
Synkopeutredning

REDAKSJONELT

JOHN G. COOPER

John G. Cooper (f. 1950) er spesialist i allmennmedisin, forfatter av synkopekapitlet i læreboken i klinisk allmennmedisin og konstituert overlege.

Medisinsk avdeling

Sentralsjukehuset i Rogaland

Postboks 8100, 4003 Stavanger

Tidligere studier har vist at 40 % av alle residiverende synkopetilfeller forblir uforklarte, til tross for at pasientene er undersøkt for kardiale, nevrologiske og andre kjente årsaker (1). De siste ti år er det kommet flere rapporter som viser at en betydelig forbedring av diagnostikken er mulig dersom målrettede utredningsstrategier kombineres med nyere undersøkelsesmetoder.

Flertallet av pasienter som oppsøker primærlegen på grunn av synkope, vil ikke ha behov for videre henvisning. Utfordringen for allmennpraktikeren ligger i at synkope kan være forårsaket av et vidt spekter av tilstander – alt fra det banale til det livstruende, der graden av hast i diagnostikken varierer betydelig. Tilstanden er vanlig, opptil 20 – 30 % av befolkningen sier at de har hatt minst en besvimelse. I Framingham-studien opplevde 3 % synkope i løpet av en oppfølgingstid på 26 år. Blant eldre i institusjon er årlig insidens av synkope om lag 6 % (2). Diagnosen vasovagal synkope stilles på grunnlag av en anamnese som inkluderer de fleste av følgende trekk: stående stilling, smerte eller annet stress, gradvis, ikke plutselig bevissthetstap, svette, kvalme, blekhet, øresus, gjesping, synsforstyrrelser og rask bedring i liggende stilling. Vasovagal synkope forekommer oftest hos yngre personer.

På grunnlag av sykehistorien alene vil man ofte kunne skille vasovagal synkope fra de øvrige typer, som situasjonsbetinget synkope, brått innsettende kardial synkope utløst av arytmier eller obstruksjon, synkope pga. metabolske problemer som hypoglykemi og epileptiske anfall. Ved diagnostisk usikkerhet etter anamnese, klinisk undersøkelse og EKG-registrering, eller ved mistanke om kardial eller nevrologisk årsak, bør pasienten henvises til videre utredning. Pasienter med kjent eller mistenkt hjertesykdom, anstrengelsesutløst synkope eller brått innsettende synkope bør henvises til kardiologisk utredning, som

kan bestå av en eller flere av følgende undersøkelser: ekkokardiografi, arbeids-EKG, 24 timers EKG-registrering (Holter-monitorering) eller elektrofysiologiske studier. Henvisning til nevrologisk vurdering er sjelden hensiktsmessig hvis ikke nevrologiske symptomer eller funn avdekkes i den kliniske undersøkelsen.

Sinus caroticus-syndrom opptrer med stigende hyppighet etter 50 års alder. Nyere forskning har vist at tilstanden er hyppigere enn tidligere antatt og kan fremtre som fellepisoder uten erkjent bevissthetstap. I en undersøkelse av eldre med lårhalsbrudd og uforklarlige fall fant man at en tredel hadde sinus caroticus-syndrom (3). Tokammerpacing er en effektiv behandling for kardioinhibitorisk sinus caroticus-synkope (4).

Synkope hos gamle kan også skyldes en kombinasjon av polyfarmasi og sviktende fysiologiske reflekser. Hos sykehjemspasienter opptrer det ofte på bakgrunn av annen alvorlig grunnsykdom, og det vil ikke alltid være indikasjon for videre utredning.

Selv om synkopediagnostikken kan bedres ved mer målrettet utredning og bruk av nyere undersøkelsesmetoder, er det fortsatt en del fallgruver, og resultatene av synkopeutredning må tolkes med forsiktighet.

