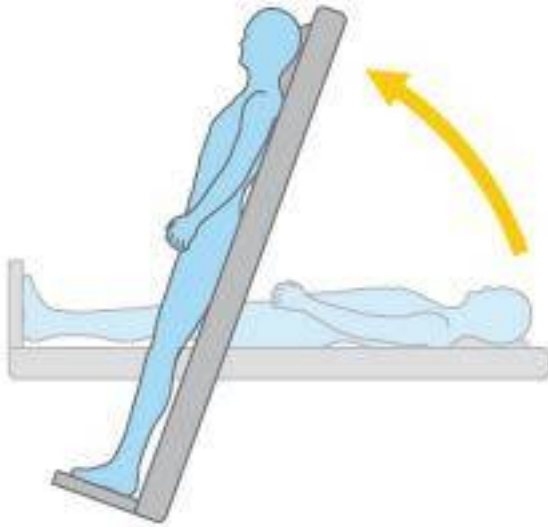


Δοκιμασία ανάκλισης (Tilt test)



Η δοκιμασία ανάκλισης ή tilt test, είναι μια εξέταση που και αυτή γίνεται σε περιβάλλον κλινικής όπου υπάρχουν όλα τα μέσα και προϋποθέσεις για την σωστή αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών, που ωστόσο είναι εξαιρετικά σπάνιες. Ο κύριος λόγος που κάνουμε την δοκιμασία ανάκλισης είναι όταν κάποιος από τους ασθενείς μας αναφέρει ότι λιποθυμεί ξαφνικά. Τις περισσότερες φορές πριν την λιποθυμία οι ασθενείς αναφέρουν συμπτώματα όπως ζάλη, εφίδρωση και ναυτία που προηγούνται από την λιποθυμία (ζάλη ή blackout). Ο στόχος της εξέτασης είναι να αναπαραχθούν οι συνθήκες της λιποθυμίας (συγκοπής) και να προκληθούν τα συμπτώματα του ασθενή. Η εξέταση γίνεται με τον ασθενή ξαπλωμένο σε ένα ειδικό κρεβάτι το οποίο έχει την δυνατότητα να παίρνει κλίση συνήθως έως 60 μοίρες και κατάλληλα δεμένο με ιμάντες έτσι ώστε εάν υπάρξει λιποθυμία ο ασθενής να μην χτυπήσει. Η εξέταση γίνεται παρουσία ενός Καρδιολόγου και ενός νοσηλευτή, με συνεχή καταγραφή του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης του ασθενή. Σε περίπτωση που εμφανιστούν είτε λιποθυμία είτε τα ίδια ή παρόμοια συμπτώματα με εκείνα τα οποία έχει περιγράψει ο ασθενής, καθίσταται δυνατή η εξακρίβωση της αιτίας της συγκοπής και μπαίνει η οριστική διάγνωση. Πρόκειται για μια πολύ σημαντική εξέταση η οποία πρέπει να γίνεται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, με συγκεκριμένο τρόπο και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό. (Σχετικό Video)

2. ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΝΑΚΛΗΣΗΣ (TILT TEST)

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:

- Ανεξήγητο συγκοπτικό επεισόδιο σε συνθήκες υψηλού κινδύνου (π.χ. υψηλή πιθανότητα τραυματισμού ή πιθανότητα

επαγγελματικού λάθους).

- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια απουσία οργανικής καρδιακής νόσου ή σε ασθενείς με οργανική καρδιακή νόσο αφού τα καρδιολογικά αίτια συγκοπής έχουν αποκλειστεί.
- Όταν υπάρχει κλινική σημασία στη διαπίστωση της ευαισθησίας του ασθενούς σε συγκοπτικό επεισόδιο που μπορεί να οφείλεται στο αυτόνομο ΝΣ.
- Όταν η κατανόηση του αιμοδυναμικού τύπου του συγκοπτικού επεισοδίου μπορεί να αλλάξει την θεραπευτική αντιμετώπιση.
- Για διαφοροδιάγνωση της συγκοπής με σπασμούς από επιληπτική κρίση.
- Για την εκτίμηση ασθενών με επαναλαμβανόμενες πτώσεις.
- Για έλεγχο επαναλαμβανόμενων προσυγκοπτικών επεισοδίων ή ζάλης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:

