

Pitfall aus dem Praxisalltag

4. Ostschweizer Notfallsymposium

10. März 2016

Dr. med. Bert Maibaum

Oberarzt ZNA Spital Grabs

Notarztdienst

Pitfall aus dem Praxisalltag

- Einsatzmeldung:
Patient bewusstlos an einer Tankstelle
- Einsatzort: Liechtenstein (Anfahrtszeit: 11 min)
- Anfangssituation vor Ort:
Patient männlich 74 Jahre, vor der Kasse eines Verkaufsraumes einer Tankstelle am Boden liegend aufgefunden, keine Ersthelfer-Massnahmen
- Per Zufall: Videoaufzeichnung des Unfallgeschehens durch die Ueberwachungskamera der Tankstelle

Pitfall aus dem Praxisalltag

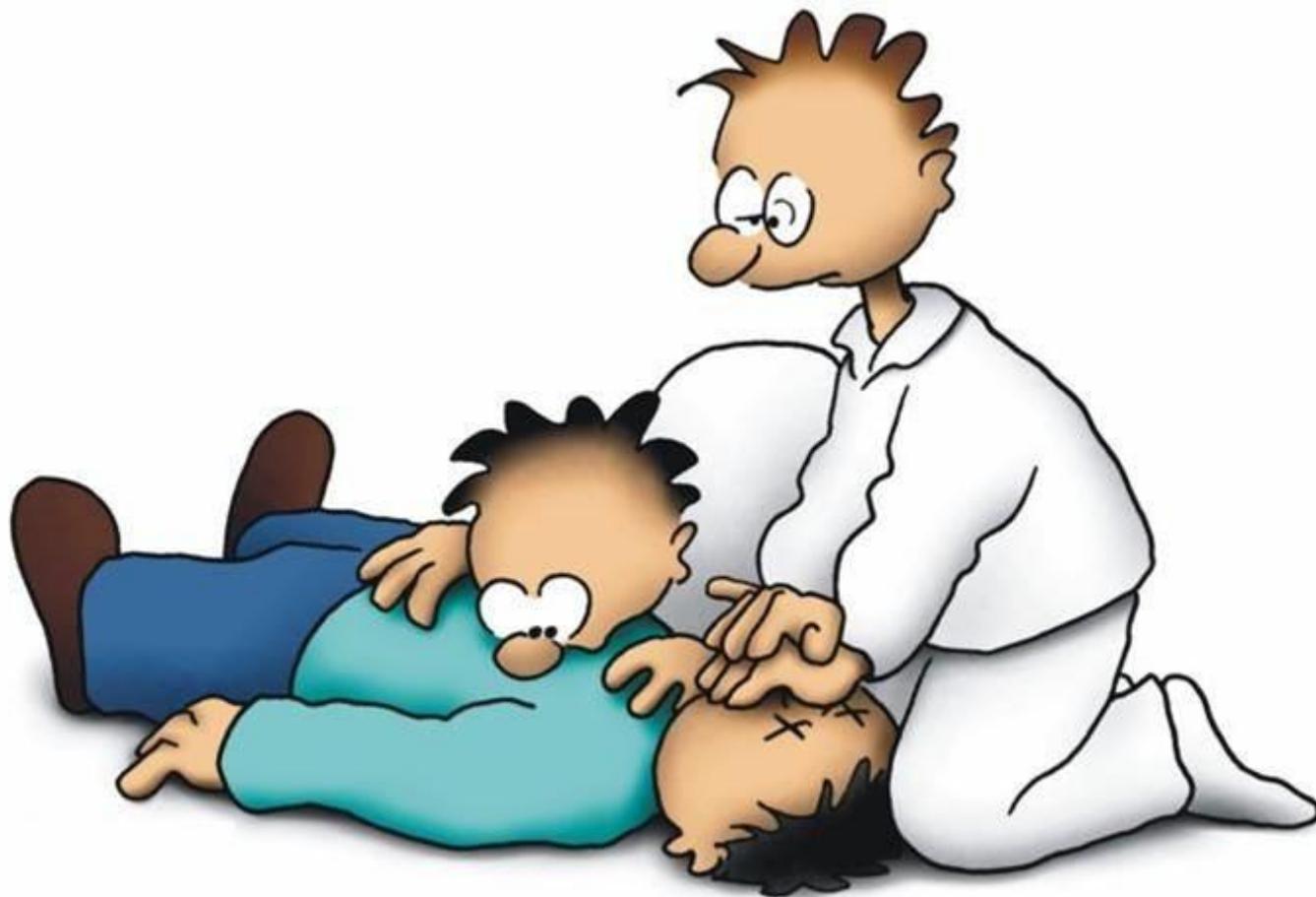


Szenario 1

- Kreislaufstillstand

Patient bewusstlos, reagiert nicht auf Ansprache bzw Rütteln an den Schultern, atmet nicht oder pathologische Atemform, z.B. Schnappatmung, Prüfung des Pulses nicht erforderlich

Therapie:



