileceği akılda tutulmalıdır.

3-Kardiyak Senkop

- **Primer neden ARİTMI**

Bradikardi

Sinus nod disfonksiyonu (bradikardi/ taşikardi sendromu dahil)

Atriyoventriküler iletim sistemi hastalığı

Taşikardi

Supraventriküler

Ventriküler

- **Yapısal kalp:** *Aort stenozu, akut miyokardiyal infarktüsü/iskemisi, hipertrofik kardiyomiyopati, kardiyak kitleler (atriyal miksoma tümörler vb) perikardiyal hastalık/tamponat, koroner arterlerin konjenital anomalileri, prostetik kapak disfonksiyonu*
- **Kardiyopulmoner ve büyük damarlar:** *Pulmoner emb., akut aort diseksiyonu, Pulm.Hipert.*

İlk değerlendirme

- *Olay geçici bilinç kaybı mıydı?* (Detaylı bir öyküyle vakaların yaklaşık %60'ında senkop diğer bilinç kaybı nedenlerinden ayırt edilebilir.)
- *Geçici bilinç kaybı senkop mu yoksa non-senkopal orijinli mi?*
- *Senkop şüphesi durumunda net bir etiyolojik tanı var mı?*
- *Yüksek kardiyovasküler olay ya da ölüm riski bulunduğunu gösteren kanıtlar var mı?*

İlk değerlendirmede tanı koydurabilecek klinik özellikler

Refleks Senkop	OH'a Bağlı Senkop	Kardiyak Senkop
Özellikle 40 yaş öncesinde meydana gelen uzun süredir mevcut tekrarlayan senkop öyküsü,	Ayakta veya ayağa kalktıktan sonra,	Efor sırasında veya yatarken,
Hoş olmayan bir görüntü, ses, koku veya ağrı sonrası	Uzun süre ayakta durma,	Ani başlayan çarpıntıyı hemen takip eden senkop,
Uzun süre ayakta durma,	Efor sonrası ayağa kalkma,	Genç yaşta açıklanamayan ani ölümlü aile hikayesi,
Yemek sırasında	Post prandiyal hipotansiyon,	Yapısal kalp hastalığı veya koroner arter hastalığı mevcudiyeti,
Kalabalıkta ve/veya sıcak yerlerde olma,	Otonomik nöropati veya parkinsonizm mevcudiyeti,	Aritmik senkop düşündürebilecek EKG bulguları
Senkop öncesi otonomik aktivasyon : Solukluk, terleme ve /veya bulantı/kusma,	Hipotansiyona neden olan vazodepresid ilaçlar veya diüretiklerin dozajında değişiklikler veya başlanması ile zaman ilişkisi.	
Baş rotasyonu veya karotis sinüse basınç ile (tümörlerde, traşta, sıkı yakalarda olduğu gibi)		
Kalp hastalığı yokluğunda		

Diagnostic criteria with initial evaluation (I)

Recommendations	Class	Level
Reflex syncope and OH		
Eğer senkop; ağrı, korku, ayakta durma ve solukluk, terleme, ve/veya bulantı gibi tipik prodromal bulgularla ilişkili ise yüksek olasılıkla VVS dir.	I	C
Senkop, işeme, yutma-defekasyon gibi GİS stimülasyonu, öksürük, hapşırık, egzersiz sonrası, gülme, enstrüman çalma gibi belirli tetikleyiciler sırasında veya hemen sonrasında ortaya çıkarsa yüksek ihtimalle durumsal senkopdur.	I	C
Senkop ayakta iken meydana geliyorsa ve eşlik eden belirgin ortostatik hipotansiyon var ise ortostatik hipotansiyona bağlı senkop doğrulanır	I	C
4. In the absence of the above criteria, reflex syncope and OH should be considered likely when the features that suggest reflex syncope or OH are present and the features that suggest cardiac syncope are absent.	IIa	C

Diagnostic criteria with initial evaluation (II)

