

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Επιδημιολογική καταγραφή και αξιολόγηση των ασθενών με επεισόδιο απώλειας συνείδησης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

ΣΚΟΠΟΣ Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η επιδημιολογική καταγραφή και η αξιολόγηση των ασθενών που προσήλθαν λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα», στη διάρκεια ενός έτους. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Σε μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης καταγράφηκαν οι ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης, μεταξύ Οκτωβρίου 2006–Οκτωβρίου 2007. Εκτιμήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, το ιστορικό του ασθενούς, η παρουσία υποκείμενης καρδιακής νόσου, τα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα σε συνδυασμό με την αρχική κλινική εξέταση και η απόφαση εισαγωγής στο νοσοκομείο. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Σε σύνολο 13.909 προσελεύσεων στο ΤΕΠ, καταγράφηκαν 151 άτομα με επεισόδια απώλειας συνείδησης (1,1%), στα οποία περιλαμβάνονταν άνδρες και γυναίκες ασθενείς σε ποσοστά 43,7% (n=66) και 56,3% (n=85), αντίστοιχα. Από το σύνολο των 151 προσελεύσεων το 82,1% (n=124) εισήχθη στο νοσοκομείο, αποτελώντας το 1,5% του συνόλου των εισαγωγών κατά το ίδιο χρονικό διάστημα. Η μέση ηλικία των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο ($69,9 \pm 14$ έτη) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη έναντι εκείνων που δεν εισήχθησαν ($34,7 \pm 17$ έτη, $p < 0,001$). Σε ποσοστό 33% των ασθενών με επεισόδιο απώλειας συνείδησης (n=50) διαπιστώθηκε υποκείμενη καρδιακή νόσος, ενώ η αρχική αξιολόγηση έθεσε τη διάγνωση στο 58% αυτών, περιλαμβάνοντας αρρυθμιολογικά αίτια σε ποσοστό 38% (n=19). Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τέθηκε η διάγνωση σε ένα επιπλέον 18% αυτών των ασθενών, ενώ στο 24% των περιπτώσεων δεν βρέθηκε η αιτία του επεισοδίου απώλειας συνείδησης. Οι ασθενείς με υποκείμενη καρδιακή νόσο εισήχθησαν στο νοσοκομείο σε υψηλότερο ποσοστό έναντι των υπολοίπων ($\chi^2=16,27$, $p < 0,001$). Στο 19,9% των ασθενών που δεν εισήχθησαν (n=26), η αρχική αξιολόγηση έθεσε τη διάγνωση σε ποσοστό 61,5% (n=16), περιλαμβάνοντας νευρογενή συγκοπή στο 26,9% (n=7), ορθοστατική υπόταση στο 15,3% (n=4) και σωματομετατροπική διαταραχή στο 19,2% (n=5). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η παρουσία υποκείμενης καρδιακής νόσου και η ηλικία των ασθενών, σε συνδυασμό με τα κλινικά και τα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα, πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά την αρχική εκτίμηση ασθενών με επεισόδιο απώλειας συνείδησης.

Ως συγκοπτικό επεισόδιο ορίζεται η αιφνίδια απώλεια της συνείδησης, η οποία σχετίζεται με παροδική ελάττωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής, φαινόμενο κατά το οποίο ο ασθενής ανανήπτει πλήρως και αυτόματα.¹ Το συγκοπτικό επεισόδιο αποτελεί σύμπτωμα ποικιλίας παθήσεων,² ενώ σε ένα ποσοστό ασθενών η τελική διάγνωση διαλάθει ακόμα και μετά από ενδελεχή διερεύνηση εντός νοσοκομείου.

Οι ασθενείς που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία

λόγω αναφερόμενου επεισοδίου απώλειας συνείδησης αποτελούν συχνά περιστατικά στην καθημερινή κλινική πράξη. Ο αντικειμενικός σκοπός του τμήματος επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) είναι η αρχική κλινική αξιολόγηση και η διαγνωστική προσέγγιση των αιτιών που προκάλεσαν την απώλεια συνείδησης, καθώς και η διαλογή των ασθενών υψηλού κινδύνου προκειμένου να νοσηλευτούν.

