

GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF SYNCOPE (VERSION 2009)

<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/syncope.aspx?hit=dontmiss>
Eur Heart J. 2009;30:2631-71.

Kvalitetsutvalget har innhentet uttalelse fra:

- professor Knut Gjesdal, Hjertemedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål, og
- overlege Kari B. Jønland, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Gjesdal skriver:

"... Jeg gjør oppmerksom på at jeg har deltatt i utredningen av disse og derfor ikke er uholdt i min vurdering.... Utredningen er nyttig lesning for kardiologer og nevrologer. ... I forhold til tidligere versjon, kan det fremheves:

- Ny definisjon: "Syncope is a transient loss of consciousness (T-LOC) due to transient global cerebral hypoperfusion characterized by rapid onset, short duration, and spontaneous complete recovery." Denne definisjon skiller nok bedre enn før mot traumatisk bevissthets-tap, epilepsi og psykogene anfall.
- Patofysiologien er tydeligere. Synkopene inndeles i kardiale synkoper, reflekssynkoper og synkoper på grunn av ortostatisk hypotensjon.
- Flytkartet for utredning av synkope er blitt tydeligere.
- Det legges mye vekt på vurdering av faren for plutselig hjertedød. T-LOC hos pasienter med samtidig hjertesykdom tilsier derfor omfattende utredning.
- Verdien av vippestet som diagnostisk verktøy er tonet ned. Derimot fremheves den pedagogiske verdien testen gir ved at pasienten tidlig kan erkjenne prodromer og kupere anfallet.
- Nyttan av implantert rytmeovervåker fremheves.
- Nyttan av en tverrfaglig synkopenhet på sykehus fremheves. Ikke alle pasienter trenger vurdering der, men den generelle standard på utredningen heves og kostbare prosedyrer begrenses.
- Faren for residiv under bilkjøring tones ned. For dem som ikke er yrkessjåfører, anbefales ikke kjøreforbud etter "uskyldig" reflekssynkope, og restriksjoner anbefales ikke lenger

etter gjentatte eller alvorlige reflekssynkoper når situasjonen er under kontroll. Faren for synkope-relatert trafikkuhell anses for å være mindre enn faren ved å være ung eller gammel sjåfør.

Min anbefaling er at NCS tiltrer de europeiske retningslinjene. Implementering av dem vil medføre arbeid for å etablere synkopenheter (som ikke krever mye ressurser) på de enkelte sykehus. Det blir videre nødvendig å ha faglig dialog med Helsedirektorat og fylkesmenn ettersom det ikke er vi kardiologer som får bestemme det norske regelverket for bilførere."

Jønland skriver:

"... Første Europeiske retningslinjer for utredning og behandling av synkope ble publisert i 2001. Oppdaterte retningslinjer ble så publisert i 2004. Dokumentet økte da vesentlig i volum, fra 50 sider i 2001-utgaven til 70 sider i 2004-utgaven. Den oppdaterte versjonen fra 2009 er nede på 40 sider, altså betraktelig mer komprimert.

Definisjon, patofysiologi og klassifikasjon

2009-versjonen understreker klarere enn før at synkope skyldes kortvarig bevissthetstap pga. forbigående global cerebral hypoperfusjon. Synkope settes også inn i en større sammenheng med andre tilstander med bevissthetstap, som commotio, epileptiske anfall, metabolske forstyrrelser og intoksikasjoner.

I de nye retningslinjene går en også mer systematisk gjennom årsaker til cerebral hypoperfusjon, hvor en klassifiserer årsakene etter hvorvidt hypoperfusjonen skyldes "low cardiac out-put" eller "low peripheral resistance". Denne delen er praktisk nyttig og interessant lesning som underbygger den videre klassifikasjonen av synkoper i refleks-synkoper, ortostatisk hypotensjon og kardiale synkoper.

Diagnose

Del to skiller seg fra de tidligere retningslinjene ved at en mye tydeligere tar opp risiko-vurderinger. Tidligere har en vært mer fokusert på å

finne etiologisk årsak til synkopen, mens en nå fokuserer mer på å avdekke forhold som indikerer om pasienten har økt risiko for kardiaale hendelser eller arytmi-død.

I 2009-utgaven skiller en synkopen i sikker og usikker diagnose. Ved usikker diagnose settes her risikostratifisering inn som første evaluering. Det listes også opp anamnesticke og kliniske opplysninger som indikerer høy risiko. Denne tidlige fokuseringen på å plukke ut "høyrisiko-pasientene" er etter mitt skjønn fornuftig og passer godt inn i tankegangen i den kliniske hverdagen.

Videre går en igjennom de diagnostiske testene en har til rådighet. I 2004-utgaven ble det brukt relativt mye plass til å gå igjennom laboratorie-testing som tilt-testing og elektrofyσιologisk undersøkelse. Dette er tonet mer ned i 2009-utgaven. Derimot beskrives utvidet EKG-registrering i form av eksterne og implanterbare loop-recordere mer utførlig, og det gis konkrete anbefalinger for tolking av funn. Det understrekes også at symptom i form av "pre-synkope" ikke er relevant og ikke kan brukes som surrogat for synkope. Denne vektleggingen av langtids-EKG-registrering på bekostning av laboratorie-testing finner jeg helt i tråd med dagens praksis og egen erfaring.

Behandling

Hjørnestenen i behandlingen av reflekssynkoper og vasovagale synkoper er fortsatt informasjon og forsikring om god prognose. Dette er ytterligere understreket i de siste anbefalingene.

For reflekssynkopene er opplæring i "counter-pressure"-manøvre nå blitt klasse 1-anbefaling, mot klasse 2-anbefaling i 2004-utgaven. Også andre non-farmalogiske tiltak som identifisering av trigger-situasjoner og forebygging i form av god hydrering understrekes.

