

Ohnmachtsattacken sicher abklären

Gezielte Diagnostik statt Giesskannenprinzip

KARL EBERIUS

Immer wieder stellt sich bei Synkopen die Frage, wie viel Diagnostik wirklich notwendig ist und welche Untersuchungen überflüssig sind. Statt wahlloser Verlegenheitsdiagnostik sollte man sich nach Expertenansicht vor allem auf die entscheidende Frage konzentrieren, ob den Synkopen eine kardiale Ursache zugrunde liegt, was sich oft mit wenig Aufwand klären lässt.

Grundsätzlich besteht die Basisdiagnostik bei Synkopen gerade einmal aus drei Punkten. Pflicht ist eine gezielte Anamnese, eine kurze körperliche Untersuchung und ein EKG. «Weitere Schritte sind nur notwendig, wenn sich damit entweder kein bestimmter Synkopentyp ermitteln lässt oder Hinweise für eine kardiale Ursache gefunden werden», betont Professor Dr. med. Andreas Schuchert, Oberarzt an der kardiologischen Klinik der Universität Hamburg-Eppendorf und

federführender Autor des offiziellen Synkopen-Kommentars der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Hintergrund ist die Erkenntnis, dass nur bei kardialen Synkopen eine deutlich erhöhte Mortalität besteht, die je nach Studie 18 bis 33 Prozent pro Jahr beträgt.

Worauf bei der Anamnese achten?

Um kardiale Synkopen anamnestisch zu erkennen, sind oft nur wenige Fragen erforderlich. «Wichtig ist der Punkt, ob die Synkope unter körperlicher Anstrengung auftrat, was allen voran ein Indiz für eine Aortenstenose oder eine hypertroph obstruktive Kardiomyopathie ist», unterstreicht Schuchert. «Ausserdem ist zu klären, ob es im Brustkorb vor oder nach der Synkope zu Beschwerden kam, um koronarischämisch verursachte Synkopen zu erkennen.» Darüber hinaus sollte man nach Herzrhythmusstörungen fragen und nach kardialen Vorerkrankungen fahnden. «Findet sich zum Beispiel ein zurückliegender Herzinfarkt, muss man bis zum Beweis des Gegenteils von einer kardialen Synkope ausgehen», so die Forderung des Herzspezialisten. Nicht fehlen darf nach seinen Hinweisen auch die Familienanamnese, also ob ein Verwandter in jungen Jahren einen plötzlichen Herztod erlitten hat, was auf erbliche Herzerkrankungen wie etwa ein Brugada-Syndrom hinweisen kann, das zwar selten ist, aber unbedingt erkannt werden sollte.

Nach Herzgeräuschen fahnden

Zielgerichtet sollte auch die körperliche Untersuchung erfolgen. «An erster Stelle steht die Auskultation des Herzens, bei der pathologische Geräusche aller Art als

Fazit für die Praxis (1)

- Bei Synkopen besteht die Basisdiagnostik aus drei Punkten: Anamnese, körperliche Untersuchung und EKG.
- Weitere Massnahmen sind nur notwendig, wenn sich in der Basisdiagnostik Hinweise für eine kardiale Ursache finden oder die Anamnese nicht typisch für einen bestimmten Synkopentyp ist.
- Um die gefährlichen Herzsynkopen zu erkennen, muss gefragt werden, ob die Bewusstlosigkeit unter körperlicher Anstrengung auftrat, ob es im Brustkorb vor oder nach der Synkope zu Beschwerden kam, ob kardiale Vorerkrankungen bestehen und ob Verwandte in jungen Jahren einen plötzlichen Herztod erlitten haben.
- Bei der körperlichen Untersuchung müssen insbesondere das Herz und die Karotiden auskultiert werden.

