

## **1. Ziel**

Risikostratifizierung – ambulant oder stationär?

## **2. Definition**

Vorübergehender Bewusstseinsverlust im Rahmen einer generalisierten cerebralen Hypoperfusion und zügiges Erwachen nach maximal 1-3 Minuten (meist aber nur Sekunden) ohne medizinische Intervention. Die Definition der Synkope ist übrigens je nach Fachdisziplin sehr unterschiedlich, siehe Literatur.

## **3. Fragen zu Beginn der Evaluation:**

- War es wirklich eine Synkope? (DD Grand Mal, Pseudo-Synkope, ...)
- Was ist die Ätiologie?
- Wie ist das Risiko für kardiogene Zwischenfälle?

## **4. Folgende 4 Frageblöcke müssen geklärt werden**

Was genau war **vor** der Synkope? (z.B. warmer Ort, langes Stehen, emotionaler Stress, Sitzen oder Stehen oder Aufstehen, Bewegung, Husten, Toilettengang, Nackenbewegung, ...)

Wie genau verlief die Phase **während** der Bewusstlosigkeit? Dies ist eine Frage an die Zeugen (z.B. zusammengesunken, Initialschrei, Dauer, Bewegungen, ...)

Wie verlief die Phase **nach** der Bewusstlosigkeit? (z.B. Reorientierung, Schläfrigkeit, neurologische Auffälligkeiten, ...)

Wie ist die (Familien-) Anamnese? (z.B. plötzlicher Herztod, Herzerkrankungen, Synkopen in der Vorgeschichte, neurologische Erkrankungen, Medikamente, ...)

## **5. Untersuchungsblock:**

- Körperliche Untersuchung
- 12-Kanal-EKG
- RR-Messung
- Ggf. Hb-Messung (das ist je nach Literatur unterschiedlich) und E<sup>-</sup>lyte
- Schellong-Test (RR-Abfall nicht mehr als 20mmHg syst. oder 10mmHg diast. oder nicht unter 90mmHg syst)

### **Weitere Untersuchungen, z.B.**

- Echo bei V.a. Herzerkrankung
- Carotissinus-Massage bei Patienten über 40 Jahre, sofern keine TIA oder Schlaganfall in den letzten 3 Monaten bekannt ist oder Geräusche zu auskultieren sind
- Monitoring bei V.a. Arrhythmie, wobei dem Loop-Recorder nun eine höhere Wertigkeit zugesprochen wurde als in den letzten Guidelines

verantwortlich: Dr. C. Hohenstein

- Neuro-Konsil bei V.a. keine Synkope (ein Neuro-Konsil ist sonst nicht indiziert!) – eine TIA ist meist keine Ursache einer Synkope, sonst müssten alle Gefäße des vorderen und hinteren Stromgebietes gleichzeitig thrombosieren und gleichzeitig wieder eröffnen – theoretisch möglich ist eine TIA im Basilarisgebiet mit kurzfristiger Minderperfusion der Formatio reticularis – allerdings ist dann eine Begleitneurologie mit Dysarthrie, Doppelbildern, Schwindel sehr wahrscheinlich
- Psychiatrie-Konsil bei V.a. Pseudosynkope

## **6. An die Rule of 15 denken**

15% der Myokardinfarkte äußern sich durch Synkope (daher Troponin)

15% der Lungenembolien äußern sich durch Synkope (daher D-Dimer)

15% der Aortendissektionen äußern sich durch Synkope (daher D-Dimer)

15% der Aortenrupturen äußern sich durch Synkope (daher D-Dimer, ggf. Sono Abdomen)

15% der extrauterinen Graviditäten äußern sich durch Synkope (daher Beta-HCG)

*(Quelle: Persönliches Gespräch CA Dr. Peter Rupp, Bern)*

## **7. Hinreichende Diagnosesicherheit**

für

- vasovagale Synkope bei vorausgegangenem emotionalen Stress oder Schmerz, auch orthostatischem Stress
- Situationssynkope bei den typischen Triggern (Husten, Defäkation, ...)
- orthostatische Synkope bei Auftreten nach dem Aufstehen und dokumentierter pathologischer Orthostasereaktion
- arrhythmogene Synkope bei Sinusbradykardie <40/min, Mobitz II oder AV III, wechselnder Schenkelblock, VT oder schnelle SVT, ICD-Malfunktion mit Pausen, Episoden von VT
- kardiale ischämiebedingte Synkope bei entsprechendem EKG
- kardiovaskuläre Synkope bei ALE, Dissektion, AOK-Stenose, ... - auch jegliche Form von relativer und/oder absoluter Hypovolämie

## **8. Wahrscheinliche Diagnosesicherheit**

für

- Orthostatische Synkope
- Neurovegetative Synkope
- Kardiale Synkope

→ Entscheidend ist, dass nur die kardiale Synkope die Hochrisikosynkope darstellt, die eine stationäre Aufnahme erfordert – oder wenn eine der unten angeführten Diagnosen zutrifft.