Ytterligere behandling er aktuelt hos dem med svært hyppige synkoper, de med lite prodromer og dermed høyere risiko for skader og hos dem som opplever synkoper i forbindelse med høy-risiko-aktivitet som kjøring, håndtering av maskiner og lignende.

Erfaringsmessig er pasienter med hyppige vasovagale synkoper og lite forvarsel de vanskeligste å tilby god behandling. Tilt-trening har vært foreslått som god behandling, men er tidkrevende og vanskelig å gjennomføre over tid. Tilt-trening har nå fått klasse IIb-anbefaling, altså tonet noe ned i forhold til tidligere.

Det kan være interessant å merke seg at Midodrine også nå er angitt som klasse IIb-anbe-

faling, og er da det eneste medikamentet som har noen dokumentasjon (ved refleks-synkope). Midodrine er ikke tilgjengelig i Norge, slik at en må søke registreringsfritak. Dette begrenser nok bruken og dermed erfaringene for norske leger.

For ortostatisk hypotensjon er det nytt at både Midodrine og Fluorocortison nå har fått klasse IIa-anbefaling.

Spesielle forhold

Til slutt er det satt av et lite avsnitt om synkope og bilkjøring, og det henvises her til egne publikasjoner vedr. bl.a. ICD og bilkjøring. Anbefalingene kan ikke uten videre adapteres til norske forhold da dette må tilpasses våre norske førerkortforskrifter. Tilpasninger er allerede gjort i Helsedirektoratets informasjonsbrev til landets fylkesmenn fra august -09 vedrørende førerkort og ICD.

Organisatoriske forhold

Det siste kapittelet i anbefalingene omhandler organisering av vurderingen og behandlingen av pasienten med synkope. Det refereres flere modeller for synkopepoliklinikker. En tidlig systematisk gjennomgang av pasientens anamnese og kliniske funn er vist å føre til færre undersøkelser, færre innleggelsesdøgn, lavere kostnader og også lavere hendelsesrate i oppfølgingen.

På mange små sykehus i Norge vil en ikke ha tilgang på erfarne spesialister på området og heller ikke tilgang på spesialundersøkelser som elektrofyσιologisk undersøkelse. Oppfølging av implanterbare looprecordere krever også at sykehuset har utstyr for pacemakerkontroller.

Det viktigste budskapet er imidlertid at pasienten med synkope må få en systematisk gjennomgang basert på standardiserte retningslinjer. De foreliggende retningslinjene er etter mitt skjønn et godt hjelpemiddel for en slik strukturert vurdering.

Vurdering

Alle anbefalingene i retningslinjene har nå fått angitt "level of evidence". 56 av anbefalingene har evidensnivå C, 45 har evidensnivå B og kun 3 har evidensnivå A. En har altså få randomiserte og kontrollerte studier å bygge anbefalingene på. Mye bygger på små studier, dels observasjonsstudier uten kontrollgrupper. Studiene er også ofte vanskelig å sammenligne pga. ulik inklusjon og ulik definisjon av synkope

De oppdaterte retningslinjene er komprimerte, men gir en god og systematisk oversikt over et vanskelig tema. Bortsett fra kapitlene

om synkope og bilkjøring og om organisatoriske forhold finner jeg at retningslinjene passer godt med norske forhold og egen erfaring.

Spesielt tror jeg vektleggingen av tidlig risikovurdering er en viktig faktor.

Jeg er i tvil om en bør organisere egne synkopemottak/-poliklinikker, men dersom norske indremedisinere implementerer de foreliggende retningslinjene i praksis, tror jeg en kan oppnå en bedre vurdering og riktigere behandling av pasientene med synkope."

Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 11.01.2010)

Som det fremgår av ekspertuttalelsene ovenfor, gir de oppdaterte retningslinjene en god, systematisk og komprimert oversikt over definisjon, utredning og behandling av synkope. Vi vil spesielt påpeke betydningen av en detaljert og god sykehistorie før man velger supplerende undersøkelser. Videre merker vi oss nytten av langtids-EKG-registrering enten ved eksterne eller implanterbare rytmeregistratorer med slyngeminne.

Organisering av synkopopoliklinikker vil sannsynligvis være nyttig for å ha en systematisk

og ensartet utredning, i hvert fall på større sentra. Som også ekspertene anfører, er det i Norge førerkortforskrifter gitt av Helsedirektoratet som er retningsgivende for fylkesmennenes avgjørelse i førerkortsaker, og disse er nylig revidert for pasienter med implantert hjertestarter. For andre tilfeller av synkope kunne man ønske seg mer dokumentasjon og klarere anbefalinger mht. førerkort, men de foreliggende retningslinjene kan gi en viss støtte for kardiologer som skriver spesialisterklæring til fylkesmennene.

På denne bakgrunn anbefaler vi at NCS gir sin tilslutning til retningslinjene.

Kvalitetsutvalget presiserer

Retningslinjer er råd, ikke regler

Disse retningslinjer er ment som en støtte for legers kliniske beslutninger angående utredning og behandling. De beskriver flere mulige fremgangsmåter, som vil være passende for de fleste pasienter under de fleste omstendigheter. Bedømmelse og behandling av den enkelte pasient må gjøres av legen og pasienten i lys av den aktuelle pasients spesielle situasjon. Det vil dermed finnes situasjoner der det er akseptabelt å fravike retningslinjene.

Oslo den 11. januar 2010

Ole-Gunnar Anfinsen
leder (sign)

Tone Nerdrum
(sign)

Vernon Bonarjee
(sign)

NCS har i styremøte den 10.03.2010 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.