

ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΑΚΟΤΣΥΒΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Γυναίκα ηλικίας 59 ετών προσήλθε στο ΤΑΕΠ παραπονούμενη για συνεχές επιγαστρικό άλγος από 4-ωρου. Στο ΗΚΓ που της έγινε είχε παράταση του QT 0,64s (εικ. 1). Παρόμοιο άλγος είχε και την προηγούμενη μέρα όπου της έγινε ενδομυϊκή ένεση ως επί γαστρίτιδος. Ενώ ετοιμαζόταν να αναχωρήσει έχασε τις αισθήσεις της και σωριάστηκε κάτω. Συνδέθηκε στο monitor το οποίο κατέγραψε κοιλιακή ταχυκαρδία, η οποία ήταν άσφυγημη.

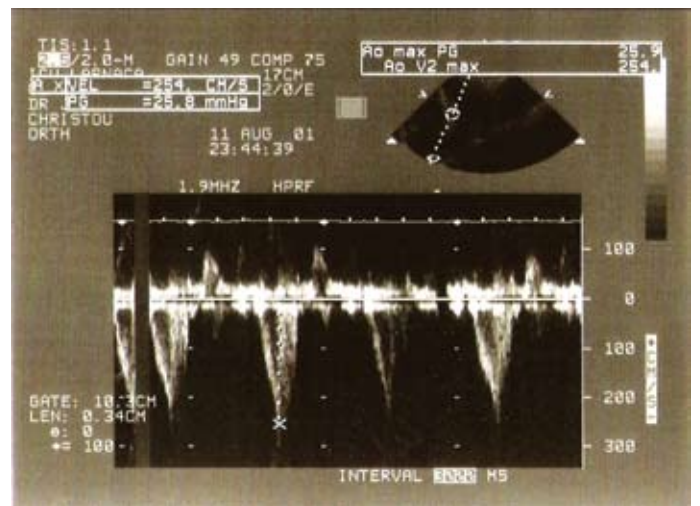
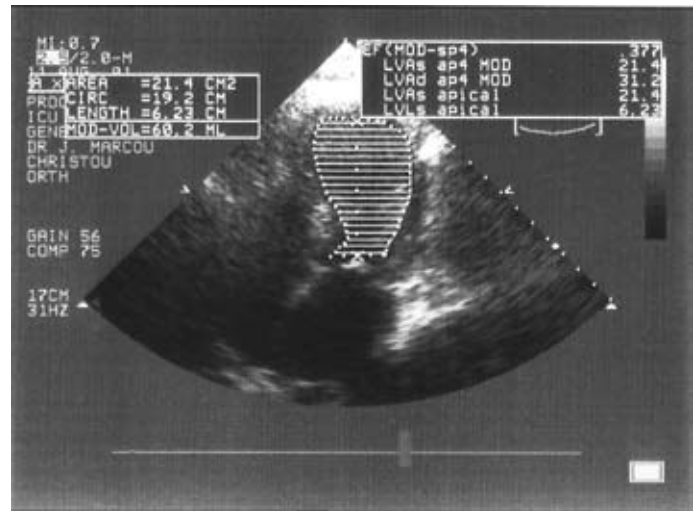
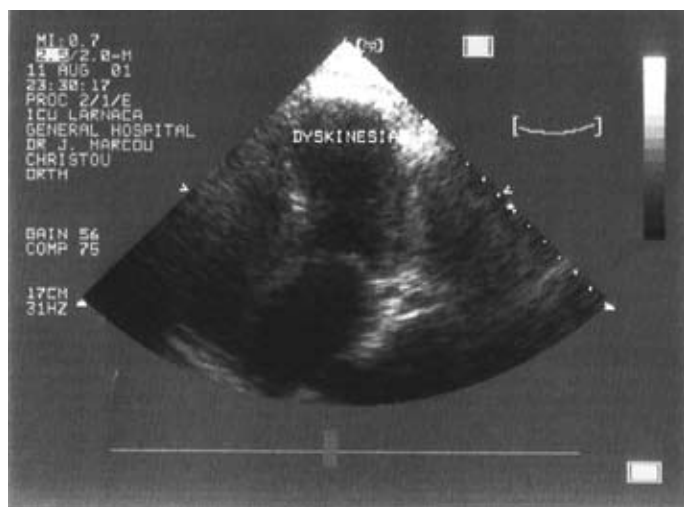
Έγινε ΚΑΡΠΑ και ανετάχθη ηλεκτρικώς με 150 j. Χορηγήθηκε atropine λόγω ΚΚΑ. Σε μερικά λεπτά εμφάνισε SVT και ανετάχθη ξανά με 50 j. Το ΗΚΓ που της έγινε στη συνέχεια έδειξε μικρή ανάσπαση ST στις προσθιοπλάγιες απαγωγές (εικ.2). Μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ όπου στο ΗΚΓ δεν υπήρχε πλέον η ανάσπαση ST. Θεωρήθηκε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και χορηγήθηκε αντιστηθαγχική αγωγή με ASA, epoxararin, tirofiban και νιτρώδη i.v.

