

## Kardiologische Ursachen nicht übersehen!

# Abklärung von Synkopen: So gehen Sie vor

Meist ist sie ein harmloses Ereignis. Eine Synkope kann aber auch Vorbote eines akuten Herztodes sein. Aus diesem Grund ist es so wichtig, ein solches Ereignis sorgfältig abzuklären. Dabei sollte man nicht die diagnostische Schrottschussflinte einsetzen.

— „Die Synkope ist keine Krankheit, sondern ein Symptom, das immer einer genauen, vor allem kardiologischen Abklärung bedarf“, erklärte Prof. Rüdiger Becker, Chefarzt der kardiologischen Abteilung im Krankenhaus Wolfsburg. Meist sei eine Synkope harmlos, sie könne aber auch Vorbote eines akuten Herztodes sein. „Bei einer kardialen Synkope ist die Mortalität um das Zwei- bis Dreifache im Vergleich zu einer nicht-kardialen Synkope erhöht“, so Becker. Bei einer kardialen Synkope liegt die 1-Jahres-Mortalität immerhin bei ca. 30%.

Gemäß der Pathogenese werden die Synkopen in drei Gruppen eingeteilt: Reflex-vermittelt, orthostatisch und kardial-bedingt. In ca. 20 bis 30% der Fälle bleibt die Ursache trotz intensiver diagnostischer Bemühungen allerdings unklar.

### Orthostatische Blutdruckmessung ist unverzichtbar

Bei der differenzialdiagnostischen Abklärung einer Synkope müssen drei Fragen beantwortet werden:

- Handelt es sich um eine echte Synkope oder um ein synkopenähnliches Ereignis?
- Ist eine ätiologische Diagnose evident?
- Besteht ein erhöhtes Risiko für ein kardiales, potenziell tödliches Ereignis?



Einfach umgekippt – am häufigsten ist es eine vasovagale Synkope.

© Photographee.eu / stock.adobe.com  
(Symbolbild mit Fotomodellen)

Am Anfang der Diagnostik sollte eine ausführliche Anamnese stehen. „Diese ist oft schon diagnoseweisend, sodass keine weiteren Untersuchungen nötig sind“, so Becker. Gefragt werden muss nach (vermuteten) Auslösern, vegetativen Begleitsymptomen, Zeitpunkt des Bewusstseinsverlustes, Anfallshäufigkeit, kardialen Vorerkrankungen und Medikamenten. Bei der körperlichen Untersuchung sollte nicht nur auf die Herzfrequenz bzw. den Rhythmus, sondern auch auf den Hydratationszustand und etwaige Herzgeräusche geachtet werden.

Unverzichtbar ist die Blutdruckmessung im Liegen und Stehen. Von einer orthostatischen Hypotension spricht man, wenn nach orthostatischer Belastung der systolische Blutdruck um  $\geq 20$  mmHg bzw. der diastolische Wert um  $\geq 10$  mmHg abfällt oder der systolische Blutdruck auf  $< 90$  mmHg sinkt. „Liegt bereits ein anamnestischer Verdacht auf eine Orthostase vor, so liefert die orthostatische Blutdruckmessung den Beweis“, so Becker.

### Apparative Stufendiagnostik

Zur kardiologischen Basisdiagnostik gehört ein 12-Kanal-EKG, das eine Rhythmusstörung nachweisen oder ausschließen und Hinweise auf eine strukturelle Herzerkrankung liefern kann. Ist die Ursache nach diesen Untersuchungen nicht geklärt, sollte sich das weitere Vorgehen an der Verdachtsdiagnose orientieren.

Eine Farbdopplerechokardiografie sollte nur dann durchgeführt werden, wenn es Hinweise für eine strukturelle Herzerkrankung gibt. Dasselbe gilt für das MRT. Eine Belastungsuntersuchung ist nur sinnvoll, wenn sich anamnestische Hinweise für eine KHK ergeben oder die Synkope unter Belastung aufgetreten ist.

Die Kipptisch-Untersuchung ist indiziert, wenn die Synkope in einem Hochrisiko-Setting wie einer Verletzung aufgetreten ist oder die Synkope rezidiert, ohne dass eine kardiale Ursache vorliegt. Die Karotis-Sinus-Massage wird empfohlen bei über 40-jährigen Patienten, wenn sich sonst keine Erklärung findet. Pathologisch ist eine Asystolie von mehr als 3 Sekunden und/oder ein Abfall des systolischen Blutdrucks um  $> 50$  mmHg. Führt dies alles nicht zur Klärung und besteht weiterhin Verdacht auf ein rhythmogenes Ereignis, so sollte die Indikation für die Implantation eines Loop-recorders gestellt werden. ■

Dr. Peter Stiefelhagen

▪ 6. Hannover Herz Lungen Messe, 23.2.2018