

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Συγκοπή: Διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση

Γεώργιος Κρανιδιώτης

Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκοπή είναι ένα φαινόμενο αρκετά συχνό. Οι συνηθέστερες αιτίες της είναι καλοήθειες: η αντανακλαστική συγκοπή και η ορθοστατική υπόταση. Ωστόσο, είναι υψίστης σπουδαιότητας, ο αποκλεισμός της καρδιογενούς συγκοπής -δεδομένης της σύνδεσής της με απειλητικές για τη ζωή νοσολογικές οντότητες-, καθώς και ο διαχωρισμός του συγκοπτικού από το επιληπτικό επεισόδιο. Η κλινική αξιολόγηση, που ερείδεται στο προσεκτικό ιστορικό, την αντικειμενική εξέταση και το ηλεκτροκαρδιογράφημα, παραμένει το κύριο εργαλείο για την προσέγγιση του ασθενούς με συγκοπή και την καθοδήγηση της περαιτέρω διαχείρισής του.

Λέξεις ευρετηρίου: συγκοπή, απώλεια συνείδησης, ορθοστατική υπόταση

Γ. Κρανιδιώτης. Συγκοπή: διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση. Επιστημονικά Χρονικά 2025; 30(4): 551-558

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συγκοπή ανήκει σε μια ομάδα διαταραχών με τις οποίες μοιράζεται αρκετά κοινά κλινικά χαρακτηριστικά και από τις οποίες πρέπει να διαφοριστεί. Αυτές οι διαταραχές αναφέρονται με τον γενικό όρο παροδική απώλεια συνείδησης (transient loss of consciousness, TLOC). Παροδική απώλεια συνείδησης ονομάζεται η πραγματική ή φαινομενική απώλεια της συνείδησης με απώλεια της επίγνωσης (awareness) που χαρακτηρίζεται από αμνησία του χρονικού διαστήματος κατά το οποίο λαμβάνει χώρα, ανώμαλο κινητικό έλεγχο, απώλεια ανταπόκρισης στα ερεθίσματα και βραχεία διάρκεια. Συγκοπή ονομάζεται η παροδική απώλεια συνείδησης που οφείλεται σε εγκεφαλική υποάρδευση και χαρακτηρίζεται από ταχεία έναρξη, βραχεία διάρκεια και αυτόματη, πλήρη ανάνηψη [1].

Επιδημιολογία

Η συγκοπή είναι ένα φαινόμενο αρκετά συχνό. Η επίπτωσή της εφ' όρου ζωής είναι 32–35%. Είναι συχνότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες και αφορά στο 0,6–1,7% των επισκέψεων στο ΤΕΠ. Συνήθως οι αιτίες είναι καλοήθειες· στα 2/3 των περιπτώσεων πρόκειται για αγγειοπαρασυμπαθητικοτονική συγκοπή ή ορθοστατική υπόταση. Καρδιακά αίτια ανευρίσκονται μόλις σε 7–10%, και είναι συχνότερα στους ηλικιωμένους. Η θνητότητα των ασθενών που εμφανίζονται με συγκοπή είναι <2% στις 10 ημέρες, αλλά φθάνει το 8,4% στο 1 έτος [2].

Αιτιολογική ταξινόμηση - παθοφυσιολογία παροδικής απώλειας συνείδησης - συγκοπής

Κατ' αρχάς, η παροδική απώλεια συνείδησης διακρίνεται αναλόγως του αν έπεται ή όχι κάκωσης της κεφαλής. Ακολουθώντας τα αίτια της μη-τραυματικής αρχής παροδικής απώλειας συνείδησης ομαδοποιούνται ως εξής:

- α) συγκοπή,
- β) επιληπτικές κρίσεις,
- γ) ψυχογενή, και
- δ) σπάνια [1].

Η περαιτέρω διαίρεση παρουσιάζεται στον Πίνακα 1. Ο πίνακας 2 παρουσιάζει την αιτιολογική ταξινόμηση της συγκοπής σε τρεις ομάδες, καθεμία εκ των οποίων χαρακτηρίζεται από κοινή παθοφυσιολογία, κλινική εκδήλωση και κίνδυνο [1,3,4].