Warnsignal für eine kardiale Synkope zu werten sind», hebt Schuchert hervor. Ergänzend werden die Halsgefässe auskultiert, um Karotisstenosen zu erkennen. Hellhörig sollte man ausserdem bei einem unregelmässigen Puls oder Frequenzen unter 50 beziehungsweise über 100 Schlägen pro Minute werden, was auf einen AV-Block oder ein Vorhofflimmern

Ohnmachtsattacken sicher abklären



Professor Dr. med. Andreas Schuchert

als Synkopenursache hindeuten kann. «Höchste Alarmstufe besteht zudem bei Zeichen einer Herzinsuffizienz, also ödematösen Beinen, Rasselgeräuschen über der Lunge oder einer gestauten Leber, die mehr als zwei Querfinger unter dem Rip-

Kasten: Was tun bei Verdacht auf kardiale Synkope?

Finden sich in der Basisdiagnostik Hinweise auf eine kardiale Synkope, bieten sich Echokardiografie und Langzeit-EKG als weiterführende Diagnostik an. Zudem sollte bei Synkopen mit Brustbeschwerden eine Koronarangiografie erfolgen, wie Prof. Schuchert erläutert. Sinnvoll können auch elektrophysiologische Untersuchungen sein, wenn sich ein Verdacht auf arrhythmogene Synkopen nicht anderweitig erhärten lässt. Ähnliches gilt für externe und interne Event-Recorder, die das EKG über Tage oder Monate registrieren und somit eine hohe Chance haben, Arrhythmien während einer Synkope aufzudecken.

«*Von einer vasovagalen Synkope ist immer dann auszugehen, wenn vor der Ohnmachtsattacke ein typisches Vorbotenstadium auftritt mit Übelkeit, Schwitzen, Schwindel, Benommenheit, Schwäche oder verschwommenem Sehen.*»

penbogen nachweisbar ist», mahnt Schuchert, «da die Kombination aus Herzinsuffizienz und Synkope ein drastisch erhöhtes Mortalitätsrisiko anzeigt und somit eine sofortige Abklärung erfordert.»

Findet sich bei der Basisdiagnostik kein Anhaltspunkt für eine kardiale Ursache, gilt es im nächsten Schritt den richtigen Synkoptyp zu ermitteln, was gemäss Schuchert oft alleine mit der Anamnese möglich ist. «Von einer vasovagalen Synkope – der häufigsten Synkopenform – ist immer dann auszugehen, wenn vor der Ohnmachtsattacke ein typisches Vorbotenstadium auftritt, also Übelkeit, Schwitzen, Schwindel, Benommenheit, Schwäche, abdominelles Unwohlsein oder verschwommenes Sehen», erläutert der Experte. «Und ebenso, wenn der Bewusstlosigkeit ein längeres Stehen in angespannter Haltung vorausging oder die Attacke auf Schmerz, emotionale Bedrängung, Angst oder auf Eingriffe wie Blutabnehmen folgte.»

Dagegen ist nach Hinweisen von Schuchert von einer so genannten Situations-synkope auszugehen, wenn die Bewusstlosigkeit bei der Miktion, Defäkation, beim Husten oder Erbrechen auftrat. «Im Unterschied zur vasovagalen Synkope handelt es sich dabei nicht um diffuse Auslöser wie Angst oder Schmerz, sondern um eindeutig definierte Situationen. Zudem treten Situations-synkopen typischerweise viel plötzlicher und ohne Vorbotenphase auf.»

Davon abzugrenzen ist die orthostatische Synkope, die durch eine Bewusstlosigkeit beim Aufstehen charakterisiert ist. Anders als bei der vasovagalen Synkope tritt die Attacke dabei nicht erst nach längerem

Stehen auf, sondern direkt nach dem Lagewechsel.

Darüber hinaus ist an medikamentöse Synkopen zu denken, wenn bei Hypertoniepatienten der Blutdruck zu scharf ein-

Fazit für die Praxis (2)

- Von einer vasovagalen Synkope ist immer dann auszugehen, wenn zum einen kardiale Ursachen ausgeschlossen wurden und zum anderen der Ohnmachtsattacke ein typisches Vorbotenstadium vorausging.
- Davon abzugrenzen sind Situations-synkopen, orthostatische Synkopen und das Karotis-Sinus-Syndrom.
- Beim Verdacht auf eine orthostatische Synkope kann der Schellong-Test sinnvoll sein.
- Kipptisch-Untersuchungen können hilfreich sein, wenn ein Verdacht auf vasovagale Synkopen besteht, aber die Anamnese nicht eindeutig ist.
- Die Labordiagnostik ist bei der Synkopenabklärung fast immer unnötig.
- Der Karotis-Doppler ist nur indiziert, wenn sich über den Halsgefässen Stenosegeräusche auskultieren lassen.

