

Zespół tako-tsubo — kolejna postać ostrego zespołu wieńcowego?

prof. dr hab. n. med. Jarosław Wójcik

Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Lublin



Dote i wsp. [1] jako pierwsi opisali w 1991 roku zespół chorobowy obejmujący zmniejszenie ruchu ściany lewej komory w okolicy okołokoniuszkowej z zachowaną czynnością segmentów przypadkowych i angiograficznie niezmiennymi miażdżycowo tętnicami wieńcowymi. Kardiolodzy z Japonii nazwali ten zespół tako-tsubo, a w innych krajach pojawiły się jego różne nazwy: *transient left ventricular apical ballooning syndrome*, *apical cardiomyopathy* czy też *broken heart syndrome* [2]. Choć jest to stosunkowo rzadko spotykana (a może raczej rozpoznawana?) jednostka chorobowa, to jej wystąpienie może wiązać się z groźnymi powikłaniami: wstrząs kardiogeny występuje u 6,5%, zastoinowa niewydolność serca u 3,8%, komorowe zaburzenia rytmu serca u 1,6%, a śmiertelność nawet u 3,2% pacjentów [2]. Z tych względów ustalenie przyczyn i mechanizmów tej patologii jest bardzo ważne. Tylko takie podejście warunkuje dobór właściwego leczenia i uchronienia chorych przed ciężkimi konsekwencjami. Choć jest to logiczne, to okazuje się bardzo trudne w praktyce. Dotychczas nie ustalono bowiem jednej konkretnej przyczyny wystąpienia takich zaburzeń czynności lewej komory. Niektórzy autorzy próbowali znaleźć związek przyczynowy z katecholaminami, estrogenami czy też kurczem naczyniowym [3]. Innym nie udało się jednak potwierdzić takich powiązań. Podstawowa teoria o niezmiennych epikardialnych tętnicach wieńcowych także nie wytrzymała próby czasu. Okazało się, że brak angiograficznie krytycznych zmian w obrębie gałęzi międzykomorowej przedniej lewej tętnicy wieńcowej nie jest równoznaczny z brakiem jej choroby. Wprowadzenie echa wewnątrzwieńcowego pozwoliło wykazać niemal we wszystkich przypadkach opisywanych w literaturze obecność blaszek miażdżycowych w różnych formach ich niestabilności [4]. Autorzy komentowanej pracy [5] znakomicie wykorzystali możliwości, jakie stworzyła nowoczesna metoda diagnostyczna wirtu-

alnej histologii. Potwierdzili oni w jednoznaczny sposób u wszystkich badanych chorych obecność niestabilnych blaszek miażdżycowych, co może wiązać się z ich pękaniem, „owrzodzeniem”, tworzeniem skrzepin oraz silnym kurczem naczyniowym, jak w typowych ostrych zespołach wieńcowych [6]. Autorzy podążyli konsekwentną drogą i po uzyskanych wynikach rozpoczęli leczenie chorych zgodnie ze standardami leczenia ostrych zespołów wieńcowych, tj. heparyną i podwójną terapią przeciwplatekową. To godne podkreślenia przełożenie wyników badań naukowych na zastosowanie kliniczne.

Podsumowując, jest to interesująca i nowatorska praca, pierwsza, o ile mi wiadomo, z zastosowaniem takiej metody obrazowania blaszek miażdżycowych. Wnosi kolejne, bardzo ważne elementy do wiedzy na temat ich budowy i zachowania się w tętnicach wieńcowych odpowiedzialnych za wystąpienie przejściowego zespołu balonowania koniuszka lewej komory.

Piśmiennictwo

1. Dote K, Sato H, Tateishi H, Uchida T, Ishihara M. Myocardial stunning due to simultaneous multivessel coronary spasms: a review of 5 cases. *J Cardiol*, 1991; 21: 203–214.
2. Movahed M-R, Donohue D. Review: transient left ventricular apical ballooning, broken heart syndrome, ampulla cardiomyopathy, atypical apical ballooning, or Tako-Tsubo cardiomyopathy. *Cardiovasc Revascularization Med*, 2007; 8: 289–292.
3. Feola M, Chauvie S, Rosso G, Biggi A, Ribichini F, Bobbio M. Reversible impairment of coronary flow reserve in takotsubo cardiomyopathy: a myocardial PET study. *J Nucl Cardiol*, 2008; 15: 811–817.
4. Ibanez B, Navarro F, Cordoba M, Alberca P, Farre J. Tako-Tsubo transient left ventricular apical ballooning: is intravascular ultrasound the key to resolve the enigma? *Heart*, 2005; 91: 102–104.
5. Pawłowski T, Mintz GS, Kulawik T, Gil RJ. Virtual histology intravascular ultrasound evaluation of the left anterior descending coronary artery in patients with transient left ventricular ballooning syndrome. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 1093–1098.
6. Prasad A, Lerman A, Rihal C. Apical ballooning syndrome (Tako-Tsubo or stress cardiomyopathy): a mimic of acute myocardial infarction. *Am Heart J*, 2008; 155: 408–417.