

Małgorzata Zalewska-Adamiec

**Kardiomiopatia takotsubo.
Jak duży problem u pacjenta z cukrzycą?
Prezentacja przypadku.**

**Klinika Kardiologii Inwazyjnej
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. Sławomir Dobrzycki**



Kardiomiopatia takotsubo

- wywołana najczęściej przez czynnik stresowy psychiczny lub fizyczny
- przemijająca dysfunkcja skurczowa koniuszka i segmentów środkowych ścian lewej komory,
- niedokrwiennie zmiany w EKG jak w OZW
- brak istotnych zmian miażdżycowych w koronarografii
- stanowi 1% ostrych zespołów wieńcowych
- typowo występuje u kobiet w wieku 60-80 lat z kilkoma czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego

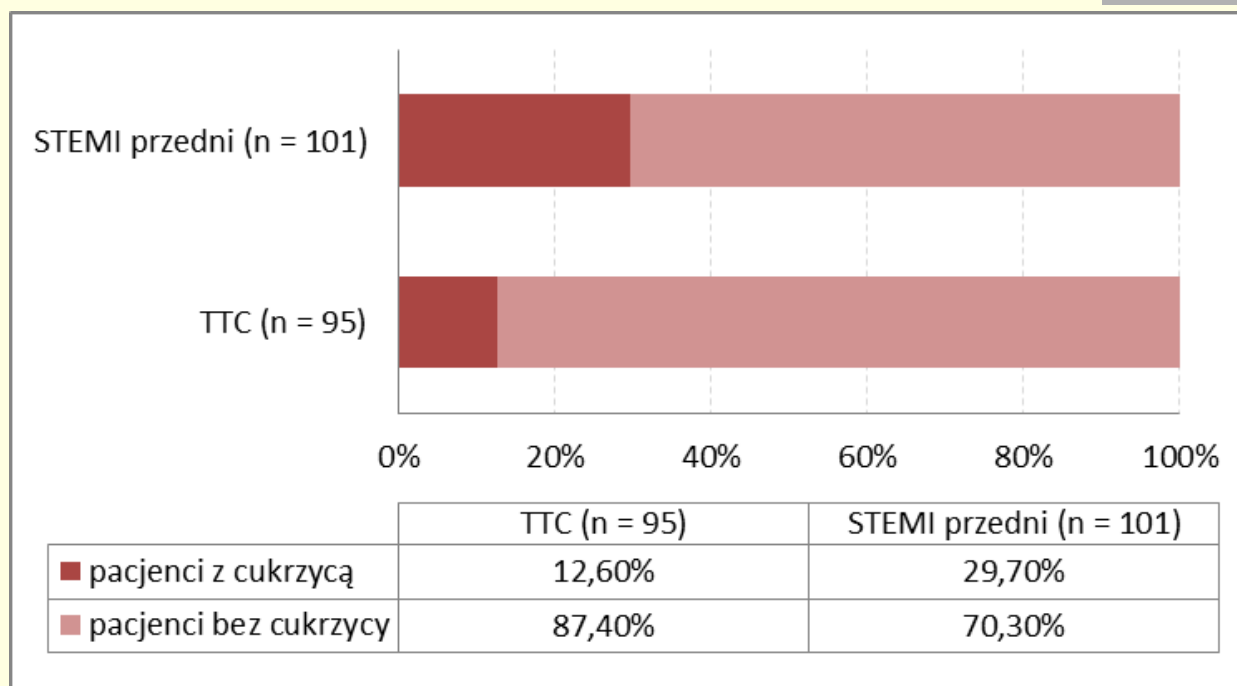


Kardiomiopatia takotsubo a cukrzyca

	Pacjenci z TTC (n)	Pacjenci z TTC i DM (%)
Kurowski V. et al. Chest 2007 (rejestr niemiecki)	35	22%
Parodi G. et al. Chest 2011 (rejestr włoski)	116	9%
Citro R. et al. JAGS 2011 (rejestr włoski)	190	5,9%
Cacciotti L. et al. BMJ 2012 (Rome)	75	16%
Brinjikji W. et al. AHJ 2012 (USA)	24701	18,9%
Nuńez-Gil I.J. et al. Rev Esp Cardiol. 2012 (Spain)	100	18%



Kardiomiopatia takotsubo a cukrzyca



Śmiertelność	TTC i DM2	TTC bez DM2	p
Wewnątrzszpitalna	0,0%	3,61%	0,503
2,5-letnia	25%	14,46%	0,349

Przypadek I. Pęknięcie serca w TTC.

