

IICE



ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

24 | 25 | 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011

ELECTRA PALACE HOTEL

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

INNOVATIONS IN
INTERVENTIONAL
CARDIOLOGY &
ELECTROPHYSIOLOGY

4ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ &
ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / PROGRAMME

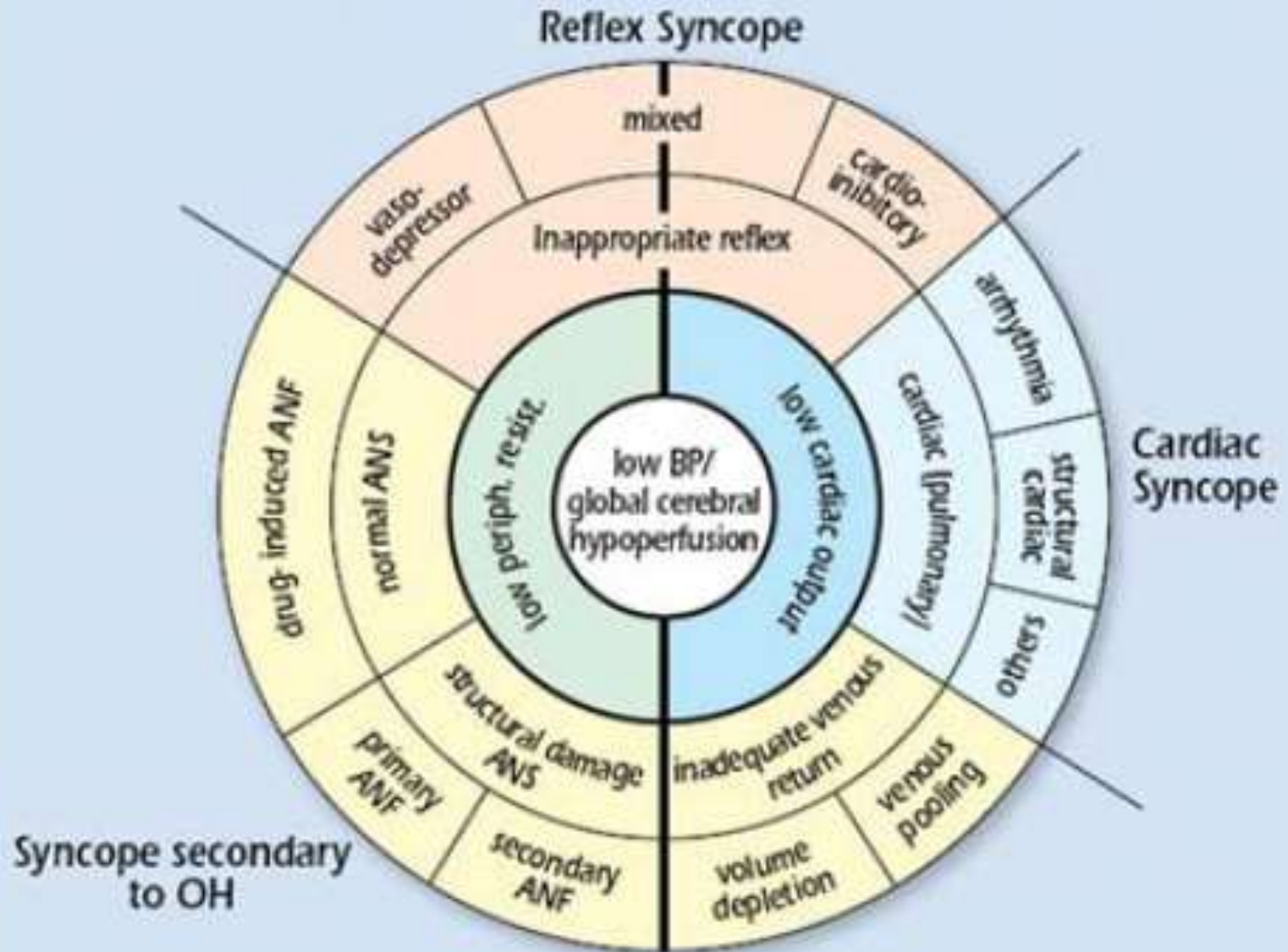


