

Retrospektivně stanovená diagnóza pravděpodobné tako-tsubo kardiomyopatie

Martin Holek, Adrian Reichenbach, Wael El-Husseini

Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

SOUHRN

Klíčová slova:

Akutní koronární syndrom
Stresová kardiomyopatie
Tako-tsubo kardiomyopatie

Tako-tsubo kardiomyopatie patří mezi neklasifikované kardiomyopatie, která při své typické manifestaci imituje akutní koronární syndrom. Její diagnóza je stanovena *per exclusionem* po vyloučení ischemie myokardu nebo myokarditidy/feochromocytomu. Nicméně v některých atypických případech může být její pravděpodobná diagnóza stanovena až retrospektivně, jak uvidíme na následujícím případě včetně kritického pohledu na diagnosticko-terapeutický postup.

© 2021, ČKS.

ABSTRACT

Keywords:

Acute coronary syndrome
Stress cardiomyopathy
Tako-tsubo cardiomyopathy

Tako-tsubo cardiomyopathy is unclassified cardiomyopathy, which typically imitates acute coronary syndrome. It is diagnosed *per exclusionem* in the absence of significant coronary disease or myocarditis/pheochromocytoma. However, sometimes presentation of the Tako-tsubo cardiomyopathy is atypical and the diagnosis can be assessed retrospectively as in a presented case including critical evaluation of diagnostic and therapeutic process.

Úvod

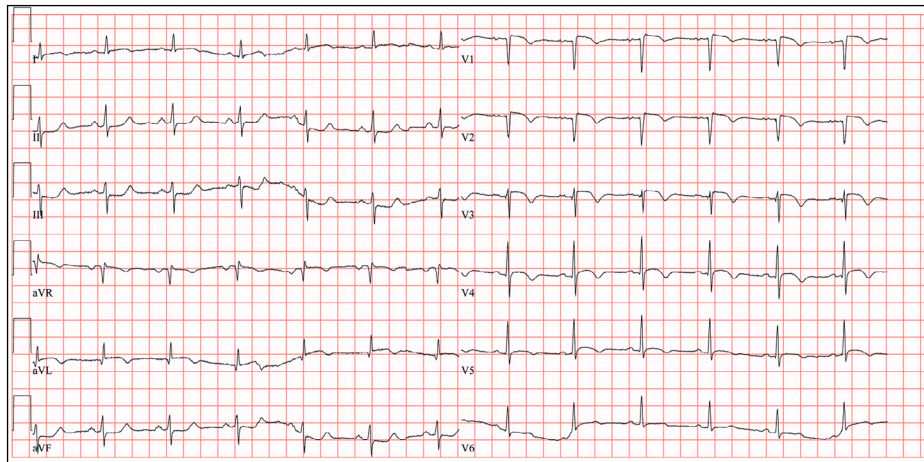
Tako-tsubo kardiomyopatie (TCM) patří mezi neklasifikované kardiomyopatie.¹ V patofyziologii tohoto onemocnění se uplatňuje přímá kardiotoxická katecholaminů, mikrovaskulární postižení a spasmus epikardiálních věnčitých tepen v návaznosti na psychický nebo fyzický stres.² Základním kamenem diagnostiky je průkaz přechodné poruchy kinetiky LK (nejčastěji apikální části, nicméně existují i méně časté formy jako midventrikulární, bazální nebo fokální TCM) EKG změnami (elevace úseku ST a/nebo negativní vlny T), elevací kardiomarkerů při absenci významného postižení věnčitých tepen (nevysvětlujícího poruchu kinetiky) nebo myokarditidy/feochromocytomu.³ Postihuje především ženy ve vyšším věku a svým klinickým průběhem nejčastěji napodobuje akutní koronární syndrom (AKS). Diagnóza TCM je stanovena u přibližně 2 % pacientů s pracovní diagnózou AKS s elevací úseku ST.⁴ Nicméně v některých atypických případech může být její pravděpodobná diagnóza stanovena až retrospektivně, jak uvidíme na následujícím případě.

