

Komentarz

Omdlenie to ulubiony temat onirycznych malarzy, intrygujący widza w obrazach Boscha czy Piero di Cosimo, gdzie nikta nic dzieli Prokris od snu czy śmierci [1].

Według statystyk, które dotyczą różnych populacji, epizod omdlenia występował u 3% mężczyzn i 3,5% kobiet w 26-letniej obserwacji Framingham [2]. Odsetek ten zwiększa się w wyselekcjonowanych grupach starszych osób, zaznacza się też większa skłonność do nawrotów. Przyjmuje się, że omdlenie jest powodem od 3 do 5% wizyt na oddziałach pomocy doraźnej i 1–3% przyjęć do szpitala (choć subiektywna pamięć lekarza dyżurnego podpowiada mi, że przynajmniej w niektóre dni tych chorych było znacznie więcej) [3]. Tak czy inaczej jest to rzeczywisty problem kliniczny, a grupa pacjentów z tym objawem niejednorodna, wymagająca często wykonania wielu skomplikowanych badań, co w obecnym systemie opieki zdrowotnej, goniącym za procedurami (w części zastępującymi niegdysiejsze przypadki) może napotykać na znaczne ograniczenia wynikające z braku dostępności badań dodatkowych. Szczęśliwie w wielu przypadkach właściwe rozpoznanie można postawić już podczas wstępnej oceny pacjenta [4]. Kłasyfikacyjny wywiad (często niesłusznie spłypany), badanie przedmiotowe z pomiarem ciśnienia krwi w pozycji leżącej i stojącej oraz EKG standardowe i na dalszym etapie badanie echokardiograficzne umożliwiają zwykle wyodrębnienie pacjentów z organiczną chorobą serca, kardiogennymi i pozasercowymi przyczynami omdlenia [5].

Bez wątplenia u osób bez organicznej choroby serca, z omdleniami niewyjaśnionego pochodzenia, podstawowe znaczenie dla rozpoznania ma wynik testu pochyleniowego. Test jest w zasadzie prostym badaniem. W zasadzie, bo wymaga tylko stołu uchylnego. Ale nie we wszystkich ośrodkach, do których docierają chorzy po omdleniach, można wykonać ten test. A jeśli można, to wiadomo jak trudno wygospodarować miejsce i czas na przeprowadzenie dość długiego badania, zwłaszcza jeśli ośrodek nie ma osobnej pracowni. Czy można przewidzieć wynik testu pochyleniowego i tym samym ograniczyć konieczność jego wykonywania lub skrócić czas jego trwania? Po pierwsze, jak wspomniano wcześniej, prawidłowa ocena wstępna pozwala na postawienie ostatecznego rozpoznania i zakończenie diagnostyki u znacznego odsetka pacjentów. Natomiast autorzy komentowanej pracy postawili pytanie, czy można na podstawie zmian wartości wskaźników hemodynamicznych, spostrzeganych we wczesnym okresie testu, prognozować wynik testu pochyleniowego w grupie chorych z omdleniami niewyjaśnionego pochodzenia, a w perspektywie skrócić czas samego badania.

Aby prawidłowo sklasyfikować odpowiedź na pionizację, próbę powinno się ją przerwać dokładnie w momencie utraty przez pacjenta przytomności i napięcia mięśniowego [6]. Przedwczesne przerwanie testu zaniża, a opóźnione zawyża częstość odpowiedzi kardiodepresyjnej z ewentualnymi konsekwencjami przedłużającej się utraty przytomności. Dlatego próby modyfikacji testu muszą uwzględniać problemy metodyczne oceny zachowania się czynności serca i – przede wszystkim – ciśnienia tętniczego w czasie testu. Wykorzystanie dodatkowych parametrów, np. hemodynamicznych i elektrofizjologicznych dla zwiększenia siły diagnostycznej testu napotyka na wiele ograniczeń. Jedną z metod nieinwazyjnych, w której pokładano nadzieje na ustalenie niektórych mechanizmów prowadzących do omdlenia, jest ocena modulacji układu autonomicznego w okresie poprzedzającym omdlenie przy użyciu analizy zmienności rytmu serca (HRV). Wpływy wewnętrzne i zewnętrzne modyfikujące rytm serca oraz problemy techniczne sprawiają jednak, że wyniki analizy łatwo podlegają zakłóceniom i wcale nie oddają rzeczywistego stanu układu. Obiecującym kierunkiem poszukiwań jest zastosowanie techniki ciągłej rejestracji i oceny parametrów hemodynamicznych. Niestety, na razie metoda wykorzystywana jest głównie dla celów badawczych, bowiem aparatura użyta, np. w prezentowanej pracy, jest dostępna w kilku ośrodkach w kraju.