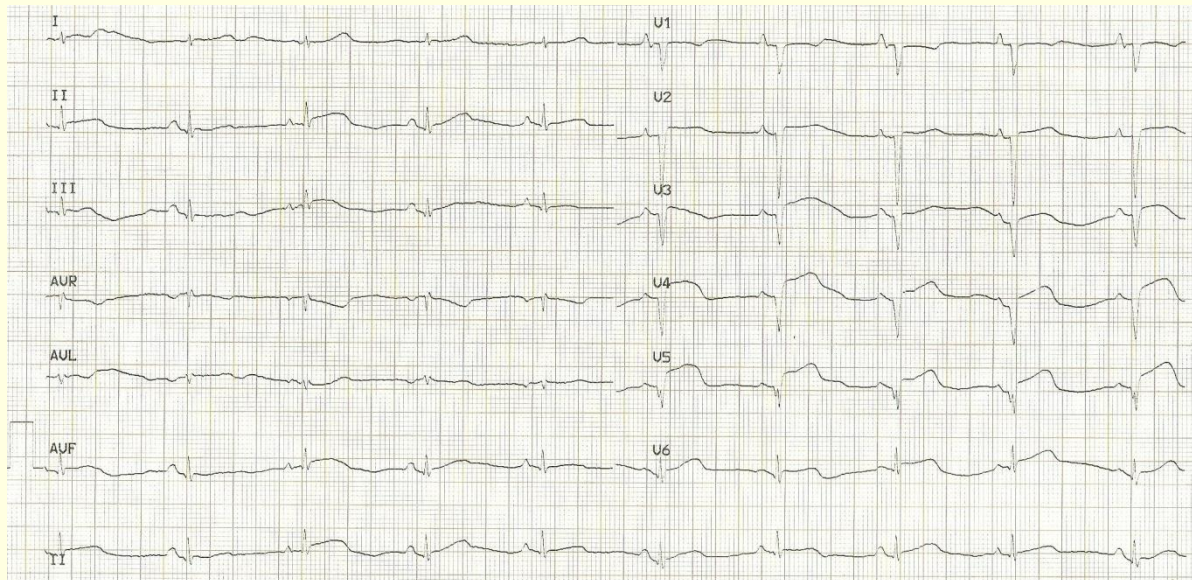
- 74-letnia kobieta,
- dotychczas bez wywiadu kardiologicznego,
- bez czynników ryzyka sercowo-naczyniowego,
- z dwugodzinnym bólem zamostkowym
- przekazana do KKI z SOR z podejrzeniem zawału ściany przedniej STEMI
- w wywiadzie - od kilku lat rozpoznany zespół lękowy



Przypadek I. Pęknięcie serca w TTC.

Przy przyjęciu

- stan ciężki, chora z bólem w klatce piersiowej, cierpiąca, wymiotująca, z objawami wstrząsu kardiogenego (skóra blada, zlana potem, ciśnienie tętnicze nieoznaczalne).
- w EKG RZM 58/min, uniesienie ST w odprowadzeniach V2-V6
- troponina – 2,041 ng/ml.



Przypadek I. Pęknięcie serca w TTC.

Po wstępnym wyrównaniu hemodynamicznym chorą przewieziono do pracowni

Koronarografia – zmiany przyścienne



Przypadek I. Pęknięcie serca w TTC.