Ohnmachtsattacken sicher abklären

Kasten: Synkope oder epileptischer Anfall?

Bei Ohnmachtsattacken muss immer geklärt werden, ob es sich tatsächlich um eine Synkope handelt oder ob ein epileptischer Anfall dahinter steckt. Wichtig ist vor allem die Frage, wie schnell der Betroffene wieder orientiert war. «Während bei einer Synkope das Bewusstsein bereits nach wenigen Sekunden wieder völlig klar ist und die Attacke meist weniger als 30 Sekunden dauert, spielt sich ein Grand Mal im Minutenbereich ab, und der postiktale Dämmerzustand erreicht typischerweise 5 bis 30 Minuten», betont Prof. Schuchert. Als weitere Indizien für einen epileptischen Anfall sollte man auf Zungenbisse, Einnässen und Myoklonien achten. Wichtig sind auch Hinweise auf eine Halbseitensymptomatik, da hinter einer Bewusstlosigkeit auch eine TIA stecken kann. «Findet sich dagegen kein Anhaltspunkt für eine neurologische Genese, muss auch nicht zum Neurologen überwiesen werden», unterstreicht Schuchert.

gestellt wurde, oder an ein Karotis-Sinus-Syndrom, wenn die Bewusstlosigkeit beim Kopfdrehen auftritt, also zum Beispiel beim Rasieren oder beim Schulterblick im Auto.

Welche Zusatzuntersuchungen sind notwendig?

Je nach Ergebnis der Basisdiagnostik können für die Synkopenabklärung weitere Untersuchungen empfehlenswert sein. Spricht die Anamnese für eine orthostatische Synkope, ist zum Beispiel der Schellong-Test sinnvoll, bei dem die Blutdrücke nach fünfminütigem Liegen und anschließendem Aufstehen miteinander verglichen werden. Als bestätigt gilt die Diagnose, wenn der systolische Wert nach dem Aufstehen unter 90 mmHg fällt oder im Vergleich zur Liegendmessung um mehr als 20 mmHg absinkt, wie Schuchert erläutert. «Unnötig ist der Schellong-Test jedoch, wenn die Anamnese auf eine vasovagale Synkope, ein Karotis-Sinus-Syndrom oder eine Situationssynkope hinweist.»

Dagegen können Kipptisch-Untersuchungen sinnvoll sein, wenn ein Verdacht auf vasovagale Synkopen besteht, aber die Anamnese nicht eindeutig ist. Überflüssig ist der Kipptisch-Test nach Hinweisen von Schuchert allerdings, wenn es sich um eine einmalige Synkope handelt, die wegen der geringen Rezidivwahrscheinlichkeit keine Behandlung erfordert. «Ausnahmen sind Piloten und andere Hochrisiko-Gruppen, bei denen die Synkopenabklärung einen höheren Stellenwert hat.»

Unnötig ist nach Einschätzung von Schuchert fast immer die Labordiagnostik. Allen voran Hämoglobinbestimmungen, die in der Praxis häufig aus Verlegenheit erfol-

gen, aber nur bei klinischem Hinweis auf eine Anämie wirklich notwendig sind. «Unter dem Strich sind in 99 Prozent der Synkopenabklärungen keine Laboruntersuchungen erforderlich.»

Ähnliches gilt laut Schuchert für den Karotis-Doppler, der nur indiziert ist, wenn sich über den Halsgefäßen auch tatsächlich Stenosegeräusche auskultieren lassen. «Andernfalls ist die Wahrscheinlichkeit für karotisbedingte Synkopen zu vernachlässigen.» ●

Karl Eberius, Heidelberg

Interessenkonflikte: keine

Hinweis: Lesen Sie zur Therapie der vasovagalen Synkope den Bericht auf Seite 917 f.