Recommendations	Class	Level
Cardiac syncope <i>Aşağıdaki EKG bulguları varlığında aritmik senkop yüksek olasıdır</i> ➤ Uyanık durumda ve fiziksel egzersiz olmadan persistan sinüs bradikardisi <40 atım/dk veya 3 saniyeden uzun sinüzal duraksamalar, ➤ Mobitz tip 2 ikinci ve üçüncü derece AV blok, ➤ Birbirini izleyen sağ ve sol dal blokları, ➤ VT veya hızlı paroksizmal SVT ➤ Polimorfik VT'nin süreksiz epizodları ve uzun veya kısa QT intervallari veya ➤ Kardiyak duraksamaların olduğu pil veya ICD fonksiyon bozuklukları	I	C

BİLİNÇ KAYBI İLE BAŞVURAN HASTA

Bilinç kaybı varmı?
(Anamnez)

Yok

Senkop

Senkop dışı nedenler

İlk senkop değerlendirmesi:hikaye,FM,EKG, supin ve atakta TA

Kesin veya yüksek olasılıklı tanı
Uygun şekilde tedaviye başla

Kesin olmayan tanı

Risk sınıflaması

Kısa dönem ciddi olay
riski yüksek

Düşük risk ama tekrarlayan
senkoplar

Düşük risk,tek veya nadir tekrar

Erken değerlendirme ve tedavi

Yardımcı testler sonrası tedavi

Açıklama,ileri değerlendirmeye yok

Acil Serviste Risk Sınıflamasına Dayalı Senkop Yönetimi

Altta yatan tespit edilebilir ciddi bir neden var mı?

- Acilde primer amaç altta yatan ve hızlı klinik bozulmaya yol açabilecek durumların tespit edilmesidir.
- Senkoptan ziyade altta yatan neden kısa dönem yan etkilere neden olur.
- Tedavi altta yatan nedene odaklanmalıdır.

Ciddi sonlanım riski nedir?

Amaç yeterli hasta eğitimi ile taburcu edilebilecek düşük riskli grub ile yüksek riskli kardiyovasküler rahatsızlığı olan hastaları tanımak.

Yapısal kalp hastalığı ve primer elektriksel hastalıklar ani kardiyak ölüm ve senkoba bağlı mortalite için majör risk faktörleridir

Hasta hastaneye yatırılmalı mı?

Risk kriterleri

SENKOP OLAYI

DÜŞÜK RİSK	YÜKSEK RİSK (MİNOR)	YÜKSEK RİSK (MAJOR)
Refleks senkopun tipik prodromu ile ilişkili (baş dönmesi,sıcaklık hissi terleme bulantı kusma)	Uyarıcı semptom yokluğu veya kısa (<10 s) prodrom	Yeni başlayan göğüs ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı veya baş ağrısı
Ani, beklenmeyen, hoş olmayan, görüntü, ses, koku veya ağrı sonrası	Ailede genç yaşta ani kardiyak ölüm hikayesi	Efor sırasında veya supin pozisyonda iken senkop
Uzun süre ayakta durma sonrası veya kalablık veya sıcak yerler	Oturur pozisyonda senkop	Hemen ardından senkopun takip ettiği ani başlangıçlı çarpıntı
Yemek sırasında veya postprandiyal	<i>Bu bulgular sadece yapısal kalp hastalığı veya anormal EKG ile ilişkili ise yüksek risk</i>	
Öksürük, defekasyon veya miksiyon ile tetiklenmesi		
Baş rotasyonu veya karotis sinüslere basınç ile birlikte (ör :tümör, traş, sıkı yaka)		
Supin/oturur pozisyondan ayağa kalmak		

GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜ

Düşük risk

Mevcut atak ile aynı karakteristikleri taşıyan birlikte düşük risk özelliklerin eşlik ettiği tekrarlayan senkopların uzun süre mevcudiyeti

Yapısal kalp hastalığı yokluğu

Yüksek risk (MAJOR)

Ciddi yapısal veya koroner arter hastalığı (kalp yetmezliği, düşük sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu veya eski miyokardiyal infarkt)

FİZİK MUAYENE

DÜŞÜK RİSK

NORMAL FİZİK MUAYENE

YÜKSEK RİSK (MAJOR)

Acil serviste açıklanamayan sistolik kan basıncı <90 mm Hg

Rektal muayenede gastrointestinal kanama düşüncesi

Uyanık durumda ve fiziksel egzersiz yokluğunda persistan bradikardi (<40 atım/dk)

