
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:

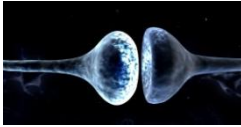
Sie führen

- 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

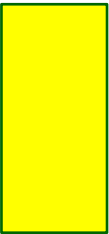
Risiko

niedrig

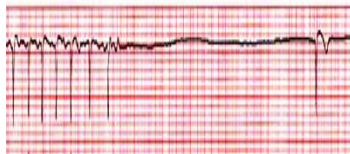


Reflexsynkope

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



orthostatische Synkope



kardiovaskuläre Synkopen

rhythmogen

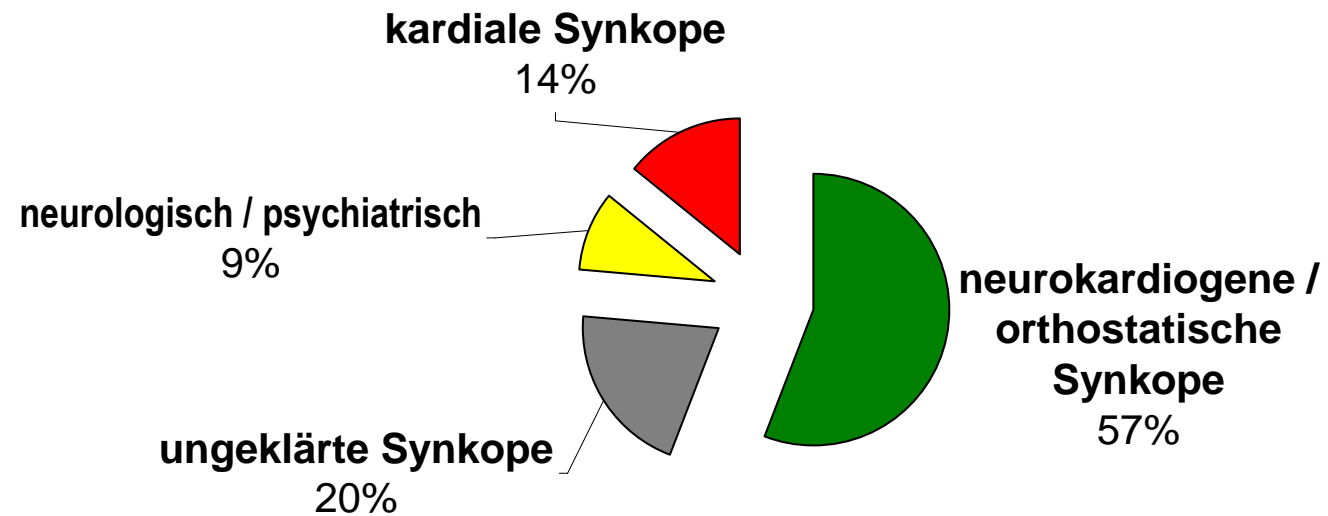
Bradykardie/Pause: Sick Sinus, AV-Block

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)

2017 ACC/AHA/HRS
Syncope Guideline

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

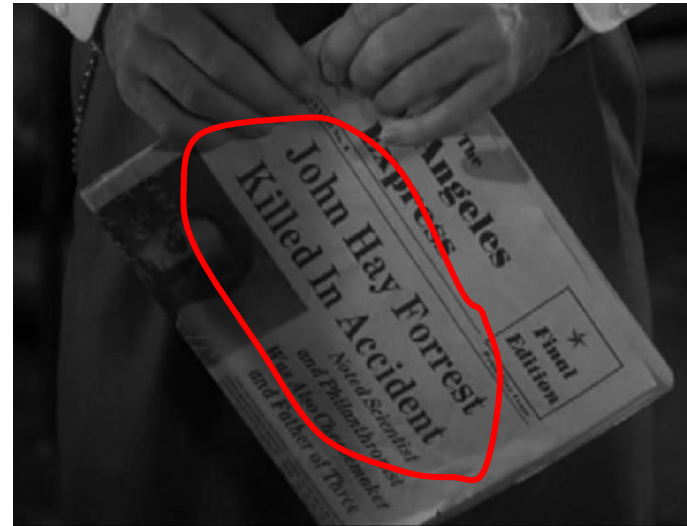
Orthostatisch: (Prä-)Synkope + pos. Schellong-Test

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