Szenario 2

- Unklare Bewusstlosigkeit / Koma

Patient ebenso bewusstlos wie im 1. Fall,
jedoch «normale» Atmung, ggf. Pulskontrolle

Therapie:



Szenario 3

- Unklarer Kollaps/vorübergehende Bewusstlosigkeit

Patient wach bzw erweckbar, Check der übrigen Vitalparameter inklusive eines orientierenden neurologischen Status

Therapie:

- Venöser Zugang mit kristalloider Infusion
- Komplettes Monitoring (EKG, RR, Puls-Oximetrie) inklusive Blutzucker und Temperatur
- Medikamente nur symptomatisch ggf zur Stabilisierung während des Transports
- Bei unklaren Zusammenhängen immer weitere Abklärung in einer geeigneten medizinischen Einrichtung

Anamnese

- Sturz ohne Prodromi (Video), bei Eintreffen Rettungsdienst Patient erweckbar, verwirrt mit retro- und anterograde Amnesie, habe laut Tankstellenpersonal ein paar Minuten auf Ansprache nicht reagiert.
- Subjektiv keine Beschwerden.
- Patient sei 2 Std zuvor bereits ambulant im Spital Grabs zu einer CT-Kontrolle (?) gewesen.
- Eine weitere Anamnese ist zunächst nicht erhebbar.

Körperliche Untersuchung

- Initial GCS 13
- Puls rhythmisch 67/Min
- RR 89/50 mmHg
- SO₂: 95%
- BZ 8,9 mmol/l
- Temp 35,5°C
- Zu Transportbeginn fraglich beginnendes Monokelhämatom rechts, bei Eintreffen im Spital diskrete Prellmarke rechts temporal

Weitere Befunde I

- EKG: SR, Indiff.-Typ, normale Zeitintervalle, keine Erregungsleitungsstörungen, keine Extrasystolie, keine Pausen.
- Röntgen Thorax nativ: im wesentlichen unauffällig
- CCT: Neue Subarachnoidalblutung bifrontal, temporal links und präpont. Zisterne links, subdurale Blutanteile Tentorium rechts, komplexe Mittelgesichtsfraktur mit Beteiligung der Kieferhöhle, Orbita rechts, Jochbogen rechts und Mandibula rechts

Weitere Befunde II

- Labor:
 - Leuko 19,6 Tsd/ μ l
 - Hb 13,2 g/dl
 - Thrombo 329 Tsd/ μ l
 - CRP 175 mg/l
 - U-Status: Leuko+++, Nitrit pos., Protein +++, Urobili +++, Ery +++++, im Sediment Leuko>25, Bakt+++, Keimzahl i.U. 1.000.000/ml
 - 2 Blutkulturen: gramnegative Stäbchen
- Klinik: Fieber bis 39°C über mehrere Tage

Arztbericht Spital

(Aufenthalt 06.-11.11.2015)

- Häusliche Synkope nach Schwindel mit
- Subduralhämatom cerebellär rechts,
- Subarachnoidalblutung entlang der Kalotte,
- Parenchymblutung rechts temporal
- V.a. Mastoidfraktur rechts DD postentzündlich
- Nicht dislozierte Kalottenfraktur links mit Beteiligung von Jochbogen und Orbita links

Endgültige Diagnosen

(verkürzt)

- Rezidivsynkope mit Sturz und
 - Intrakraniellen Blutungen (ICB) sowie
 - Komplexer Mittelgesichtsfraktur
 - am ehesten i.R. einer Urosepsis
-
- Synkope nach Schwindel 2 Wochen zuvor mit
 - Schädelkalottenfraktur, Orbita- und Jochbeinfraktur, ICB

Therapeutische Massnahmen/Verlauf

- Intensivüberwachung
- Ceftriaxon iv bezüglich Urosepsis
- Absetzen von Antikoagulantien (ASS)
- Operative Versorgung der Jochbeinfraktur rechts
- 1x unbeobachteter Sturz im Patientenzimmer, ohne Verletzungsfolgen...
- Bradycardie- (β -Blocker) und Extrasystolieneigung am Intensivmonitor...

Synkope

Definition

- Die Synkope ist ein transienter kurzdauernder Bewusstseinsverlust aufgrund einer vorübergehenden globalen cerebralen Minderperfusion und geht oft einher mit einem Tonusverlust der Muskulatur, gelegentlich jedoch auch mit epileptiformen Muskelverkrampfungen aufgrund der cerebralen Hypoxie.

