

# SYNKOPE

**Kollaps:** kurzzeitiger Tonusverlust der Muskulatur ohne Bewusstseinsverlust

**Synkope:** kurzzeitige Minderdurchblutung des Gehirns mit Bewusstseinsverlust

Wichtig ist eine Unterscheidung zwischen **low-risk** und **high-risk Synkope**, die endgültig erst nach 12-Kanal-EKG und Blutentnahme (Hb, Hk, E'lyte) getroffen werden kann.

Die **Anamnese** hilft bei der Risikostratifizierung:

1. Prodromi? (Ohrensausen, „schwarz vor Augen“)
2. Palpitationen? (CAVE: rhythmogene Synkope)
3. AP-Beschwerden und/oder Dyspnoe?
4. Position? (im Liegen=high-risk)
5. Synkope unter Belastung? (=high-risk)
6. Familienanamnese (plötzl. Herztod (in jungen Jahren))
7. Eigenanamnese: kardiale Erkrankungen?
8. Erwachen aus Synkope (verzögerte Reorientierung?  
Abgrenzung z.B. zum Krampfanfall / postiktale Phase)

Zudem gibt es die **CHESS**-Kriterien der SanFrancisco-SyncopeRule: **C**ongestive Heart Failure, **Hb/Hk**, **EKG**, **S**ystole<90mmHg, **S**hortness of Breath (vor- oder nach Synkope) die eine high-risk Synkope aufzeigen sowie den **Canadian Syncope Risk Score** zur Risikostratifizierung. Auch das Akronym **FAHEHE** hilft beim Merken: family history, age, heart disease, exertion, hypotension, ecg.

Typische low-risk Konstellation ist die P-P-P-Synkope: mit **Prodromi**, in typischer **Position**, durch **Provokation** (zB orthostatische Synkope, langes Stehen, Schmerz)

Unterschieden wird zwischen echter und Symptom-Synkope bei z.B. LAE, Aortendissektion, ACS, Aortenklappenstenose, Subarachnoidealblutung oder intrabdomineller Blutung. In 15% der Fälle zeigen sich diese Erkrankungen primär durch eine Synkope (rule-of-15). Bei der **körperlichen Untersuchung** sollte auf die Herzauskultation geachtet werden (Synkope als erstes Symptom einer Aortenklappenstenose).

Literatur:

N Engl J Med 2002; 347:878-885,  
J Arrhythm. 2017 Dec;33(6):533-544  
J Emerg Med. 2007 Oct;33(3):233-9  
CMAJ. 2016 Sep 6;188(12):E289-E298

# 1-MINUTE AHT