Tanı konulmamış sistolik üfürüm

DÜŞÜK RİSK	YÜKSEK RİSK (MINOR)	YÜKSEK RİSK (MAJOR)
Normal EKG	Mobitz 1 ikinci derece AV blok ve belirgin uzamış PR intervali ile birlikte 1. derece AV blok	Akut iskemi ile uyumlu EKG değişiklikleri Yavaş AF (<40 atım/dk) (Brugada paterni)
	Asemptomatik, uygunsuz, hafif sinüs bradikardisi (40-50 atım/dk) veya yavaş AF (40-50 atım/dk)	Mobitz 2 ikinci derece ve üçüncü derece AV blok
	Paroksismal SVT veya atriyal fibrilasyon	Uyanık durumda ve fiziksel egzersiz yokluğunda persistan sinüs bradikardisi (<40 atım/dk) veya tekrarlayan sinoatriyal blok veya 3 saniyeden fazla sinus duraksamaları
	Atipik Brugada paternleri	Dal boğu, intraventiküler iletim bozukluğu, ventriküler hipertrofi veya iskemik kalp hastalığı veya kardiyomiyopati ile uyumlu Q dalgaları
	Preeksite QRS kompleksi	Sürekli veya süreksiz VT
	Kısa QT intervali (340 ms veya daha kısa)	İmplant edilebilir bir kardiyak cihazın disfonksiyonu (pacemaker veya ICD)
	Sağ prekordiyal derivasyonlarda negatif T dalgaları, aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisi düşündüren epsilon dalgaları	Tip 1 Brugada paterni
	<i>sadece hikaye aritmojenik senkop ile uyumlu olduğunda yüksek risk</i>	V1-V3 derivasyonlarında, tip 1 morfolojide ST segment elevasyonları
		Tekrarlanan 12 derivasyonlu EKG'lerde uzun QT sendromunu gösteren QTc >460 ms

Management of syncope in the ED

Recommendations	Class	Level
Olası refleks veya durumsal senkop veya ortostatik hipotansiyona bağlı senkopu olan, düşük risk özellikli hastaların acil servisten taburcu edilmesi önerilir	I	B
Yüksek riskli özellikleri olan hastalara bir senkop ünitesinde veya mümkün ise bir acil servis gözlem ünitesinde erken, yoğun ve hızlı bir değerlendirme yapılması veya bu hastaların hastaneye yatırılması önerilir	I	B
Yüksek veya düşük risk özellikleri olmayan hastaların hastaneye yatırılması yerine acil serviste veya bir senkop ünitesinde gözlemlenmesi önerilir	I	B
4. Risk stratification scores may be considered for risk stratification in the ED.	IIb	B

Senkop şüpheli bilinç kaybı ile acile başvuran hastanın yönetimi

Senkop acil başvurusu için ana sebep mi?

Hayır

Senkop akut temel bir hastalığın semptomlarından bir tanesi

Evet

Temel hastalığı tedavi

İlk değerlendirme sonrası tanı kesin değil mi?

Hayır

Tanı kesin veya yüksek olasılıklı

Evet

Uygun tedavi

Risk sınıflaması akış şemasını takip et

Risk sınıflaması akış şeması

SENKOP (ACİL SERVİSTE İLK DEĞERLENDİRME SONRASI)

Sadece düşük risk özellikleri

Muhtemelen refleks,
durumsal veya ortostatik

Acilden taburcu edilebilir

Eğer tekrarlarsa

Ne yüksek ne de düşük risk

Acilden taburcu edilmemeli

Acil servis veya
senkop gözlem ünitesi (eğer mümkünse)

Senkop ayaktan takip kliniği
(mümkünse)

Herhangi bir yüksek özelliği

Herhangi bir yüksek risk özelliği
bulunması tanısal yaklaşım gerektirir.
Acilden taburcu edilmemeli

Tanı ve tedavi amaçlı yatış



Başlangıç Yönetimi için Acil Servis Gözlem Ünitesi ve/veya Senkop Ünitesine Hızlı Triyaj