Παρά τις εκτενείς μελέτες που αναφέρονται στη διεθνή

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2010, 27(2):202–207
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2010, 27(2):202–207

Β. Πεππές,
Θ. Παρίση,
Δ. Κοντομέρκος,
Γ. Ράμμος,
Α. Αντωνίου

Θεραπευτική Κλινική, Πανεπιστήμιο
Αθηνών, ΠΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Epidemiology and clinical
assessment of patients presenting
at the emergency department with
loss of consciousness

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Ηλεκτροκαρδιογράφημα
Καρδιακές αρρυθμίες
Συγκοπτικό επεισόδιο
Τμήμα επειγόντων περιστατικών

Υποβλήθηκε 29.4.2009
Εγκρίθηκε 26.5.2009

βιβλιογραφία, λίγα στοιχεία υπάρχουν αναφορικά με την επιδημιολογική καταγραφή και την αξιολόγηση των ασθενών με επεισόδιο απώλειας συνείδησης στην Ελλάδα. Για το λόγο αυτό σχεδιάστηκε μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης, κατά την οποία διενεργήθηκε καταγραφή των περιστατικών απώλειας συνείδησης που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ της Θεραπευτικής Κλινικής στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», στη διάρκεια ενός έτους. Σκοπός της μελέτης ήταν τόσο η επιδημιολογική διερεύνηση των περιστατικών απώλειας συνείδησης όσο και η αξιολόγηση της αρχικής κλινικής εκτίμησης και της απόφασης εισαγωγής στο νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Καταγράφηκαν αναδρομικά, με βάση καταγεγραμμένα στοιχεία των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων, όλα τα περιστατικά απώλειας συνείδησης που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία της Θεραπευτικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» σε διάστημα 12 μηνών, από Οκτώβριο 2006–Οκτώβριο 2007.

Εκτιμήθηκαν δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και τα ευρήματα της αρχικής αξιολόγησης, η οποία περιελάμβανε λεπτομερές ιστορικό, έλεγχο παρουσίας υποκείμενης καρδιακής νόσου, τα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση και, τελικά, η απόφαση εισαγωγής ή όχι στο νοσοκομείο.

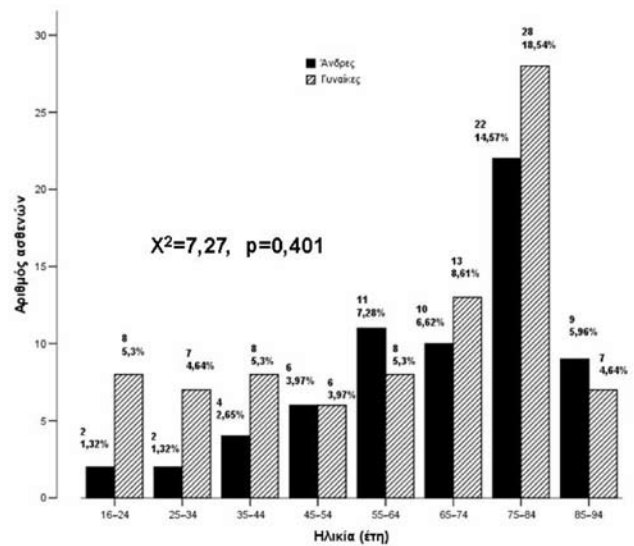
Επίσης, αναζητήθηκαν στοιχεία των φακέλων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη Θεραπευτική Κλινική κατά το ίδιο χρονικό διάστημα λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία χ^2 και το t-test, με τη βοήθεια του λογισμικού SPSS 11.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε σύνολο 13.909 προσελεύσεων στη διάρκεια ενός έτους, πραγματοποιήθηκαν 8.307 εισαγωγές ασθενών στο νοσοκομείο (59,7%). Κατά το ίδιο χρονικό διάστημα καταγράφηκαν 151 περιστατικά απώλειας συνείδησης, που αντιστοιχούν στο 1,1% των προσελεύσεων στο ΤΕΠ. Ο μεγαλύτερος βαθμός προσέλευσης των ασθενών με επεισόδιο απώλειας συνείδησης στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου αφορούσε στην ηλικιακή ομάδα των 75–84 ετών (εικ. 1). Το 43,7% των περιστατικών απώλειας συνείδησης ήταν άνδρες (n=66 ασθενείς) και το 56,3% γυναίκες (n=85 ασθενείς). Από το σύνολο των 151 προσερχόμενων ασθενών εισήχθη το 82,1% (n=124 ασθενείς) μετά από την αρχική εκτίμηση στο ΤΕΠ, που αντιστοιχεί στο 1,5% του συνόλου των εισαγωγών.

Η μέση ηλικία των ασθενών με επεισόδιο απώλειας συνείδησης που εισήχθησαν στο νοσοκομείο ήταν σημα-