- Ύπτια θέση σε ειδικά ανακλινόμενη τράπεζα για τουλάχιστον 5 min χωρίς να έχει πραγματοποιηθεί φλεβοκέντηση και τουλάχιστον 20 min μετά την φλεβοκέντηση.
 - Η ανακλινόμενη τράπεζα σε γωνία ανάκλισης στις 60° – 70° για 20 min τουλάχιστον.
 - Χρήση είτε ενδοφλέβια ισοπρεναλίνης / ισοπροτερενόλης ή υπογλωσσίως νιτρογλυκερίνης για τη φαρμακευτική πρόκληση επεισοδίου αν η μη φαρμακευτική φάση είναι αρνητική. Η φάση αυτή έχει διάρκεια 15-20 min.
 - Για την ισοπροτερενόλη υπάρχει μία φάση αυξανόμενης έγχυσης από 1 μg έως 3 μg με σκοπό την αύξηση του καρδιακού ρυθμού περίπου κατά 20 – 25 % του μέσου ρυθμού, χωρίς να επιστρέφει ο ασθενής σε στάση ανάκλισης.
 - Για την νιτρογλυκερίνη μία εφ-άπαξ δόση των 400 μg σε σπρέι υπογλωσσίως χορηγείται στη όρθια θέση.
 - Η δοκιμασία θεωρείται θετική εάν υπάρξει συγκοπτικό επεισόδιο.
 - Διάσταση απόψεων υπάρχει σε περίπτωση που προκληθεί προσυγκοπτικό επεισόδιο
- Σε ασθενείς χωρίς πάθηση των καρδιακών δομών, η δοκιμασία ανάκλισης θεωρείται διαγνωστική, όταν είναι θετική, και δεν χρειάζεται περαιτέρω έλεγχος.
- Σε ασθενείς με δομική καρδιακή νόσο, τα καρδιολογικά αίτια

συγκοπής πρέπει να αποκλειστούν προτού τεθεί ως αίτιο του συγκοπτικού επεισοδίου, το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Η κλινική σημασία παθολογικών ευρημάτων άλλων από την πρόκληση συγκοπτικού επεισοδίου, είναι ασαφής.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΝΑΚΛΗΣΗΣ

1. ΤΥΠΟΣ ΜΙΚΤΟΣ: ο καρδιακός ρυθμός μειώνεται την ώρα του συγκοπτικού επεισοδίου αλλά η κοιλιακή συχνότητα δεν πέφτει < 40 bpm. Η ΑΠ μειώνεται πριν συμβεί η μείωση του καρδιακού ρυθμού.

2. ΤΥΠΟΣ ΚΑΡΔΙΟ-ΑΝΑ-ΣΤΟ-ΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΣΥΣΤΟΛΙΑ: ο ρυθμός μειώνεται με κοιλιακή συχνότητα < 40 bpm για >10 sec αλλά ασυστολία > 3 sec δεν συμβαίνει.

3. ΤΥΠΟΣ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑ-ΣΤΟ-ΛΗ ΜΕ ΑΣΥΣΤΟΛΙΑ: ασυστολία >3 sec.

4. ΤΥΠΟΣ ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΟΣ: ο ρυθμός δεν πέφτει >10% από το μέγιστο της δοκιμασίας, την ώρα του επεισοδίου, αλλά κατακρημνίζεται μόνο η Α.Π.

3. ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

- Ενδονοσοκομειακή παρακολούθηση (επί κλίνης ή τηλεμετρικά) απαιτείται όταν ο ασθενής έχει σοβαρή καρδιακή νόσο και είναι υψηλού κινδύνου για εμφάνιση απειλητικών για τη ζωή αρρυθμιών.

- Το Holter ρυθμού έχει ένδειξη σε ασθενείς με κλινικά ή ΗΚΓ ευρήματα που οδηγούν προς την διάγνωση συγκοπτικού επεισοδίου λόγω αρρυθμίας.

- Το εμφυτεύσιμο Holter έχει ένδειξη όταν:

A) Ο μηχανισμός του συγκοπτικού επεισοδίου παραμένει άγνωστος ακόμα και μετά τον πλήρη έλεγχο και τα κλινικά ή ηλεκτροκαρδιογραφικά κριτήρια δείχνουν ότι το συγκοπτικό επεισόδιο είναι αρρυθμιολογικής προέλευσης.

B) Όταν υπάρχουν συγκοπτικά επεισόδια με τραυματισμό.

- Εξωτερικός καταγραφέας μακράς χρονικής περιόδου αρρυθμιολογικών συμβαμάτων (external loop recorder) ενδείκνυται σε ασθενείς με κλινικά ή ΗΚΓ γραφικά κριτήρια συγκοπτικού επεισοδίου και περίοδο μεταξύ των επεισοδίων \leq

4 εβδομάδων.

Η ΗΚΓραφική καταγραφή πιθανώς να μην είναι χρήσιμη σε ασθενείς χωρίς κλινικά ή ηλεκτροκαρδιογραφικά κριτήρια ενδεικτικά συγκοπτικού επεισοδίου αρρυθμιολογικής αιτιολογίας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

1. Η ΗΚΓραφική παρακολούθηση είναι διαγνωστική όταν διαπιστώνεται συσχετισμός μεταξύ συγκοπής και ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων (βράδυ-τάχυ αρρυθμία).
2. Η ΗΚΓραφική παρακολούθηση αποκλείει την αρρυθμιολογική αιτία συγκοπτικού επεισοδίου όταν δεν υπάρχει συσχετισμός μεταξύ συγκοπτικού επεισοδίου και διαταραχών του ρυθμού.

Η εμφάνιση προσυγκοπτικών επεισοδίων δεν επιβεβαιώνουν την διάγνωση για αυτό η θεραπεία δεν πρέπει να καθοδηγείται από προσυγκοπτικά ευρήματα.