## **9. Eine unmittelbare weitere Abklärung bedarf es bei Synkopen mit hohem Risiko, dies ist:**

- Schwere strukturelle oder koronare Herzerkrankung (Zeichen der [Herzinsuffizienz](#), deutlich reduzierte Linksventrikelfunktion (EF<40%), Z.n. Myokardinfarkt)
- Auftreten im Liegen oder bei körperlicher Belastung
- Palpitationen unmittelbar vor Synkope
- Familienanamnese positiv für SCD
- Bifaszikulärer Block (LSB oder RSB+LAHB/LPHB) oder intraventrikuläre Leitungsstörung mit QRS  $\geq 120$ ms
- Inadäquate Sinusbradykardie <50/min
- Nicht anhaltende VT
- Präexzitation
- Verkürzte oder verlängerte QT-Dauer
- Hinweise auf Brugada oder ARVD
- Schwere Anämie
- Schwere Elektrolytverschiebung
- Schwerere Verletzung

Bei der Risikostratifizierung gibt es High-Risk und Low Risk. Eine einmalig aufgetretene Low-Risk-Synkope bedarf keiner weiteren Abklärung. Bei rezidivierenden Low-Risk-Synkopen sollte eine weitere Abklärung erfolgen – kann aber auch ambulant erfolgen.

Quelle: Leitlinien der ESC 2009 ([www.escardio.org](http://www.escardio.org))

## Synkope/ Beinahebewusstlosigkeit - Strukturierter Anamnesebogen

Ziel ist es, die Anamnese zu unterstützen und dadurch zu vereinfachen.

Dauer der Bewusstlosigkeit in Sekunden    Dauer unbekannt    \_\_\_\_\_ sec.

|   | ja                                | nein |
|---|-----------------------------------|------|
| <b>Charakteristika der Synkope/ Beinahesynkope</b>                    |                                   |      |
| Zeugen bei Bewusstlosigkeit anwesend                                  |                                   |      |
| Bewusstlosigkeit beim Aufstehen (=Orthostase)                         |                                   |      |
| Bewusstlosigkeit im Stehen  |                                   |      |
| Vorausgehende Symptome (=Prodromi/Aura - kurz erläutern)              |                                   |      |
| Verzögertes Erwachen aus Bewusstlosigkeit                             |                                   |      |
| Bei körperlicher Belastung (z.B. Sport, Treppensteigen etc.)          |                                   |      |
| Palpitationen (verspüren schneller Herzschläge, Herzklopfens etc.)    |                                   |      |
| Vorausgehender Schweißausbruch (Diaphoresis)                          |                                   |      |
| Begleitender Urin- oder Stuhlabgang (Inkontinenz), oder Zungenbiss    |                                   |      |
| Erbrechen   |                                   |      |
| vagale Symptome (z.B. Mundtrockenheit, Harnverhalt, etc.)             |                                   |      |
| Bauchschmerzen  |                                   |      |
| Rückenschmerzen   |                                   |      |
| Kopfschmerzen   |                                   |      |
| Thoraxschmerzen   | eher typische oder atypische A.p. |      |
| <b>Medizinische Vorgeschichte</b>                                     |                                   |      |
| Familienanamnese für plötzlichen Herztod                              |                                   |      |
| Evidenz für oder bekannte koronare Herzerkrankung                     |                                   |      |
| Früherer Herzinfarkt  |                                   |      |
| Bekannte Herzschwäche (Herzinsuffizienz)                              |                                   |      |
| Bekannte mittelgradige oder schwere Herzklappenfehler                 |                                   |      |
| Bekannte Rhythmusstörungen (Brady- oder Tachykardien)                 |                                   |      |
| St. nach Schrittmacherimplantation                                    |                                   |      |
| St. nach Defi-Implantation  |                                   |      |
| Bekannter Bluthochdruck (Hypertonie definiert nach WHO)               |                                   |      |
| Diabetes mellitus (diätetisch o. medikamentös behandelt)              |                                   |      |
| Frühere Synkope   |                                   |      |
| Wann war die letzte Synkope (Angabe Jahr, Monat, wenn mgl.)           |                                   |      |
| St. Schlaganfall oder Hirnblutung                                     |                                   |      |
| Bekannte Epilepsie  |                                   |      |
| Evidenz für oder bekannte periphere Verschlusskrankheit               |                                   |      |
| Bekannte psychiatrische Erkrankung                                    |                                   |      |
| <b>Medikation bei aktuellem Ereignis (=Medikamentenanamnese)</b>      |                                   |      |
| Diuretika   |                                   |      |
| Nitrate (einschliesslich Corvaton)                                    |                                   |      |
| Beta-Blocker  |                                   |      |
| Alpha-Blocker   |                                   |      |
| Antiarrhythmika (ohne Betablocker)                                    |                                   |      |
| Kalzium-Kanalblocker  |                                   |      |
| Angiotensin-Konvertier-Enzym Hemmer bzw. Angiotensin Rezeptor Blocker |                                   |      |
| Psychopharmaka/Sedativa   |                                   |      |
| Viagra, Levitra, Cialis oder vergleichbare Medikamente                |                                   |      |

verantwortlich: Dr. C. Hohenstein