Ιστορικό: -Ατομικό, παλαιά μερική γαστρεκτομή με Billroth 2 γαστροεντεροαναστόμωση. Χωρίς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο. -Οικογενειακό ελεύθερο.

Υπερηχοκαρδιογράφημα

Την επόμενη μέρα της εισαγωγής της είχε τα ακόλουθα ευρήματα:

- φυσιολογικές διαστάσεις καρδιακών κοιλοτήτων.
- δυσκινησία κορυφής, κορυφαιοπλαγίου, κορυφαιοπροσθίου και κορυφαιοδιαφραγματικού, εν είδη κοίλου κατόπτρου, με υπερκινητικά βασικά τμήματα.
- στο ΧΕΑΚ αρ. κοιλίας κατεγράφη κλίση πίεσης 26 mmHg, χωρίς SAM.
- Κλάσμα εξώθησης περίπου 30-35%
- Βαλβίδες, αορτική ροίζα, περικάρδιο : κ.φ.
- Η δυσκινησία θεωρείται δυσανάλογη εν σχέση με τα ΗΚΓφικά ευρήματα και την ενζυμική δραστηριότητα (εικ.3,4,5).



Βιοχημικές αναλύσεις :

Γενικές βιοχημικές αναλύσεις : κ.φ.

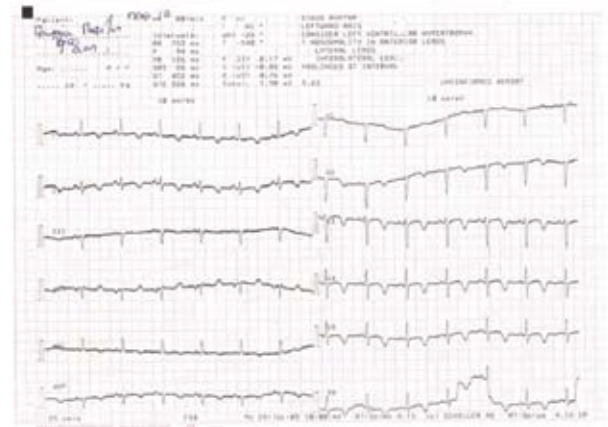
CK :194,516,254

GOT:35,64,44

LDH:473,1404,483

Θεωρείται μικρή ενζυμική δραστηριότητα εάν λάβουμε υπ' όψιν τις ΗΚΓφικές αλλαγές, τα ηλεκτροσόκ, τις ενδομυϊκές ενέσεις της προηγούμενης μέρας και το μέγεθος της δυσκινησίας στο echo.

ΗΚΓ 8 μέρες μετά: αρνητικά κύματα T στις προσθιοπλάγιες απαγωγές.



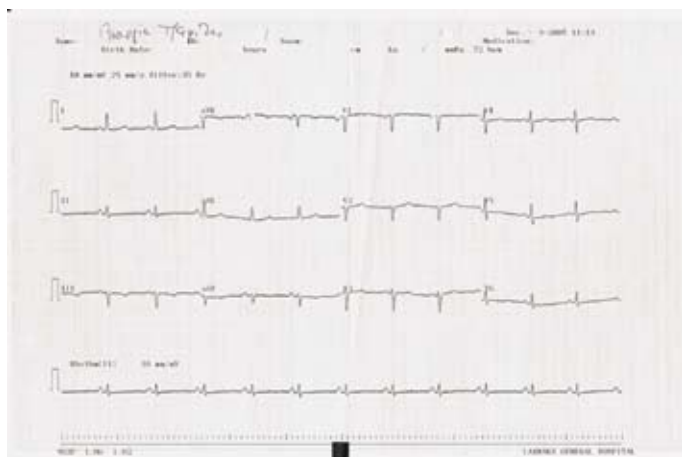
Δοκιμασία κόπωσης: Υπομεγίστη κόπωση την 8ην μέρα, αρνητική.

Γαστροκόπηση: γαστροεντεροαναστόμωση, με ευρήματα γαστρίτιδος.

Στεφανιογραφία 10 μέρες μετά : υποκινησία κορυφής με ελαφρώς μειωμένο κλάσμα εξώθησης, μικρές αθηρωματικές βλάβες στον LAD,CX,και σπασμό της RCA στην είσοδο του καθετήρα.