Δύο είναι οι κύριοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της συγκοπής: η μείωση των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων και η μείωση της καρδιακής παροχής. Αμφότεροι οδηγούν σε ένα κοινό τελικό συμβάν, που είναι η πτώση της αρτηριακής πίεσης και η καθολική εγκεφαλική υποάρδευση.

Ο αγγειοκατασταλτικός τύπος της αντανακλαστικής συγκοπής και η φαρμακογενής ή ένεκα δομικής βλάβης δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ) συνδέονται με μείωση των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων.

Ο καρδιοανασταλτικός τύπος της αντανακλαστικής συγκοπής, η λόγω υποογκαιμίας ή στάσης στο φλεβικό δίκτυο μείωση της φλεβικής επανόδου αίματος στην καρδιά και η καρδιογενής συγκοπή συνδέονται με μείωση της καρδιακής παροχής [1].

Πίνακας 1. Ταξινόμηση παροδικής απώλειας συνείδησης.

Συγκοπή
- αντανακλαστική*
- ορθοστατική υπόταση**
- καρδιογενής
Επιληπτικές κρίσεις (γενικευμένες)
- τονικές
- κλονικές
- τονικοκλονικές
- ατονικές
Ψυχογενής
- ψυχογενής ψευδοσυγκοπή
- ψυχογενείς μη-επιληπτικοί σπασμοί
Σπάνια
- σύνδρομο υποκλοπής υποκλειδίου αρτηρίας
- παροδικό ισχαιμικό ΑΕΕ σπονδυλοβασικού συστήματος
- υπαραχνοειδής αιμορραγία

* Η νευρικά μεσολαβούμενη.

** Ορίζεται ως η εμμένουσα ελάττωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά ≥ 20 mmHg, της διαστολικής αρτηριακής πίεσης κατά ≥ 10 mmHg ή η εμμένουσα ελάττωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης σε απόλυτη τιμή < 90 mmHg, εντός 3 λεπτών από την έγερση σε ορθία θέση ή την ανύψωση της κεφαλής κατά τουλάχιστον 60 μοίρες.

Πίνακας 2. Ταξινόμηση συγκοπής.

Αντανακλαστική
<ul style="list-style-type: none"> • Αγγειοπαρασυμπαθητικοτονική
ορθοστατική
<ul style="list-style-type: none"> - συναισθηματική
<ul style="list-style-type: none"> • Περιστασιακή
<ul style="list-style-type: none"> - Ουρογεννητικό: ούρηση
<ul style="list-style-type: none"> - Γαστρεντερικό: κατάποση, αφόδευση
<ul style="list-style-type: none"> - Αναπνευστικό: βήχας, παρμός
<ul style="list-style-type: none"> - σωματική άσκηση
<ul style="list-style-type: none"> - άλλα: π.χ. γέλιο
<ul style="list-style-type: none"> • Σύνδρομο καρωτιδικού κόλπου
Ορθοστατική υπόταση
<ul style="list-style-type: none"> • φάρμακα
<ul style="list-style-type: none"> • υποογκαιμία
<ul style="list-style-type: none"> • δυσλειτουργία ΑΝΣ
<ul style="list-style-type: none"> - πρωτοπαθής (ατροφία πολλαπλών συστημάτων, ν. Πάρκινσον, άνοια με σωματία Λιούις)
<ul style="list-style-type: none"> - δευτεροπαθής (διαβήτης, αμυλοείδωση, βλάβες νωτιαίου μυελού, παρανεοπλασματική, ουραιμία, έλλειψη Β12, αλκοόλ)
Καρδιογενής
<ul style="list-style-type: none"> • Αρρυθμίες
<ul style="list-style-type: none"> - βραδυκαρδία (φλεβοκομβική δυσλειτουργία, διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής)
<ul style="list-style-type: none"> - ταχυκαρδία (υπερκοιλιακή, κοιλιακή)
<ul style="list-style-type: none"> • Δομική νόσος
<ul style="list-style-type: none"> - καρδιακή (στένωση αορτής, ΟΕΜ, υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια, μύζωμα αριστερού κόλπου, περικαρδιακή νόσος)
<ul style="list-style-type: none"> - πνευμονική/αγγειακή (πνευμονική εμβολή, πνευμονική υπέρταση, διαχωρισμός αορτής)

Διαφορική διάγνωση

Η αρχική κλινική εκτίμηση της συγκοπής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) περιλαμβάνει: λήψη ιστορικού (από τον ίδιο τον ασθενή και τους αυτόπτες μάρτυρες του περιστατικού), αντικειμενική εξέταση, ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) και μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (σε υπτία και ορθία θέση).

