

od AIM, pretože majú rozdielny terapeutický postup a prognózu. Potrebné je však poznamenať, že „takotsubo“ kardiomyopatia a AIM sa môžu vyskytnúť i súčasne. Tento fakt s horším prežívaním dokumentuje i retrospektívna analýza nemeckých autorov (11). Ďalšia skupina odborníkov EKS navrhla skórovací systém, ktorý predpovedá pravdepodobnosť stresovej KMP len na základe klinickej manifestácie a diagnostickej významnosti (ženské pohlavie 25 b., stresový faktor emocionálny 24 b. alebo fyzický 13 b., absencia depresie segmentu ST 12 b., anamnéza psychiatrického 11 b. alebo neurologického ochorenia 9 b., predĺženie intervalu Q-Tc 6 b.) „takotsubo“ KMP (12). Naša pacientka z maximálneho počtu 100 bodov dosiahla 72 (25 + 24 + 12 + 11) bodov, pričom hranica svedčiaca skôr pre stresovú KMP je 41 bodov pri senzitivite 89 % a špecificite 91 %, pri dosiahnutí ³ 50 bodov senzitivita dosahuje takmer 95 %. Takotsubo syndróm je navyše zaradený i do skupiny MINOCA (Myocardial infarction in the absence of obstructive coronary artery disease), a to najmä z dôvodu jeho klinickej manifestácie. Dokument americkej kardiologickej spoločnosti detailne definuje jednotlivé charakteristiky patriace do skupiny MINOCA, pričom špeciálne postavenie v diferenciálnej diagnostike jednotlivých nozologických jednotiek patrí magnetickej rezonancii. V prípade Takotsubo dokument zdôrazňuje práve dočasnú poruchu kinetiky stien (13). Pri stresovej KMP sa popisujú rôzne zmeny na EKG - dominujú však elevácie segmentu ST s kontralaterálnymi depresiami, negativita vlny T v oblasti prednej a bočnej steny ĽK, predĺžený interval Q-Tc, ale aj blokáda ľavého a dokonca i pravého ramienka (14). U našej pacientky sme dokumentovali vznik negatívnych vln T, ktoré boli vyznačené najmä v hrudníkových zvodoch V1-V6.

U pacientov so stresovou KMP sa na rozdiel od AIM popisuje len ľahké alebo mierne zvýšenie kardišpecifických markerov - troponínu S alebo I, ktoré nezodpovedá pomerne veľkému rozsahu zmien kinetiky ĽK, resp. postihnutia myokardu (15). S mierou regionálnych porúch kinetiky stien ĽK lepšie koreluje NT-proBNP (16). U našej pacientky

bola hladina hs troponínu už iniciálne významne zvýšená (približne 30-násobok referenčnej hodnoty) s jej ďalším približne dvojnásobným zvýšením, pričom hladina NT-proBNP paradoxne nebola zvýšená. Neprítomnosť elevácie NT-proBNP však u našej pacientky korelovala s neprítomnosťou klinických prejavov zlyhávania ĽK.

Definitívnym potvrdením diagnózy stresovej KMP a zároveň aj jej odlišením od AIM je koronarografia a ventrikulografia (17). Koronarografický nález bez významnejších stenóz, ako to bolo aj u našej pacientky, a rozsiahla oblasť dysfunkčného myokardu nekorelujúca s perfúznou oblasťou jednej veľkej koronárnej cievy je charakteristickým nálezom svedčiacim pre stresovú KMP. Pri podozrení napr. na zápalové alebo ischemické poškodenie myokardu, prítomnosť trombu, či výpotku je potrebné realizovať i vyšetrenie magnetickej rezonanciou (18), čo u našej pacientky nebolo indikované. V demonštrovanom prípade pacientky sme dokumentovali prechodnú poruchu kinetiky stien ĽK s typickým, najčastejšie sa vyskytujúcim nálezom apikálnej balónovej dilatácie („apical ballooning“) (50–80 %), ako aj zníženie systolickej funkcie ĽK, s úplnou reštitúciou pri kontrolnom echokardiografickom vyšetrení. V našej kazuistike prezentujeme pacientku s klinickým priebehom bez komplikácií. Českí autori publikovali zaujímavú kazuistiku 62-ročnej ženy s diagnózou „takotsubo“ syndrómu s ťažkou prechodnou dynamickou obštrukciou ĽK, ktorá sa rovnako kompletne zotavila (19). Je však potrebné podotknúť, že s rastúcim počtom prác zameraných na túto problematiku, pribúdajú dôkazy, ktoré túto zdanlivo „benígnu“ diagnózu s priaznivou prognózou vyvracajú, a to najmä u viac rizikových pacientov. Srdcové zlyhanie, arytmie – najmä fibrilácia predsiení, vznik trombu v akinetickej časti ĽK, perikardiálne výpotky, kardiogénny šok, ruptúra steny postihnutej časti ĽK i úmrtie boli popísané ako možné komplikácie stresovej KMP (20-22). Mnohé práce popisujú nielen komplikovanejší priebeh, ale otázná je prognóza týchto pacientov z hľadiska dlhodobého prežívania.

Obr. 3 3a a 3b Ventrikulografia