Popis případu

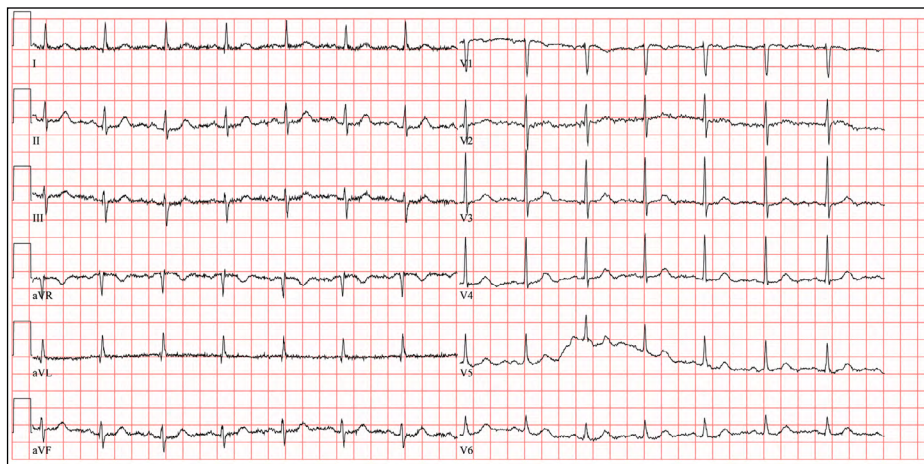
Čtyřiaosmdesátiletá kuřačka s anamnézou arteriální hypertenze, hyperlipidemie, depresivního syndromu a funkční dyspepsie byla přivezena RZP s pracovní diagnózou gastroenteritidy na spádovou interní ambulanci. Důvodem bylo opakované zvracení po dietní chybě, bez bolestí na hrudi nebo dušnosti. Již na iniciálním EKG byla přítomna zpomalená progresse R v hrudních svodech, elevace úseku ST s negativní T anteriorně a elevace úseku ST I aVL (obr. 1 <http://www.cksonline.cz/coretvasa-case-reports/clanky.php?p=detail&id=143&pid=1445&file=1027>). Vysoce senzitivní troponin T (hs-TnT) byl vstupně zvýšen na 366 ng/l (horní hranice normy [URL] 14 ng/l). Poté byla nemocná přeložena na naše pracoviště s pracovní diagnózou AKS.

Vzhledem k absenci stenokardií a dušnosti byla vstupně doplněna echokardiografie s nálezem těžké dysfunkce levé komory (LK) s ejekční frakcí (EF) 25–30 % při akinezi apexu, apikální poloviny anteriorní a anterolaterální stěny (video 1 <http://www.cksonline.cz/coretvasa-case-reports/clanky.php?p=detail&id=143&pid=1445&file=1024>). In-

Adresa pro korespondenci: MUDr. Martin Holek, Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4, e-mail: martin.holek@ikem.cz



Obr. 1 – EKG za hospitalizace s pracovní diagnózou akutního koronárního syndromu



Obr. 2 – EKG v odstupu dvou let

tervalový hs-TnT po čtyřech hodinách byl 315 ng/l. Nemocná byla nadále zcela bez potíží, hemodynamicky stabilní, bez arytmií a v EKG nebyl patrný další vývoj. Stav byl hodnocen jako subakutní infarkt myokardu s malým rozsahem myokardiální nekrózy v terénu preexistující ischemické dysfunkce LK. Koronarografie nebyla vzhledem k věku a celkovému stavu nemocné indikována. Byla zahájena terapie ischemické choroby srdeční a srdečního selhání dle platných doporučení (kyselina acetylsalicylová, clopidogrel na 12 měsíců, perindopril, metoprolol, spironolacton a furosemid). Nemocná byla po čtyřech dnech propuštěna do ambulantní péče.

Po dvou letech byla pacientka odeslána na náš akutní příjem praktickým lékařem pro asymptomatickou dekompenzaci arteriální hypertenze. Z anamnézy mimo jiné vyplynulo, že od dimise nebyla i přes doporučení sledována ambulantním kardiologem a nadále neměla jakékoliv kardiální obtíže. Z původní kardiologické medikace (viz výše) v době vyšetření užívala pouze kyselinu acetylsalicylovou a perindopril, důvody vysazení ostatních přípravků nebyly známy. V mezidobí došlo k normalizaci EKG křivky s vymizením patologií komplexů QRS, úseku ST a vln T (obr. 2 [http://www.cksonline.cz/coretvasa-case-reports/clanky.](http://www.cksonline.cz/coretvasa-case-reports/clanky.php?p=detail&id=143&pid=1445&file=1026)

<http://www.cksonline.cz/coretvasa-case-reports/clanky.php?p=detail&id=143&pid=1445&file=1026>). Vzhledem k tomuto nálezu jsme doplnili kontrolní echokardiografické vyšetření, jehož nález byl rovněž bez pozoruhodností s již normální EF a kinetikou LK (video 2 <http://www.cksonline.cz/coretvasa-case-reports/clanky.php?p=detail&id=143&pid=1445&file=1025>). S přihlédnutím ke všem novým skutečnostem jsme zpětně zrevidovali diagnózu pacientky na pravděpodobnou TCM. Vyvolávajícím momentem bylo zřejmě opakované zvracení při gastroenteritidě po dietní chybě. Byla upravena chronická farmakoterapie (vysazena kyselina acetylsalicylová, perindopril ponechán z indikace arteriální hypertenze) a následně jsme za účelem revize zdravotnické dokumentace informovali praktického lékaře.

