
Udredning af patienter med synkope

MÅNEDENS NORDISKE ARTIKKEL

JENS BROCK JOHANSEN

HENNING MØLGAARD

ERIK HERTEL SIMONSEN

Kardiologisk afdeling B
Odense Universitetshospital
og
Kardiologisk afdeling B
Skejby Sygehus
Århus Universitetshospital
DK-8200 Århus N

Tidligere publiceret i Ugeskrift for Læger 1999; 161: 6761 – 3

Synkope er ikke nogen sjælden årsag til lægekontakt – ofte i form af akut henvendelse, idet tilstanden forståeligt nok af mange opfattes som dramatisk og potentielt livstruende. Listen over mulige årsager er meget lang og omfatter sygdomme, der falder inden for en række specialer.

Udredning ud over den, der foregår i almen praksis, har været spredt i intern medicinske, kardiologiske, neurologiske eller geriatriske afdelinger, uden noget særligt samarbejde. Dette indebærer en risiko for, at man inden for eget speciale koncentrerer sig om og måske overforbruger den diagnostik, man selv kan udføre. Ca. 40 % af alle patienter med tilbagevendende synkope forbliver udiagnosticerede, selv om de er undersøgt for kardiale, neurologiske og andre af de almindeligt kendte årsager.

Det seneste tiårs internationale litteratur viser, at en betydelig forbedring af diagnostikken er mulig gennem en mere målrettet indsats baseret på oprettelse af synkopeklinikker med interesse og særlig ekspertise, herunder mulighed for anvendelse af nyere veldokumenterede undersøgelsesmetoder.

Synkope: Definition og årsager

Synkope defineres som et fuldstændigt bevidsthedstab ledsaget af tonustab. Tilstanden er kortvarig – fra sekunder til få minutter – og afsluttes af spontan opvågningen, almindeligvis uden cerebrale følgesymptomer. Bevidsthedstabet skyldes en pludseligt indsættende, forbigående reduktion af den cerebrale gennemblødning.

Synkope kan udløses af tilstande, der spænder fra det helt banale over godartede til alvorlige, evt. livstruende sygdomme. Kardiale årsager som arytmier og organisk hjertesygdom medførende obstruktion (fx aortastenose og hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati) er velkendte. Andre hyppige årsager er ortostatisk hypotension og såkaldt almindelig, evt. situationsbestemt besvimelse. Det er indtrykket, at neurologisk sygdom af mange opfattes som en hyppig årsag til synkope, medens det modsatte faktisk er tilfældet, idet definitionen på synkope ikke er dækkende for neurologiske anfaldsfænomener, der har andre karakteristika og eventuelt påviselige neurologiske udfaldssymptomer. Imidlertid er epilepsi og transistorisk cerebral iskæmi væsentlige differentialdiagnoser. Psykiatriske lidelser som angsttilstande og hysteriforme reaktioner kan være ledsaget af synkope også med en præsentation forskellig fra hyperventilationssynkope (1).

Synkopeudredning i almen praksis

Hovedparten af de patienter, der henvender sig i praksis på grund af synkope, vil ikke have behov for viderehenvisning. En grundig anamnese er fundamentet for al synkopeudredning og må omfatte en beskrivelse af omstændighederne i forbindelse med besvimelsen, medicin- og alkoholindtagelse samt specielt symptomer, der kunne pege i retning af tilstedeværelse af hjertesygdom, neurologisk eller psykisk lidelse. Besvimelsestilfældene skal beskrives med hensyn til antal, varighed, prodromer og evt. traume samt udløsende faktorer, herunder om anfald kun optræder i særlige situationer. Det er nyttigt at indhente oplysninger fra eventuelle vidner især med hensyn til varighed, tilstedeværelse af kramper samt patientens tilstand de første minutter, efter at bevidstheden er genvundet. Ved objektiv undersøgelse skal man især være opmærksom på holdepunkter for hjertesygdom, ligesom alle bør have taget et elektrokardiogram, men der er ikke rutinemæssigt behov for andre undersøgelser. Som hovedregel bør alle med kendt eller mistænkt hjertesygdom eller neurologisk årsag samt patienter med traumer og anstrengelsesudløst synkope viderevisiteres. Det er i disse grupper, at risikoen for alvorlig, eventuelt livstruende sygdom især foreligger. De øvrige patienter, som oftest kun vil have oplevet en enkelt besvimelse, kan almindeligvis observeres uden yderligere foranstaltninger (1). Patienter med recidiverende synkope af uklar genese bør visiteres til en afdeling med interesse for synkopeudredning (2).

