

## ASPECTE CLINICE CARE DIFERENȚIAZĂ SINCOPA VASOVAGALĂ IZOLATĂ DE BOALA VASOVAGALĂ

C. PODOLEANU<sup>1</sup>, Michele BRIGNOLE<sup>2</sup>, Doina PODOLEANU<sup>1</sup>, Simona STOLNICU<sup>3</sup>,  
Gabriela BUCU<sup>4</sup>, Oana MĂRGINEAN<sup>5</sup>, C. MARGINEAN<sup>6</sup>, E. CARAȘCA<sup>1</sup>

1 -Clinica Medicala nr. 4, UMF Târgu Mureș, 2 - Arrhythmologic Centre, Department of Cardiology, Ospedali del Tigullio, Lavagna, Italia, 3 - Departamentul de Morfopatologie, UMF Târgu Mureș, 4 -Clinica Psihiatrie nr. 1, UMF Târgu Mureș, 5 -Clinica Pediatrie nr. 1, UMF Târgu Mureș, 6 -Clinica Ginecologie nr. 1, UMF Târgu Mureș

Sincopa vasovagală poate fi întâlnită ca o manifestare a unei disfuncții autonome tranzitorii la indivizi sănătoși, indiferent de vârstă, a căror reglare autonomă în afara episoadelor sincopale este normală, susceptibilitatea vasovagală fiind probabil prezentă la toți oamenii sănătoși.

Boala vasovagală, pe de altă parte, începe la o vârstă înaintată a pacienților. În boala vasovagală, în afara episoadelor sincopale reglarea autonomă este de obicei anormală.

Sincopa vasovagală izolată nu este o boală, mai degrabă, manifestarea clinică a unui reflex autonom la toți (sau aproape toți) indivizii. De ce anumiți subiecți se pare că sunt mai susceptibili decât alții să dezvolte hipotensiune paradoxală și bradicardie, și de ce evenimentele apar la un anumit moment și nu în altul, rămâne încă un subiect de dezbatere. Sincopile vasovagale izolate ar trebui să fie diferențiate de alte boli vasovagale, în care sincopa vasovagală apare ca o expresie a unui proces patologic în legătură cu o afectare generalizată a sistemului nervos autonom.

Sincopa vasovagală clasică (SVV) este declanșată de obicei de stres emoțional sau ortostatic și poate fi diagnosticată prin anamneza (1). Este diagnosticată când evenimente precipitante precum frica, durerea intensă, stresul emoțional, manevre invazive sau ortostatismul prelungit se asociază cu simptome prodromale tipice (1). Chiar dacă debutul SVV clasice este în general la o vârstă tânără aspectele anamnestice sunt extrem de variate. Anumiți pacienți au suferit numai un singur episod în decursul vieții, în timp ce alții au episoade frecvente. În cazul majorității pacienților, SVV clasică nu se asociază cu boli cardiovasculare, neurologice sau alte boli și de aceea SVV clasică constituie o manifestare izolată (SVV izolată). Sincopa vasovagală este benignă și foarte frecventă; deși estimările sunt dificil de făcut, este probabil că până la 50% din toți indivizii au suferit o pierdere de conștiință într-un anumit moment al vieții. Majoritatea acestora au avut doar unul sau puține episoade.

SVV izolată ar putea fi considerată un fenomen fiziologic din două motive principale:

1. Susceptibilitatea vasovagală este probabil prezentă la toate persoanele sănătoase

*Satu Mare – Studii și Comunicări Seria Științele Naturii*  
Vol VIII (2007) pp: 160 - 162

Dacă manifestările clinice, sincopile, apar la aproape jumătate din indivizi în cursul vieții, susceptibilitatea vasovagală este probabil prezentă la toate persoanele sănătoase încă din tinerețe. Aceasta ipoteză este sprijinită de câteva date (2):

