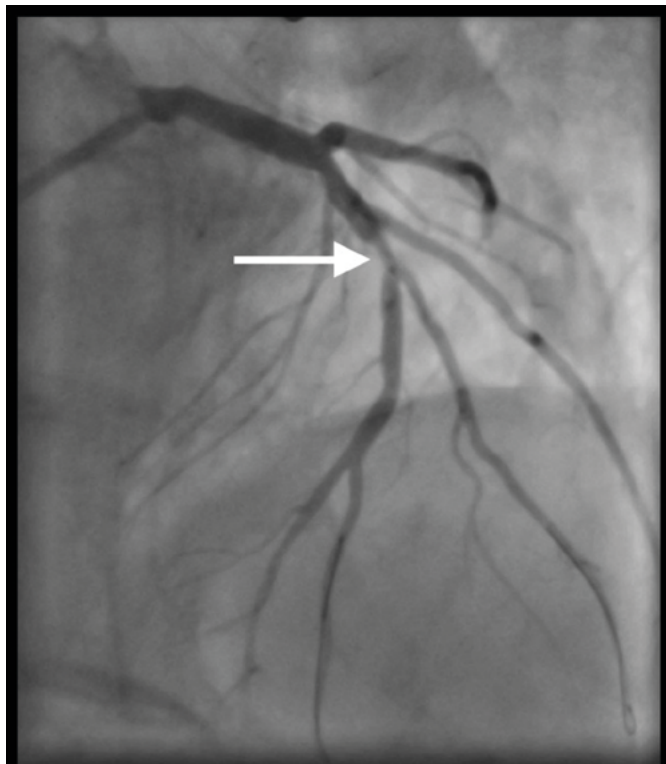


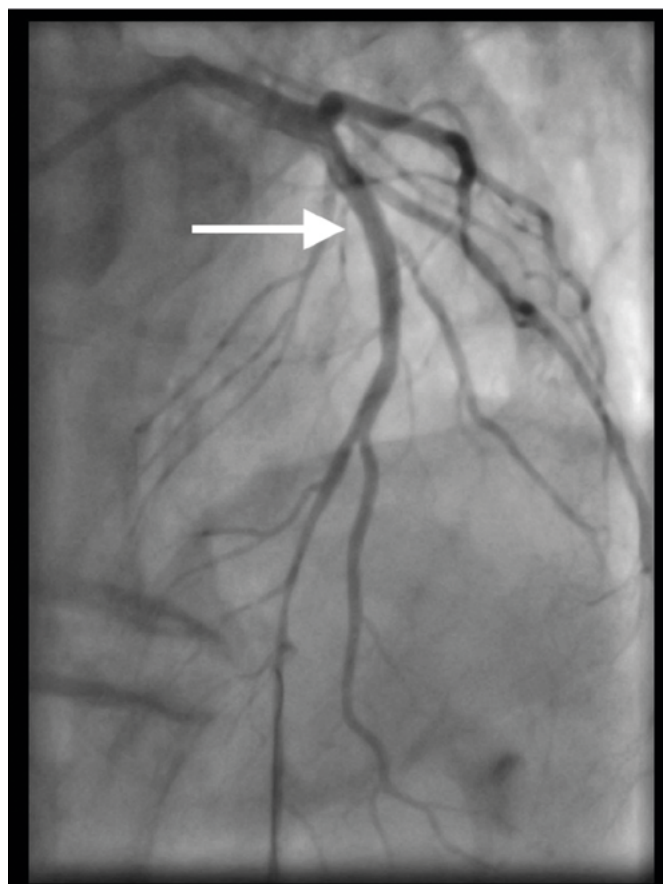
Obr. 3. Koronarografický nále z významnou stenózou střední RIA 75 %

