

Σύνδρομο Takotsubo και MINOCA: ομοιότητες και διαφορές

ΕΥΤΥΧΙΑ ΣΜΑΡΟΥΝΗ

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Λέξεις Ευρετηρίου:

Το σύνδρομο Takotsubo είναι σύνδρομο οξείας καρδιακής ανεπάρκειας και όχι οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ), όπως το σύνδρομο MINOCA. Κυρίως προσβάλλονται μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι δύσπνοια και θωρακικό άλγος. Υπάρχουν 4 ανατομικοί τύποι προσβολής του μυοκαρδίου: προσθιοκορυφαία προσβολή (apical ballooning, ο συνηθέστερος τύπος), μεσοκοιλιακή προσβολή, προσβολή των βασικών τμημάτων και εντοπισμένη προσβολή. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι περιοχές ακινησίας δεν αντιστοιχούν στη στεφανιαία ανατομία, πλην του εντοπισμένου τύπου (1). Τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου περιλαμβάνουν, πλην των περιοχικών διαταραχών κινητικότητας, ιστορικό φυσικών ή συναισθηματικών εκλυτικών παραγόντων (αν και σε σημαντικό ποσοστό απουσιάζουν), ΗΚΓκές αλλοιώσεις (ανασπάσεις ή καταστάσεις ST, αναστροφή κυμάτων T, νέο LBBB και παράταση QT), μέτρια αύξηση δεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης και σημαντική αύξηση νατριουρητικών πεπτιδίων. Αν υπάρχει ανόσπασση ST, ενδείκνυται επείγουσα στεφανιογραφία για τον αποκλεισμό OEM. Αν

βρεθεί υπεύθυνη στένωση χρειάζεται άμεση αγγειοπλαστική (να σημειωθεί ότι σταθερές στενώσεις μπορεί να παρατηρηθούν σε 10-15% των ασθενών με Takotsubo και η πρόγνωση είναι χειρότερη). Σε περιπτώσεις χωρίς ανόσπασση ST, πρέπει να υπολογίζεται το interTAK score και αν η τιμή είναι >70 (υψηλή πιθανότητα Takotsubo), αρκεί διαθωρακικό υπερηχογράφημα και αξονική στεφανιογραφία για τη διάγνωση (2). Αν η τιμή είναι <70 (χαμηλή πιθανότητα Takotsubo) ή υπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια πρέπει επίσης να διενεργηθεί καθετηριασμός. Επιπλέον, σε περίπτωση αιμοδυναμικής επιβάρυνσης δεν πρέπει να παραβλέπεται η πιθανότητα ενδοκοιλιακής απόφραξης στο χώρο εξόδου (οπότε τα ινότροπα αντενδείκνυνται και απαιτείται η χορήγηση υγρών και β-αναστολέα), οξείας ανεπάρκειας μιτροειδούς ή συμμετοχή της δεξιάς κοιλίας. Η διάγνωση του συνδρόμου επιβεβαιώνεται με τη βαθμιαία υποχώρηση των τμηματικών διαταραχών κινητικότητας. Η πρόγνωση δεν είναι πάντα καλή, με ενδονοσοκομειακή θνητότητα 4% και υποτροπή 2% ετησίως. Αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι η παρουσία φυσικών

εκλυτικών παραγόντων, κυρίως νευρολογικά επεισόδια και ψυχιατρική νόσος, ηλικία >70, κλάσμα εξώθησης <45% και κακοήθη νεοπλάσματα. Η θεραπεία του συνδρόμου περιλαμβάνει χορήγηση β-αναστολέων και AMEA. Σε περίπτωση αρρυθμιών χορηγούνται β-αναστολείς εκτός αν το QTc>500 msec. Η εμφύτευση απινιδιστή πρέπει να αποφεύγεται, δεδομένου ότι η αριστερή κοιλία ανανήπτει σε 1-4 εβδομάδες. Αν υπάρχει θρόμβος στην κορυφή της αριστερής κοιλίας χορηγούνται αντιπηκτικά, αλλά προληπτική αντιπηκτική αγωγή δίνεται αν το κλάσμα εξώθησης είναι <30%.