Ovenstående vil for de fleste være en nogenlunde dækkende gennemgang af almindelige årsager til besvimelse – velvidende at en del patienter trods undersøgelse herfor ikke vil få fastslået en årsag til deres besvimelser.

Gennem de seneste 15 år er det blevet postuleret og siden velunderbygget, at mange tilfælde af uforklaret synkope skyldes neuroautonom, refleksmedieret hypotension ledsaget af relativ eller absolut bradykardi. Udtrykket neurokardiogen synkope har nu vundet hævd som dækkende for almindelig (vasovagal) besvimelse, situationsbestemt besvimelse (fx miktionsynkope) samt hidtil uafklarede besvimelser, hvor anamnese og klinik er karakteristisk, og hvor synkope kan provokeres ved en vippeleje-undersøgelse (tilt table-test).

Den afledte forskningsmæssige aktivitet har sammen med en række velgennemførte kliniske undersøgelser medført et gennembrud i synkopeudredningen, herunder en klinisk betydningsfuld fornyet interesse for en ofte negligeret årsag til synkope og faldeperioder – sinus caroticus-syndrom (2).

Neurokardiogen synkope

Spontane besvimelser optræder hos personer i siddende eller oftest stående stilling. Der er fundet holdepunkter for excessiv venøs pooling, som medfører et pludseligt fald i det venøse tilbageløb til hjertet. Den reducerede diastoliske fyldning medfører kraftigere systolisk kontraktion og dermed næsten fuldstændig tømning. Herved stimuleres hjertets mekanoreceptorer, som via signaler til hjernestammen bevirker en i situationen paradoks refleksmedieret vasodilatation og bradykardi. Den eksakte mekanisme er dog uafklaret, og fx har undersøgelse af den cerebrale gennemblødning før og under vippeleje-induceret synkope overraskende vist en cerebral vasokonstriktion (trods den systemiske hypotension), der kan være medvirkende til bevidsthedstabet (3). Den normale hæmodynamik genoprettes hurtigt ved horisontal stilling både for spontane og vippeleje-inducerede besvimelser. Almindeligvis anses synkoper af denne type ikke for at være livstruende i sig selv, men såfremt en spontan besvimelse skulle optræde i en situation, hvor horisontal stilling ikke kan opnås, er der sandsynligvis en betydelig risiko (4).

Det kliniske billede ved neurokardiogen synkope er ofte karakteristisk. De fleste patienter har prodromer i form af ubestemt utilpashed, varmekølemelse, let svedudbrud, kvalme, mathed og svimmelhed. Vidner kan berette, at patienten er bleg. Varigheden af prodromer er stærkt varierende fra sekunder til minutter, men en del kan ikke nå at træffe nogen forholdsregler. Det skal understreges, at neurokardiogen synkope ikke udløses umiddelbart ved stillingsændring – der er følgelig ikke tale om sædvanlig ortostatisk hypotension. I mange tilfælde kan der påvises en klar, udløsende årsag, fx angst, stærk smerte eller ubehag, tvungen stilleståen gennem længere tid som ved militærparade. Sandsynligvis er det således, at alle mennesker ville kunne bringes til at besvime, såfremt stimulus var kraftigt nok.

Problemer med hensyn til diagnostik og behandling foreligger især når der er tale om tilbagevendende tilfælde uden påviselige udløsende faktorer.