Τα κλινικά χαρακτηριστικά που συνηγορούν υπέρ της αντανακλαστικής συγκοπής είναι: μακρό ιστορικό υποτροπιαζόντων συγκοπτικών επεισοδίων (ιδίως σε ηλικίες <40 ετών), εκδήλωση μετά από δυσάρεστο θέαμα, ήχο ή οσμή, πόνο ή παρατεταμένη ορθοστασία, καθώς και κατά τη διάρκεια γεύματος ή την παραμονή σε θερμό χώρο ή σε συνωστισμό· πρόδρομα σημεία και συμπτώματα που υποδηλώνουν ενεργοποίηση του ΑΝΣ (ωχρότητα, εφίδρωση, ναυτία, έμετος)· επέλευση μετά από στροφή της κεφαλής ή άσκηση πίεσης επί του καρωτιδικού κόλπου (όγκοι, ξύρισμα, στενό κολάρο)· απουσία καρδιακής νόσου.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά που παραπέμπουν σε ορθοστατική υπόταση είναι: εμφάνιση κατά την ορθοστασία ή μετά από αυτήν· παρατεταμένη ορθοστασία· ορθοστασία μετά από σωματική άσκηση· εκδήλωση μετά το γεύμα· χρονική συσχέτιση με την έναρξη ή την αλλαγή της δοσολογίας φαρμάκων που μειώνουν την αρτηριακή πίεση (αγγειοδιασταλτικά, διουρητικά), νευροπάθεια του ΑΝΣ ή παρκινσονισμός. Τέλος, τα κλινικά χαρακτηριστικά που θέτουν σοβαρή υπόνοια για καρδιογενή συγκοπή είναι: επέλευση κατά τη σωματική άσκηση ή σε υπτία θέση· αίσθημα παλμών αιφνίδιας έναρξης αμέσως πριν τη συγκοπή· οικογενειακό ιστορικό ανεξήγητου

αιφνιδίου θανάτου σε νεαρή ηλικία· στεφανιαία ή άλλη δομική καρδιακή νόσος· ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα υποδηλώντα αρρυθμιολογικό αίτιο (Πίνακας 3) [1].

Πίνακας 3. Ηλεκτροκαρδιογραφικά σημεία ενδεικτικά αρρυθμιολογικού αιτίου συγκοπής.

Διδεσμικός αποκλεισμός
Άλλες διαταραχές ενδοκοιλιακής αγωγής (διάρκεια QRS \geq 0,12 sec)
2ου ή 3ου βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός ή 1ου βαθμού με σημαντική παράταση PR
Βραδυκαρδία (40-50 παλμοί/λεπτό), είτε φλεβοκομβική είτε επί εδάφους κολπικής μαρμαρυγής, μη-προκαλούμενη από φάρμακα με αρνητική χρονότροπο δράση
Φλεβοκομβική παύση > 3 sec
Μη-εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία
Εμμένουσα κοιλιακή ή ταχεία παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία
Σύνδρομο προδιέγερσης
Μακρό ή βραχύ QT
Πρώιμη επαναπόλωση
Ανάσπαση του ST στις απαγωγές V1-V3 (τύπου συνδρόμου Brugada)
Αρνητικά T στις δεξιές προκάρδιες, κόμματα έψιλον (αρρυθμιόγonos μυοκαρδιοπάθεια δεξιάς κοιλίας)
Υπερτροφία αριστεράς κοιλίας (υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια)
Δυσλειτουργία βηματοδότη ή απινιδωτή με καρδιακές παύσεις