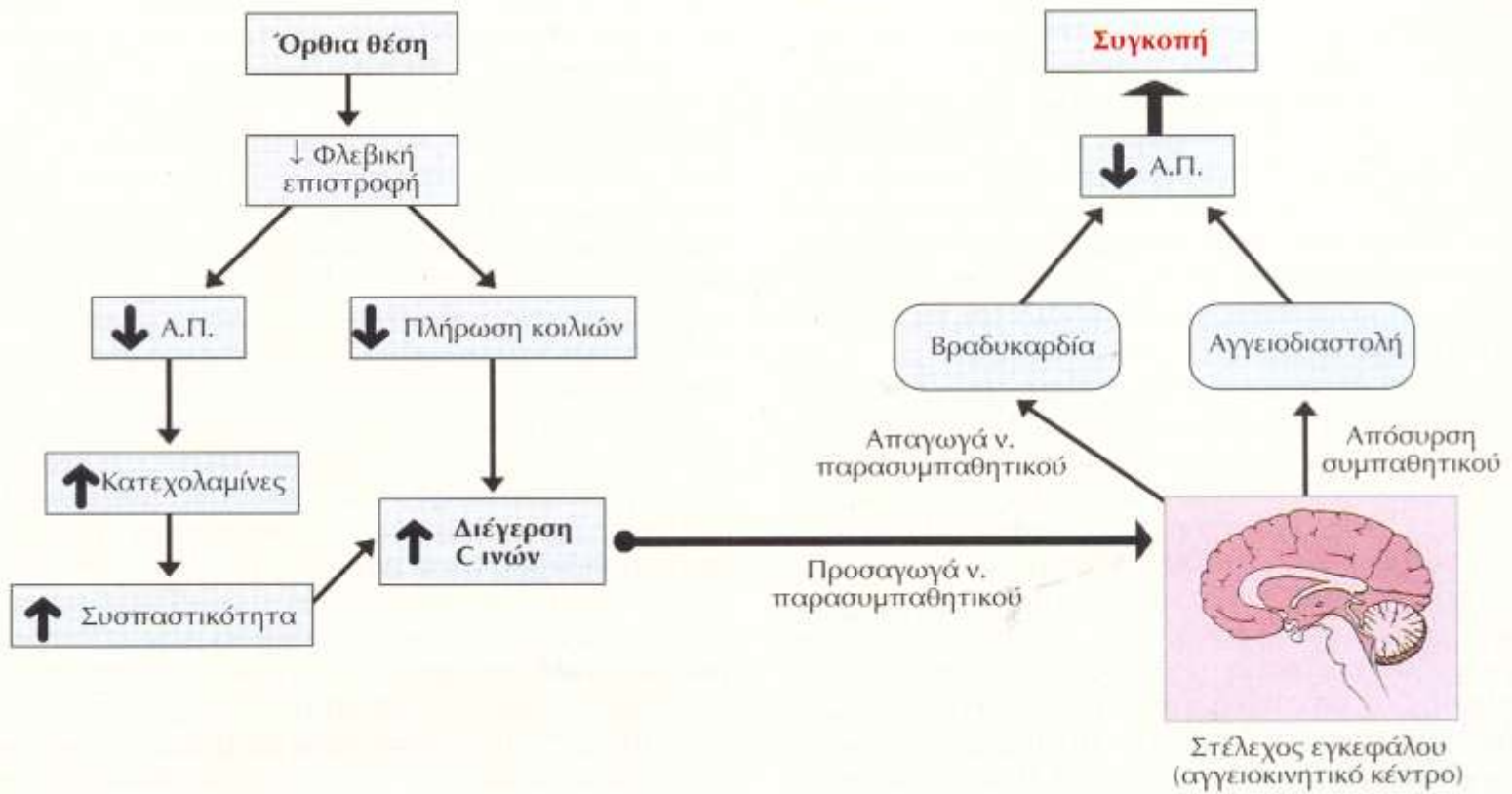
**Θεραπεία
νευροκαρδιογενούς
συγκοπής.**

**Τι υποστηρίζουν
τα νεότερα δεδομένα**

**Βασίλης Σκέμπερης FESC
Γ' Καρδιολογική Κλινική
Α.Π.Θ.**

Pathophysiological basis of the classification





ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ

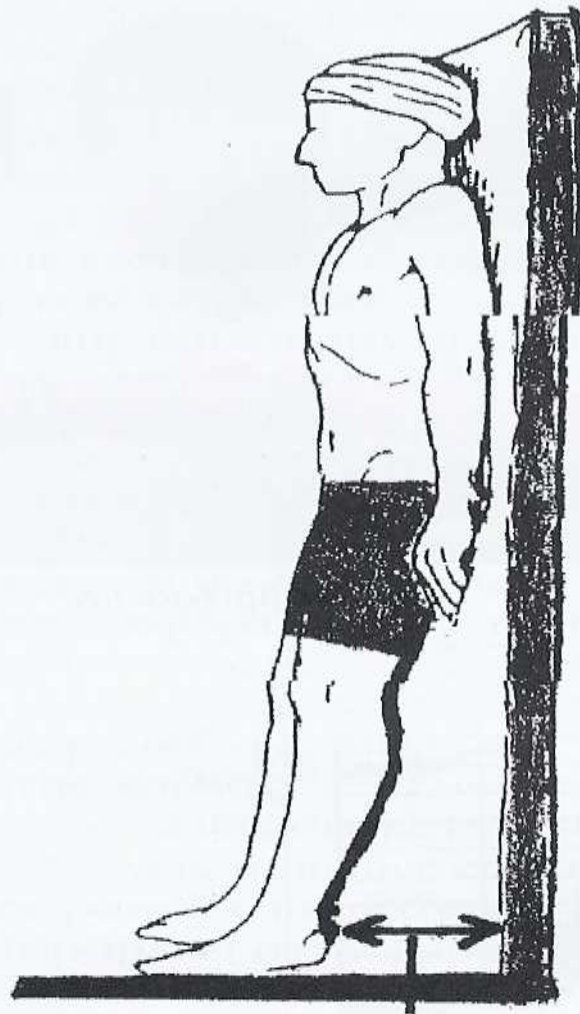


ΠΙΝΑΚΑΣ

Θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με αγγειοβαγοτονικού τύπου συγκοπή.