Holter-monitorering virker fornuftig, men mange forskjellige arytmier kan sees hos normale individer, hovedsakelig bradyarytmier hos yngre og ektopisk aktivitet hos eldre. Det er ikke alltid sammenheng mellom arytmier påvist ved Holter-monitorering og pasientens symptomer. En «hendelsesknapp» hjelper lite, siden pasienter med kardial synkope sjelden har tid til å aktivere knappen. Arbeids-EKG kan være diagnostisk ved vasomotoriske besvimelser etter anstrengelse, men kan være farlig hos pasienter med aortastenose eller obstruktiv kardiomyopati. Carotismassasje kan føre til alarmerende asystoli, som ikke behøver være årsaken til pasientens synkope. Hvis man utfører carotismassasje uten kontinuerlig (slag-til-slag) registrering av blodtrykket, kan en klinisk signifikant vasodepressorreaksjon oversees. Elektrofysiologiske studier har liten diagnostisk verdi, med mindre det er tegn til strukturell hjertesykdom hos pasienten.

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Knut Gjesdal og medarbeidere erfaringer med en ti minutters vipptest og gjentakelse under isoprenalininfusjon (5). Vippetesting er en nyere diagnostisk metode som kan indusere bevissthetstap av nevrokardiogen karakter hos pasienter med uavklart synkope. Indikasjon for vippetesting er residiverende synkope hos pasienter uten mistenkt hjertesykdom. Uttrykket nevrokardiogen synkope er i den senere tid blitt brukt som en fellesbetegnelse for vanlig vasovagal synkope, situasjonsbetinget synkope (hoste, miksjon, svelging og defekasjon m.m.) samt hittil uavklarte besvimelser hvor anamnese og kliniske symptomer er karakteristiske, og hvor synkope kan utløses ved en vipptest. Sensitiviteten og spesifisiteten av vippetesten varierer med testens varighet, vippebordets helningsgrad og ev. bruk av provokasjonsmedikamenter.

Ingen prøve kan helt etterlikne omstendighetene rundt en nevrokardiogen besvimelse, men en vipptest kan gi nyttig diagnostisk informasjon. Den mest brukte protokollen er vipning til 60° i 45 minutter (6), men ulik varighet og helningsgrad brukes, og enkelte supplerer testen med isoprenalin-,

glyserylnitrat- eller adenosinprovokasjon. Vippetesten er positiv hvis den fremkaller typiske symptomer ledsaget av hypotensjon eller bradykardi. Resultatet klassifiseres som enten vasodepressor, kardiainhibitorisk eller en kombinasjon av disse, og resultatet er veiledende for spesifikk intervensjon. Videre har vippetesting identifisert en subgruppe av pasienter med «malign» vasovagal synkope. Disse er pasienter med residiverende, alvorlig, uavklart synkope. To-kammerpacing kan ofte hjelpe pasienter med kardiainhibitorisk «malign» vasovagal synkope.

I Norge har utredning av synkope foregått i kardiologiske, indremedisinske, nevrologiske og geriatrike avdelinger, ofte uten organisert samarbeid. Dette innebærer risiko for diagnostisk feilorientering og overforbruk av ressurser. I både Europa og USA har man høstet gode erfaringer fra spesialklinikker for synkope og fallskader, der man kan tilrettelegge en hensiktsmessig, men begrenset utredningsstrategi for pasientene (7 – 9).

LITTERATUR

1. Kapoor WN. Diagnostic evaluation of syncope. *Am J Med* 1991; 90: 91 – 106.
2. Lipsitz LA, Wei JY, Rowe JW. Syncope in an elderly, institutionalised population: prevalence, incidence, and associated risk. *Q J Med* 1985; 55: 45 – 54.
3. Ward CR, McIntosh S, Kenny RA. Carotid sinus hypersensitivity – a modifiable risk factor for fractured neck of femur. *Age Ageing* 1999; 28: 127 – 33.
4. 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.
5. Aksnes TA, Nodenes K, Gjesdal KT. B Bruk av vippetest ved utredning av synkope *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 803 – 6.
6. Fitzpatrick AP, Theodorakis G, Vardas P, Sutton R. Methodology of head-up tilt testing in patients with unexplained syncope. *J Am Coll Cardiol* 1991; 17: 125 – 30.
7. 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.
8. 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.
9. Johansen JB, Mølgaard H, Simonsen EH. U Udredning af patienter med synkope *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 808 – 9.

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. desember 2025.