

## Clinical Pathway – Diagnostik bei Synkopen

<b>Basisdiagnostik:</b> ▶ Anamnese ▶ Körperliche Untersuchung ▶ EKG (12-Kanal) ▶ verkürzter Schellong-Test (3 Min.)	○ Hinweise auf Synkopen: ○ Kurze Dauer ○ Rasche Reorientierung	○ V.a. vasovagale Synkopen (Reflex-synkopen)	○ Sichere Hinweise auf vasovagale Synkopen: ○ Präsynkopale Prodromi ○ Typische Auslöser: langes Stehen, Verletzungen, Schlucken, Miktion	Keine weitere Diagnostik	Diagnose: vasovagale Synkopen
			○ Indirekte Hinweise auf vasovagale Synkopen: ○ Keine Herzkrankheit ○ Lange Anamnesedauer ○ Nach langem Stehen (bei orthostatischen vasovagalen Synkopen) ○ Nach Kopfdrehung/Druck auf Karotis (bei hypersensitivem Karotissinus)	○ Kipptischtest positiv oder ○ Karotis-Druck-Versuch positiv oder ○ Nachweis von Bradykardie oder Asystolie im Ereignisrekorder bei passendem Auslöser	
		○ V.a. kardiale Synkopen	○ Sicherer Hinweis auf kardiale Synkopen: ○ Typische EKG-Veränderungen (Ischämiezeichen, AV-Block 3. Grades etc.)	Keine weitere Diagnostik	Mögliche Diagnosen: ▶ Aortenklappenstenose ▶ Vorhofmyxom ▶ Obstruktive Kardiomyopathie ▶ Lungenembolie ▶ Akuter Myokardinfarkt ▶ Sick-Sinus-Syndrom ▶ AV-Block 2. oder 3. Grades ▶ Ventrikuläre Tachykardien ▶ Supraventrikuläre Tachykardien
			○ Hinweise auf kardiale Synkopen: ○ Weitere EKG-Auffälligkeiten (z.B. bifaszikulärer Block) ○ Herzerkrankung ○ Synkopen im Liegen oder bei Anstrengung ○ Palpitationen/Brustschmerz vor Synkope ○ Plötzlicher Herztod in Familie	Abhängig von Verdachtsdiagnose: ▶ Suche nach Symptom-Rhythmus-Korrelation im EKG-Monitoring, LZ-EKG oder Ereignisrekorder ▶ Ergometrie ▶ Echokardiographie ▶ Elektrophysiologische Untersuchung	
		○ V.a. orthostatische Hypotension	○ Sichere Hinweise auf orthostatische Hypotension: ○ Kurz nach dem Hinstellen ○ $RR_{syst}$ -Abfall $\geq 20/10$ mmHg oder ○ $RR_{diast}$ -Abfall $\geq 10$ mm Hg oder ○ $RR_{syst}$ (absolut) $< 90$ mm Hg im Schellong-Test innerhalb von 3 Min.	▶ Klärung der Ätiologie	Mögliche Diagnosen: ▶ Neurogene orthostatische Hypotension (z.B. bei Parkinson Syndrom, Diabetes mellitus) ▶ Medikamenteninduzierte orthostatische Hypotension
			○ Hinweise auf orthostatische Hypotension: ○ Kurz nach dem Hinstellen ○ Schellong-Test normal	▶ Neurologische Untersuchung ▶ Routinelabor ▶ Kipptischtest : Blutdruckabfall $> 20/10$ mmHg in 3 Min ▶ Autonome Testung	
		○ V.a. posturales Tachykardiesyndrom	○ Sichere Hinweise auf posturales Tachykardiesyndrom ○ Zunehmende orthostatische Intoleranz ○ Schellong-Test: fehlender Blutdruckabfall; Pulsanstieg $\geq 30$ /Min in 10 Min oder Pulsfrequenz $> 120$ /Min.	Keine weitere Diagnostik	Diagnose: Posturales Tachykardiesyndrom

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indirekte Hinweise auf posturales Tachykardiesyndrom:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zunehmende orthostatische Intoleranz</li> <li>○ Schellong-Test normal</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verkürzter Kipptischtest (3 bzw. 10 Min): fehlender Blutdruckabfall; Pulsanstieg &gt;30/Min in 10 Min</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinweise auf epileptische Anfälle             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lange Bewusstseinsstörung</li> <li>○ Langsame Reorientierung</li> <li>○ Aurasymptome</li> <li>○ Lateraler Zungenbiss</li> <li>○ Generalisierte synchronisierte motorische Entäußerungen</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Weitere Abklärung siehe LL „Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter“</li> </ul>	Diagnose: Epileptische Anfälle
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinweise auf psychogene Pseudosynkopen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hohe Attackenfrequenz</li> <li>○ Viele Arzt-/Krankenhausbesuche</li> <li>○ Geschlossene Augen in Attacke</li> <li>○ Geringe Verletzungsneigung</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Psychotherapeutische Abklärung</li> <li>▶ Organische Ausschlussdiagnostik (EEG, Video-EEG, Kipptisch, ggf. MRT)</li> </ul>	Diagnose: Psychogene Pseudosynkopen