- **Συντηρητική αγωγή**
 - Ενημέρωση και εκπαίδευση
 - Λήψη υγρών, άλατος και κατάλληλης δίαιτας
 - Ασκήσεις
 - ισομετρικές ασκήσεις άκρων
 - άσκηση ορθοστασίας
- **Φαρμακευτική αγωγή**
- **Καρδιακή βηματοδότηση**

ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ



15-30 cm

Δοκιμασία ορθοστάσις
30-40 min για 2 φορές ημερησίως

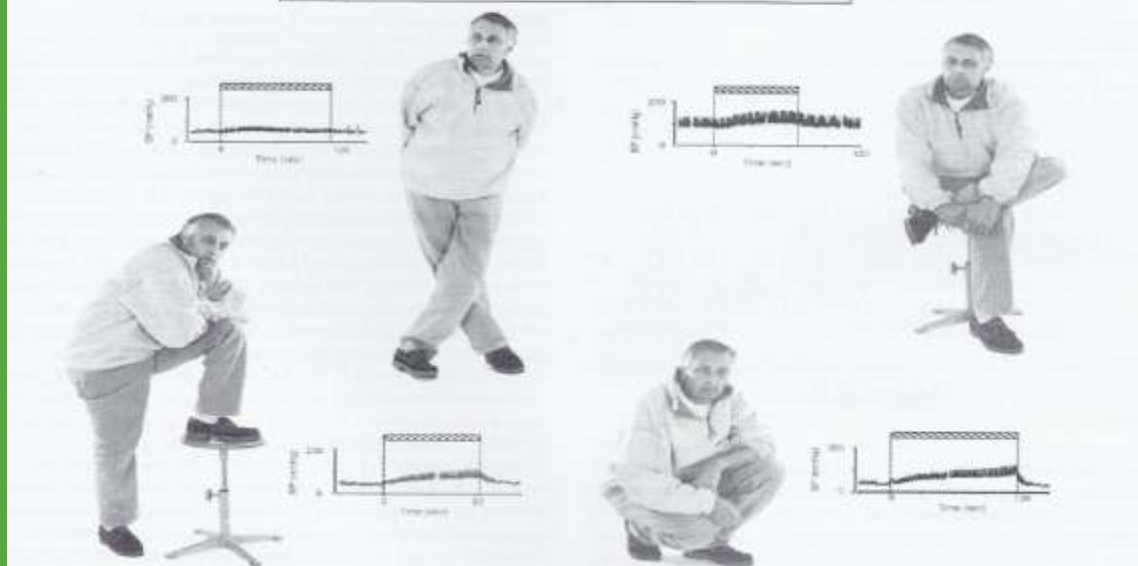
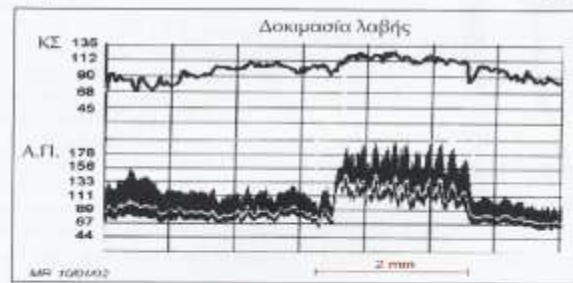
ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ