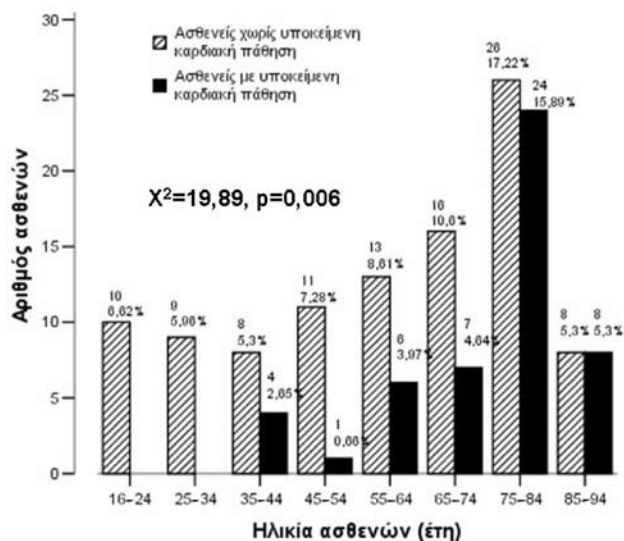


Εικόνα 1. Η ηλικιακή κατανομή των ασθενών της μελέτης. Οι άνδρες και οι γυναίκες ασθενείς, ηλικίας 75–84 ετών, παρουσίασαν τη μεγαλύτερη επίπτωση επεισοδίων απώλειας συνείδησης σε ποσοστά 14,57% και 18,54%, αντίστοιχα. Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση των επεισοδίων απώλειας συνείδησης μεταξύ ανδρών και γυναικών ανά ηλικιακή ομάδα ($\chi^2=7,27$, $p=0,401$).

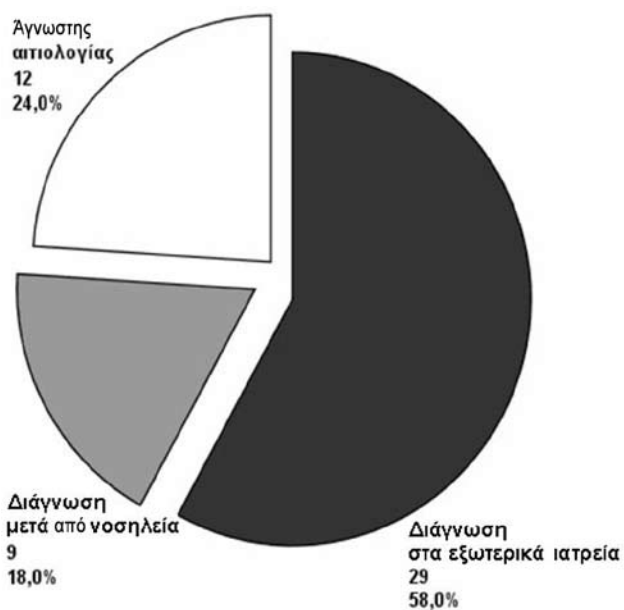
ντικά υψηλότερη της μέσης ηλικίας όσων ασθενών δεν εισήχθησαν ($69,9 \pm 14$ έτη έναντι $34,7 \pm 17$ έτη, αντίστοιχα, ΔΕ 95%, $p < 0,001$).

Στο 33% (n=50) των ασθενών με αναφερόμενο επεισόδιο απώλειας συνείδησης διαπιστώθηκε υποκείμενη χρόνια ή οξεία καρδιακή πάθηση. Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντικά αυξημένη επίπτωση υποκείμενης καρδιακής νόσου στην ηλικιακή ομάδα των ασθενών από 75–84 ετών ($\chi^2=19,89$, $p=0,006$) (εικ. 2). Όλοι οι ασθενείς με υποκείμενη καρδιακή νόσο εισήχθησαν στο νοσοκομείο (n=50), ενώ εισαγωγή πραγματοποιήθηκε στους 74 από τους 101 ασθενείς χωρίς υποκείμενη καρδιακή πάθηση και επεισόδιο απώλειας συνείδησης. Η διαφορά στο ποσοστό εισαγωγής μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών ήταν στατιστικά σημαντική (100% έναντι 73,26%, $\chi^2=16,27$, $p < 0,001$).

Η αρχική αξιολόγηση στα εξωτερικά ιατρεία έθεσε τη διάγνωση στο 58% των ασθενών με συγκοπτικό επεισόδιο και υποκείμενη καρδιακή νόσο (n=29) και στο 61,5% των ασθενών χωρίς υποκείμενη καρδιακή νόσο (n=16). Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, τέθηκε η διάγνωση σε ένα επιπλέον 18%, ενώ στο 24% των περιπτώσεων δεν βρέθηκε η αιτία του επεισοδίου απώλειας συνείδησης (εικ. 3). Από τους 50 ασθενείς με υποκείμενη καρδιακή νόσο, το αίτιο της απώλειας συνείδησης ήταν αρρυθμιολογικό σε ποσοστό 38% (n=19), περιλαμβάνοντας κολποκοιλιακό αποκλεισμό στο 28% (n=14), νόσο φλεβοκόμβου στο 8% (n=4) και κοιλιακή ταχυκαρδία στο 2% (n=1).



Εικόνα 2. Η ηλικιακή κατανομή των ασθενών της μελέτης με και χωρίς υποκείμενη καρδιακή πάθηση. Η επίπτωση των καρδιακών παθήσεων μεγιστοποιείται στους ασθενείς με επεισόδιο απώλειας συνείδησης που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 75–84 ετών ($\chi^2=19,89$, $p=0,006$).



