



1. Fachliche Zuordnung in der ZNA

Primär internistisch, wenn nicht chirurgischer Fokus im Vordergrund, steht, z.B. stark blutende Kopfplatzwunde. Unabhängig von der Fachrichtung bei jedem Patienten mit Synkope Vitalzeichen, Labor und EKG.

2. Definition

TLOC (transient loss of consciousness) Vorübergehender Verlust des Bewusstseins:

Realer oder vermuteter Verlust des Bewusstseins, charakterisiert durch eine Amnesie für die Zeit der Bewusstlosigkeit sowie die fehlende Kontrolle von Motorik und Bewegung

Synkope: Vorübergehender Bewusstseinsverlust im Rahmen einer zerebralen Minderperfusion, verbunden mit dem Verlust des Muskeltonus, gekennzeichnet durch rasches Einsetzen, kurze Dauer und spontane Erholung

Präsynkope/Beinahe-Synkope: Symptome/Prodromi der Synkope jedoch ohne vollständigen Bewusstseinsverlust. Keine bessere Prognose, Abklärung äquivalent Synkope erforderlich

Kardiale Synkope

Rhythmogen: (Bradykarde / tachykarde Herzrhythmusstörungen)
Strukturell kardial: Aortenstenose, akuter Myokardinfarkt/Ischämie, hypertrophe Kardiomyopathie, Perikardtamponade
Kardiopulmonal / große Gefäße: Lungenembolie, akute Aortendissektion

Orthostatische Synkope: Pathologischer Blutdruckabfall beim Aufstehen um mehr als 20mmHg systolisch bzw. 10 mmHg diastolisch innerhalb der ersten 3 Minuten, oft als Folge von akuten Erkrankungen bzw. primären oder sekundären autonomen Funktionsstörungen.

Während oder nach Stehen, langes Stehen, Stehen nach Belastung

Volumenmangel (z.B. Blutung, Diarrhoe, Erbrechen)

Postprandiale Hypotonie

Beginn / Wechsel Dosierung vasodepress. / diuretischer Medikamente mit Hypotonie

Vorliegen einer autonomen Neuropathie oder eines M. Parkinson

Reflexsynkope (vasovagale Synkope) : Fehlerhafte Regulation neuronaler Reflexwege führt zu Vasodilatation peripherer Widerstandsgefäße und/oder zu Bradykardie (vasodepressiv, kardiainhibitorisch, gemischt)

Lange Anamnese rezidivierender Synkopen, i.b. bei Auftreten unter 40 Jahren

Nach unerfreulichem Anblick, Geräusch, Geruch oder Schmerz, langem Stehen, Aufenthalt in einem überfüllten oder überhitzten Raum

Während einer Mahlzeit

Autonome Aktivierung vor der Synkope: Blasse, Schwitzen und/oder Übelkeit/Erbrechen

Bei Kopfdrehen oder Druck auf den Carotissinus (etwa durch Tumoren, Rasieren, engen Kragen)

Keine vorhandene Herzerkrankung

Synkope unklarer Ursache

In bis zu 40% der Fälle ist keine Ursache der Synkope zu ermitteln.



3. Abklärung von (Prä-)Synkopen in der ZNA

- Liegt ein TLOC und eine (Prä-)Synkope vor?
- Wenn Synkope vorliegt, Abklärung ob eine wahrscheinliche Diagnose vorliegt (Reflexsynkope, orthostatisch, kardial)
- Bei unklarer Genese der Synkope Risikostratifizierung gemäß Tabelle

Anamnese

- Synkopen in der Vorgeschichte? Medikamente? Vorerkrankungen? Allergien?
- Was genau war vor der Synkope? (Stehen? Liegen? Sitzen? Kopfbewegung? Prodromi? Blutung? Brustschmerzen? Palpitationen? Atemnot? Bauchschmerzen? Kopfschmerzen?)
- Wie genau verlief die Phase während der Bewusstlosigkeit? (Zeugen?)
- Wie verlief die Phase nach der Bewusstlosigkeit? (z.B. Reorientierung)
- Familienanamnese? (z.B. plötzlicher Herztod, Herzerkrankungen)

