

# Synkope / vorübergehende Bewusstlosigkeit

**Prognose abhängig von kardialer/neurolog. Ursache bzw. vorhandener Komorbidität**

**Definition:** Kurzer, selbstlimitierter Verlust des Bewusstseins mit Verlust des Muskeltonus aufgrund einer kritischen Abnahme/Sistieren des zerebralen Blutflusses  
Patienten mit Synkope oder Beinahe-Synkope haben eine vergleichbare Prognose. Die dabei zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen sind ähnlich.

## Einteilung (Epidemiologie):

- Reflexsynkope (21%): vasovagal, Karotissinus-Syndrom, situationsbedingt
- orthostatisch (9%): autonome Dysregulation, Volumenmangel, Medikamente
- kardial (10%): rhythmogen, Klappenfehler, Lungenembolie, AMI, Aortendissektion
- unklare Ätiologie (ca. 37%)
- zerebrovaskulär: Steal-Syndrome
- Nichtsynkopale Bewusstlosigkeit (9%)

## Diagnostik

- Vitalparameter (AF, HF, RR, O<sub>2</sub>-Sätt, Temp)
- 12-Kanal-EKG, ggf. EKG-Monitoring
- Labor: BB, E lyte, Krea, HSt., CRP
- Orthostase-Test
- Diagnose meist durch Anamnese (Medikamente!)/Untersuchung (Auskultation!) zu stellen
- **Nur** bei Verdacht: Ger., Wells Score/D-Dim, TNT, NT-proBNP/Echokardiographie, CRP, Pro-CT, ToxScreen

## Welche Fragen sollte man sich bei der Synkopenabklärung stellen:

- Liegt eine Synkope vor?
- Liegt eine kardiale/neurologische Ursache der Synkope vor?
- Liegt eine Komorbidität vor, die lebenslimitierend sein und stationär therapiert werden kann (z. B. Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Infektion, GI-Blutung etc.)?
- Ist die ambulante Versorgung gewährleistet (eingeschränkte Funktionalität, etc.)?

## Aktiv an lebensbedrohliche Diagnosen denken:

- Lungenembolie (plötzliche Atemnot/Synkope, pleuritische Thoraxschmerzen, typ. Anamnese)
- Akuter Infarkt/NSTE-ACS (Synkope wg. Rhythmusstörungen, Thoraxschmerz etc.)
- Bradykarde bzw. tachykarde Rhythmusstörungen (häufig typ. Anamnese, EKG)
- Basilaris-TIA (typische Anamnese, Untersuchungsbefund)
- Volumenmangel (z.B. GI-Blutung, Retroperitonealhämatom unter oraler Antikoagulation etc.)
- An **nicht-synkopale** Bewusstlosigkeiten denken: Hypoglykämie, Epilepsie, Apoplex etc.

## Welchen Patient stationär aufnehmen? (falls unsicher → Kurzhospitalisation auf Fasttrack)

- „Boston Criteria for adverse outcome in Syncope“ - In der Population des Klinikum Nürnberg haben sich die **Boston-Kriterien** in modifizierter Form zur Entscheidungsfindung bewährt (siehe Intranet)
- Entscheidung muss immer individualisiert durch den behandelnden Arzt getroffen werden. Kriterien können nur als Entscheidungshilfe, nie als alleiniges Entscheidungskriterium verwendet werden!
- Verletzungen (Trauma) müssen individuell diagnostiziert/therapiert werden (z.B. Minor Head Injury Rule)
- „Empfehlungen“ und „Rules“ können nur bei der Entscheidung unterstützen, sind nie hundertprozentig

## Häufige ICD-10-Diagnosen im Zusammenhang mit Synkope

- |                                  |                      |
|----------------------------------|----------------------|
| * G90.0 Karotissinus             | * E16.2 Hypoglykämie |
| * R55.0 Synkope und Kollaps      | * E86.0 Hypovolämie  |
| * I95.1 Orthostatische Hypotonie | * G40.0 Epilepsie    |
| * F48.8 psychogene Synkope       | * G45.9 TIA          |