Diskuse

Povědomí o TCM je důležitou součástí diferenciálně diagnostického procesu u pacienta s pracovní diagnózou AKS. Většina pacientů s TCM svým klinickým průběhem imituje AKS a je u nich indikována urgentní koronarografie. Uvedená kazuistika však ukazuje na nemalou skupinu

pacientů s atypicky probíhající nebo zcela asymptomatickou formou TCM, u nichž navíc nemusí být zprvu patrný výrazný psychický nebo fyzický stresor. Zásadním vyšetřením, které mohlo již v úvodu u naší pacientky vyloučit pracovní diagnózu AKS, je koronarografie. Ta byla v době přijetí indikována dle doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC) pro léčbu AKS bez elevací úseku ST z roku 2015⁵ (načasování do 72 hodin pro střední riziko – dysfunkce LK s EF < 40 %, skóre GRACE [Global Registry of Acute Coronary Events score] v rozmezí 109–140). Nicméně nebyla provedena pro věk a celkový stav nemocné (faktor „frailty“). Avšak podle novějších doporučení z roku 2020⁶ by již rutinní invazivní vyšetření nebylo indikováno (kardiálně asymptomatická nemocná, netypická dynamika hs-TnT pro AKS – rychlý pokles od začátku příznaků, bez dynamických EKG změn v čase, skóre GRACE < 140). V takovém případě můžeme před rozhodnutím o ev. provedení koronarografie využít celé řady neinvazivních metod, které mohly u nemocné odlišit TCM od AKS. Mezi hlavní patří CT angiografie věnčitých tepen (absence významného postižení u TCM, u starších pacientů však může být hodnocení obtížné pro kalcifikace) nebo magnetická rezonance myokardu (absence jizvy při pozdním syčení gadoliniem u TCM). Z dalších diagnostických vodítek můžeme ještě zmínit deprese úseku ST ve svodu aVR (95% specifická pro TCM),⁷ již zmíněný intervalový hs-TnT (menší dynamika než u AKS),⁸ stanovení BNP/NT-proBNP (vyšší hodnoty u TCM)⁸ nebo použití skóre InterTAK (určení pravděpodobnosti TCM⁹ – u naší pacientky 58,6 %). Významným přínosem odlišení TCM od AKS je dopad na potenciálně rizikovou chronickou farmakoterapii – u naší „frailty“ nemocné především duální antiagregační terapie po dobu jednoho roku s přechodem na monoterapii kyselinou acetylsalicylovou. Mimo jiné proto je třeba myslet na pečlivou diferenciální diagnostiku u všech pacientů se suspektním AKS.

Prohlášení autorů o možném střetu zájmů

Žádný střet zájmů.

Odkaz na článek online

<http://www.cksonline.cz/coretvasa-case-reports/clanky.php?p=detail&id=143&pid=1445&file=1025>

Literatura

1. Thiene G, Corrado D, Basso AC. Revisiting definition and classification of cardiomyopathies in the era of molecular medicine. *Eur Heart J* 2007;29:144–146.
2. Pelliccia F, Kaski JC, Crea F, Camici PG. Pathophysiology of Takotsubo Syndrome. *Circulation* 2017;135:2426–2441.
3. Scantlebury DC, Prasad A. Diagnosis of Takotsubo Cardiomyopathy. *Circ J* 2014;78:2129–2139.
4. Gianni M, Dentali F, Grandi AM, et al. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. *Eur Heart J* 2006;27:1523–1529.
5. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2016;37:267–315.
6. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2020 Aug 29;ehaa575. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575. Online ahead of print.
7. Frangieh AH, Obeid S, Ghadri J R, et al. ECG Criteria to Differentiate Between Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy and Myocardial Infarction. *J Am Heart Assoc* 2016;5:e003418.
8. Glaveckaitė S, Šerpytis P, Pečiūraitė D, et al. Clinical features and three-year outcomes of Takotsubo (stress) cardiomyopathy: Observational data from one center. *Hellenic J Cardiol* 2016;57:428–434.
9. Ghadri JR, Cammann VL, Jurisic S, et al. A novel clinical score (InterTAK Diagnostic Score) to differentiate takotsubo syndrome from acute coronary syndrome: results from the International Takotsubo Registry. *Eur J Heart Fail* 2017;19:1036–1042.



CURRICULUM VITAE

MUDr. Martin Holek promoval na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v roce 2012. Nastoupil na Kliniku kardiologie IKEM, kde nyní pracuje na oddělení akutní kardiologie. Mezi jeho hlavní oblasti zájmu patří akutní srdeční selhání a využití mechanických srdečních podpor. V současnosti se připravuje na atestaci z kardiologie.