Δοκιμασία λαβής



Τάση βραχιόνων



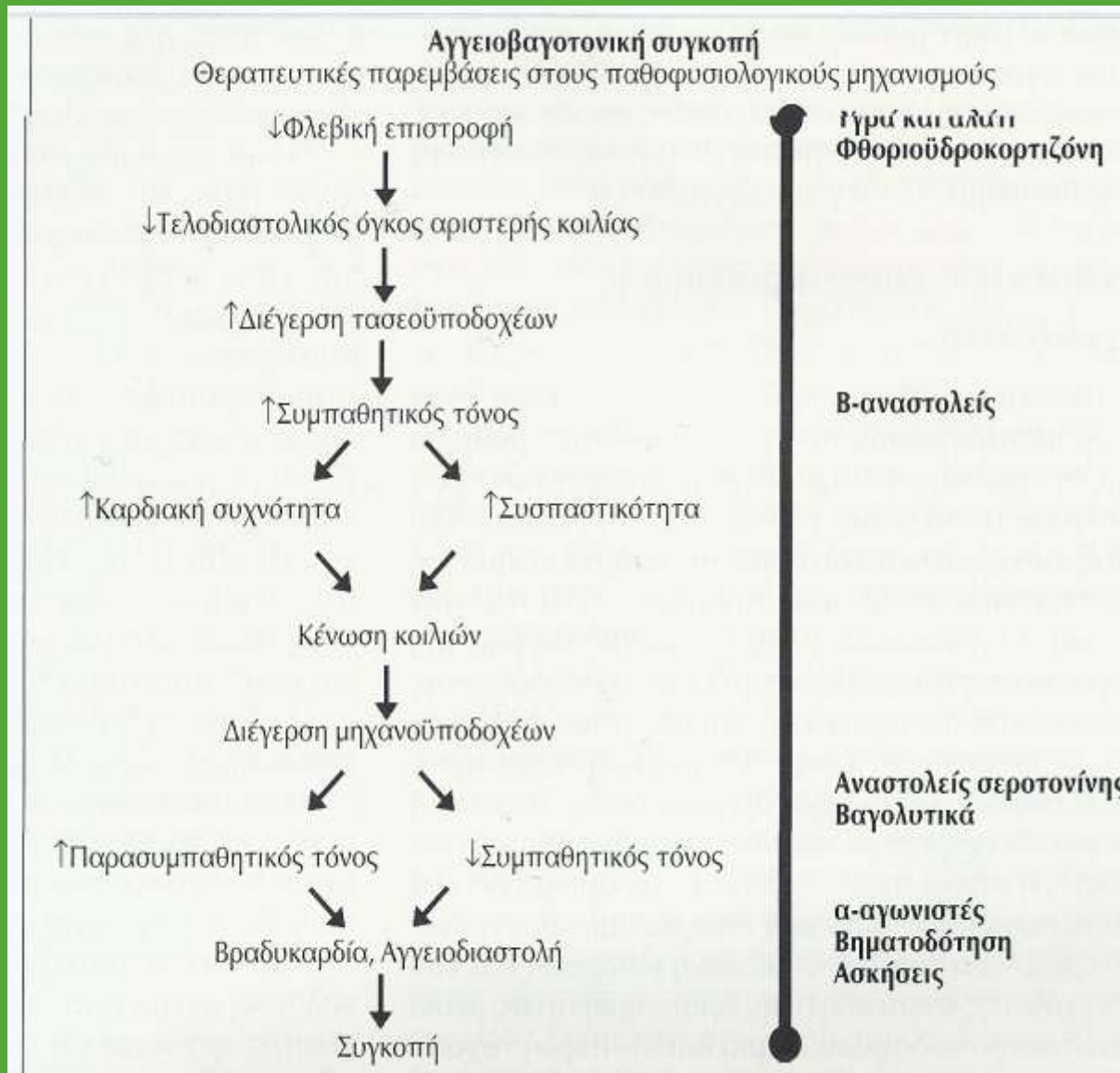
ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ

4.8

ΠΙΝΑΚΑΣ Φαρμακολογικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της αγγειοβαγοτονικής συγκοπής.

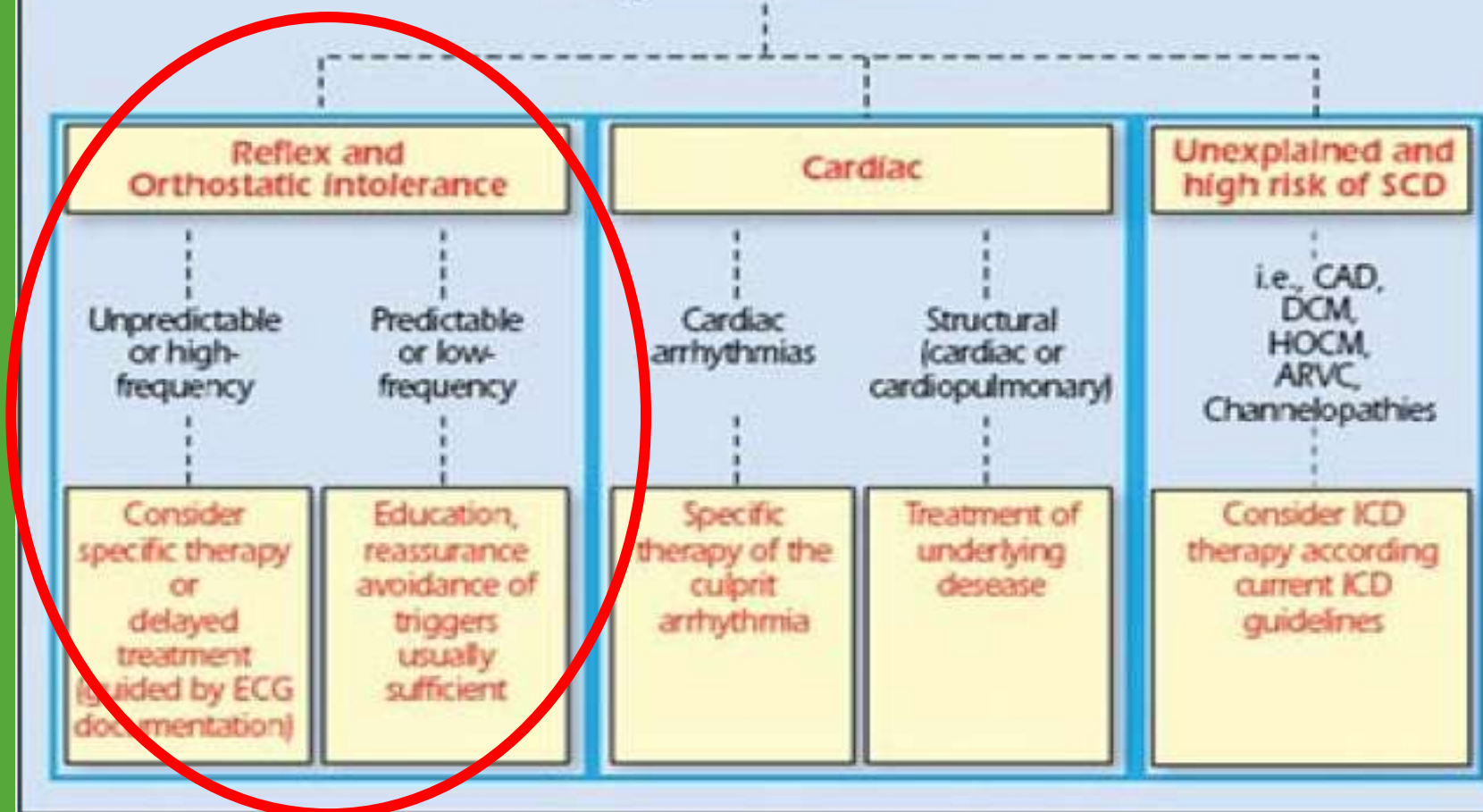
- 1) **β - αδρενεργικοί αποκλειστές:** ατενολόλη, πινδολόλη, μετοπρολόλη, προπρανολόλη, ναδολόλη
- 2) **Αγγειοσυσπαστικές ουσίες:** ετιλεφρίνη, μιδοδρίνη (α- αγωνιστές)
- 3) **Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης:** παροξετίνη, φλουοξετίνη, σερτραλίνη
- 4) **Αυξητικές του όγκου αίματος:** φθοριο-υδροκορτιζόνη
- 5) **Άλλες ουσίες:** δισοπυραμίδα, σκοπολαμίνη, θεοφυλλίνη, εναλαπρίλη, εφεδρίνη, διυδροεργοταμίνη, ναλοξόνη

ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ



Treatment of syncope

Diagnostic evaluation



Recommendations: treatment of reflex syncope

Recommendations	Class ^a	Level ^b
• Explanation of the diagnosis, provision of reassurance, and explanation of risk of recurrence are indicated in all patients	I	C
• Isometric PCMs are indicated in patients with prodrome	I	B
• Cardiac pacing should be considered in patients with dominant cardioinhibitory CSS	IIa	B
• Cardiac pacing should be considered in patients with frequent recurrent reflex syncope, age >40 years, and documented spontaneous cardioinhibitory response during monitoring	IIa	B
• Midodrine may be indicated in patients with VVS refractory to lifestyle measures	IIb	B
• Tilt training may be useful for education of patients but long-term benefit depends on compliance	IIb	B
• Cardiac pacing may be indicated in patients with tilt-induced cardioinhibitory response with recurrent frequent unpredictable syncope and age >40 after alternative therapy has failed	IIb	C
• Cardiac pacing is not indicated in the absence of a documented cardioinhibitory reflex	III	C
• β -Adrenergic blocking drugs are not indicated	III	A

ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ

4.9

ΠΙΝΑΚΑΣ

Συστάσεις για μόνιμη βηματοδότηση στην αγγειοβαγοτονική συγκοπή.

Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας⁴¹

- Καρδιοανασταλτικός τύπος αγγειοβαγοτονικής συγκοπής, με συχνότητα επεισοδίων >5 ανά έτος ή με σοβαρό τραυματισμό ή ατύχημα και ηλικία >40 ετών.

Οδηγίες των ACC/AHA/NASPE⁹²

Σύσταση κατηγορίας IIα

- Έντονα συμπτωματική και υποτροπιάζουσα αγγειοβαγοτονική συγκοπή με κλινική τεκμηρίωση ότι οφείλεται σε βραδυκαρδία ή με συμπτωματική βραδυκαρδία κατά τη δοκιμασία ανακλίσεως (επίπεδο τεκμηρίωσης B).

ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ

4.10

ΠΙΝΑΚΑΣ

Θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με αγγειοβαγοτονική συγκοπή. Συστάσεις της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας.

Κατηγορία I

- Εξήγηση του κινδύνου και διαβεβαίωση για την πρόγνωση της αγγειοβαγοτονικής συγκοπής.
- Αποφυγή των εκλυτικών γεγονότων όσο είναι δυνατόν και μείωση του μεγέθους των δυνητικών εκλυτικών αιτίων όταν είναι εφικτό (π.χ. συναισθηματική φόρτιση) και της υπεύθυνης κατάστασης για την περιστασιακή συγκοπή.
- Τροποποίηση ή διακοπή της υποτασικής φαρμακευτικής αγωγής για συνυπάρχοντα νοσήματα.
- Καρδιακή βηματοδότηση σε ασθενείς με σύνδρομο καρωτιδικού κόλπου καρδιοανασταλτικού ή μικτού τύπου.

