

Takotsubo kardiomyopatie – další pokračování příběhu – editorial

Pavel Gregor

III. interní – kardiologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

Komentář k | Editorial on

Babický M et al. Takotsubo syndrom: incidence, etiologie, komplikace, léčba a prognóza. Vnitř Lék 2016; 62(12): 1021–1027.

Zhruba před rokem jsme psali na stránkách Vnitřního lékařství o problematice takotsubo kardiomyopatie (TTKMP) [1], nyní se zabýváme tímto tématem znovu. Je to spíše shoda náhod, postihujících vzácnou raritu nebo se jedná o aktuální problematiku, která budí neutuchající zájem v lékařských kruzích? Odpověď je jasná. Rešerší jsem si zjistil, že od počátku roku 2016 do 28. 4. 2016, kdy byl tento příspěvek napsán, bylo o TTKMP publikováno neuvěřitelných 93 prací, souhrnně pak data z posledních několika let vycházejí z desítek tisícových souborů. V ČR zaujala nedávno publikovaná studie brněnských autorů [2], pracující se souborem 45 nemocných s TTKMP, sledovaných déle než rok a podrobně vyšetřených včetně MRI. Všechny tyto skutečnosti jsou nepochybně odrazem neutuchajícího zájmu o toto zvláštní a ne zcela probádané onemocnění, které je navíc ve světě diagnostikováno stále častěji. Např. nejnovější data z USA [3] ukázala 3násobnou incidenci TTKMP v letech 2007–2012 oproti stejně dlouhému období před rokem 2007 a potvrzují to i další studie [4]. Jistě lze diskutovat o příčinách tohoto stavu, částečně je lze možná přičíst i hlubším znalostem a všeobecně lepší informovanosti o TTKMP, ale jistě to není hlavní faktor. Onemocnění se může navíc vyskytnout u jednoho a téhož nemocného vícekrát – zatím byly popsány nanejvýše 4 epizody TTKMP u jednoho jedince [5].

Ponechme stranou diagnostická kritéria TTKMP – zabývali jsme se jimi podrobně v našem předešlém příspěvku [1] a řeší je i autoři práce otištěné v tomto čísle [6].

Onemocnění postihuje typicky ženy v postmenopauzálním věku, muži jsou postiženi v méně než 10 % případů. Rozhodně to však nemusí být pravidlem – choroba může postihnout i nemocné mladší 50 let věku [7]. V poslední době jsou dokonce zprávy o vývoji tohoto syndromu u dětí [8,9]. Novější práce ukazují, že kouření cigaret a abúzus alkoholu mohou zvyšovat nebezpečí rozvoje TTKMP [10].

Velice zajímavá je otázka komorbidit u nemocných s TTKMP. Ukazuje se, že TTKMP může být i prediktorem možného výskytu závažného, často chronického onemocnění. Týká se to např. nádorů a jejich chemoterapie

[10], vážných chorob zažívacího traktu [11] a dalších orgánů. Samostatnou kapitolu při vzniku TTKMP představují neurologická onemocnění [1], TTKMP byla popsána u nemocných s epileptickými záchvaty [12], ale i řady dalších chorob. Vzácná nejsou ani chronická plicní a renální onemocnění, případně choroby štítné žlázy [13]. Mezi rizikové faktory TTKMP patří hypertenze, obezita, dyslipidemie, kouření cigaret a abúzus alkoholu [10,13]. O diabetes mellitus se data různí – někteří autoři [13] jej pokládají za rizikový faktor, v jiných souborech [14] byla naopak prevalence diabetu u TTKMP nižší.

Patogeneze TTKMP souvisí pravděpodobně se zvýšením hladin cirkulujících katecholaminů, které lze prokázat u většiny nemocných, TTKMP lze vyvolat i podáváním exogenních katecholaminů [15]. Patogeneticky může TTKMP představovat jakousi variantu syndromu omráčeného myokardu. Dřívější teorie, opírající se o roli mnohčetných koronárních spasmů v rozvoji celého onemocnění, se nepotvrdily, spíše se dnes připouští možná účast poruch mikrocirkulace u některých nemocných [15], případně vliv změněné zánětlivé odpovědi.

Porucha kinetiky levé komory je u většiny nemocných (60–100 %) lokalizována peripikálně (apical ballooning). Vzácněji se vyskytuje forma s postižením střední části levé komory (midventricular ballooning), která má podobnou symptomatologii, laboratorní i EKG nálezy. Nejvzácnější je postižení bazální části levé komory. Pravá komora může být postižena ve 25 %, své nositele znevýhodňuje prognosticky [16]. Prakticky nikdy se u TTKMP nenachází difúzní porucha kinetiky levé komory, která je běžná u tachykardické kardiomyopatie, jež má s TTKMP společnou reverzibilitu poruchy kinetiky.

Možnost obstrukce v levé komoře, kterou u TTKMP našel Babický et al [6], je známa řadu let. Vyskytuje se především u typických „apikálních“ TTKMP, ale i u formy s postižením střední části komory, kde bylo referováno též o jejím rozvoji po provedené perkutánní septální ablacii myokardu u hypertrofické obstrukční kardiomyopatie [17]. Přítomnost obstrukce je však obecně u této „neapikální“ formy TTKMP (tedy s postižením střední nebo bazální části levé komory) celkově méně častá, tato skupina

se dále vyznačuje relativně menším počtem postižených žen [18]. Poruchu funkce pravé komory lze echokardiograficky nalézt přibližně u poloviny nemocných s TTKMP, porucha bývá spojená s edémem stěny pravé komory [19].

