

Problem Synkope: Differentialdiagnose und Therapie

Prof. Dr. med. Wolfgang von Scheidt

I. Medizinische Klinik, Herzzentrum Augsburg-Schwaben, Klinikum Augsburg

Synkopen können je nach Ursache eine banale Ohnmacht sein oder Vorläufer des plötzlichen Herztodes. Bei Herzgesunden sind sie zumeist autonom-nervaler (vasovagaler) Genese, bei Vorliegen einer strukturellen Herzerkrankung häufig rhythmogen bedingt.

Fall 1

Ein 28jähriger Gardeoffizier der englischen Königin erleidet eine Synkope, nachdem er während der Geburtstagsparade der Queen 30 Minuten bewegungslos gestanden hat. Am Boden liegend erwacht er sofort wieder und ist beschwerdefrei. Er berichtet über eine der Synkope für ca. 2 Minuten vorausgehende Symptomatik mit Benommenheit, Schwächegefühl, Ausbruch kalten Schweißes und Übelkeit.

Fall 2

Eine 61jährige Patientin erlitt vor 2 Jahren einen Vorderwandinfarkt. In den letzten beiden Tagen traten ohne Angina oder Dyspnoe zwei Episoden einer plötzlichen Bewusstlosigkeit ohne jeden Vorboden für jeweils knapp 60 Sekunden auf, einmal im Sitzen, einmal morgens im Bett liegend. Im EKG sind pathologische Q-Zacken in V1-V4 als Zeichen des abgelaufenen Vorderwandinfarktes zu erkennen. Normaler Troponinwert. Echokardiographisch zeigt sich ein Vorderwandaneurysma, die Auswurfraction beträgt 38%.

Fall 3

Eine 67jährige Hochdruckpatientin mit Diabetes mellitus erhält nach elektrischer Kardioversion bei Vorhofflimmern zur Rezidivprophylaxe Sotalol 3x80mg/d. Sie erleidet am nächsten Tag im Bett liegend eine Synkope für 20 Sekunden. Das Kreatinin beträgt 2.3mg/dl bei diabetischer und hypertensiver Nephropathie.

Fall 4

Ein 72jähriger Mann leidet nach Angaben seiner Ehefrau seit 6 Monaten unter jeweils frühmorgens im Schlaf auftretenden kurzen Verkrampfungen ohne Zungenbiss, Einnässen oder Stuhlabgang. Es besteht eine fehlende Erweckbarkeit für ca. 30-60 Sekunden, dann normales Aufwachen mit geringer Benommenheit für mehrere Minuten. Auftreten der bislang 4 Anfälle in unregelmäßigen, mehrwöchigen Abständen.

Durch **Anamnese** und körperliche Untersuchung können ca. 50% der Synkopen geklärt werden. **Standardisierte Fragen** sind hilfreich, s. Tab. 1. Vorwarnsymptome sind bei vasovagalen Synkopen häufig, bei rhythmogenen Synkopen ungewöhnlich. Asymmetrische Myoklonien, Entäußerungen oder Einnässen sind bei Synkopen aufgrund der kurzfristigen zerebralen Hypoxie häufig und nicht Hinweis auf ein zerebrales Anfallsleiden. Positionsunabhängige, plötzlich einsetzende Synkopen sind klassischerweise rhythmogen, im Stehen nach einer Prodromalphase einsetzende Anfälle dagegen neurokardiogen-vasovagal. Die Frage nach situativen Auslösern umfasst alle Formen der Emotionssynkopen sowie situativ klärbare Reflexsynkopen (Miktionssynkope etc.). Wichtig ist die Medikamentenanamnese, insbesondere bezüglich QT-Zeit verlängernder Pharmaka. Der **diagnostische Algorithmus** ist in Abb. 1 wiedergegeben. Bestimmte **EKG-Kriterien** können auf eine rhythmogene Synkopengese hinweisen, z.B. Q-Zacken bei abgelaufenem Infarkt oder ein AV-Block >1° etc. Die neurokardiogene Synkope lässt sich im **Kipptischtest** mit guter Testgenauigkeit diagnostizieren. **Langzeit-EKG-Monitoring** wird empfohlen bei Patienten mit struktureller Herzerkrankung und häufigen Symptomen. Eine **elektrophysiologische Untersuchung (EPU)** ist indiziert unter dem Verdacht auf eine rhythmogene Genese der Synkope bei Patienten mit pathologischem EKG, struktureller Herzerkrankung, Palpitationen oder plötzlichem Herztod in der Familie. Falls die Synkopenursache nach ausgeschöpfter Diagnostik unklar bleibt, wird ein externer oder **implantierbarer Loop-Rekorder** empfohlen unter dem Verdacht einer ursächlichen, bislang unerkannten Arrhythmie. Als diagnostisch überflüssig gelten eine **rutinemäßige neurologische oder psychiatrische Evaluation** sowie die Durchführung einer zerebralen bzw. zerebrovaskulären Bildgebung mittels CCT, zerebralem MRT oder Dopplersonographie.