Κατηγορία II

- Αύξηση του όγκου με συμπληρώματα άλατος, ένα πρόγραμμα άσκησης ή ύπνου με $>10^\circ$ ανύψωση της θέσης της κεφαλής σε συγκοπή σχετιζόμενη με τη θέση.
- Εκπαίδευση ανακλίσεως σε ασθενείς με αγγειοβαγοτονική συγκοπή.
- Ισομετρική χειρισμοί άκρων σε ασθενείς με αγγειοβαγοτονική συγκοπή.
- Καρδιακή βηματοδότηση σε ασθενείς με αγγειοβαγοτονική συγκοπή λόγω καρδιακής καταστολής με συχνότητα $>$ από 5 επεισόδια τον χρόνο ή σοβαρή σωματική βλάβη ή ατύχημα και ηλικία >40 έτη.

Κατηγορία III

Οι αποδείξεις αποτυγχάνουν να στηρίξουν την αποτελεσματικότητα των β-αδρενεργικών αναστολέων. Οι β-αδρενεργικοί αναστολείς μπορεί να επιδεινώσουν τη βραδυκαρδία σε περιπτώσεις με καρδιακή καταστολή.

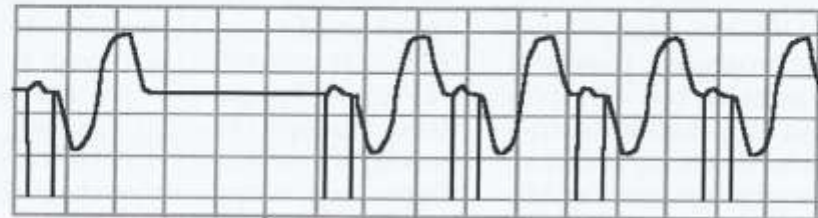
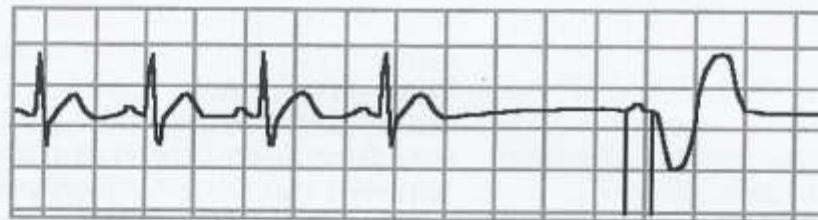
ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ

Ανίχνευση μείωσης της καρδιακής συχνότητας και βηματοδοτική παρέμβαση

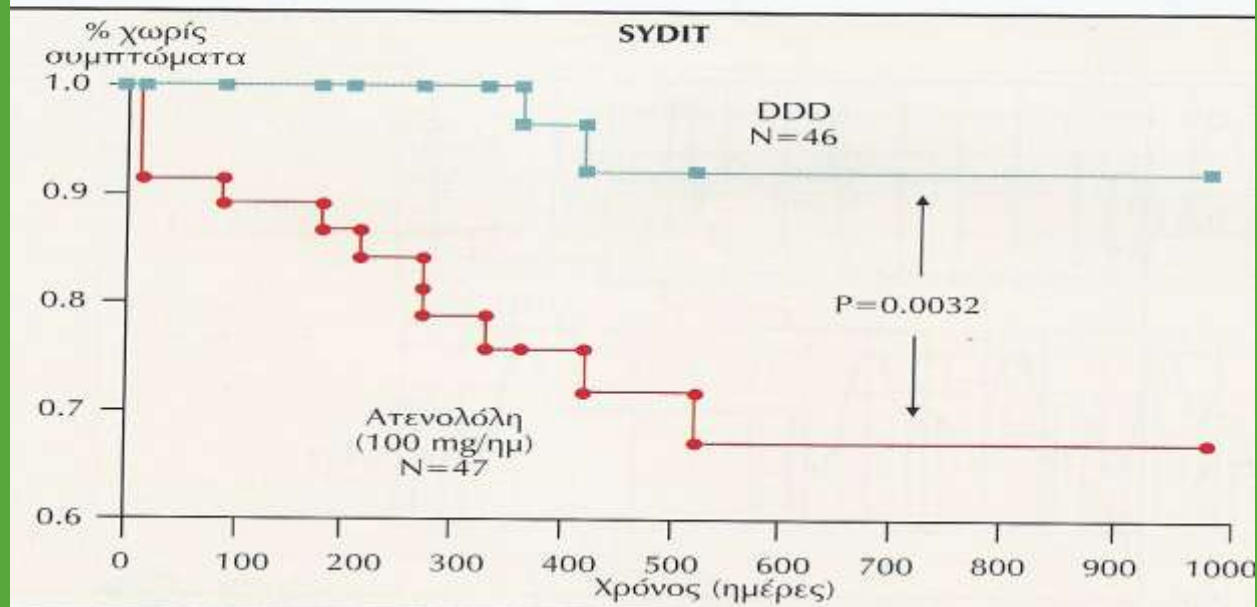
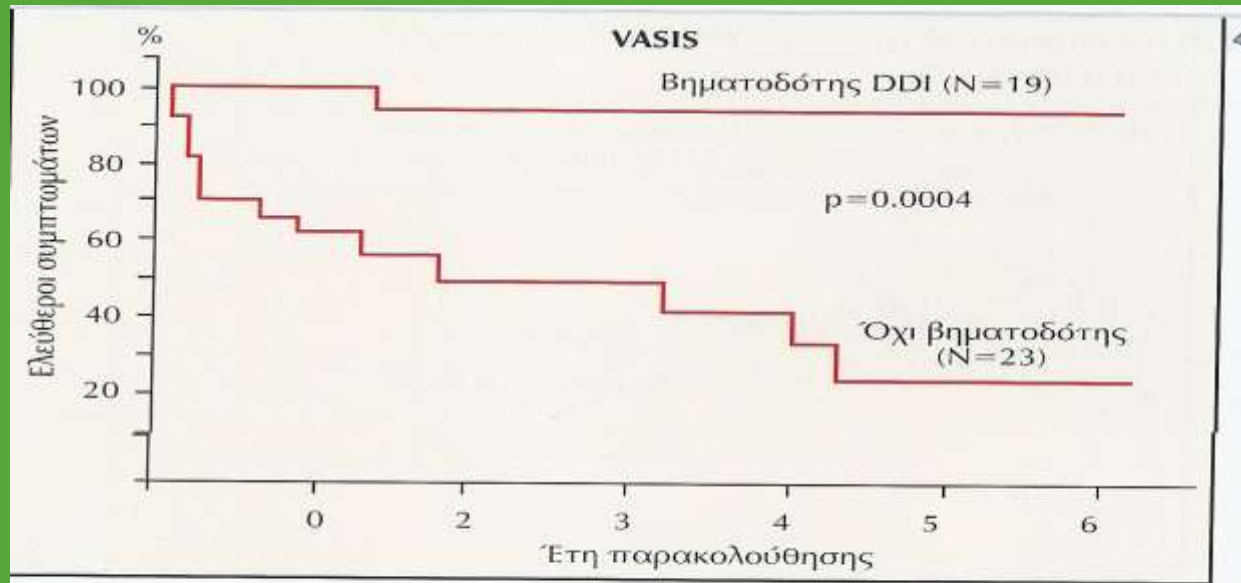
Προγραμματισμός κριτηρίων ανίχνευσης