Εικόνα 3. Διαγνωστική προσέλαση ασθενών με επεισόδιο απώλειας συνείδησης και υποκείμενη καρδιακή νόσο. Σε ποσοστό 58% αυτών ($n=29$) η ακριβής διάγνωση τέθηκε στα εξωτερικά ιατρεία, ενώ σε επιπλέον 18% ($n=9$) η διάγνωση τέθηκε κατόπιν νοσηλείας στο νοσοκομείο. Τέλος, ποσοστό 24% ($n=12$) των ασθενών παρέμειναν χωρίς διάγνωση ακόμη και μετά από το πέρας της νοσηλείας τους.

Τα αίτια του επεισοδίου απώλειας συνείδησης στην ομάδα των ασθενών χωρίς υποκείμενη καρδιακή νόσο περιελάμβαναν νευρογενή συγκοπή στο 26,9% ($n=7$), ορθοστατική υπόταση στο 15,3% ($n=4$) και σωματομετατροπική διαταραχή στο 19,2% ($n=5$). Ειδικότερα, τα επει-

σόδια νευρογενούς συγκοπής αφορούσαν σε 3 άνδρες και 4 γυναίκες ασθενείς, ενώ εμφάνισαν τη μέγιστη επίπτωση στην ηλικιακή ομάδα από 25–34 ετών. Κανένας από τους ασθενείς με επεισόδιο νευρογενούς συγκοπής δεν είχε υποκείμενο καρδιακό νόσημα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι ποσοστό περίπου 1–3% των περιστατικών που επισκέπτονται τα τμήματα επειγόντων περιστατικών και 6% των εισαγωγών στα νοσοκομεία αφορά σε ασθενείς με συγκοπτικά επεισόδια.^{3,4} Το ποσοστό των ασθενών με συγκοπτικό επεισόδιο, επί του συνόλου των προσελεύσεων στο ΤΕΠ της Θεραπευτικής Κλινικής στη διάρκεια ενός έτους, ήταν 1,1%. Κατά το ίδιο διάστημα, οι εισαγωγές ασθενών λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης αντιστοιχούσαν στο 1,5% του συνόλου των εισαγωγών στο νοσοκομείο.

Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε μεγαλύτερη επίπτωση των συγκοπτικών επεισοδίων στην ηλικιακή ομάδα των 75–84 ετών. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η μέση ηλικία των ασθενών με επεισόδιο απώλειας συνείδησης που εισήχθησαν στο νοσοκομείο ήταν σημαντικά υψηλότερη έναντι της μέσης ηλικίας όσων ασθενών δεν εισήχθησαν. Με δεδομένο ότι η επίπτωση των καρδιακών νοσημάτων αυξάνεται με την ηλικία, οι ασθενείς αυτοί θεωρήθηκαν υψηλού κινδύνου. Η μελέτη των Getchell et al, που αφορούσε σε ασθενείς μέσης ηλικίας $73 \pm 13,4$ ετών με συγκοπτικά επεισόδια, ανέδειξε συσχέτιση της θνητότητας με την ηλικία των ασθενών και τα συνυπάρχοντα νοσήματα.⁵

Η μελέτη Framingham έδειξε ότι η επίπτωση της συγκοπής στο γενικό πληθυσμό είναι 6,2 στα 1.000 άτομα ανά έτος. Στην ίδια μελέτη, για μια περίοδο παρακολούθησης 27 ετών, ποσοστό 9,7% των ανδρών και 1,1% των γυναικών παρουσίασαν τουλάχιστον ένα συγκοπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους.^{6,7} Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης Framingham, η μέση ηλικία των ατόμων με επεισόδιο συγκοπής ήταν 65,8 έτη.^{6,7} Ως γενικός κανόνας, η επίπτωση της συγκοπής βαίνει αυξανόμενη με την ηλικία. Στα άτομα με ιστορικό συγκοπής, ένα ποσοστό 78,4% παρουσίασε το επεισόδιο μία φορά, ενώ στο υπόλοιπο 21,6%, τα συγκοπτικά επεισόδια υποτροπίασαν.^{8–10} Ο κίνδυνος υποτροπής βρέθηκε υψηλότερος σε ασθενείς με συγκοπτικό επεισόδιο και υποκείμενο καρδιακό νόσημα.⁶

Τα αίτια του συγκοπτικού επεισοδίου παραμένουν αδιάγνωστα σε διάφορες σειρές ασθενών, σε ποσοστά που κυμαίνονται από 13–31% των περιπτώσεων, ακόμη και μετά από ενδελεχή διερεύνηση.^{5,11–14} Στην παρούσα μελέτη, οι ασθενείς με συγκοπτικό επεισόδιο και ατομικό

αναμνηστικό υποκείμενης καρδιακής πάθησης παρέμειναν χωρίς διάγνωση μετά από νοσηλεία και εκτενή έλεγχο σε ποσοστό 24%.

