

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, lieber Herr Kollege,

nach Einrichtung einer (DGK-zertifizierten) „Chest Pain Unit“ (CPU) im Jahr 2013 haben wir in Ruit im Jahr 2015 auch eine „Synkopen Kollaps Unit“ (SKU) im Bereich der Zentralen Notaufnahme eingerichtet. Damit waren wir im Umkreis das erste Krankenhaus mit einer solch spezialisierten Einrichtung. In den letzten Jahren hat sich unsere SKU sehr bewährt – umso mehr freut es uns, dass die jetzt erschienene Synkopenleitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) als wesentliche Neuerung erstmals genau dies, die Errichtung solcher „Syncope Units“, fordert und uns somit in unserer Struktur nachträglich bestätigt. Was es sonst noch Neues in der Leitlinie gibt, lesen Sie bitte im aktuellen Kardiobrief.

Wie immer mit herzlichen kollegialen Grüßen
Ihr Christian Herdeg

DIE AKTUELLE LEITLINIE

EUROPÄISCHE SYNKOPENLEITLINIE 2018: WAS GIBT ES NEUES?

Brignole M, Moya A, de Lange FJ et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope.
Eur Heart J 2018; 39:1883-1948

HINTERGRUND

Die 2018 aktualisierte ESC-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Synkopen wurde unter breiter interdisziplinärer Beteiligung erarbeitet (Innere Medizin / Kardiologie / Physiologie / Notfallmedizin / Neurologie / Geriatrie und Pflegewissenschaften). Ein Hauptziel war es, die praktische Anwendung vorhandenen Wissens zu erleichtern durch übersichtliche, klare und transparente Entscheidungshilfen sowie angemessene Diagnose- und Behandlungsstrategien.

WAS IST NEU?

- » Höherer Stellenwert (Klasse-I-Indikation) für invasive Messung der HV-Zeit bei Patienten mit bifaszikulärem Block und Synkope
- » Bei hochbetagten Patienten ist der Herzschrittmacher für diese Indikation aber weiter eine Option
- » Langzeit-EKG bei Patienten mit unklarer Synkope nicht mehr zwingend (geringe diagnostische Ausbeute).
Jetzt Klasse IIa-Indikation statt Klasse I
- » Bei Synkopen und Vorhofflimmern höherer Stellenwert der Katheterablation (Klasse I)
- » Besondere Bedeutung erhält die risikoorientierte Entscheidung ambulant versus stationär und die Errichtung von „Syncope Units“ (Klasse I)
- » Insgesamt Stärkung des Stellenwerts implantierbarer Loop-Rekorder

KOMMENTAR

Man kann es nicht genug betonen: die gründliche Anamnese ist der Schlüssel zum Erfolg. Zusammen mit körperlicher Untersuchung und EKG kann man so bei bis zu 80% der Patienten sicher oder hoch wahrscheinlich die Synkopenursache finden. Zu oft aber kommt es im klinischen Alltag entweder zu Überdiagnostik oder zu einer schlampigen Diagnosedstellung (sprich Anamnese). Genau deshalb haben wir vor bald 4 Jahren die SKU eingerichtet, um anhand strukturierter, risikobasierter und transparenter Aufarbeitung Niedrigrisikopatienten zu identifizieren, deren weitere Abklärung auch ambulant möglich ist und um die Hochrisikopatienten besonders konsequent stationär abzuklären. Salopp ausgedrückt zwingt uns die Synkopen Kollaps Unit, „Hopp oder Top“ zu sagen. Das hat sich in meinen Augen sehr bewährt.

Die aktuelle Leitlinie zielt ebenfalls genau in die gleiche Richtung. Nicht nur mit der Empfehlung zur Errichtung von „Syncope Units“, sondern auch mit der Abwertung von Diagnostik unklarer Wertigkeit (Karotissinusdruck, Kipptisch, sogar Langzeit-EKG) und mit der Aufwertung invasiver elektrophysiologischer Verfahren bei Hochrisikopatienten.



Prof. Dr. med. Christian Herdeg
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Herz- und Kreislaufkrankungen

TELEFON 0711 / 4488-11450
E-MAIL c.herdeg@medius-kliniken.de
24H SERVICE TELEFON 0711 / 4488-11455

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
Hedelfinger Straße 166
73760 Ostfildern