**YÜKSEK RİSK
KRİTERLERİ**



- *Stabil, bilinen yapısal kalp hast.*
- *Ciddi kronik hastalık*
- *Efor sırasında senkop*
- *Yatarken veya otururken senkop*
- *Prodrom olmadan senkop*
- *Senkop anında çarpıntı*
- *Yetersiz sinus bradikardisi veya SA blok*
- *Şüpheli cihaz fonksiyon bozukluğu veya uygunsuz müdahale*
- *Preeksite QRS kompleksi*
- *SVT veya paroksizmal AF*
- *Kalıtsal aritmojenik bozuklukları düşündüren EKG bulguları*
- *Aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisini düşündüren EKG*

Hastaneye Yatışı Tercih Et

**YÜKSEK RİSK
KRİTERLERİ**



- *Yatış gerektiren herhangi bir potansiyel olarak ciddi eşlik eden hastalık*
- *Senkop nedeniyle yaralanma*
- *Başka bir yol ile sağlanamayan (gözlem ünitesi) ileri, ivedi değerlendirme ve tedavi gereksinimi (EKG takibi, EKO, stres testi, elektrofizyolojik çalışma, anjiyografi cihaz bozukluğu vb.)*
- *Senkop tedavisi gereksinimi*

Tanısal testler

KAROTİS SİNÜS MASAJI

Ventriküler hızın >3 sn üzerinde durması ve /veya sistolik basıncın 50 mmHg den fazla düşmesi karotis hipersensivitesi olarak kabul edilir

Senkop öyküsü ve senkopun karotis sinüs masajı ile oluşumu *karotis sinüs sendromunu* tanımlar; senkop öyküsü olmadan pozitif karotis sinüs masajı karotis sinüs hipersensitivitesi olarak tanımlanır.

Carotid sinus massage

Recommendations	Class	Level
Indication		
40 yaş üstü,kaynağı bilinmeyen bir refleks mekanizma ile uyumlu senkop hastalarında karotis sinüs masajı endikedir	I	B
Diagnostic criteria		
CSM, spontan semptomlar oluşturan bradikardi (asistol) ve / veya hipotansiyona neden olursa ve hastalar refleks senkop mekanizmasıyla uyumlu klinik özelliklere sahipse CSS doğrulanır.	I	B

Ortostatik hipotansiyon

Tanım: anormal kan basıncı düşüşü basal değerden; sistolik olarak 20 mmHg ve üstü, diastolik olarak 10 mmHg ve üstü, progresif ve sürekli düşüş, veya sistolik basıncın 90 mmHg altına düşmesi seklindedir.

Active standing test (1)

Recommendations	Class	Level
Indication		
İlk senkop değerlendirmesinde yatar pozisyonda ve üç dakikalık ayakta durma sırasında sifingomanometre ile kan basıncı ve kalp hızının aralıklı ölçümü endikedir	I	C
2. Continuous beat-to-beat non-invasive BP and HR measurement may be preferred when short-lived BP variations are suspected such as in initial OH.	IIb	C
Diagnostic criteria		
spontan semptomları oluşturan bazal değerinden sistolik kan basıncında 20 mm Hg veya daha fazla veya diyastolik kan basıncında 10 mm Hg veya daha fazla progresif ve sürekli düşüş veya sistolik kan basıncının 90 mm Hg'nın altına düşmesiyle oluşan senkopun OH bağlı geliştiği onaylanır	I	C
4. Syncope due to OH should be considered likely when there is an asymptomatic fall in systolic BP from baseline value ≥ 20 mmHg or diastolic BP ≥ 10 mmHg or a decrease in systolic BP to < 90 mmHg and symptoms (from history) are consistent with OH.	IIa	C

Tedavi

- Genel tedavi çerçevesi risk sınıflandırmasına ve mümkün olduğunda spesifik mekanizmaların belirlenmesine dayanır.