Einteilung

1. Reflexsynkopen

- ▣ Vasovagal («gutartige Ohnmachten»)
 - z.B. bei Angst, langem Stehen, Schmerz, abrupter Lagewechsel, emotionale Stimuli (Sehen von Blut ua)
- ▣ Carotissinussyndrom
- ▣ Situativ:
 - Miktion
 - Defäkation
 - Schlucken
 - Husten
 - Spielen von Blasinstrumenten
 - Gewichtheben

2. Orthostatische Synkopen

- ▣ Neurogen:
 - M. Parkinson
 - Polyneuropathie mit autonomer Beteiligung (Diabetes, Alkohol, Guillain-Barre und viele andere)
- ▣ Nicht-neurogen:
 - Volumenmangel (Blutung, Erbrechen, Diarrhoe, Addison, Diuretika-Abusus)
 - Vasodilatation (Alkohol, Nitropräparate, Hitze, Fieber)

3. Synkope bei kardiopulmonaler Erkrankung

- ▣ Rhythmusstörungen
 - Kranker Sinusknoten, AV-Block
 - Paroxysmale SVT / VT
 - QT-Syndrome
- ▣ Strukturelle Herz- oder Lungenerkrankung
 - Myocardinfarkt
 - Valvuläre Kardiopathie
 - Hypertensive Herzerkr.
 - HOCM
 - Perikarditis, Vorhofmyxom, Aortendissektion
 - Lungenembolie

Differenzialdiagnosen

- ▣ Mit Bewusstseinsstörung:
 - Epileptischer Anfall
 - Metabolische Entgleisung
 - Intoxikation
 - TIA im hinteren Stromgebiet
- ▣ Ohne Bewusstseinsstörung:
 - Drop attacks
 - TIA im vorderen Stromgebiet
 - Kataplexie
 - Dissoziative (psychogene) Anfälle

Synkope

- Diagnostisches Vorgehen?
- Wann ist welche Diagnostik erforderlich?:
- Wann ist die ambulante Untersuchung in der Hausarztpraxis sinnvoll?
- Wann ist das Spital gefragt?
- Wann ist (zunächst) keine weitere Abklärung nötig?

Synkope

- Durch gezielte Anamnese ist in 40-50% der Fälle eine „gesicherte Diagnosestellung“ möglich:

Tabelle 2	
Anamnestische Daten/Befunde, die die Diagnose ausreichend sichern und gegebenenfalls eine gezielte Therapie zulassen	
Anamnese/Befunde	gesicherte Diagnose
Wenn der Synkope Angst, Schmerz oder andere emotionale Stress-situationen, aber auch langes Stehen mit prämonitorischen Symptomen wie „weiche Knie“ oder „flaues Gefühl im Bauch“ vorausgehen.	vasovagale Synkope
Wenn die Synkope unmittelbar nach dem Aufstehen auftritt, und es bei der Blutdruckmessung im Stehen zu einem Abfall des systolischen Blutdrucks von > 20 mm Hg beziehungsweise auf < 90 mm Hg kommt.	orthostatische Synkope
Wenn das EKG folgende pathologische Befunde aufweist (ohne negative inotrope Medikamente wie zum Beispiel Betablocker): <ul style="list-style-type: none">– Sinusbradykardie < 40/min– Sinusknotenstillstand > 3 s– AV-Block Grad II/III (Typ Mobitz)– wechselnder Links- und Rechtsschenkelblock	rhythmogene Synkope (Adams-Stokes-Anfall)

Diagnostik (Auswahl)

1. Reflexsynkopen

- RR im Stehen und Liegen
- Kipptisch-Untersuchung
- Evtl Carotis-Druckversuch (bei Älteren erst nach Carotis-Duplex)

2. Orthostatische Synkopen

- Schellongtest
 - ggf. fachärztliche neurolog. Untersuchung?
- (Unterscheidung neurogen/nicht neurogen)

4. DD Synkope

- Bei Verdacht auf Differentialdiagnosen gezielte Ergänzungs-Untersuchungen (z.B. CCT/EEG/Duplex Carotiden/Aa. subclavia..)

3. Synkope bei kardiopulmonaler Erkrankung

- EKG
- Echokardiografie
- Belastungstest
- Langzeit-EKG
- Externer Loop-Recorder
- Elektrophysiologische Untersuchung
- Implantierbarer Eventrecorder

Take-home-messages

- Synkopen sind häufig, die Diagnostik ist schwierig.
- Ein synkopales Ereignis kann vielfältige Ursachen haben und bedarf bis auf wenige Ausnahmen einer allfälligen medizinischen Abklärung.
- Für die Ersteinschätzung ist die gezielte Anamnese, körperliche Untersuchung und das EKG grundsätzlich zu empfehlen.
- Damit ist in über 50% der Fälle der diagnostische Weg bereits vorgegeben.
- In etwa 1/3 der Fälle ist das Dilemma der diagnostischen Unsicherheit nicht zu beseitigen.
- Besonderes Augenmerk gilt der Gruppe 3 (strukturelle Herzerkrankung), hier versterben nach einer Synkope innerhalb eines Jahres 20% der Patienten am plötzlichen Herztod.

Quellenangaben

- www.synkopen-pfad.de
- ERC-Leitlinien 2015, Notfall- und Rettungsmedizin 2015; Band 18/Heft 8
- Ehlers C, Andresen D: Diagnostik von Synkopen, Dtsch Ärztebl 2006, 103(7): A-412/B-357/C-340
- www.dgk.org: Pocketleitlinie Synkope, 2009
- Humm A: Synkopen – nichtepileptische anfallsartige Störungen auf kardiovaskulärer Basis, Epileptologie 2007; 24: 184-192

Diskussion