Anvendelse af vippeleje-undersøgelse som diagnostisk redskab ved udredning af patienter med uforklaret tilbagevendende synkope blev første gang beskrevet i 1986. Dette har siden udløst en intensiv forskning vedrørende den kliniske anvendelighed af vippeleje-undersøgelse (5), herunder metodologiske studier samt omfattende, patofysiologiske undersøgelser af neurokardiogen synkope. Selv om der internationalt ikke er fuld enighed om, hvilken protokol der bør anvendes, er metoden nu almindeligt anerkendt som et nyttigt redskab, der bør overvejes på et tidligt tidspunkt i synkopeudredningen (2). Den vigtigste behandling er information om mekanismerne og vedrørende profylaktiske forholdsregler, når der er varslings symptomer. Patienter med hyppige og/eller svære synkoper kan behandles medicinsk og i udvalgte tilfælde med pacemaker.

Sinus caroticus-syndrom

Denne tilstand er en velkendt, men ofte overset årsag til tilbagevendende anfald af svær svimmelhed og besvimelse og er betinget af abnormt øgede baroreceptormedierede reflekser, som medfører pludseligt indsættende bradykardi og hypotension.

Sinus caroticus-syndrom optræder med stærkt stigende hyppighed efter 50-års-alderen og er ofte associeret med forekomst af iskæmisk hjertesygdom og hypertension. Ofte kan symptomer udløses ved hoveddrejning eller anden manøvre, der kan udøve tryk på sinus caroticus, men som hovedregel kan sådanne faktorer ikke påvises anamnestisk. Synkoper og fald medfører ofte traumer og frakturer.

Nyere og helt aktuel forskning har vist, at tilstanden er betydelig hyppigere end hidtil antaget og kan manifestere sig alene ved faldepisoder uden erkendt bevidsthedstab. Således er det i en konsekutiv undersøgelse af ældre med femurfraktur og uforklaret fald påvist, at en tredjedel havde sinus caroticus-syndrom (6). Det mest betydningsfulde i den nyeste litteratur synes dog at være dokumentationen af de krav, der nødvendigvis må være opfyldt vedrørende den praktiske fremgangsmåde ved diagnostik af tilstanden. Hypersensitiv sinus caroticus foreligger, såfremt sinus caroticus-massage udløser en pause på tre sekunder eller mere, eller et fald i det systoliske blodtryk på 50 mmHg eller mere. Det er ikke et krav, at der samtidig optræder symptomer. Såfremt ovennævnte dokumenteres hos en patient med i øvrigt uforklaret synkope, er der tale om sinus caroticus-syndrom.

Medens det er indlysende for alle, at en samtidig registrering af ekg er nødvendig for dokumentation er det langt fra erkendt, at blodtryksændringen ligeledes for dokumentation kræver en kontinuerlig (slag-til-slag)-registrering. Undlades dette, kan en klinisk betydningsfuld vasodepressorreaktion ikke påvises, hvilket ikke mindst er uheldigt, såfremt den kardioinhibitoriske reaktion falder inden for det normale. Rutinemæssigt undersøges patienten i liggende stilling, men ved normalt respons bør undersøgelsen gentages med patienten stående på vippelejet, idet 5 – 10 % af alle med sinus caroticus-syndrom udviser normalt respons i liggende stilling (7). For at sikre at patienter

med sinus caroticus-syndrom diagnosticeres korrekt er det således påkrævet i langt højere grad, end det er tilfældet, at tænke på muligheden og at etablere forhold, der sikrer, at den i øvrigt simple diagnostik udføres korrekt. Behandling af sinus caroticus-syndrom med kardiainhibitorisk moment er permanent tokammer pacing, som har veldokumenteret effekt (8).

Perspektiver

Det er indlysende, at en synkopeklinik, der undersøger hundredvis af patienter årligt indebærer særlig gode muligheder for forskning. Det kan dreje sig om forskning i de patofysiologiske forhold ved fx neurokardiogen synkope eller kliniske studier. Et nærliggende og meget aktuelt forskningsområde med praktisk klinisk relevans og givetvis betydelig samfundsmæssig betydning er diagnostik og behandling af synkoper og faldeepisoder blandt ældre via et samarbejde med primærsektoren – eksempelvis med henblik på forebyggelse af en del af de mange faldulykker, der resulterer i collum femoris-frakturer med den dertil knyttede betydelige morbiditet og mortalitet (6, 10, 11).