SENKOP YÖNETİMİ

Tanısal Değerlendirme

Refleks senkop

Öngörülemez ya da çok sıklıkta

Spesifik tdv.
Veya
Gecikmiş tdv.
düşün
EKG rehberliğinde

Öngörülebilir veya az sıklıkta

Eğitim ve tetikleyicilerden kaçınma

Kardiyak

Kardiyak aritmiler

Sorumlu Aritminin Spesifik Tedavisi

Yapısal

Altta Yatan Hastalığın Tedavisi

Açıklanamayan Ve Ani Kardiyak Ölüm İçin Yüksek Risk

KAH.,DKMP ,ASVKMP ,UQTS, HKMP,Brugada

ICD tedavisinin risk-yarar düşün

Refleks Senkopun Tedavisi

- Benign olmasına rağmen,tekrarlayan ve öngörülemeyen refleks senkop hastayı olumsuz etkileyebilir.
- Bu hastaların yönetiminin temel taşı; eğitim, yaşam tarzı değişikliği ve doğal yaşam koşulları da dahil olmak üzere farmakolojik olmayan tedavidir
- Sık tekrarlayan senkoplar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğinde, tekrarlayan senkop hasta için travma riski oluşturduğunda ve senkop yüksek riskli aktivite sırasında (araç kullanma, makine operatörlüğü vb.) meydana geldiğinde ek tedavi gerekebilir.

Treatment of Reflex syncope (I)

Recommendations	Class	Level
Education and life-style modification		
Tanının açıklanması , tekrarlama riskinin açıklanması ve tetikleyicilerden ve tetikleyici durumlardan sakınılması tüm hastalarda endikedir.	I	B
Discontinuation/reduction of hypotensive therapy		
Hipotansif ilaç tedavisinin kesilmesi veya modifikasyonu vazodepresör senkoplu hastalarda mümkünse düşünülmelidir	Ila	B
Physical manoeuvres		
İzometrik fiziksel karşı basınç manevraları 60 yaş altındaki prodromu olan hastalarda dikkate alınmalıdır	Ila	B
4. Tilt training may be considered for the education of young patients.	IIb	B

Treatment of syncope: Orthostatic Hypotension

Recommendations	Class	Level
Tanının açıklanması , tekrarlama riskinin açıklanması ve tetikleyicilerden ve tetikleyici durumlardan sakınılması tüm hastalarda endikedir.	I	C
yeterli su ve tuz alımı endikedir (günde 2-3 litre ve 10 gr sodyum klorür alımı)	I	C
3. Modification or discontinuation of hypotensive drugs regimen should be considered.	IIa	B
4. Isometric PCM should be considered.	IIa	B
5. Abdominal binders and/or support stockings to reduce venous pooling should be considered.	IIa	B
7. Head-up tilt sleeping (>10 degrees) to increase fluid volume should be considered.	IIa	B
8. Midodrine should be considered if symptoms persist.	IIa	B
9. Fludrocortisone should be considered if symptoms persist.	IIa	C

Treatment of syncope: Cardiac arrhythmias (I)

Recommendations	Class	Level
Bradycardia (intrinsic)		
Hasta sinüs sendromu veya İntrinsik AV bloğa bağlı semptomatik bradikardi ve senkop arasında ilişki kurulması durumunda kardiyak pacing endikedir	I	B
Semptomlar ve EKG'ler arasında bir korelasyona ait herhangi bir dokümantasyonun olmamasına rağmen intermitant/paroksizmal intrinsik üçüncü veya ikinci derece AV bloklı hastalarda (yavaş ventrikül iletimli AF dahil olmak üzere) kardiyak pacing endikedir.	I	C
3. Cardiac pacing should be considered when the relationship between syncope and asymptomatic sinus node dysfunction is less established.	IIa	C
Bradikardinin geri döndürülebilir nedenlerinin varlığında kardiyak pacing endike değildir	III	C

Treatment of syncope: Cardiac arrhythmias (III) ESC

European Society of Cardiology

Recommendations	Class	Level
Tachycardia		
Senkop tekrarının önlenmesi için SVT veya VT'ye bağlı senkop hastalarında kateter ablasyonu endikedir	I	B
VT ve %35 ve altında ejeksiyon fraksiyona bağlı senkop hastalarında ICD endikedir	I	A
EPS (elektrofizyolojik çalışma) sırasında VT tetiklenen önceden miyokardiyal infarktüsü olan senkop hastalarında ICD endikedir	I	C
4. An ICD should be considered in patients with ejection fraction >35% with recurrent syncope due to VT when catheter ablation and pharmacological therapy have failed or could not be performed.	IIa	C
5. Antiarrhythmic drug therapy, including rate-control drugs, should be considered in patients with syncope due to SVT or VT.	IIa	C

Teşekkürler...

