

---

**Differentialdiagnose**

# **Synkope**

**Prof. Frank R. Heinzel**

Städtisches Klinikum Dresden



---

Die Synkope ist ein  
vorübergehender selbstlimitierender kurzzeitiger  
Bewusstseinsverlust

durch eine  
transiente **globale Minderdurchblutung** des Gehirns  
mit spontaner, rascher und kompletter Erholung.

# Differentialdiagnose Bewußtseinsstörung

---

## **Bewußtseinsstörungen anderer Ursache**

„transient loss of consciousness“ (TLOC)

epileptischer Anfall

metabolische Störungen

Hypoglykämie, Hypoxie, Hyperventilation

TIA (vertebrobasilär)

Basilarismigräne (Migraine accompagnée)

transitorische globale Amnesien

psychiatrische Erkrankungen (Katalepsie, Somatisierung)

---

***Bewußtlosigkeit !***



Präsynkope



Synkope



Schwindel

---

# Synkopen

- ca. jeder dritte Mensch davon betroffen

*Am J Cardiol 2003;91:1006-8.*

- 15% aller Kinder (< 18 J.)
- 2 Altersgipfel: 15 – 25 Jahre, > 65 Jahre
- 3 – 6% aller Notaufnahmepatienten
- ~35% werden stationär aufgenommen

---

**Synkopen haben einen großen**

**Einfluss auf den täglichen Lebensalltag des Patienten:**

**Sie führen**

- bei bis zu **76%** der Patienten zu veränderten ***Lebensgewohnheiten***
- bei bis zu **73%** der Patienten zu ***Depression und Angst***
- bei bis zu **64%** der Patienten zu ***verändertem Fahrverhalten***
- bei bis zu **39%** der Patienten zu ***veränderter beruflicher Situation***

# Klassifikation

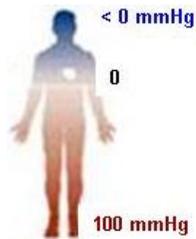
Risiko

niedrig

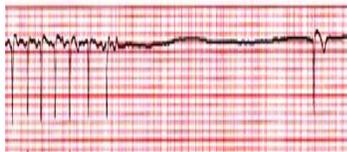


## Reflexsynkope

je nach Auslöser: vasovagal, situativ, Carotis-Sinus-assoz.



## orthostatische Synkope



## kardiovaskuläre Synkopen

### rhythmogen

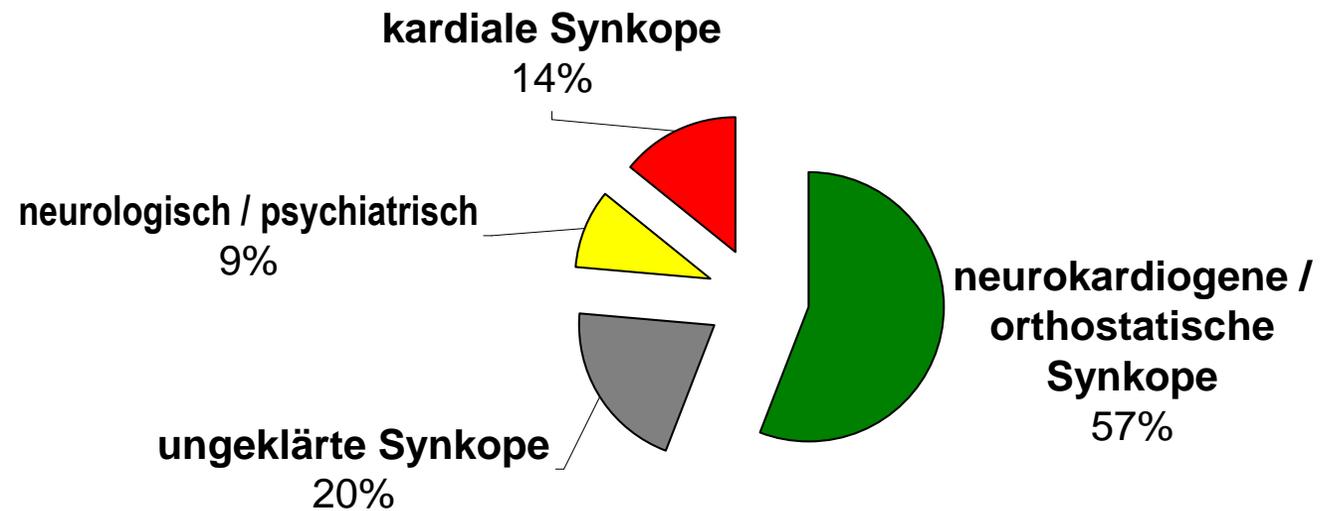
Bradykardie/Pause: Sick Sinus, AV-Block

Tachykardie: supraventrikulär, ventrikulär

### strukturell kardiovaskulär



## Ursachen eines kurzzeitigen Bewußtseinsverlusts



*n= 1640, 4 Studien, 2000-2002. Europace 2004;6:467*

# Basisdiagnostik der Synkope

---

1. Anamnese
2. körperliche Untersuchung
3. Ruhe-EKG
4. Schellong Test

# Basisdiagnostik: Anamnese

## Was ist passiert ?

Wirklich bewußtlos ? Wie lange (>5 Minuten ?)

untypisch für Synkope

## Was war unmittelbar vorher ?

### Aktivität :

VVS

orthostat.