Diagnostik

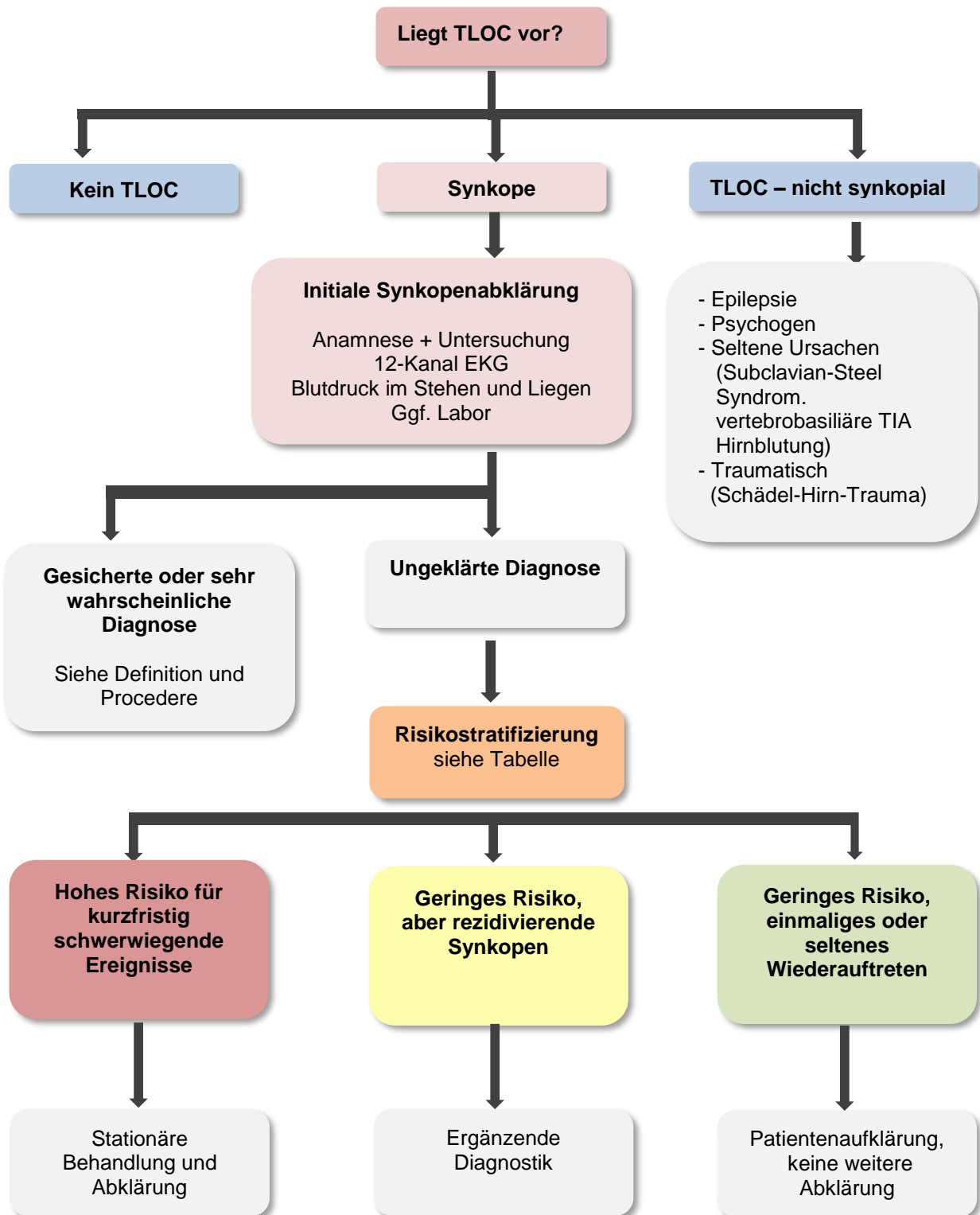
- Vitalparameter, Monitoring nach ärztlicher Maßgabe
- Körperliche Untersuchung inklusive Neurostatus
- 12-Kanal EKG
- Blutentnahme (Troponin / D-Dimer nach ärztlicher Maßgabe, keine Routine)
- Ggf. Blutdruckmessung im Liegen und Stehen
- Vereinfachter Schellong-Test: RR- und HF-Messung im Liegen, unmittelbar und 1, 2 und 3 Minuten nach dem Aufstehen: Pathologisch bei RR-Abfall $> 20\text{mmHg}$ syst oder 10mmHg diast. oder $< 90\text{mmHg}$ im Liegen oder Zunahme Puls $> 20/\text{min}$ bzw. Pulsfrequenz $> 120/\text{min}$ im Stehen mit klinischer Symptomatik ähnlich Synkope