Po wstępnym wyrównaniu hemodynamicznym chora przewieziono do pracowni

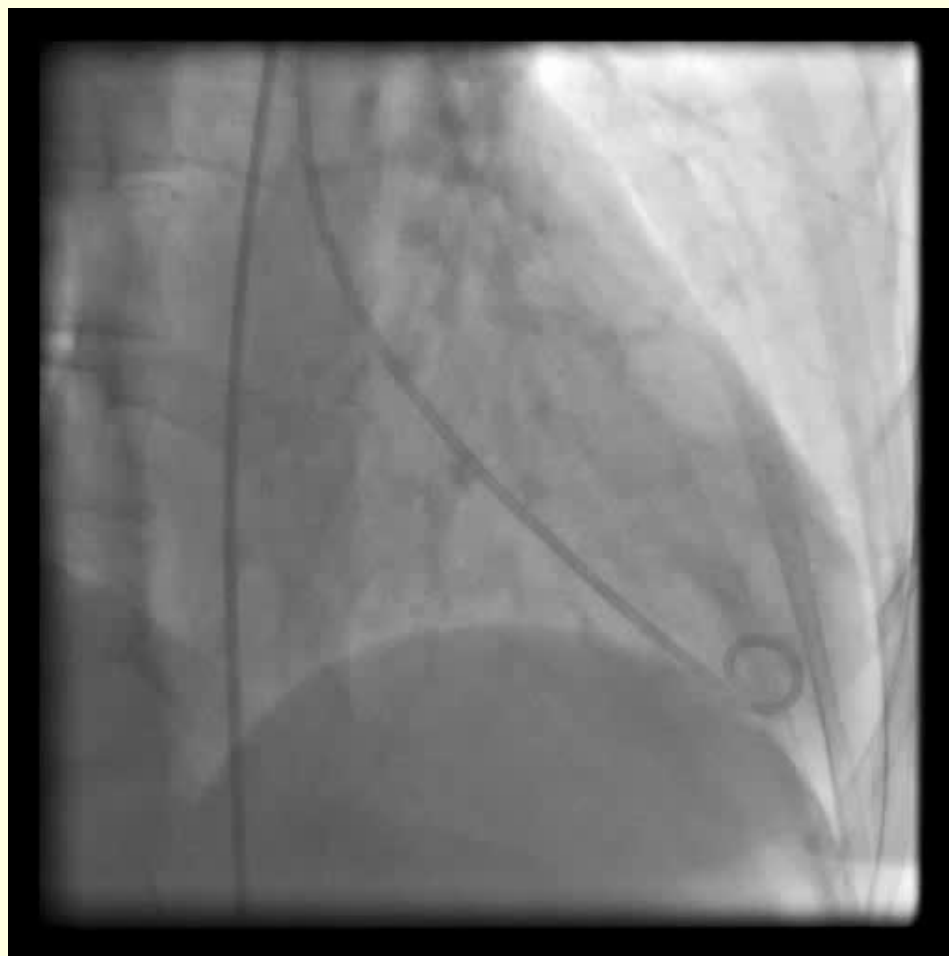
Koronarografia – zmiany przyścienne



Przypadek I. Pęknięcie serca w TTC.