Management/Prognose

im Sitzen/Stehen/Liegen, kurz nach Aufstehen

in Ruhe / bei Belastung / in einer gefährlichen Situation (Autofahren)

während Schlucken, Husten, Defäkation oder nach dem Urinieren

### Auslöser :

kardial

situativ

kalte oder warme Plätze, starke Angst/Schmerz, postprandial, langes Stehen

Kopfbewegung

VVS

### Prodromi :

CS-assoz.

rhythmogen

Übelkeit, Erbrechen, Kältegefühl, Schwitzen, Schwindel, Palpitationen,  
Luftnot, Hautfarbe (blaß). Schmerzen (Brust oder Bauch)

kardial (Ischämie)

# Basisdiagnostik: Anamnese

## Was war währenddessen (Fremdanamnese) ?

wie gefallen ? „wie ein Stein“ oder „langsam zusammengesackt“

Krämpfe: tonisch-klonisch (schon vor dem Sturz) ? Wie lange ?

Inkontinenz, Zungenbiss

Epilepsie

~ Prodromi

Hypoxie-bedingte  
Krämpfe < 15 Sek.

## Was war danach ?

Verletzungen ?

Management

lange (> 5 min) verwirrt, Muskelschmerzen

nach Krampf / Epilepsie

Brustschmerzen

TIA ?

Übelkeit, Kaltschweißigkeit

VVS

# Basisdiagnostik: Anamnese

## Vorgeschichte

- erste Synkope (schon seit langem Synkopen ?) ? Häufigkeit ?  
    > 4 Jahre zwischen 1. und letzter   
    ⇒ kardial unwahrsch.
- Infektanamnese (Flüssigkeitsverlust) ? Änderungen in der Medikation ?  
      
    Dehydrat. (orthostat.)
- Herzerkrankung wahrscheinlich/bekannt ?  
    ja: 95% Sensitivität und 45% Spezifität für **kardiogene Synkope**  
    nein: 97% **nicht-kardiogene Synkope**

*kardiovaskuläre Risikofaktoren !*

- Familienanamnese : plötzlicher Herztod, Synkopen,  
    „gefährliche Herzrhythmusst.“

Alboni et al. (2001). JACC;37:1921-8  
n= 345 (syncope unit)

# Basisdiagnostik

## kardiale Synkope – anamnestische Hinweise

---

- höheres **Alter** (> 60 J.), männlich
- bekannte ischämische/strukt. **Herzerkrankung**
- bekannte **Arrhythmien**
- **keine** oder kurze (Palpitationen) **Prodromi**
- Synkope **bei Belastung**
- Synkope **im Liegen**
- seltene Synkopen (1 oder 2)
- erste bis letzte Synkope < 4 Jahre
- positive **Familienanamnese** für SCD (< 50 Jahre)

# Basisdiagnostik – Schellong Test

---

Durchführung: **5 – 10 Minuten ruhig liegen**

mindestens 3x HF- / RR Messung



**5 – 10 Minuten Stehen**

minütliche HF-/ RR-Messung

positiver Test:

RR systolisch **↓ um 20 mmHg**

oder

RR systolisch **< 90 mmHg**



**(Prä-) Synkope**

# Basisdiagnostik Schellong Test

- insbesondere bei älteren Patienten

Ältere Patienten mit Synkope (N=1.920, 79±8 J.)

47% letztlich mit Synkope ungeklärte Ursache

\$77.144 für 1 geklärte Ursache

- 99% EKG
- 95% Herzenzyme (Troponin)
- 63% CT Kopf
- 39% Echokardiographie
- 13% Carotis-Doppler
- 8% EEG

in <5% d.F. hilfreich für Diagnostik und Management

in <2% d.F. Hinweis auf Ursache

- 24% Schellong Test (RR in Orthostase)

in 25% d.F. hilfreich für Diagnostik und Management

in 18% d.F. Hinweis auf Ursache

\$23 für 1 geklärte Ursache

Mendu et al. 2009. Arch Intern Med. 169: 1299–1305

# Basisdiagnostik

## zur Diagnose der Ätiologie

---

Basisdiagnostik ist für die Diagnosestellung ausreichend :

**Vasovagal:** Auslöser + typ. Prodromi + Situation ohne hohes Risiko  
+ EKG / KU unauff.

**Situativ:** Unmittelbar bei Husten, Defäkation, Urinieren, Schlucken

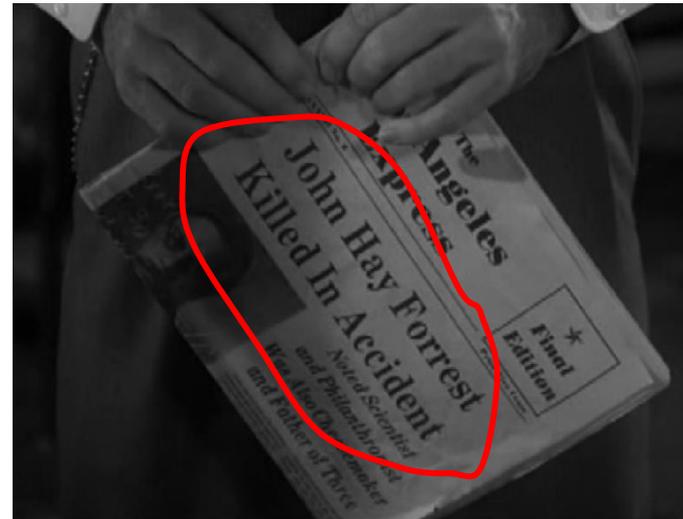
**Orthostatisch:** (Prä-)Synkope + pos. Schellong-Test

**Arrhythmisch:** Sinusbrady < 40/min oder Pausen > 3 Sekunden, AVB IIb oder III,  
schnelle paroxysmale Tachykardie + Symptome

**Ischämisch:** akute Ischämie-Zeichen im EKG



Auslöser



Verdachtsdiagnose: Reflexsynkope