Απόλυτη μείωση καρδιακής συχνότητας ≥ 25 σφ/min

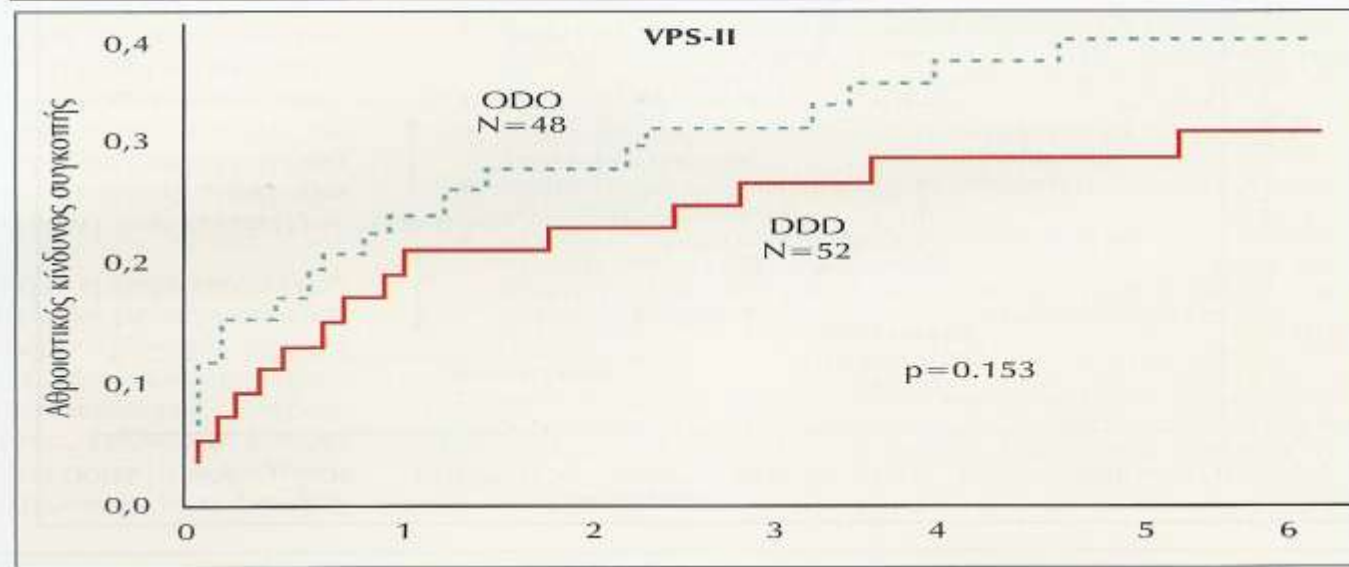
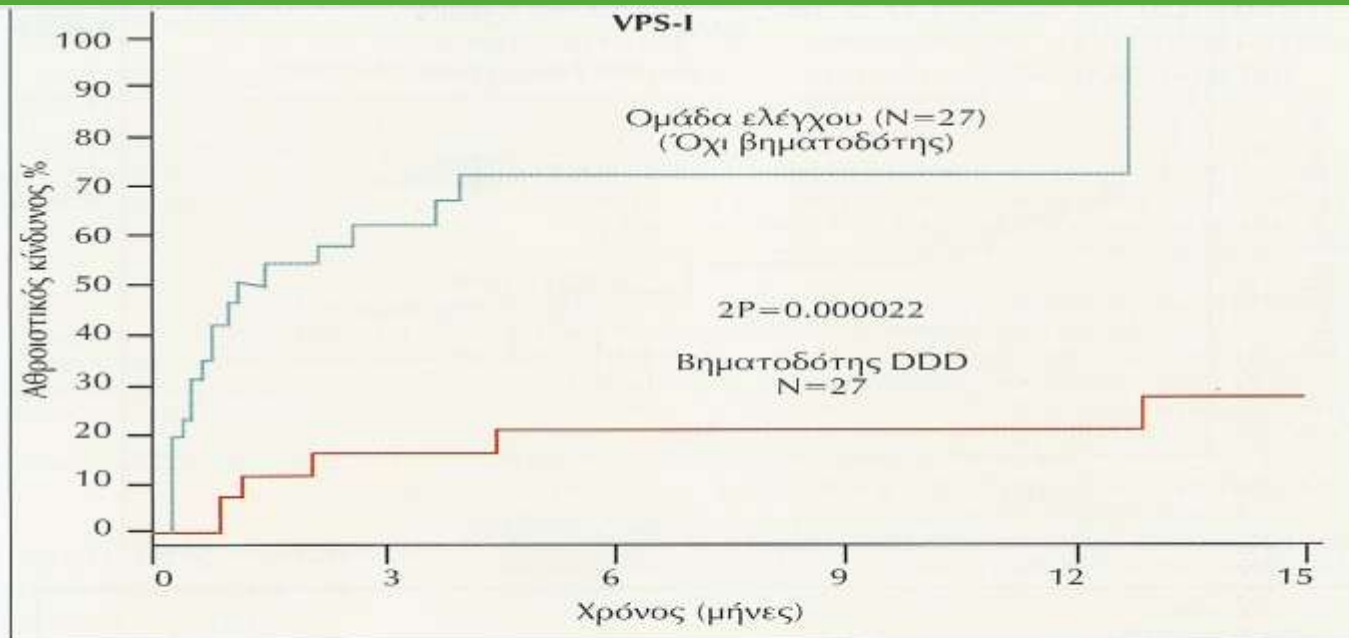
Κάτω όριο καρδιακής συχνότητας 70 σφ/min



ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ



ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ



ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗ

Αγγειοβαγοτονική συγκοπή Θεραπευτικός αλγόριθμος

Συγκοπτικός ασθενής στη δοκιμασία ανακλίσεως



Drugs and pacemakers for vasovagal, carotid sinus and situational syncope (Review)

Romme JJCM, Reitsma JB, Black CN, Colman N, Scholten RJPM, Wieling W, Van Dijk N



**THE COCHRANE
COLLABORATION**®

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2011, Issue 10

<http://www.thecochranelibrary.com>



Table 1; Table 2; Table 7). In general, significant treatment effects for these treatments were observed with respect to syncopal recurrence upon unblinded comparison with standard treatment. However, no significant differences were observed upon comparison with an inactive pharmacological substance or pacemaker. The occurrence of syncope upon provocational head-up tilt testing was lower during ACE-inhibitor treatment compared to standard treatment or placebo treatment, but no significant differences were observed with respect to the recurrence of syncope during follow-up (see Table 4). In general, treatment effects for placebo-controlled treatment with selective serotonin reuptake inhibitors and disopyramide were not statistically significant (see Table 3 and Table 5).

Additionally, quality of life needs to be assessed, because an inverse association exists between recurrence of transient loss of consciousness and quality of life. Preferably, both generic quality of life and syncope-related quality of life should be addressed. Information about the occurrence of side effects is an important factor in the decision whether or not to prescribe pharmacological or pacemaker treatment for neurally mediated reflex syncope. There-

In this review, we have not investigated the cost-effectiveness of pharmacological and pacemaker treatment for neurally mediated reflex syncope. As some of these treatments are quite expensive (College 2009; Deniz 2008), costs of treatment need to be considered prior to treatment initiation. None of the pharmacological and pacemaker treatments investigated in this review showed clear superiority to control treatment for different treatment comparisons. Therefore, these treatments should only be applied to patients with frequent (pre-)syncopal recurrences, unresponsive to non-pharmacological treatment. Based on the results from our review, widespread usage of pharmacological and pacemaker treatment for neurally-mediated reflex syncope is not likely to produce a significant increase in patients' well-being and is in our view therefore not a cost-effective option.