Στη μελέτη Framingham,⁶ συχνότερη αιτία συγκοπτικού επεισοδίου ήταν η νευρογενής συγκοπή και ακολουθούσαν τα καρδιακά αίτια, η ορθοστατική υπόταση και τα φαρμακευτικά αίτια, σε ποσοστά 9,5%, 9,4% και 6,8%, αντίστοιχα. Στην ίδια μελέτη, σε ένα ποσοστό 36,6% το αίτιο παρέμεινε άγνωστο. Σύμφωνα και με τον Karoor,¹⁵ στα συχνότερα αίτια συγκοπτικών επεισοδίων περιλαμβάνονται τα επεισόδια νευρογενούς συγκοπής που σχετίζονται με αντανακλαστικό μηχανισμό, ο οποίος, όταν ενεργοποιείται, προκαλεί περιφερική αγγειοδιαστολή και βραδυκαρδία. Κοινά αίτια συγκοπτικών επεισοδίων αποτελούν επίσης τα επεισόδια ορθοστατικής υπότασης ως αποτέλεσμα μείωσης του ενδαγγειακού όγκου ή λήψης φαρμακευτικών ουσιών οι οποίες έχουν επίδραση στον αγγειακό τόνο ή στην καρδιακή συχνότητα.

Τα συγκοπτικά επεισόδια καρδιακής προέλευσης σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα στους ασθενείς με ατομικό αναμνηστικό υποκείμενης καρδιακής πάθησης.^{13,15} Πρωταρχικός στόχος κατά την εκτίμηση των ασθενών με συγκοπτικό επεισόδιο είναι ο προσδιορισμός του βαθμού επικινδυνότητας αυτού. Κατά κύριο λόγο, αυξημένη θνητότητα συνδέεται με υποκείμενες παθήσεις, όπως η αορτική στένωση, η ισχαιμία του μυοκαρδίου, το σύνδρομο Wolff-Parkinson-White, η κατεχολαμινεργική πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία και συγγενείς παθήσεις, όπως το σύνδρομο μακρού QT και το σύνδρομο Brugada.¹⁶

Δεδομένου ότι αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι σε ασθενείς με επεισόδιο απώλειας συνείδησης και υποκείμενη καρδιακή πάθηση παρατηρείται αυξημένη θνητότητα,¹⁷⁻¹⁹ η αξιολόγησή τους πρέπει να έχει ως στόχο τον αποκλεισμό συγκοπής καρδιακής αιτιολογίας.²⁰ Η διαστρωμάτωση του κινδύνου σε αυτή την ομάδα ασθενών έχει μεγάλη σημασία, όσον αφορά στην πρόγνωση. Οι Soteriades et al εκτίμησαν προοπτικά, για μια περίοδο 17 ετών, τα συγκοπτικά επεισόδια που αφορούσαν σε 7.814 ασθενείς που μετείχαν στη μελέτη Framingham.⁶ Η μελέτη αυτή έδειξε ότι ασθενείς με νευρογενή συγκοπή είχαν καλοήγη πρόγνωση, ενώ, αντίθετα, ασθενείς με συγκοπτικά επεισόδια και υποκείμενη καρδιακή πάθηση εμφάνισαν αυξημένη θνητότητα. Στη μελέτη αυτή, η παρουσία υποκείμενου καρδιακού νοσήματος στους ασθενείς με επεισόδιο απώλειας συνείδησης αποτέλεσε κριτήριο εισαγωγής για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Ενδεικτικά, οι κατευθυντήριες οδηγίες του Αμερικανικού Κολεγίου Ιατρών (American College of Physicians, ACP) προτείνουν ως απόλυτες ενδείξεις εισαγωγής στο νοσοκομείο τις περιπτώσεις όπου το ιστορικό, τα κλινικά

και τα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα αναδεικνύουν ασθενείς υψηλού κινδύνου.²¹ Η διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ) 12 απαγωγών ενδείκνυται σε όλες τις περιπτώσεις συγκοπτικών επεισοδίων.²² Οι Colivicchi et al στη μελέτη OESIL²³ έδειξαν ότι για την εκτίμηση και τη διαστρωμάτωση του καρδιαγγειακού κινδύνου μπορούν να χρησιμοποιηθούν κλινικά και ηλεκτροκαρδιογραφικά κριτήρια σε ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης. Οι Martin et al υποστηρίζουν ότι παθολογικό ΗΚΓ με διαταραχές του ρυθμού ή της αγωγής, υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, η εικόνα παλαιού εμφράγματος του μυοκαρδίου αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης αρρυθμιών ή αιφνίδιου θανάτου, εντός ενός έτους από το συγκοπτικό επεισόδιο.²⁴