Ως σύνδρομο MINOCA (Myocardial Infarction with Nonobstructive Coronary Arteries) περιγράφεται ένα ΟΣΣ στο οποίο δεν ανευρίσκονται σημαντικές στενώσεις. Σε σύγκριση με το κλασσικό OEM οι ΗΚΓές αλλοιώσεις και η αύξηση των μυοκαρδιακών ενζύμων είναι ηπιότερες (3). Αντιπροσωπεύει το 5-6% όλων των OEM, συμβαίνει πιο συχνά σε νέες γυναίκες, χωρίς πολλούς παράγοντες κινδύνου. Σε σύγκριση με το κλασσικό OEM έχει καλύτερη πρόγνωση, που είναι όμως χειρότερη από τον γενικό πληθυσμό (4). Για τη διάγνωση πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια του 4ου ορισμού OEM, σε συνδυασμό με την απουσία στενώσεων >50% και οπωσδήποτε χωρίς να υπάρχει σήψη, μυοκαρδίτιδα, πνευμονική εμβολή κλπ. Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου αυτού είναι πολυπαραγοντική, όπως ρήξη ή διάβρωση αθηρωματικής πλάκας χωρίς σημαντική στένωση, επικαρδιακός ή μικροαγγειακός

σπασμός, εμβολισμός, αυτόματος διαχωρισμός και OEM τύπου II λόγω δυσαρμονίας στεφανιαίας αιμάτωσης και μυοκαρδιακών αναγκών. Η διάγνωση προϋποθέτει στεφανιογραφία, αριστερή κοιλιογραφία ή/και υπερηχογράφημα. Η μαγνητική τομογραφία χρησιμεύει στον αποκλεισμό μυοκαρδίτιδας και ο έλεγχος θρομβοφιλίας είναι συχνά χρήσιμος. Ενδοστεφανιαία απεικόνιση (IVUS, OCT) και δοκιμασίες πρόκλησης σπασμού μπορεί να βοηθήσουν αλλά δεν έχουν ευρεία εφαρμογή. Η προσπάθεια ανεύρεσης του ακριβούς παθοφυσιολογικού μηχανισμού δεν οδηγεί πάντα σε χρήσιμα συμπεράσματα, γι' αυτό η θεραπεία πρέπει να καθοδηγείται κυρίως από κλινικά κριτήρια. Σε περίπτωση ανεύρεσης ήπιας στένωσης ενδείκνυται η ασπιρίνη. Αν αναγνωριστεί σπασμός χορηγούνται αναστολείς διαύλων ασβεστίου και αν ενοχοποιηθεί θρομβοεμβολή χορηγούνται αντιπηκτικά. Στη αναδρομική καταγραφή SWEDE-HEART, η χορήγηση β-αναστολέων, AMEA και στατινών βελτίωσε την έκβαση, ενώ η διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή όχι. Η μελέτη MINOCA BAT (β-αναστολείς και AMEA σε σύγκριση με το placebo) είναι σε εξέλιξη.

Βιβλιογραφία

1. International expert consensus document on Takotsubo syndrome. Clinical characteristics, diagnostic criteria and pathophysiology. Eur Heart J 2018; 39:2032-62.

ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗ

2. Chadri J, Kato K, Camman V et al. Long-term outcome of patients with Takotsubo Syndrome. JACC 2018; 72: 874-82.

3. Agewall S, Beltrame J, Reynolds H, et al on behalf the WG on Cardiovascular Pharmacotherapy. ESC position paper on myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. Eur Heart J 2107; 38: 143-53.

4. Drever R, Tavella R, Curtis r et al. Myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries as compared with myocardial obstructive coronary artery disease: outcome in a Medicare population. Eur Heart J 2019; doi.org/10.1093/eurheartj/ehz403

Υπεύθυνος Επικοινωνίας: Ευτυχία Σμπαρούνη, MD, FACC, FESC

Τίτλος

Τηλ.:

Email:

Τίτλος, Συγγραφείς, κέντρα, Περίληψη, Λέξεις Κλειδιά στα Αγγλικά