I takt med udviklingen af nye diagnostiske metoder og den dermed opnåede erfaring i synkopeudredning er der sket en oprettelse af bredt orienterede synkopeklinikker i både Europa og USA (9). De fleste er en del af – eller har fast tilknytning til – kardiologiske afdelinger. Med de gode resultater, der er opnået, er der ikke tvivl om, at der også i Danmark bør skabes mulighed for, at man i større hospitalsenheder kan tilbyde udredning af patienter henvist direkte fra almen praksis såvel som fra andre hospitalsafdelinger – i første række neurologiske, intern medicinske, geriatriske og ortopædkirurgiske. En meget stor del af udredningen kan foregå ambulant. En synkopeklinik af denne art skal råde over lægelig ekspertise og have meget let adgang til kardiologiske undersøgelsesmetoder (især Holtermonitorering og forskellige andre former for langtids-ekg-monitorering samt ekko-kardiografi) samt personale og udstyr til udførelse af vippeleje-undersøgelsen, sinus caroticus-massage m.v. Dette er dog ikke tilstrækkeligt, da det er af betydning, at der også er en vis træning i vurdering af cerebralt betinget svimmelhed, gangforstyrrelser, eventuel demens etc., som jævnlige er en del af det kliniske billede i det ældre patientklientel. Fordelen er, at man efter en ganske hurtigt udført lægelig vurdering kan tilrettelægge et hensigtsmæssigt, men begrænset undersøgelsesforløb. Et sådant forløb vil eksempelvis ofte ikke indebære egentlige kardiologiske undersøgelser, og kun et fåtal vil blive henvist til neurologisk vurdering. Foreliggende litteratur viser, at antallet af unødvendige undersøgelser begrænses, samtidig med at en større del af de henviste får en korrekt diagnose og en adækvat behandling (1, 2).

LITTERATUR

1. Linzer M, Yang EH, Estes NA, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 1: Value of history, physical examination, and

- electrocardiography. Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1997; 126: 989 – 96.
2. Linzer M, Yang EH, Estes NA, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 2: Unexplained syncope. Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1997; 127: 76 – 86.
 3. Grubb BP, Samoil D, Kosinski D, Wolfe D, Brewster P, Elliott L et al. Cerebral syncope: loss of consciousness associated with cerebral vasoconstriction in the absence of systemic hypotension. *Pacing Clin Electrophysiol* 1998; 21: 652 – 8.
 4. Grubb BP. Neurocardiogenic Syncope. I: Grubb BP, Olshansky B, eds. *Syncope: mechanisms and management*. 1st edition. New York: Futura Publishing Company, 1998: 73 – 106.
 5. Johansen JB, Mølgaard H, Simonsen EH. Vippeleje-undersøgelse ved synkope. *Ugeskr Læger* 1999; 161: 6798 – 802.
 6. Ward CR, McIntosh S, Kenny RA. Carotid sinus hypersensitivity – a modifiable risk factor for fractured neck of femur. *Age Ageing* 1999; 28: 127 – 33.
 7. Kenny RA, McIntosh SJ. Carotid sinus syndrome. I: Kenny RA, ed. *Syncope in the older patient*. 1st edition. London: Chapman & Hall, 1996: 107 – 22.
 8. Crilley JG, Herd B, Khurana CS, Appleby CA, De Belder MA, Davies A et al. Permanent cardiac pacing in elderly patients with recurrent falls, dizziness and syncope, and a hypersensitive cardioinhibitory reflex. *Postgrad Med J* 1997; 73: 415 – 8.
 9. McIntosh S, Da Costa D, Kenny RA. Outcome of an integrated approach to the investigation of dizziness, falls and syncope in elderly patients referred to a «syncope» clinic. *Age Ageing* 1993; 22: 53 – 8.
 10. Dey AB, Bexton RS, Tyman MM, Charles RG, Kenny RA. The impact of a dedicated «syncope and falls» clinic on pacing practice in northeastern England. *Pacing Clin Electrophysiol* 1997; 20, 815 – 7.
 11. Kenny RA for the SAFE PACE 2 study group. SAFE PACE 2: Syncope and falls in the elderly – Pacing and carotid sinus evaluation. *Europace* 1999; 1: 69 – 72.
-

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.