Σε άλλη μελέτη φάνηκε ότι παθολογικά ευρήματα στο αρχικό ΗΚΓ που περιλαμβάνουν διαταραχές του ρυθμού ή της αγωγής, κολποκοιλιακό αποκλεισμό, εικόνα παλαιού εμφράγματος του μυοκαρδίου, υπερτροφία της αριστερής ή της δεξιάς κοιλίας ή συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές αποτελούν κριτήρια, ενδεχομένως σχετιζόμενα με αρρυθμιολογικά αίτια.²⁵ Επίσης, το ΗΚΓ βοηθά στην αναγνώριση παθολογικών καταστάσεων, όπως το σύνδρομο μακρού QT, το σύνδρομο Wolff-Parkinson-White ή το σύνδρομο Brugada. Αντίθετα, όταν το αρχικό ΗΚΓ είναι φυσιολογικό, η πιθανότητα συγκοπτικού επεισοδίου καρδιακής αιτιολογίας είναι χαμηλή.²⁴⁻²⁶ Ασθενείς με ιστορικό συγκοπτικών επεισοδίων και φυσιολογικό ΗΚΓ έχουν συνηθέστερα αρνητική ηλεκτροφυσιολογική μελέτη.^{27,28}

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι από τους 50 ασθενείς με υποκείμενη καρδιακή νόσο, το αρχικό ΗΚΓ επέτρεψε τη διάγνωση αρρυθμιολογικού αιτίου σε ποσοστό 38% (n=19). Έτσι, στο 28% (n=14) η διάγνωση ήταν κολποκοιλιακός αποκλεισμός, στο 8% (n=4) νόσος φλεβοκόμβου, ενώ υπήρξε και μία ασθενής με εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία.

Η νευρογενής συγκοπή αποτέλεσε το κυριότερο αίτιο συγκοπτικού επεισοδίου στην ομάδα των ασθενών που δεν εισήχθησαν στο νοσοκομείο. Τα επεισόδια νευρογενούς συγκοπής στους ασθενείς της μελέτης εμφάνισαν τη μέγιστη επίπτωση στην ηλικιακή ομάδα των 25-34 ετών. Η διάγνωση στηρίχθηκε στην αρχική αξιολόγηση και τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού. Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, τα επεισόδια νευρογενούς συγκοπής δεν συνυπάρχουν με καρδιαγγειακά ή νευρολογικά νοσήματα, ενώ αποτελούν συνηθισμένη κλινική οντότητα.²⁹ Σε μελέτη που διεξήχθη σε νέους φοιτητές Ιατρικής, μέσης ηλικίας 21 ετών,³⁰ η επίπτωση της νευρογενούς συγκοπής αναφέρεται σε ποσοστό 39% του δείγματος και εκτιμάται ότι 50% των ατόμων του γενικού πληθυσμού υφίστανται λιποθυμικό επεισόδιο στη διάρκεια της ζωής τους.^{31,32} Τα

τυπικά επεισόδια νευρογενούς συγκοπής σχετίζονται με πρόδρομα συμπτώματα και προκαλούνται μετά από συναισθηματική φόρτιση ή παρατεταμένη ορθοστασία, ενώ η διάγνωσή τους προκύπτει μετά από λεπτομερή λήψη του ιστορικού του ασθενούς.^{31,32} Η εμφάνισή τους γίνεται σε νεαρή ηλικία, συνήθως κατά το 13ο έτος,³³ ενώ ποικίλλει η φυσική τους ιστορία και εξέλιξη.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς υφίστανται μόνο ένα επεισόδιο σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ σε άλλες περιπτώσεις τα επεισόδια αυτά υποτροπιάζουν. Ο τύπος αυτός περιλαμβάνει την αγγειοβαγοτονική συγκοπή (vasovagal syncope), τη συγκοπή από υπερρευαισθησία του καρωτιδικού κόλπου, την περιστασιακή συγκοπή (situational syncope), η οποία παρατηρείται κατά την ούρηση, την αφόδευση ή μετά από παροξυσμικό βήχα κ.λπ. και, τέλος, τη συγκοπή που σχετίζεται με νευραλγία του τριδύμου ή του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου.³⁴

Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη αφορά σε δείγμα ασθενών αστικού πληθυσμού που επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα», ενός τριτοβάθμιου νοσηλευτικού ιδρύματος.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στη βιβλιογραφία αναφέρεται ποσοστό έως 50% των ασθενών με συγκοπτικό επεισόδιο οι οποίοι δεν αναζητούν ιατρική βοήθεια.^{13,32}

Επιπλέον, ο αναδρομικός χαρακτήρας της μελέτης βασίζεται στις καταγραφές των ασθενών του ΤΕΠ, όπως πραγματοποιήθηκαν εξαρχής από τους εφημερεύοντες ιατρούς σε συνθήκες εντατικής εργασίας και επομένως ενδέχεται να είναι ελλιπή σε ορισμένες περιπτώσεις.

