



Už jste potkali Tako-tsubo?

Pravděpodobně ne.

Tako-tsubo (někdy psané jako Tako-Tsubo, tako-tsubo nebo takotsubo) je japonský název pro nádobu, do které se chytají chobotnice (tako = chobotnice, tsubo = nádoba). Pro podobnost patologického tvaru levé komory srdeční s tímto „fishing pot for trapping octopus“ dostala nová nozologická jednotka název Tako-tsubo kardiomyopatie.

Po prvé byla popsána japonskými autory v roce 1991, je to však onemocnění tohoto desetiletí. Zatímco v roce 1999 nebyla publikována žádná zpráva a v roce 2000 pouze jedna, v letech 2006 již 60 a v letošním roce do dnešního dne již 53 (PubMed – Medline 17. 7. 2007).

Popis všech příznaků se shoduje téměř u všech publikovaných případů. Nemocní jsou většinou starší ženy po menopauze, které žijí v déletrvajícím stresu. Problémy, které vyvolávají stres, obvykle nemají pro pacientku řešení. Jinak je předchodí obvykle chudé. Onemocnění je charakterizováno typickými stenokardiemi s elevacemi úseků ST, často i se zvýšenými kardiocystickými markery. Klinický stav imituje akutní koronární syndrom, kterému téměř vždy předchází akutní psychický, ale také fyzický stress. Nemocní jsou odesíláni na kardiocentrum ke katetizační intervenci.

Koronarografický nález je překvapivě normální. Stejným překvapením je i patologický nález na levé komoře, který je charakterizován apikální balonkovitou výduť s hyperkinetickou bází. Někdy může být atypicky postižen střední segment. Stav se většinou rychle upravuje k normálu, výjimečně však přetrvává po delší dobu; vzácně vyžaduje akutní hemodynamickou podporu (intraaortální balonkovou kontrapulzaci) a může dokonce rupturou levé komory vést i ke smrti. Proto je tento syndrom také nazýván „broken heart“ a evropští i američtí autoři upozorňují, že na „zlomené srdce“ lze i skutečně zemřít. Donohue v roce 2005 provedl průzkum dosavadních údajů PubMed o Tako-tsubo a zjistil, že se nejedná o zcela benigní onemocnění, jak se dříve předpokládalo. Komplikace nalezl v 18,9 % s mortalitou 3,2 %.

Příčina dosud není známa. Za nejčastějšího původce byl pro nepřítomnost organických změn na věnčitých tepnách považován koronární spasmus. V současné době je však pro závislost obtíží na předchozím stresu nejvíce akceptovanou příčinou zvýšená koncentrace plazmatických katecholaminů s excesivní stimulací adrenergních receptorů. To pak vede k přímému poškození myokardiální buňky.

Zajímavý pohled přináší autoři, kteří upozorňují na podobnost Tako-tsubo kardiomyopatie s neurogenně omráčeným myokardem při subarachnoidálním krvácení nebo při skutečné smrti mozku. Časná detekce tranzientní dysfunkce levé komory by totiž zvýšila naději pro čekatele srdečních transplantací.

Tako-tsubo syndrom není běžným onemocněním a pro většinu lékařů je diagnosticky nepřístupný. Stává se doménou intervenčních kardiologů, kteří jej nacházejí u akutních koronárních syndromů s negativním nálezem na věnčitých tepnách a typickou dysfunkcí levé komory. Četnost výskytu tohoto onemocnění není dosud známa. Tak např. M. Klinčeva a spoluautoři uvádějí během čtyřletého období pozorování (2002–2005) zkušenosti ze tří terciárních center: celkem 5 876 pacientů se podrobilo akutní koronarografii pro suspektní akutní infarkt myokardu a pouze čtyři pacienti splňovali diagnostická kritéria pro stresem indukované omráčení myokardu. Tedy jeden nemocný na 1 469 koronárních angiogramů (0,07 %) provedených u nemocných s elevacemi úseků ST.

Z toho pak odvozený odhad incidence je 0,00006 %. Tako-tsubo je tedy extrémně vzácný syndrom. Jiní autoři ale naopak uvádějí, že Tako-tsubo není dosud dostatečně rozpoznáváno a v budoucnosti bude jistě častěji diagnostikováno.

V české literatuře se objevila v poslední době řada informací o této nemoci. Není možné všechny podrobně citovat. Kromě již výše uvedené zprávy M. Klinčevy jsou to práce autorů (v abecedním pořadí): J. Bise, L. Gajduška, P. Gregora, M. Hudce, L. Kotena, T. Palečka, J. Veselky, J. Vopelkové, M. Zahina a jiných.



Už bylo tolik napsáno o syndromu Tako-tsubo a hodně napsáno ještě bude. Proč přidávat tuto Stránku k zamyšlení?

Bezprostřední příčinou se stala kasuistika P. Zajíčka a spoluautorů uveřejněná tomto čísle. Nemocná, jejíž osudy jsou v publikaci uvedeny, je dlouholetou pacientkou Centra kardiavaskulární a transplantční chirurgie. Sám jsem ji několikrát provedl srdeční katetrizaci včetně koronarografie: vždy před operací mitrální chlopně. Naposledy pak v minulém roce pro recidivující stenokardie provázené změnami EKG. Vyšetřena byla v klidovém asymptomatickém období s negativním nálezem na věnčitých tepnách. Stav jsem zhodnotil jako vasospastickou anginu a doporučil dlouhodobé podávání nitrátů a blokátory kalciových kanálů. Ty pacientka netolerovala. V dalším průběhu se objevily známky akutního koronárního syndromu, znovu byla invazivně vyšetřena na jiném pracovišti, nicméně opět s normálním nálezem na věnčitých tepnách. Tehdy ošetřující lékař (P. Zajíček) vyslovil podezření na Tako-tsubo. K dispozici měl kromě našich všech dosavadních znalostí i informaci o silném a negativním emocionálním podnětu, který pro pacientku neměl východisko a záchvatu předcházela. Po novém zhodnocení křivek EKG, kardiocystických enzymů, RTG snímků plic, echokardiografického vyšetření levé komory a selektivní koronarografie byla diagnóza potvrzena.

Quod erat demonstrandum.

A tak se stalo, že jsem potkal Tako-tsubo a nevěděl o tom. Je možné, že i mnozí z Vás už potkali syndrom Tako-tsubo a onemocnění nepoznali.

A to je vlastně poselství této Stránky k zamyšlení. Měli bychom si bedlivě všimnout všech negativních koronarografií u akutních koronárních syndromů. Neměly by nám uniknout. Mohou být voláním o pomoc, které dosud nikdo neslyšel.

Dmitry Čerba'k