Η αληθής συγκοπή πρέπει να διακριθεί από την ψυχογενή ψευδοσυγκοπή, η οποία αποτελεί επίσης αίτιο παροδικής απώλειας συνείδησης. Καίτοι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η χρονική διάρκεια της ψυχογενούς ψευδο-συγκοπής είναι τόσο βραχεία όσο και της αληθούς συγκοπής, μια μακρότερη διάρκεια συνιστά χρήσιμο εύρημα υπέρ της πρώτης: ενίοτε ο ασθενής παραμένει ακίνητος στο πάτωμα για 15-30 λεπτά! Στην αληθή συγκοπή, όπως και στις επιληπτικές κρίσεις, τα μάτια του ασθενούς διατηρούνται ανοικτά, ενώ στην ψυχογενή ψευδοσυγκοπή είναι κλειστά. Προσέτι, η τελευταία χαρακτηρίζεται από υψηλή συχνότητα προσβολών (πολλαπλά επεισόδια εντός 1 ημέρας ή 1 εβδομάδας) και απουσία αναγνωρίσιμου εναύσματος ή προδρόμων σημείων-συμπτωμάτων, δεν αποκλείεται δε ακόμη κι επί προηγηθέντος τραυματισμού [1].

Αιτία συγκοπής, ειδικά σε ηλικιωμένους > 80 ετών, αποτελεί και η μεταγευματική υπόταση, η οποία ορίζεται ως η πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά ≥ 20 mmHg ή σε τιμή < 90 mmHg, εντός 2 ωρών από την έναρξη γεύματος. Είναι πιθανότερη το πρωί και συνήθως ακολουθεί γεύμα βαρύ ή πλούσιο σε υδατάνθρακες. Οφείλεται στη συσσώρευση αίματος στην σπλαχνική αγγειακή κοίτη. Ο κίνδυνος συγκοπής από μεταγευματική υπόταση είναι μεγαλύτερος σε άτομα πάσχοντα από Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ), Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ), Νόσο Πάρκινσον· ομοίως, αυξάνει σε πολυφαρμακία, ιδιαίτερα επί λήψης διουρητικών [4].

Μετά από μια κορύφωση στις ηλικίες 10-30 ετών, η επίπτωση της συγκοπής αυξάνει απότομα μετά τα 75 έτη. Στους ηλικιωμένους, η συγκοπή είναι κατά κανόνα πολυπαραγοντικής

αιτιολογίας. Στο 30% των επεισοδίων, ενέχεται η ορθοστατική υπόταση, ενώ 15% είναι καρδιογενή. Το ποσοστό υποτροπής στο έτος είναι υψηλό (20%). Η μη-θεραπευόμενη ή μη-ελεγχόμενη ΑΥ αυξάνει τον κίνδυνο ορθοστατικής υπότασης, λόγω μείωσης της ευαισθησίας των τασεοϋποδοχέων και μετατόπισης του ουδού της εγκεφαλικής αυτορρύθμισης σε υψηλότερη πίεση. Συνεπώς, η αντιπερτασική αγωγή, ομαλοποιώντας την αρτηριακή πίεση, συμβάλλει στην πρόληψη των επεισοδίων ορθοστατικής υπότασης. Περαιτέρω, η συχνή στους ηλικιωμένους Στεφανιαία Νόσος σχετίζεται με υπερευαισθησία του καρωτιδικού κόλπου, προδιαθέτοντας έτσι σε αντανεκλαστική συγκοπή [4].

Διαγνωστικές εξετάσεις

Πέραν του ΗΚΓ, το οποίο είναι εκ των ων ουκ άνευ (“must do”) σε κάθε ασθενή με συγκοπή, άλλες εξετάσεις που βοηθούν στη διερεύνηση του αιτίου είναι: **η συνεχής ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή**, σε σοβαρή υπόνοια αρρυθμιογενούς συγκοπής, **το υπερηχογράφημα καρδιάς**, επί προϋπάρχουσας γνωστής καρδιακής νόσου ή όταν τα δεδομένα υποδεικνύουν δομική καρδιακή νόσο ή καρδιαγγειακή αιτία, **η μάλαξη του καρωτιδικού κόλπου** σε ασθενείς ηλικίας > 40 ετών (υπερευαισθησία αυτού διαγιγνώσκεται όταν προκληθεί κοιλιακή παύση διάρκειας > 3 sec ή πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά > 50 mmHg), **η δοκιμασία ανακλίσεως** (head-up tilt testing), όταν υποψιαζόμαστε συγκοπή από ορθοστατική υπόταση ή αντανεκλαστική, **εξετάσεις αίματος** (γενική αίματος, αέρια

αρτηριακού αίματος, τροπονίνη, δ-διμερή, για τη διάγνωση αιμορραγίας, υποξίας, καρδιακής ισχαιμίας και πνευμονικής εμβολής, αντιστοιχώς).

Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν έχει ένδειξη ως ρουτίνα. Διενεργείται μόνον επί νευρολογικών ελλειμμάτων (που προηγήθηκαν από ή ακολούθησαν το επεισόδιο) ή σημαντικού τραύματος της κεφαλής. Ομοίως δεν έχει ένδειξη ως ρουτίνα η απεικόνιση των αγγείων της κεφαλής και του τραχήλου [1,5].

Εκτίμηση κινδύνου

Περίπου 10% των ασθενών που εξετάζονται στο ΤΕΠ λόγω συγκοπής θα εμφανίσουν κάποιο σοβαρό συμβάν εντός των επομένων 7-30 ημερών. Είναι κρίσιμο να εντοπιστούν αυτοί οι ασθενείς υψηλού κινδύνου, ώστε να διασφαλιστεί η έγκαιρη, ταχεία και εντατική διερεύνησή τους. Πρωταρχικής και ζωτικής σημασίας είναι η αναγνώριση της καρδιογενούς συγκοπής. Και τούτο διότι η καρδιογενής συγκοπή έχει θνητότητα 18-30% στο 1 έτος, ενώ η συγκοπή αγνώστου αιτίας (πιθανότατα αντανεκλαστικής ή ορθοστατικής αρχής) μόνο 6%.

Τα προαναφερθέντα κλινικά χαρακτηριστικά που συνηγορούν υπέρ αντανεκλαστικής συγκοπής ή ορθοστατικής υπότασης στοιχειοθετούν την κατάταξη του ασθενούς στους χαμηλού κινδύνου και την αποδέσμευσή του από το ΤΕΠ. Απεναντίας, τα παραπάνω εκτεθέντα κλινικά χαρακτηριστικά που υποσημαίνουν καρδιογενή συγκοπή τοποθετούν τον ασθενή στη ζώνη του υψηλού κινδύνου και επιβάλλουν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Επιπρόσθετες παράμετροι που αυξάνουν τον κίνδυνο είναι το άρρεν φύλο, η ηλικία > 40 ετών, οι κλινικές ενδείξεις αιμορραγίας και η απουσία προδρόμων σημείων ή συμπτωμάτων. Οι ασθενείς που δεν μπορούν να ταξινομηθούν ούτε στους υψηλού ούτε στους χαμηλού κινδύνου παρακολουθούνται στο ΤΕΠ. Αξίζει να σημειωθεί ότι η προσυγκοπή -τουτέστιν ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων που προαναγγέλλουν τη συγκοπή, πλην όμως δεν ακολουθούνται από απώλεια συνείδησης- έχει την ίδια πρόγνωση με τη συγκοπή, επομένως υπόκειται στους ίδιους κανόνες διερεύνησης και εκτίμησης του κινδύνου.

Επιπροσθέτως, πρέπει να τονιστεί ότι τα διάφορα κυκλοφορούντα βαθμολόγια (scores) διαστρωμάτωσης του κινδύνου δεν υπερέρχουν της καλής κλινικής κρίσης, εξού και είναι λάθος να χρησιμοποιούνται απομονωμένα [1,2,3].

Συγκοπτικό vs. επιληπτικό επεισόδιο

Σε ποσοστό έως 80% των συγκοπτικών επεισοδίων, παρατηρούνται μυοκλονικοί σπασμοί, στροφή της κεφαλής και άλλα κινητικά φαινόμενα που προσομοιάζουν σε επιληπτική κρίση. Ως εκ τούτου, συχνά τίθεται το ζήτημα της διάζευξής τους. Στον Πίνακα 4, παρουσιάζονται τα κλινικά χαρακτηριστικά που μπορούν να αξιοποιηθούν για τον σκοπό αυτό [1,6,7]. Επιπλέον, βοηθούν οι βιοχημικοί δείκτες που αυξάνονται στην επιληπτική κρίση, ενώ δεν αυξάνονται (ή αυξάνονται λιγότερο) στη συγκοπή. Πρόκειται για το γαλακτικό οξύ, την κρεατινική φωσφοκινάση, τη γαλακτική αφυδρογονάση, την αμμωνία και την προλακτίνη [8,9].