Συμπερασματικά, η αποστολή του ΤΕΠ εστιάζει κυρίως στην αρχική εκτίμηση των ασθενών με επεισόδιο απώλειας συνείδησης και τη διαστρωμάτωση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε αυτούς.

Τεράστια είναι η συμβολή του λεπτομερούς ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, τα οποία, σε συνδυασμό, θέτουν την ακριβή διάγνωση σε σημαντικό αριθμό ασθενών.

Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου και ιδιαίτερα τα άτομα μεγάλης ηλικίας, με ιστορικό υποκείμενου καρδιακού νοσήματος, χρήζουν εισαγωγής στο νοσοκομείο για λεπτομερή διαγνωστικό έλεγχο και κατάλληλη αιτιολογική αντιμετώπιση.

ABSTRACT

Epidemiology and clinical assessment of patients presenting at the emergency department with loss of consciousness

V. PEPPEPES, T. PARISSI, D. KONTOMERKOS, G. RAMMOS, A. ANTONIOU

Department of Clinical Therapeutics, University of Athens, "Alexandra" General Hospital, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2010, 27(2):202–207

OBJECTIVE The objective of this study was to evaluate the epidemiological data of patients presenting with transient loss of consciousness (TLOC) at the emergency department (ED) during the course of one year. **METHOD** All cases of patients with TLOC presenting at the ED between October 2006 and October 2007 were analysed in a retrospective, observational study. The demographic characteristics, and the initial clinical evaluation, including careful medical history, physical examination and a 12-lead electrocardiogram (ECG) were recorded. **RESULTS** Of 13,909 patients examined at the ED during one year, 151 cases of TLOC were recorded (1.1%), 66 male (43.7%) and 85 female (56.3%) subjects. Overall, 124 of 151 patients (82.1%) presenting with TLOC were admitted for hospitalization, accounting for 1.5% of all hospital admissions for that period. Hospitalized patients were significantly older than the subjects discharged from the ED (69.9±14 years vs 34.7±17 years, p<0.001). In 50 of 151 cases with TLOC (33%) there was evidence of underlying heart disease, and diagnosis based on initial assessment was made in 29 of these (58%), and arrhythmogenic syncope was identified in 19 (38%). Further assessment during hospitalization permitted the diagnosis in a further 9 patients with heart disease (18%), while the cause of syncope could not be determined in 12 (24%). Patients with syncope and structural heart disease were hospitalized in a significantly greater proportion than subjects without heart disease ($\chi^2=16.27$, p<0.001). A total of 26 of the 151 patients with TLOC were discharged from the ED (19.9%), in whom diagnosis was established from the initial evaluation in 16 (61.5%). Causes of TLOC in discharged patients included vasovagal syncope in 7 (26.9%), orthostatic hypotension in 4 (15.3%) and conversion disorder in 5 (19.2%). **CONCLUSIONS** Older age and the presence of heart disease combined with historical and electrocardiographic criteria can be used to guide hospital admission of patients presenting with TLOC at the ED.

