Ein 80-jähriger Patient mit Synkope – was nun?

Synkopen bei älteren Patienten sind für 1–3% der Notfallkonsultationen und für bis zu 6% der Hospitalisationen verantwortlich. Die in Frage kommenden Ätiologien sind zahlreich, aber in bis zu 50% der Fälle bleibt die Ursache der Synkope auch nach angeblich eingehender Abklärung ungeklärt. Ein Ziel der Abklärung ist unter anderem der Ausschluss von zum Glück seltenen, aber lebensbedrohlichen Ursachen (gefährliche Arrhythmien). Dabei sind anamnestische Hinweise auf eine Herzinsuffizienz oder mögliche strukturelle Herz- und Klappenerkrankungen wie auch ein abnormes Ruhe-EKG wichtige Hinweise, die eine spezifischere weitere Diagnostik erwägen lassen. Da andererseits 25% der älteren Patienten im Rahmen ihrer Synkope eine schwerere Verletzung (z.B. Schenkelhalsfraktur) erleiden, ist es ebenso wichtig, nicht lebensbedrohliche, häufige und behandelbare Ursachen, namentlich die orthostatische Hypotonie, zu diagnostizieren. Wie gut sind wir dabei im klinischen Alltag? Eine kürzliche Studie an mehr als 1900 synkopierten Patienten über 65 Jahre zeigt ein ernüchterndes Bild [1]: Die Studie bestätigte zwar, dass die Messung des Blutdrucks im Stehen die mit Abstand höchste Wahrscheinlichkeit hatte, eine Diagnose zu liefern, zu einer Therapieänderung zu führen oder die Ätiologie der Synkope zu identifizieren. Aber: Der Test wurde nur bei 38% aller Synkopen überhaupt durchgeführt. Und wenn er durchgeführt wurde, dann häufig methodisch inadäquat. Kein Wunder also, dass 50% der Synkopenepisoden «idiopathisch» bleiben! Weiter: Die Unterschiede der Kosten pro gestellte, die Synkope (mit-)erklärende Diagnose zwischen gängig verordneten Untersuchungen sind enorm: Echokardiogramm ca. 7000 Franken, EKG ca. 1000, sogar 35 000 für ein EEG und 27 500 Franken für eine Computertomographie des Neurokraniums, aber sage und (wie hier) schreibe lediglich rund 20 Franken für die Messung des stehenden Blutdrucks.

Dem deutschen Arzt Fritz Schellong (1891–1953) können wir deshalb posthum für die Einführung des nach ihm benannten Tests in die klinische Medizin gratulieren und uns gleichzeitig daran erinnern, dass der Test immer wieder geschult und verlangt werden muss (http://de.wikipedia.org/wiki/Schellong-Test). Der Test hat die grösste Ausbeute, wenn er eine Stunde postprandial (intestinale «Blutredistribution»!) durchgeführt wird. Wie ein gutes Laborexperiment verlangt auch er eine Kontrollphase mit Dokumentation des *steady-state* (= mehrere Ausgangsmessungen!), eine experimentelle und eine Erholungsphase. Das strikte Kriterium des Abfalls des systolischen Blutdrucks um >20 mm Hg wird auch bei einer orthostatisch bedingten Synkope nicht immer nachgewiesen, oft weil zum Zeitpunkt des Tests die auslösenden Momente schon spontan oder therapeutisch korrigiert wurden. Im richtigen Kontext und vor allem bei Symptomen (auch seltene wie orthostatische Kopfschmerzen oder Tremor einbeziehen!) sollte man deshalb die Diagnose auch schon bei weniger ausgeprägten Blutdruckabfällen in Betracht ziehen Ein korrekt durchgeführter Schellong braucht freilich seine Zeit und kostet mehr als die in dieser Studie berechneten 20 Franken für eine Blutdruckmessung im Stehen. Er ist aber insgesamt immer noch sehr kostengünstig, führt in vielen Fällen zur Diagnose, und die – entsprechend zu ziehenden – therapeutischen Konsequenzen erhöhen die Patientensicherheit. Die vorliegende Studie bestätigt, dass die Testung auf eine Orthostase am Beginn einer Synkopenabklärung stehen sollte und nicht erst dann – wie das leider häufig der Fall ist –, wenn man sich trotz einer Batterie delegierbarer, dafür teurer Abklärungen im Erklärungsnotstand über die Natur der Synkope befindet.

Reto Krapf

Literatur

1 Mendu M, McAvay G, Lampert R, et al. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. Arch Intern Med. 2009;169:1299–305.