Tabelle 1 : Wichtige anamnestische Fragen zur Synkope (Auswahl)

Körperposition

Aktivität z.B. während Belastung,

Situation z.B. langes Stehen, Schmerz

Prodromalphase z.B. Übelkeit, Benommenheit, Schwitzen, Aura,

Fremdanamnese z.B. Sturzart, Gesichtsfarbe, Bewegungen/motorische Entäußerungen, Zungenbiss

Anamnestischer Hintergrund z.B. Herzerkrankung, plötzlicher Herztod in der Familie,

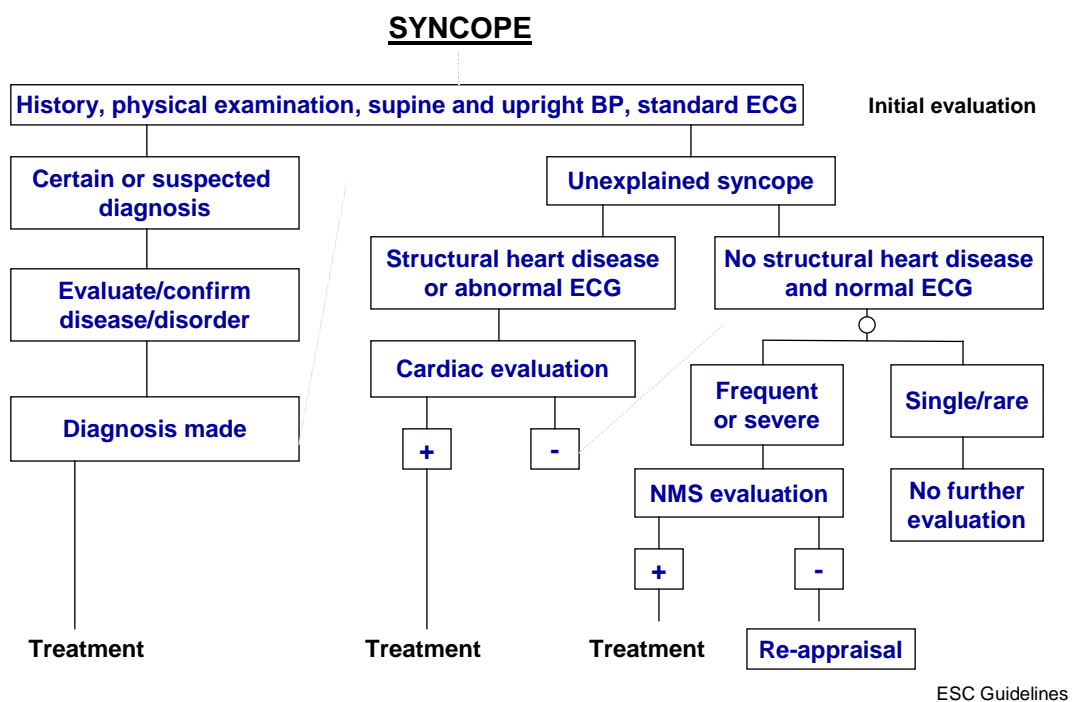
Stoffwechselstörungen, Medikamente

Therapeutisch wird die **neurokardiogene Synkope** mittels beruhigender Erklärung, hoher täglicher Flüssigkeitszufuhr, Kompressionsstrümpfen und Stehtraining behandelt. Eine Medikamentenempfehlung erfolgt gemäß Leitlinien nicht, individuell kann aber Midodrin mit 2 x 2.5 bis 3 x 5 mg/d versucht werden. Eine Schrittmacherimplantation ist selbst bei ausgeprägter kardioinhibitorischer neurokardiogener Synkope keine routinemäßige Empfehlung, sondern speziellen Einzelfällen vorbehalten. Bradykarde **rhythmogene Synkopen** erfordern eine SM-Implantation, Synkopen infolge ventrikulärer Tachykardien stellen bei Fehlen einer behebbaren Auslösesituation eine ICD-Indikation dar.

Abb 1

Diagnostisches Vorgehen bei Synkope gemäß Task Force on Syncope

Kardiale Tests umfassen Echokardiographie, verlängertes EKG-Monitoring, Ergometrie, elektrophysiologische Untersuchung, externer oder implantierbarer Loop Rekorder. NMS = vasovagale Diagnostik (= Kipptisch, ggf. Carotisdruckversuch)



ESC-Guidelines 2004

Diagnostisches Vorgehen bei den 4 Fällen:

Fall 1