Key words: Arrhythmias, Electrocardiogram, Emergency department, Syncope

Βιβλιογραφία

1. KAPOOR WN. Evaluation and outcome of patients with syncope. *Medicine* 1990, 69:160–175
2. McCLAREN AJ, LEAR J, DANIELS RG. Collapse in an accident and emergency department. *J R Soc Med* 1994, 87:138–139
3. HAYES OW. Evaluation of syncope in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1998, 16:601–615
4. SUN BC, EMOND JA, CAMARGO CA Jr. Characteristics and admission patterns of patients presenting with syncope to US emergency departments, 1992–2000. *Acad Emerg Med* 2004, 11:1029–1034
5. GETCHELL WS, LARSEN GC, MORRIS CD, McANULTY JH. Epidemiology of syncope in hospitalized patients. *J Gen Intern Med* 1999, 14:677–687
6. SOTERIADES ES, EVANS JC, LARSON MG, CHEN MH, CHEN L, BENJAMIN EJ ET AL. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med* 2002, 347:878–885
7. ΜΑΝΩΛΗΣ ΑΓ. *Συγκοπή*. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2005:1–7
8. FARWELL D, SULKE N. How do we diagnose syncope? *J Cardiovasc Electrophysiol* 2002, 13(Suppl 1):S9–S13
9. BRIGNOLE M, ALBONI P, BENDITT DG, BERGFELDT L, BLANC JJ, BLOCH THOMSEN PE ET AL. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001, 22:1256–1306
10. CADMAN CS. Medical therapy of neurocardiogenic syncope. *Cardiol Clin* 2001, 19:203–213
11. LINZER M, YANG EH, ESTES NA III, WANG P, VORPERIAN VR, KAPOOR WN. Diagnosing syncope. Part 1. *Ann Intern Med* 1997, 126:989–996
12. ALBONI P, BRIGNOLE M, MENOZZI C, RAVIELE A, DEL ROSSO A, DINELLI M ET AL. Diagnostic value of history in patients with syncope with or without heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2001, 37:1921–1928
13. SARASIN FP, LOUIS-SIMONET M, CARBALLO D, SLAMA S, RAJESWARAN A, METZGER JT ET AL. Prospective evaluation of patients with syncope. *Am J Med* 2001, 111:177–184
14. BENDITT DG, VAN DIJK JG, SUTTON R, WIELING W, LIN JC, SAKAGUCHI S ET AL. Syncope. *Curr Probl Cardiol* 2004, 29:152–229
15. KAPOOR WN. Syncope. *N Engl J Med* 2000, 343:1856–1862
16. STRICKBERGER SA, BENSON DW, BIAGGIONI I, CALLANS DJ, MITCHELL I, COHEN MI ET AL. AHA/ACCF scientific statement on the evaluation of syncope. *Circulation* 2006, 113:316–327
17. MIDDLEKAUFF HR, STEVENSON WG, SAXON LA. Prognosis after syncope: Impact of left ventricular function. *Am Heart J* 1993, 125:121–127
18. MIDDLEKAUFF HR, STEVENSON WG, STEVENSON LW, SAXON LA. Syncope in advanced heart failure: High risk of sudden death regardless of origin of syncope. *J Am Coll Cardiol* 1993, 21:110–116
19. MARTIN TP, HANUSA BH, KAPOOR WN. Risk stratification of patients with syncope. *Ann Emerg Med* 1997, 29:459–466
20. KAPOOR WN, HANUSA BH. Is syncope a risk factor for poor outcomes? Comparison of patients with and without syncope. *Am J Med* 1996, 100:646–655
21. LINZER M, YANG EH, ESTES NA III, WANG P, VORPERIAN VR, KAPOOR WN. Diagnosing syncope. Part 2: Unexplained syncope. Clinical efficacy assessment project of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1997, 127:76–86
22. REED MJ, GRAY A. Collapse query cause: The management of adult syncope in the emergency department. *Emerg Med J* 2006, 23:589–594
23. COLIVICCHI F, AMMIRATI F, MELINA D, GUIDO V, IMPEROLI G, SANTINI M. Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: The OESIL risk score. *Eur Heart J* 2003, 24:811–819
24. MARTIN TP, HANUSA BH, KAPOOR WN. Risk stratification of patients with syncope. *Ann Emerg Med* 1997, 29:459–466
25. OH JH, HANUSA BH, KAPOOR WN. Do symptoms predict cardiac arrhythmias and mortality in patients with syncope? *Arch Intern Med* 1999, 159:375–380
26. BRIGNOLE M, ALBONI P, BENDITT DG, BERGFELDT L, BLANC JJ, THOMSEN PE ET AL. Task force on syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope—update 2004. Executive summary. *Eur Heart J* 2004, 25:2054–2072
27. KROL RB, MORADY F, FLAKER GC, DICARLO LA Jr, BAERMAN JM, HEWETT J ET AL. Electrophysiologic testing in patients with unexplained syncope: Clinical and non-invasive predictors of outcome. *J Am Coll Cardiol* 1987, 10:358–363
28. DENES P, VRETZ E, EZR MD, BORBOLA J. Clinical predictors of electrophysiologic findings in patients with syncope of unknown origin. *Arch Intern Med* 1988, 148:1922–1928
29. ALBONI P, BRIGNOLE M, UBERTI EC. Is vasovagal syncope a disease? *Europace* 2007, 9:83–87
30. GANZEBOOM KS, COLMAN N, REITSMA JB, SHEN WK, WEILING W. Prevalence and triggers of syncope in medical students. *Am J Cardiol* 2003, 91:1006–1008
31. ALBONI P, BRIGNOLE M, MENOZZI C, RAVIELE A, DEL ROSSO A, DINELLI M ET AL. Clinical spectrum of neurally mediated reflex syncope. *Europace* 2004, 6:55–62
32. BRIGNOLE M, ALBONI P, BENDITT DG, BERGFELDT L, BLANC JJ, BLOCH THOMSEN PE ET AL. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope—update 2004. *Europace* 2004, 6:467–537
33. SHELDON RS, SHELDON AG, CONNOLLY SJ, MORILLO CA, KLINGENHEBEN T, KRAHN AD ET AL. Age of first faint in patients with vasovagal syncope. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2006, 17:49–54
34. ΜΑΝΩΛΗΣ ΑΓ. *Συγκοπή*. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2005:7–11

Corresponding author:

V.I. Peppes, 52 Kotopouli street, GR-341 00 Chalkida, Greece
e-mail: vpeppes@otenet.gr