- testul tilt este folosit pentru evaluarea susceptibilității individuale la SVV. Cu toate acestea, până la 50% din subiecții sănătoși asimptomatici prezintă un răspuns pozitiv la testul tilt când sunt folosiți agenți potențatori puternici. Adăugând acest procentaj la cel al pacienților cu sincopă, susceptibilitatea vasovagală poate fi evidențiată la aproximativ 75% din populația generală.
- socul hemoragic poate declanșa o situație similară cu SVV. Pierderea volemică cauzată prin hemoragie se manifestă prin hipotensiune și scăderea reînnoirii venoase, care poate duce la inhibiție simpatică inadecvată urmată de un răspuns consecutiv paradoxal caracterizat printr-o scădere în continuare a tensiunii arteriale, asociată cu bradicardie. Aceasta reacție vasovagală, care este probabil secundară unui trigger puternic, cum ar fi o scădere semnificativă a întoarcerii venoase, poate fi observată la subiecții fără istoric de sincopă.
- astronautii sunt selectați pe baza rezistenței mari la schimbările ortostatice și gravitaționale. În ciuda selecției, aproximativ 20% suferă presincopă iar unii chiar sincopă cu răspuns bradicardic în timpul ortostatismului în ziua aterizării după o scurtă perioadă de zbor în spațiu. Acesta a fost atribuit disfuncției tranzitorii a sistemului nervos central în integrarea aferențelor baroreflexe datorită faptului că în cursul imponderabilității sistemul nervos central nu primește informații transmise de la baroreceptori cu privire la poziția corpului.

2. Reglarea tensiunii arteriale în afara episoadelor sincopale este normală.

Subiecții cu SVV izolată sunt în general normotensivi și au reglarea tensiunii arteriale normală în afara episoadelor sincopale. În general, comportarea tensiunii arteriale în timpul primelor

minute a testului tilt care preced reacția vasovagală este similară la pacienții cu SVV și la subiecții de control fără istoric de sincopă. Contrar față de opinia generală, subiecții cu SVV nu au un tonus vagal permanent crescut. S-a presupus că mulți factori hormonal, precum serotonina, adrenalina, arginin vasopresina, beta-endorfinele, și adenoza ar avea un rol în declanșarea SVV. Totuși, un rol cauzal al acestor factori hormonal - și a funcției hormonale anormale – nu a fost demonstrată niciodată.

În concluzie, SVV izolată pare a nu fi o boală, mai degrabă este o manifestare clinică a predispoziției la un reflex autonom paradoxal la toți (sau aproape toți) indivizii. De ce anumiți subiecți par a fi mai susceptibili decât alții să dezvolte o hipotensiune paradoxală sau bradicardie, și de ce evenimentele apar la un anumit timp, rămâne încă dificil de precizat.

#### Boala vasovagală :

Clasificarea etiologiei sincopelor folosită de Societatea Europeană de Cardiologie include anumite forme de SVV non-clasică care sunt diagnosticate pe baza unor criterii clinice minore, excluzând alte cauze de sincopă (absența unei afecțiuni cardiace) și a răspunsului pozitiv la testul tilt. Exemple de SVV non-clasice includ episoade fără (sau cu minime) evenimente declanșatoare sau simptome prodromale.

1. Simptoamele de tip vasovagal încep la o vârstă înaintată a bolnavilor.

Este cunoscut faptul că manifestările clinice a SVV se schimbă semnificativ la pacienții vârstnici și că anamneza are o valoare limitată în stabilirea cauzei sincopelor la această categorie de pacienți (3).

În studiul EGSYS (4) vârsta debutului SVV la 190 de subiecți care au solicitat consultații de urgență fost de  $52 \pm 23$  de ani. Distribuția lor pe grupe de vârstă a arătat un vârf la vârsta de 20 de ani și unul la vârsta de 70 de ani.

În cazurile în care SVV a debutat la o vârstă înaintată, pierderea de conștientă nu poate fi considerată ca o manifestare izolată, deoarece este frecvent asociată nu doar cu o boală cardiovasculară sau neurologică, dar și cu alte tulburări disautonome, precum hiperreflexivitatea sinusului carotidian, hipotensiunea arterială post-prandială, hipotensiunea ortostatică progresivă și simptome de disfuncție autonomă (transpirații abundente, termoreglare anormală) (5,6). Boala vasovagală debutează la vârste înaintate și avansează de-a lungul timpului iar consecințele sunt frecvente (7), mai ales când simptomele prodromale lipsesc. În aceasta privință, o terapie specifică este frecvent necesară.

