

## Synkopen und ihre Abklärung

Leserbrief zu: Sarasin FP. Synkope: woran denken, was abklären?<sup>1</sup>

Husmann M, et al. Bundesratswahlen 2007 mit Folgen: Wenn einer seinen Sitz und ein anderer die Besinnung verliert.<sup>2</sup>

Der Beitrag von François Sarasin fasst klar zusammen, was eine Synkope ist und wie man bei der Synkopenabklärung vorzugehen hat. Als Konsiliarneurologe, der immer wieder bei Patienten mit Synkopen oder Stürzen beigezogen wird, erlebe ich aber oft eine andere Realität. Zu oft wird übersehen, dass einige «Zuckungen» im Rahmen einer Synkope noch keinen epileptischen Anfall ausmachen. Und vielfach wird jeder Sturz mit einer Synkope gleichgesetzt. Das initiale Assessment wird leider zu häufig vergessen (siehe Abb. 2 des Artikels).

Aus meiner Sicht wäre es wichtig, mit dem Patienten die potentiellen Auswirkungen einer erneuten Synkope bezüglich Beruf, Hobby oder Fahreignung zu thematisieren und in der KG zu dokumentieren.

In der gleichen Ausgabe des SMF beschreiben Husmann et al. einen Patienten, der Synkopen infolge einer hämodynamischen TIA erlitt. Es lag ein Subclavian-Steal-Syndrom bei Verschluss des Truncus brachiocephalicus vor, was duplexsonographisch diagnostiziert wurde. Es ist m.E. anzunehmen, dass der retrograde Fluss in der ipsilateralen Vertebralis nicht ausgereicht hätte, den gleichen Blutdruck wie auf der gesunden Seite aufrechtzuerhalten, was bereits bei einer *beidseitigen* Blutdruckmessung feststellbar gewesen wäre.

In Anlehnung an die Empfehlungen bei der Hypertonie-Abklärung [1] ist es nach meiner Einschätzung pragmatisch, den diagnostischen Algorithmus bei der Synkopenabklärung ebenfalls mit einer bilateralen Blutdruckmessung zu ergänzen, bevor der Orthostasetest durchgeführt wird.

*Daniel Eschle*

### Korrespondenz:

Dr. med. Daniel Eschle  
RehaClinic Zurzach  
CH-5330 Bad Zurzach  
[d.eschle@rehaclinic.ch](mailto:d.eschle@rehaclinic.ch)

### Literatur

1 Mancia G, et al. 2007 ESH-ESC practice guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* 2007;25(9):1751–62.

### Replik

Wir können dem Schreiben von Kollege Eschle zustimmen.

Durch einen Verschluss oder hochgradige Obstruktion des Truncus brachiocephalicus oder der A. subclavia bei kontralateral nicht obstruierten Arterien kommt es immer zu einer relevanten Blutdruck- (>20 mm Hg) und Pulsintensitätsdifferenz (bis Pulsverlust) und fast immer zu einem retrograden Fluss oder Pendelfluss in der ipsilateralen A. vertebralis. Die bilaterale Blutdruckmessung und Erhebung des Pulsstatus gehören zur klinischen Untersuchung bei Synkopenabklärung. Ein Subclavian-Steal-Syndrom führt selten zu einer Synkope und die Duplexsonographie der supraaortalen Äste gehört nicht primär in den Abklärungsalgorithmus bei Synkope. Bei entsprechender Anamnese und pathologischen Blutdruck- und Pulsbefunden ist eine angiologische Abklärung mit Duplexsonographie jedoch indiziert. In unserem Fall war neben der initialen Anamnese mit Gangstörung und Schwindel die Puls- und Blutdruckdifferenz an der oberen Extremität suggestiv, um mittels Duplexsonographie eine unilaterale supraaortale arterielle Obstruktion zu dokumentieren. Nach den Synkopen erlaubte die genaue Erfragung der Umstände als Ursache ein Subclavian-Steal-Syndrom bei bereits bekanntem Verschluss des Truncus brachiocephalicus anzunehmen, obwohl bis dahin keine Synkopen vorgekommen waren.

*Marc Husmann, Dai-Do Do*

1 Schweiz Med Forum. 2008;8(49):957–60.

2 Schweiz Med Forum. 2008;8(49):961–2.