Verdachtsdiagnose: neurokardiogene Synkope. Es erfolgt eine Kipptischuntersuchung, die nach 18 Minuten nach kurzen Prodromi zur Synkope führt bei Blutdruckabfall und nachfolgendem Frequenzabfall mit Asystolie über 12 Sekunden. Therapeutisch wird der Patient beraten bezüglich Allgemeinmassnahmen, Stehtraining und Vorgehen zu Beginn der Prodromalphase. Eine medikamentöse Therapie erfolgt zunächst nicht, ebensowenig eine Schrittmacherimplantation.

Fall 2

Verdachtsdiagnose: rhythmogene Synkope infolge einer spontan sistierenden Kammertachykardie bei Infarkt Narbe. In der elektrophysiologischen Untersuchung lässt sich eine anhaltende Kammertachykardie mit einer Frequenz von 190/min auslösen. Die Patientin erhält ein ICD-Aggregat. Mittels Koronarangiographie werden therapiebedürftige Koronarstenosen ausgeschlossen.

Fall 3

Verdachtsdiagnose: Torsade-de-pointes-Tachykardien durch Sotalol-induziertes Long-QT-Syndrom bei Akkumulation infolge Niereninsuffizienz. Das Ruhe-EKG zeigt eine frequenzkorrigierte QTc-Zeit von 520ms, entsprechend 130%. Während der Intensivüberwachung sind auf dem Monitor Torsade-de-pointes-Tachykardien zu dokumentieren.

Fall 4

Verdachtsdiagnose: am ehesten bradykarde Synkope, alternativ eine Epilepsie. Körperliche Untersuchung, Ruhe-EKG, Langzeit-EKG, Echokardiographie, Ergometrie und EPU sind unauffällig, ebenso die hier indizierte neurologische Diagnostik incl. EEG. Eine Kipptischuntersuchung zeigt erwartungsgemäß einen Normalbefund. Bei fortbestehendem Verdacht auf eine rhythmogen Synkope wird ein Loop-Rekorder implantiert. 5 Wochen später ergibt die retrograde Rhythmusabfragenach

erneuter Synkope eine Asystolie durch Sinusarrest über 36 Sekunden. Der Patient erhält ein Zweikammer-Schrittmacher-System.