Wentrykulografia

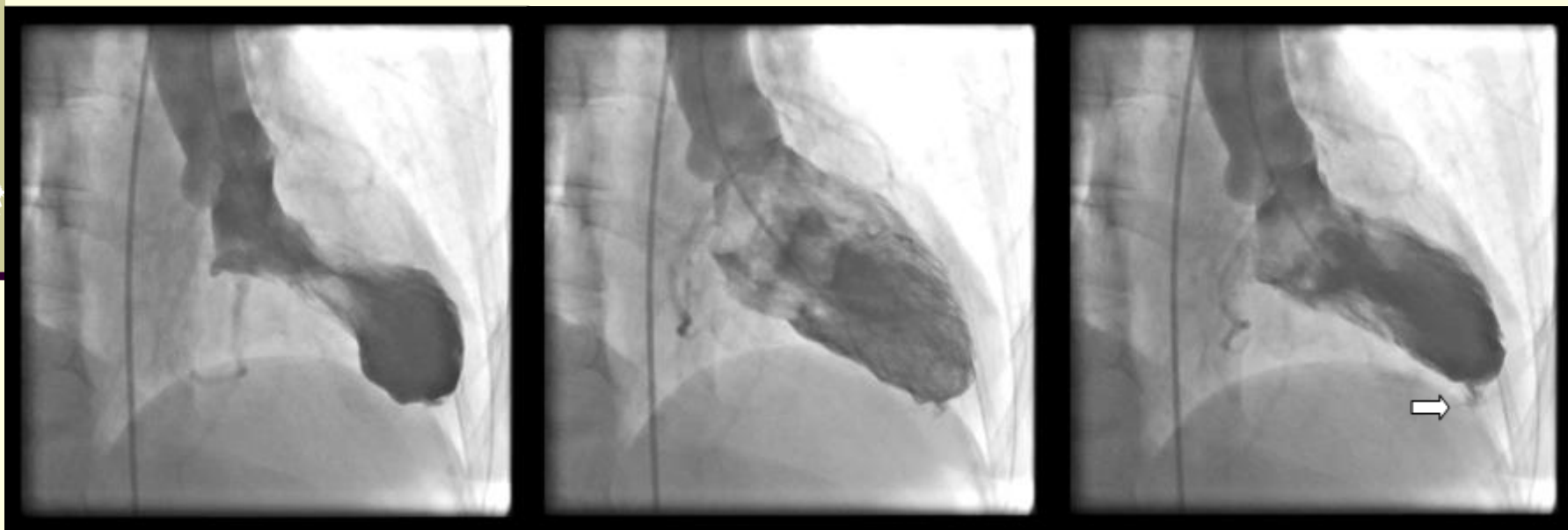
- prawidłowa objętość LK,
- zaburzenia kurczliwości okolicy koniuszka serca z hiperkinezą pozostałych ścian,
- EF – 56%.
- W okolicy koniuszka przeciekanie kontrastu do worka osierdziowego przez pękniętą ścianę LK



Przypadek I. Pęknięcie serca w TTC.

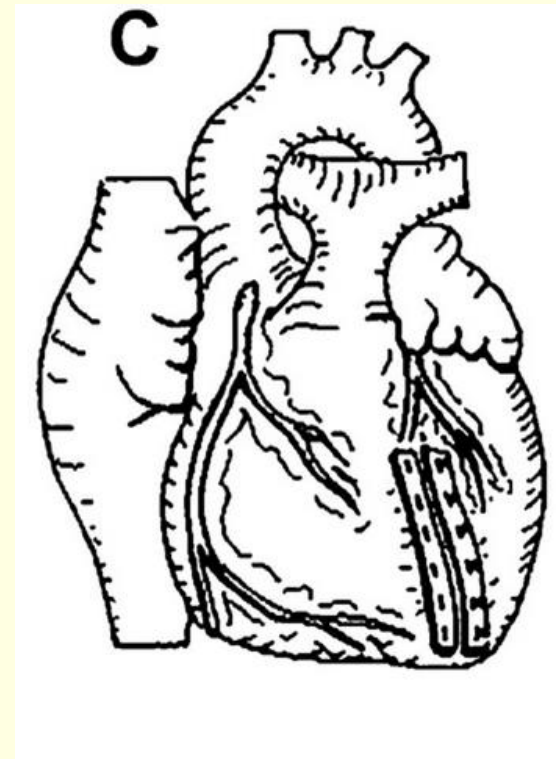
Wentrykulografia - prawidłowa objętość LK, zaburzenia kurczliwości okolicy koniuszka serca z hiperkinezą pozostałych ścian, EF – 56%.

W okolicy koniuszka uwidoczniono przeciekanie kontrastu do worka osierdziowego przez pękniętą ścianę LK



Przypadek I. Pęknięcie serca w TTC.

- Echo serca – cechy narastającej tamponady
- Pilna konsultacja kardiologiczna → kontrapulsacja → przeniesienie na blok operacyjny
- W czasie transportu chora straciła przytomność. Na sali operacyjnej RR nieoznaczalne, tętno niewyczuwalne.
- Otwarcie mostka i osierdzia, odbarczenie tamponady → powrót wydolnego rytmu i stabilizacja RR. Na koniuszku – niewielkie miejsce perforacji z aktywnym krwawieniem
- **Plikacja lewej komory** szwami na dwóch podkładkach teflonowych.