Πίνακας 4. Διαφοροποίηση συγκοπής από επιληπτική κρίση.

	Συγκοπή	Επιληπτική κρίση
Έναυσμα	Συχνά	Σπάνια
Πρόδρομα σημεία/συμπτώματα	Ζάλη, ωχρότητα, εφίδρωση, θόλωση όρασης, αίσθημα παλμών	Επιληπτική αύρα
Σπασμοί	<ul style="list-style-type: none"> • <10 • Ακανόνιστου εύρους, ασύμμετροι, άρρυθμοι • Εκκινούν μετά την απώλεια συνείδησης 	<ul style="list-style-type: none"> • 20-100 • Ρυθμικοί, συμμετρικοί • Εκκινούν ταυτόχρονα με την απώλεια συνείδησης
Δήγμα γλώσσας	<ul style="list-style-type: none"> • Σπάνια • Κορυφή 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνά • Πλάγιο
Διάρκεια	<30 sec	1-2 min
Κατάσταση μετά	Άμεσος επαναπροσανατολισμός (<10 sec)	Σύγχυση

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κλινική αξιολόγηση, που ερείδεται στο προσεκτικό ιστορικό, την αντικειμενική εξέταση και το ΗΚΓ, παραμένει το κύριο εργαλείο για την προσέγγιση του ασθενούς με συγκοπή και την καθοδήγηση της περαιτέρω διαχείρισής του. Οι συχνότερες αιτίες συγκοπής είναι η

αντανακλαστική συγκοπή και η ορθοστατική υπόταση.

Ωστόσο, είναι υψίστης σπουδαιότητας, ο αποκλεισμός της καρδιογενούς συγκοπής - δεδομένης της σύνδεσής της με απειλητικές για τη ζωή νοσολογικές οντότητες-, καθώς και ο διαχωρισμός του συγκοπτικού από το επιληπτικό επεισόδιο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brignole M, Moya A, Lange F, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J 2018; 39: 1883-1948.
2. Hatoum T, Sheldon RS. A Rational Evaluation of the Syncope Patient: Optimizing the Emergency Department Visit. Medicina 2021; 57: 514.
3. Adkisson WO, Can I, Benditt DG. Overview of Syncope. In: Yan, GX., Kowey, P., Antzelevitch, C. (eds) Management of Cardiac Arrhythmias. Contemporary Cardiology. Springer Nature 2020.
4. Wong CW. Complexity of syncope in elderly people: a comprehensive geriatric approach. Hong Kong Med J 2018; 24: 182-190.
5. Canakci ME, Sevik OE, Acar N. How Should We Approach Syncope in the Emergency Department? Current Perspectives. Open Access Emerg Med 2022; 14: 299-309.
6. Galizia EC, Faulkner HJ. Seizures and epilepsy in the acute medical setting: presentation and management. Clin Med (Lond) 2018; 18: 409-413.

7. Leibetseder A, Eisermann M, Curt LaFrance Jr W, et al. How to distinguish seizures from non-epileptic manifestations. *Epileptic Disord* 2020; 22: 716-738.
8. Nass RD, Zur B, Elger CE, et al. Acute metabolic effects of tonic-clonic seizures. *Epilepsia Open* 2019; 4: 599-608.
9. Masoumi B, Mozafari S, Golshani K, et al. Differential Diagnosis of Seizure and Syncope by the Means of Biochemical Markers in Emergency Department Patients. *Int J Prev Med* 2022: 13:58.

REVIEW

Syncope: Differential diagnostic approach

George Kranidiotis

Senior Consultant, Second Department of Internal Medicine, “Tzaneio” General Hospital, Piraeus, Greece

ABSTRACT

Syncope is a fairly common phenomenon. Its most frequent causes are benign: reflex syncope and orthostatic hypotension. However, it is of utmost importance to exclude cardiogenic syncope -given its association with life-threatening disorders- as well as to separate a syncopal event from epileptic seizure. Clinical evaluation, based on careful history, physical examination and electrocardiogram, remains the main tool for approaching the patient with syncope and guiding their further management.

Keywords: syncope, loss of consciousness, orthostatic hypotension

G. Kranidiotis. Syncope - Differential diagnostic approach. *Scientific Chronicles* 2025; 30(4): 551-558