halilo významnou koronární patologii, nicméně lokalizace regionálních poruch kinetiky levé komory v tomto případě nekorelovala s poruchou cévního zásobení myokardu (Obr. 3). Konkrétně nále z významného postižení RIA běžně odpovídá poruše kinetiky přední stěny LK, nicméně nále z z ventrikulografie a echokardiografie odhalily apikální poruchu kinetiky, která odpovídá stresové kardiomyopatii. Dle nové klasifikace TTC můžeme tedy i přes přítomnost významného postižení jedné z hlavních koronárních tepen uzavřít tento případ jako TTC. A to i přesto, že jsme u naší pacientky anamnesticky nezjistili jednoznačný emoční či fyzický stresový faktor (viz InterTAK diagnostická kritéria shora) (8). Vzhledem k tomu, že v případě pacientů s emergentní indikací ke koronarografii/PCI je zobrazení LK prováděno většinou až po intervenci, je nutné na možnou diagnózu TTC pomýšlet i po jejím provedení.

Do nedávna patřila Takotsubo kardiomyopatie mezi jednu z forem infarktu myokardu bez obstrukčního koronárního postižení (MINOCA). Recentně publikované guidelines pro akutní infarkt myokardu bez elevace ST úseku nově vyčleňují toto onemocnění jako samostatnou jednotku. V diferenciálně diagnostickém algoritmu hraje klíčovou roli

LITERATURA

1. Sato H, Tateishi H, Uchida T. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. 1990.
2. Bybee KA, Prasad A. Stress-Related Cardiomyopathy Syndromes. *Circulation* 2008; 118: 397–409.
3. Gili S, et al. Cardiac arrest in takotsubo syndrome: results from the InterTAK Registry. *Eur Heart J* 2019; 40: 2142–2151.
4. Akashi YJ, Goldstein DS, Barbaro G, et al. Takotsubo Cardiomyopathy: A New Form of Acute, Reversible Heart Failure. *Circulation* 2008; 118: 2754–2762.
5. Hassan SY, Tornvall P. Epidemiology, pathogenesis, and management of takotsubo syndrome. *Clin Auton Res* 2018; 28: 53–65.
6. Ghadri JR et al. International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part II): Diagnostic Workup, Outcome, and Management. *Eur Heart J* 2018; 39: 2047–2062.
7. Bybee KA, et al. Systematic Review: Transient Left Ventricular Apical Ballooning: A Syndrome That Mimics ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Ann Intern Med* 2004; 141: 858–865.

Obr. 4. Koronarografický obraz po primární angioplastice s implantací lékového stentu

magnetická rezonance srdce, která může vést k odhalení příčiny onemocnění. Nezjištění této příčiny může u pacientů vést k nedostatečné a nevhodné terapii (11).

Závěr

Počet pacientů s diagnózou Takotsubo kardiomyopatie neustále narůstá. Jednou z příčin tohoto trendu může být vyšší dostupnost katetizačních vyšetření. V rámci diferenciální diagnostiky příznaků AKS je tedy nutné vždy zvážit i TTC. Nová mezinárodní diagnostická kritéria, vycházející z dat největšího registru pacientů s Takotsubo kardiomyopatií, mohou ve správné diagnostice výrazně napomoci (12). Lze předpokládat jejich superioritu v rychlejší identifikaci a stratifikaci stresové kardiomyopatie. Zda tomu tak skutečně bude, rozhodne až jejich definitivní přijetí klinickou praxí.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705).

8. Ghadri JR, et al. International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part I): Clinical Characteristics, Diagnostic Criteria, and Pathophysiology. *Eur Heart J* 2018; 39: 2032–2046.
9. Kurisu S, et al. Prevalence of incidental coronary artery disease in tako-tsubo cardiomyopathy. *Coron Artery Dis* 2009; 20: 155–158.
10. Zeb M, Sambu N, Scott P, et al. Takotsubo cardiomyopathy: a diagnostic challenge. *Postgrad Med J* 2001; 87: 51.
11. Thiele H, Barbato E, Barthelémy O, Bauersachs J, Bhatt DL. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: 79.
12. Ghadri JR, Cammann VL, Templin C. The International Takotsubo Registry. *Heart Fail Clin* 2016; 12: 597–603.