Erweiterte Diagnostik

- Echokardiographie bei bekannter Herzerkrankung / Verdacht auf strukturelle Herzerkrankung oder Synkope aus kardiovaskulärer Ursache, keine Routineuntersuchung
- Neurologisches-Konsil nur bei anamnestisch oder in Untersuchung feststellbaren neuen neurologischen Ausfällen oder Hinweisen auf Krampfanfall. Keine routinemäßige neurologische Abklärung, keine routinemäßige cerebrale Bildgebung
- Schrittmacher/ ICD Kontrolle: Auslesen eines Schrittmachers oder ICD nach (Prä-Synkope). Das Fehlen von Rhythmusstörungen während einer Synkope schließt eine rhythmogene Synkope aus.
- Telemetrie: (bei Verdacht auf rhythmogene Synkope oder kardiale Ischämie)



Flussdiagramm für die initiale Abklärung und Risikostratifizierung bei Patienten mit Synkope





Indikation stationäre Aufnahme

- Bei erfüllten Kriterien einer kardialen Synkope oder bei unklarer Synkope mit hohem Risiko für schwerwiegende Ereignisse
- Stationäre Aufnahme erwägen bei unklaren rezidivierenden Synkopen mit geringem Risiko für schwerwiegende Ereignisse

Entlassung aus der Notaufnahme

- Bei erfüllten Kriterien für orthostatische Synkope oder Reflexsynkope, wenn keine andere Erkrankung/Verletzung vorliegt, die eine stationäre Aufnahme erfordert
- Bei unklarer Synkope mit geringem Risiko für schwerwiegende Ereignisse, wenn keine andere Erkrankung/Verletzung vorliegt, die eine stationäre Aufnahme erfordert

4. Anhang: Merkmale für hohes Risiko schwerwiegender Ereignisse nach Synkope

Merkmale für hohes Risiko (modifiziert nach Leitlinie DGK 2018)

- Neu auftretender Brustschmerz, Bauchschmerz, Atemnot, Kopfschmerzen
- Synkope während Belastung oder im Liegen
- Plötzlich einsetzende Palpitation unmittelbar gefolgt von einer Synkope
- Bek. schwere strukturelle oder koronare Herzerkrankung (Herzinsuffizienz, niedrige LVEF, früherer Myokardinfarkt)
- persistierende Bradykardie (< 40 bpm) im Wachzustand und ohne körperliches Training
- undiagnostiziertes systolisches Herzgeräusch
- Unerklärlicher RR-Wert < 90 mmHg in der Notaufnahme
- V.a. gastrointestinale Blutung

Nur in Verbindung mit strukturellen Herzerkrankungen oder abnormalem EKG:

- Synkope ohne Prodromi oder < 10 sek., Synkope im Sitzen, plötzlicher Herztod in der Familie in jungen Jahren

Risikoreiche EKG-Veränderungen:

- Zeichen akute kardiale Ischämie
- Höhergradige AV-Blockierungen (II°/III°), rez. SA-Block, Sinusarrest > 3 sek.
- Bradyarrhythmie < 40-50 bpm, persistierende Sinusbradykardie < 40-50 bpm
- Nachweis VT, paroxysmale SVT, paroxysmales VHF
- Nachweis Fehlfunktion implantierter Schrittmacher- oder ICD-Implantation
- Brugada Muster, Epsilonwellen als Hinweis ARVC
- QTc > 460ms in wiederholten EKG's als Hinweis Long-QT-Syndrom
- Nachweis Präexzitationssyndrom

Quellen:

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie: Diagnose und Management von Synkopen (Version 2018)
Notfall- und Rettungsmedizin (M. Christ, R.R. Bruno). Notfallpatient mit Synkope
DGK, ESC Pocket Guidelines, Diagnose und Management von Synkopen, Version 2018