

ΛΙΠΟΘΥΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Κυριακή Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου, Ανδρέας Γιαννόπουλος

Ως συγκοπή ή λιποθυμία χαρακτηρίζεται η αιφνίδια βραχείας διάρκειας απώλεια συνείδησης και του μυϊκού τόνου, η οποία ακολουθείται από αυτόματη ανάνηψη. Οφείλεται σε οξεία έλλειψη οξυγόνου και γλυκόζης από τα εγκεφαλικά κύτταρα. Η επίπτωσή της στον παιδιατρικό πληθυσμό εκτιμάται σε ποσοστό 0,1% έως 0,5%.

Τα αίτια των λιποθυμικών επεισοδίων μπορεί να διακριθούν σε εξωκαρδιακά και καρδιακά αίτια (Πίνακας 1).

Η συχνότερη αιτία λιποθυμικού επεισοδίου είναι η **νευροκαρδιογενής συγκοπή ή κοινή λιποθυμία**. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η παρατεταμένη ορθοστασία ιδίως σε θερμό περιβάλλον, η νηστεία, αϋπνία, εμπύρετα νοσήματα, φόβος ή πόνος από αιμοληψία, μεγάλη απώλεια βάρους, αναιμία. Μπορεί να υπάρχουν πρόδρομα συμπτώματα βραχείας διάρκειας (αδυναμία, ζάλη, διαταραχές όρασης, ωχρότητα) και ακολουθεί απώλεια συνείδησης. Ο ασθενής είναι χαλαρός με ωχρο και υγρό δέρμα, μυδρίαση, βραδύ σφυγμό και υπόταση.

Δύο άλλες συχνές καταστάσεις στη μικρή παιδική ηλικία είναι οι **κυανωτικές κρίσεις κατακράτησης της αναπνοής** (διακοπή της αναπνοής σε εκπνευστική φάση μετά από έντονο κλάμα) και οι **ωχρές κρίσεις κατακράτησης της αναπνοής** (καρδιακή παύση λόγω διέγερσης του παρασυμπαθητικού από κάποιο δυσάρεστο ερέθισμα).

Η **διάκριση συγκοπικού επεισοδίου από τους σπασμούς** δεν είναι πάντα εύκολη. Υπέρ των σπασμών είναι η παρουσία αφρών στο στόμα, το δάγκωμα της γλώσσας, η απώλεια ούρων ή κοπράνων, διάρκεια μεγαλύτερη των πέντε λεπτών, η μετακριτική υπνηλία και η ύπαρξη εστιακών νευρολογικών ευρημάτων.

Στοιχεία τα οποία θα στρέψουν την προσοχή μας προς το κυκλοφορικό σύστημα: από το κληρονομικό ιστορικό είναι ο αιφνίδιος θάνατος νεαρού συγγενικού προσώπου (ηλικίας <30 ετών), ενώ από το ατομικό ιστορικό είναι η ύπαρξη γνωστού καρδιακού προβλήματος, η παρουσία οργανικού φυσήματος στην ακρόαση της καρδιάς, η αίσθηση προκάρδιων παλμών πριν από το επεισόδιο, η παρουσία κυάνωσης, ή δύσπνοιας, η πολύ μικρή διάρκεια του επεισοδίου (<5 δευτερόλεπτα) ή η πλήρης απουσία της πρόδρομης φάσης και οπωσδήποτε η **εμφάνιση του επεισοδίου κατά την άσκηση ή αμέσως μετά από αυτήν** (απαιτείται αποκλεισμός σοβαρών παθήσεων καρδιακής αιτιολογίας: πχ υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, συγγενής ανωμαλία των στεφανιαίων ή σοβαρές αρρυθμίες όπως η κατεχολαμινεργική πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία).

Για τη **διάγνωση** των λιποθυμικών επεισοδίων είναι απαραίτητη η λήψη πολύ λεπτομερούς ιστορικού και η λεπτομερής κλινική εξέταση. Στο κληρονομικό ιστορικό πρέπει να αναζητηθεί η ύπαρξη ανακοπής ή αιφνίδιου θανάτου σε νεαρή ηλικία (<30 ετών) σε άλλα μέλη της οικογένειας, ή η παρουσία κληρονομικών καρδιακών νοσημάτων (πχ υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, σύνδρομο μακρού QT). Επίσης σε αρκετά άτομα με νευροκαρδιογενή συγκοπή υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό. Κατά τη λεπτομερή κλινική εξέταση θα πρέπει επιπλέον να μετράται η αρτηριακή πίεση σε ύπτια και όρθια θέση (για αποκλεισμό της ορθοστατικής υπότασης). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής και της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρίας η μόνη απαραίτητη εργαστηριακή εξέταση είναι το ΗΚΓ (για αποκλεισμό του μακρού QT, του συνδρόμου Wolff-Parkinson-White, του κολποκοιλιακού αποκλεισμού). Περαιτέρω εργαστηριακές εξετάσεις γίνονται ανάλογα με την πιθανολογούμενη αιτία: ΗΕΓ σε υποψία επιληπτικού επεισοδίου, υπερηχοκαρδιογράφημα σε υποψία καρδιακού νοσήματος. Το

υπερηχοκαρδιογράφημα δεν είναι αναγκαίο σε απλό λιποθυμικό επεισόδιο ή επιληπτική κρίση. Μία ακόμη εξέταση που πρέπει να γίνεται άμεσα κατά τη διάρκεια των σπασμών είναι η μέτρηση της γλυκόζης του αίματος για αποκλεισμό της υπογλυκαιμίας.