Podobnost TTKMP s hypertrofickou kardiomyopatií může zvyšovat i přítomnost přechodné hypertrofie myokardu u některých nemocných, vzácně může být obtížné i odlišení obou stavů [20,21]. Zbytnění lze u TTKMP nalézt ve 14 %, nejčastěji je vyjádřeno v hrotové části [21]. Častěji se pozoruje u nemocných se systémovou zánětlivou reakcí, přítomnost hypertrofie bývá častěji spojena s hemodynamickou nestabilitou a horší prognózou [21]. U nemocných s TTKMP a těžkou obstrukcí může snáze dojít k rozvoji kardiogenního šoku [22].

Literatura

- Gregor P. Takotsubo (stresová) kardiomyopatie – co se změnilo? Vnitř Lék 2015; 61(7–8): 615–617.
- Kubena P, Bohatá Š, Maňoušek J et al. Takotsubo kardiomyopatie, jednoletá prognóza pacientů a možnosti využití magnetické rezonance k její diagnostice v klinické praxi. Vnitř Lék 2015; 61(7–8): 619–625.
- Khera R, Light-McGroary K, Zahr F et al. Trends in hospitalization for takotsubo cardiomyopathy in the United States. Am Heart J 2016; 172: 53–63. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2015.10.022>>.
- Murugiah K, Wang Y, Desai NR et al. Trends in short- and long-term outcomes for takotsubo cardiomyopathy among medicare fee-for-service beneficiaries, 2007 to 2012. JACC Heart Fail 2016; 4(3): 197–205. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchf.2015.09.013>>.
- Opolski G, Budnik M, Kochanowski J et al. Four episodes of takotsubo cardiomyopathy in one patient. Int J Cardiol 2016; 203: 53–54. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.10.048>>.
- Babický M, Holm F, Erbrt M. Takotsubo kardiomyopatie: incidence, etiologie, komplikace, léčba a prognóza. Vnitř Lék 2016; 62(12): 1021–1027.
- Sharkey SW, Windenburg DC, Lesser JR et al. Natural history and expensive clinical profile of stress (tako-tsubo) cardiomyopathy. J Am Coll Cardiol 2010; 55(4): 333–341. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2009.08.057>>.
- Hernandez LE. Takotsubo cardiomyopathy: how much do we know of this syndrome in children and young adults? Cardiology in the Young 2014; 24(4): 580–592. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1017/S1047951114000080>>.
- Wittekind SG, Yanay O, Johnson EM et al. Two pediatric cases of variant neurogenic stress cardiomyopathy after intracranial hemorrhage. Pediatrics 2014; 134(4): e1211–e1217. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013–1881>>.
- Deshmukh A, Kumar G, Pant S et al. Prevalence of Takotsubo cardiomyopathy in the United States. Am Heart J 2012; 164(1): 66–71. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2012.03.020>>.
- Koci F, Eltibi R, Hadley M et al. Necrotic bowel induces Takotsubo-like myocardial injury. Texas Heart Inst J 2014; 41(6): 638–640. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.14503/THIJ-13–3500>>.
- Han L, Cui L, Yin L et al. Takotsubo cardiomyopathy induced by epileptic seizure. Int J Cardiol 2014; 177(3): e145–e146. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.09.049>>.
- Pelliccia F, Parodi G, Greco C et al. Comorbidities frequency in takotsubo syndrome: An International Collaborative Systematic Review Including 1109 patients. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care 2016; 5(2): 164–170. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1177/2048872615570761>>.
- Madias JE. Low prevalence of diabetes mellitus in patients with takotsubo syndrome: A plausible „protective” effect with pathophysiologic connotations. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care 2016; 5(2): 164–170. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1177/2048872615570761>>.
- Redfors B, Shao Y, Omerovic E et al. Current hypotheses regarding the pathophysiology behind the takotsubo syndrome. Int J Cardiol 2014; 177(3): 771–779. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.10.156>>.
- Santoro F, Ieva R, Massimiliano LF et al. Incomplete leaflet coaptation and tricuspid regurgitation mechanism in right ventricular Tako-Tsubo cardiomyopathy. Int J Cardiol 2014; 177(3): e99–e101. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.09.088>>.
- Akita K, Maekawa H, Tsuruta H et al. „Moving left ventricular obstruction” due to stress cardiomyopathy in a patient with hypertrophic obstructive cardiomyopathy treated with percutaneous transluminal septal myocardial ablation. Int J Cardiol 2016; 202: 194–195. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.08.145>>.
- Nishida J, Kouzu H, Hashimoto A et al. „Ballooning” patterns in takotsubo cardiomyopathy reflect different clinical backgrounds and outcomes: a BOREAS-TCM study. Heart Vessels 2015; 30(6): 789–797. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00380–014–0548-x>>.
- Scally C, Aheam T, Rudd A et al. Right ventricular involvement and recovery after acute stress-induced (Tako-tsubo) cardiomyopathy. Am J Cardiol 2016; 117(5): 775–780. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.11.057>>.
- Madias JE. The fuzzy diagnostic boundaries among left ventricular outflow tract obstruction in hypertensive hypertrophy, hypertrophic cardiomyopathy, and Takotsubo syndrome. Int J Cardiol 2015; 197: 10. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.06.054>>.
- Shin DG, Cho IJ, Shim Ch Y et al. Transient apical wall thickening in patients with stress cardiomyopathy: Prevalence, profile, and impact on clinical course. Int J Cardiol 2015; 194: 87–92. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.05.101>>.
- Sousa-Casasnovas I, Gonzales-Saldivar H, Diez-Villanueva et al. Cardiogenic shock due to dynamic left ventricular outflow tract obstruction in a woman with Takotsubo syndrome. Emergencias 2015; 27(2): 140.

prof. MUDr. Pavel Gregor, DrSc., FESC

✉ pavel.gregor@fnkv.cz

III. interní – kardiologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

www.fnkv.cz

Doručeno do redakce 29. 4. 2016