Przypadek I. Pęknięcie serca w TTC.

- w I-ej dobie po zabiegu pacjentkę ekstubowano,
- w V-ej usunięto kontrapulsację
- w 11-ej dobie chorą przeniesiono do szpitala rejonowego w celu dalszego leczenia
- w badaniu Echo przy wypisie – akineza koniuszka i hipokineza przegrody międzykomorowej, EF – 50%.

Follow-up

- po 3 latach wizyta kontrolna - pacjentka czuje się dobrze, nie zgłasza bólów zamostkowych ani duszności, pozostaje pod opieką lekarza rodzinnego, w Echo: EF 50% (FA)



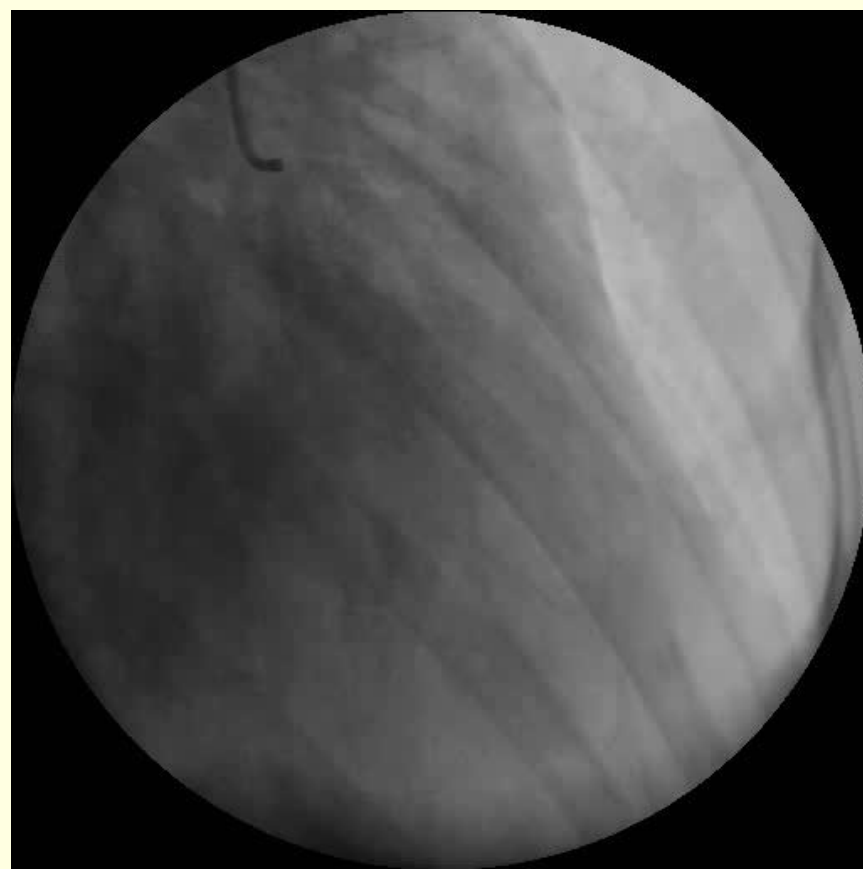
Przypadek II. NZK u 15-latki z TTC.

- 15-latka, z wadą serca (wypadanie płątka zastawki mitralnej i trójdzielnej), z kilkumiesięcznym wywiadem komorowych zaburzeń rytmu,
- w wywiadzie – stresujący 0,5-roczny okres egzaminacyjny w gimnazjum
- na lekcji w szkole utrata przytomności – NZK 30 minut w mechanizmie VF, PEA (2-krotnie defibrylowana), ponowne NZK w trakcie transportu do OIT UDSK
- ekg – tachykardia zatokowa 130/min, uniesienie ST w V2-V6.
- troponina – 3,464 ng/ml
- po ustabilizowaniu i konsultacji kardiologicznej przekazana do KKI na koronarografię



Przypadek II. NZK u 15-latki z TTC.