Test pochyleniowy pozwala udowodnić mechanizm omdlenia u części chorych, choć jego złożoność i problemy metodyczne prób prowokacyjnych skutkują różnymi i dyskusyjnymi podziałami opartymi na patofizjologii [7, 8]. Wyniki uzyskane przez Autorów potwierdzają dotychczasowe spostrzeżenia na temat znaczenia zaburzeń obwodowego oporu naczyniowego w patogenezie omdleń wazowagalnych. Używając analizy wieloczynnikowej, spośród kilku ocenianych wartości zmian ciśnienia i całkowitego naczyniowego oporu obwodowego, wyodrębnili ten ostatni jako niezależny od innych wskaźnik predykcyjny. Średnia wartość spadku oporu – mniejsza od 10 dyn.s/cm⁸ – identyfikowała chorych obciążonych niewielkim ryzykiem wystąpienia omdlenia, co wg autorów *stwarza możliwość wcześniejszego przerwania badania bez konieczności kontynuacji jego części biernej i z prowokacją farmakologiczną*. Trudno jednak na obecnym etapie wiedzy uznać to stwierdzenie za wykładnik dla praktycznego zastosowania. Zgodziłbym się za to ze stwierdzeniem, że wcześniejsze zaobserwowanie charakterystycznych zmian, poprzedzających pełne omdlenie, pozwala w pełni udokumentować reakcje w jego trakcie, i co równie ważne, zwiększa bezpieczeństwo w tym momencie. Warto zwrócić uwagę na przyjętą przez autorów metodę, zmniejszającą wpływ zakłóceń związanych z oddychaniem na wyniki pomiarów, poprzez uśrednianie kolejnych 10-sekundowych odcinków zapisu czynności hemodynamicznej.

Pewnego komentarza wymaga zastosowanie prowokacyjnych testów farmakologicznych po podstawowej próbie nie zakończonej omdleniem. Ich stosowanie (najchętniej w naszych warunkach nitrogliceryny) zdaje się zwiększać odsetek wyników fałszywie dodatnich, szczególnie u osób starszych. Rodzi się pytanie, czy reakcja wywołana po podaniu nitrogliceryny rzeczywiście odpowiada sytuacji naturalnej, w której występuje omdlenie? Czy nie jest to wynik wygórowanej reakcji hemodynamicznej? Warto zauważyć, że w komentowanej pracy, w grupie z co najmniej dwoma incydentami utrat przytomności w okresie poprzedzających 6 miesięcy, dodatni wynik testu w warunkach podstawowych uzyskano tylko u 17% chorych, natomiast aż u 83% z tej grupy omdlenie wystąpiło po podaniu nitrogliceryny. Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy wieku między chorymi, u których reakcję wazowagalną wywołano podczas testu bez i po podaniu nitrogliceryny, ale była to grupa młodych osób.

prof. dr hab. med. Romuald Ochotny
I Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii
Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego
Poznań

Piśmiennictwo

1. Malraux A. Przemiana bogów. T. III: Ponadczasowe. KAW, Warszawa 1985.
2. Savage DD, Corwin L, McGee DL, et al. Epidemiologic features of isolated syncope: the Framingham Study. *Stroke* 1985; 16: 626-9.
3. Day SC, Cook EF, Funkenstein H, et al. Evaluation and outcome of emergency room patients with transient loss of consciousness. *Am J Med* 1982; 73: 15-23.
4. Croci F, Brignole M, Alboni P, et al. The application of a standardized strategy of evaluation in patients with syncope referred to three syncope units. *Europace* 2002; 4: 351-5.
5. Kapoor WN. Current evaluation and management of syncope. *Circulation* 2002; 106: 1606-9.
6. Brignole M, Menozzi C, Del Rosso A, et al. New classification of haemodynamics of vasovagal syncope: beyond the VASIS classification. Analysis of the pre-syncope phase of the tilt test without and with nitroglycerin challenge. Vasovagal Syncope International Study. *Europace* 2000; 2: 66-76.
7. Benditt DG, Ferguson DW, Grubb BP, et al. Tilt table testing for assessing syncope. American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 1996; 28: 263-75.
8. Brignole M, Alboni P, Benditt D, et al. Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001; 22: 1256-306.