2. Reglarea tensiunii arteriale în afara episoadelor sincopale este frecvent anormală.

În afara asocierii frecvente cu hipertensiunea arterială, hipotensiunea ortostatică progresivă este deseori întâlnită la acești pacienți fiind în legătură cu deteriorarea legată de vârstă a vasoconstricției mediate baroreflex și a răspunsului cronotrop cardiac, precum și datorită deteriorării umplerii diastolice (8). Hipoperfuzia cerebrală cauzată de hipotensiune conduce la alterarea toleranței la ortostatism prelungit și a calității vieții în principal datorită amețelii, presincopelor, fatigabilității și palpitațiilor.

În concluzie, SVV cu debut la vârste înaintate se pare să fie expresia unei boli ale cărei aspecte clinice particulare, comparativ cu ale sincopelor vasovagale sunt sintetizate în tabelul 1.

**Tabelul 1.** Aspecte clinice ale sincopelor vasovagale izolate și ale bolii vasovagale

Sincopa vasovagală izolată	Boala vasovagală
Debut la vârsta tânără	Debut la vârsta înaintată
Survine frecvent la persoane sănătoase	Pacienții prezintă afecțiuni cardiovasculare sau neurologice asociate
Simptome tipice prodromale /declanșatoare (forma "clasică")	Fără simptome prodromale / triggeri atipici (forma "non-clasică")
Afectează aproximativ 50% din populația generală	Frecvent diagnosticată doar după un test tilt pozitiv
70% din populație e predispusă	Se suprapune cu sindromul sinusului carotidian
Agent potențator/ declanșator intens	Se suprapune cu sincopa situațională.
Fără substrat genetic	Se suprapune cu hipotensiunea ortostatică sau alte simptome disautonome
Fără disfuncții autonome sau hormonale	Risc înalt de traumatism fizic
Risc scăzut de traumatism fizic	Uneori se agravează de-a lungul timpului
Frecvent se remite spontan la vârste înaintate	Mecanism: hipotensiune / bradicardie
	Rata de răspuns pozitiv la testul tilt asemănătoare
	Rate de răspuns cardioinhibitor sau vasodepresor în timpul sincopelor spontane asemănătoare.

## Bibliografie

1. Brignole M, Alboni P, Benditt DG et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope – Update 2004. *Europace* 2004;6:467–537
2. Alboni P, Brignole M, Degli Uberti E. Is vasovagal syncope a disease? *Europace* 2007 (in press)
3. Del Rosso A, Alboni P, Brignole M et al. Relation of Clinical Presentation of Syncope to the Age of Patients. *Am J Cardiol* 2005;96:1431–1435
4. Brignole M, Menozzi C, Bartoletti A, et al. A new management of syncope. Prospective systematic guideline-based evaluation of patients referred urgently to general hospitals. *Eur Heart J* 2006; 27: 76-82
5. Brignole M, Menozzi C, Gianfranchi L, et al. Carotid sinus massage, eyeball compression and head-up tilt test in patients with syncope of uncertain origin and in healthy control subjects. *Am Heart J* 1991;122:1644–51
6. McIntosh SJ, Lawson J, Kenny RA. Clinical characteristics of vasodepressor, cardioinhibitory and mixed caortid sinus syndrome in the elderly. *Am J Med* 1993;95:203–8
7. Brignole M, Sutton R, Menozzi C et al. Early application of an implantable loop recorder allows effective specific therapy in patients with recurrent suspected neurally mediated syncope. *Eur Heart J* 2006; 27, 1085–1092
8. Podoleanu C, Maggi R, Brignole M, et al. Lower limb and abdominal compression bandages prevent progressive orthostatic hypotension in the elderly. A randomized placebo-controlled study. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 1425-32