Όταν από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και το ΗΚΓ προκύπτουν στοιχεία για πιθανή καρδιακή προέλευση των επεισοδίων, τότε ο ασθενής πρέπει να παραπέμπεται σε παιδοκαρδιολόγο για περαιτέρω έλεγχο.

Συμπερασματικά, τα λιποθυμικά επεισόδια είναι ένα συχνό πρόβλημα στην παιδική και εφηβική ηλικία. Συνήθως οφείλονται σε καλοήθειες καταστάσεις, εκ των οποίων συχνότερη είναι η νευροκαρδιογενής συγκοπή ή κοινή λιποθυμία. Η διάκριση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων καταστάσεων γίνεται κυρίως με το ιστορικό, την κλινική εξέταση και το ΗΚΓ.

Πίνακας 1: Αίτια λιποθυμικών επεισοδίων

ΕΞΩΚΑΡΔΙΑΚΑ ΑΙΤΙΑ	ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΑΙΤΙΑ
Νευρολογικά αίτια -Σπασμοί -Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια -Όγκοι εγκεφάλου -Δχ ύπνου (ναρκοληψία, καταπληξία)	Διαταραχή αυτόνομου (neurally-mediated syncope) -Νευροκαρδιογενής συγκοπή (κοινή λιποθυμία) -Κυανωτικές κρίσεις κατακράτησης αναπνοής -Ωχρές κρίσεις κατακράτησης της αναπνοής -Κακοήθης παρασυμπαθητικοτονία -Περιστασιακή συγκοπή (μετά από ούρηση αφόδευση, βήχα, φτάρνισμα) -Υπερευαισθησία του καρωτιδικού κόλπου (συγκοπή σφικτού κολάρου) Ορθοστατική υπόταση.
Μεταβολικά αίτια -Υπογλυκαιμία -ΥπερCa, υποCa	Αποφρακτικές παθήσεις της καρδιάς -Σοβαρή στένωση αορτής ή πνευμονικής αρτηρίας - Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια - Πνευμονική υπέρταση
Ενδοκρινολογικά αίτια -Θυρεοτοξίκωση -Οξεία φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια	Παθήσεις που προκαλούν μυοκαρδιακή δυσλειτουργία -Διατακτική μυοκαρδιοπάθεια -Μυοκαρδίτιδα -Αρρυθμογόνος δυσπλασία της δεξιάς κοιλίας -Συγγενείς ή επίκτητες ανωμαλίες των στεφανιαίων (v. Kawasaki) -Πρόπτωση μιτροειδούς

<p>Ψυχολογικά αίτια -Αντιδράσεις μετατροπής -Κρίσεις πανικού</p>	<p>Δυσρρυθμίες -Ταχυαρρυθμία (υπερκοιλιακή, κοιλιακή ταχυκαρδία) -Ταχυκαρδία σε σύνδρομο WPW, μακρού QT, Brugada, ή κατεχολαμινεργική πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία -Σοβαρή βραδυκαρδία (από φάρμακα, τραύμα ΚΝΣ, νευρική ανορεξία) ή σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου (συνήθως μετεγχειρητικά)</p>
	<p>Κολποκοιλιακός αποκλεισμός 2^{ου} και κυρίως 3^{ου} βαθμού</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εισαγωγή στην Παιδοκαρδιολογία (e-book): Γερμανάκης Ι, Βλάχος Α, Γιαννόπουλος Α, Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου Κ. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα: <http://repository.kallipos.gr>
2. Anderson JB, Willis M, Lancaster H, Leonard K, Thomas C. The Evaluation and Management of Pediatric Syncope. *Pediatr Neurol* 2015; pii: S0887-8994(15)30080-1. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2015.10.018. [Epub ahead of print].
3. Brignole M, Alboni P, 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, 25:2054-72.
4. Strickberger, S. Adam, et al. "AHA/ACCF scientific statement on the evaluation of syncope: from the American Heart Association councils on clinical cardiology, cardiovascular nursing, cardiovascular disease in the young, and stroke, and the quality of care and outcomes research interdisciplinary working group; and the American College of Cardiology Foundation in collaboration with the Heart Rhythm Society." *J Am Col Cardiol* 2006, 47: 473-484.
5. Tanaka, Hidetaka, et al. Japanese clinical guidelines for juvenile orthostatic dysregulation version 1. *Pediatr Int* 2009; 51:169-179. doi: 10.1111/j.1442-200X.2008.02783.x
6. Di Maria MV, Boris JR, Vetter VL. Normal Cardiac Physiology and the Cardiac Exam. In *Pediatric Practice Cardiology*. Eds. Gleason M, Rychik J, Shaddy M. McGraw Hill Professional, 2012:265-288. ISBN: 978-0-07-176320-2.
7. Moya A, Sutton R, Ammirati F, et al. Guidelines for diagnosis and management of syncope (version 2009). Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope; European Society of Cardiology (ESC); European Heart Rhythm Association (EHRA); Heart Failure Association (HFA); Heart Rhythm Society (HRS), *Eur Heart J* 2009; 30: 2631-2671.