- koronarografia – tt. wieńcowe bez zmian



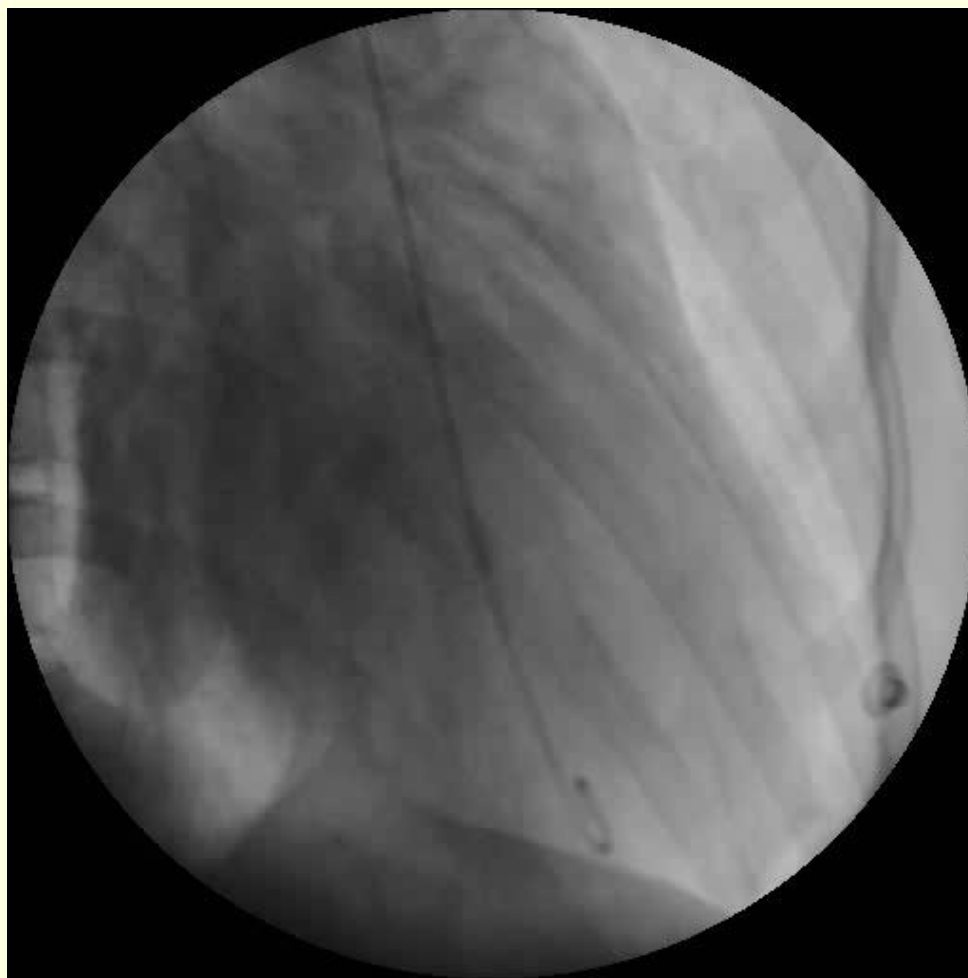
Przypadek II. NZK u 15-latki z TTC.