Στάληκε στο εξωτερικό για ΗΦΕ ,ο οποίος ήταν αρνητικός , αλλά της τοποθετήθηκε VVI ICD.

ΗΚΓ και υπερηχοκαρδιογράφημα 5 μήνες μετά : χωρίς παθολογικά ευρήματα.



Συζήτηση

Η παροδική εν είδη μπαλονιού δυσκινησία της αριστερής κοιλίας είναι γνωστή και σαν TACOTSUBO MYOCARDIOPATHY. Αρχικώς διεγνώσθη στην Ιαπωνία, παρομοιάζοντας την αρ. κοιλία σαν ένα είδοςστρογγυλής φυάλης με λαιμό , που χρησιμοποιείται για τον εγκλωβισμό των οκταποδιών. Εμφανίζεται στις γυναίκες μέσης ηλικίας, μετά από έντονο ψυχικό η συναισθηματικό stress. Τα ΗΚΓφικά ευρήματα είναι η παροδική ανάσπαση του ST , μιμούμενη αυτήν του OEM , κυρίως στις προσθιοπλάγιες απαγωγές, χωρίς κατοπτρική εικόνα, ακολουθούμενη μετά από μερικές μέρες με αρνητικά κύματα T, σχεδόν σ' όλες τις απαγωγές. Ενίοτε παροδικά κύματα Q. Επίσης στο ΗΚΓ εισόδου υπάρχει σε μεγάλο ποσοστό παράταση του QT. Τα καρδιακά ένζυμα είναι αυξημένα. Στο υπερηχοκαρδιογράφημα και στην αγγειογραφία παρατηρείται δυσκινησία κορυφής που αποκαθίσταται μετά μερικές μέρες η εβδομάδες. Σπανίως ενδοκοιλιακή κλίση πίεσης στον ΧΕΑΚ. Στεφανιαία αγγεία χωρίς αποφρακτικές βλάβες.

Κριτήρια της MAYO clinic:

1. Παροδική κορυφαία δυσκινησία αρ. Κοιλίας και των μέσων τμημάτων, που δεν ανήκουν στην περιοχή μιάς μόνο αρτηρίας.
2. Απουσία αθηρωματικών βλαβών.
3. Ανάσπαση ST >0,2 mn, επιμήκυνση QT και στη συνέχεια αρν. κύματα T. Σπανίως VT,VF.
4. Απουσία ενδοκρανιακής αιμορραγίας, καρδιακού τραύματος, φαιοχρωμοκυτώματος, μυκαρδίτιδας, μυοκαρδιοπάθειας.

Αίτια:

Αυτά είναι άγνωστα, ωστόσο αναφέρονται:- σπασμός σε επικαρδιακά αγγεία. Τονίζεται ότι αρκετοί ασθενείς με παρατεταμένη ανάσπαση ST κατά τη διάρκεια καρδιακού καθετηριασμού δεν είχαν σπασμό στα στεφανιαία αγγεία.

-σπασμός των μικρών αγγείων.

-δυσλειτουργία της αρ.κοιλίας μέσω εκλύσεως κατεχολαμινών μετά από έντονο stress.

-stunning μυοκαρδίου νευρογενούς αιτιολογίας.

Είναι συχνότερο στις γυναίκες μέσης ηλικίας , πιθανώς λόγω μειωμένων επιπέδων οιστρογόνων. Το σύνδρομο παρουσιάζεται ως προκάρδιο άλγος, ενίοτε ως δύσπνοια , σπανίως δε ως συγκοπή.Σε μερικές σειρές αναφέρεται συχνότητα 1,5-2,5% σε ασθενείς με ΟΣΣ.

Σε αρκετούς ασθενείς με αυτό το σύνδρομο προκλήθηκε φαρμακευτικός σπασμός σε τουλάχιστον μία στεφανιαία αρτηρία. Η στεφανιαία εφεδρεία είναι μειωμένη σε αρκετούς ασθενείς που τούς έγινε διαγνωστικός καθετηριασμός, ενώ η χορήγηση nicorandil ενδοστεφανιαίως μειώνει την ανάσπαση ST. Δεν είναι γνωστό εάν η δυσλειτουργία των μεγάλων η μικρών αρτηριών είναι πρωτοπαθής η δευτεροπαθής, Επίσης δεν είναι γνωστό γιατί πάσχει η κορυφή της αρ. κοιλίας εν αντιθέσει με την βάση. Πιθανολογείται η αυξημένη παρουσία αδρενεργικών υποδοχέων στην κορυφή.

Αν και στην εισαγωγή του ο ασθενής έχει τα κριτήρια του ΟΣΣ, λόγω της παροδικότητας του και λόγω απουσίας αθηρωματικών βλαβών αποτελεί ξεχωριστή οντότητα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.