- koronarografia – tt. wieńcowe bez zmian



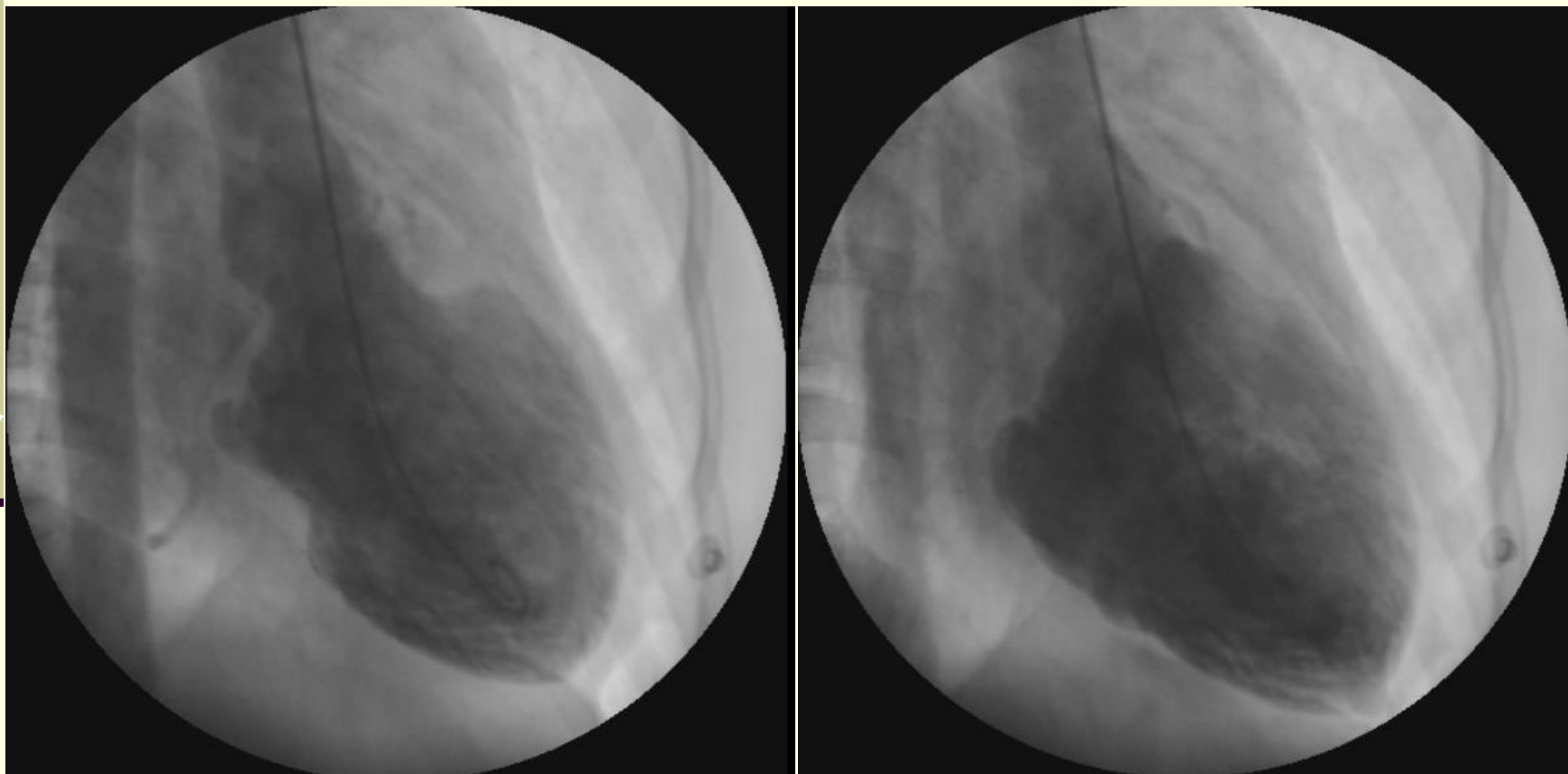
Przypadek II. NZK u 15-latki z TTC.

- wentrykulografia – obraz takotsubo, EF – 25%



Przypadek II. NZK u 15-latki z TTC.

- wentrykulografia – obraz takotsubo, EF – 25%



Przypadek II. NZK u 15-latki z TTC.

- kontrolne echo serca (10-ta doba) – dobra funkcja skurczowa lewej komory z EF 60%
- w 18-dobie hospitalizacji w OIT orzeczono śmierć mózgu



TTC. Implikacje kliniczne

- TTC u pacjentów z DM2 występuje z różną częstością w zależności od populacji i rokuje gorzej w obserwacji odległej
- może wystąpić w każdym wieku
- rokowanie wczesne jest pomyślne, ale mogą wystąpić poważne powikłania
- rokowanie odległe również dobre, ale TTC może nawracać
- TTC nie zawsze jest prawidłowo rozpoznawane i leczone



Dziękuję za uwagę

