

Tako-tsubo kardiomyopatie vzniklá v poporodním období

Robert Náplava¹, Zdeněk Coufal¹, Martin Gřiva¹, Jerguš Mistrík¹, Dagmar Vlčková²

¹Interní klinika IPVZ, Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně

²Centrum pro choroby srdce a cév, Lunacor, s. r. o., Kroměříž

Kazuistické sdělení popisuje neobvyklý případ tako-tsubo kardiomyopatie v časném poporodním období.

Klíčové slova: tako-tsubo kardiomyopatie, těhotenství, porod.

Tako-tsubo cardiomyopathy presenting after delivery

Case report presents a midventricular form of Tako-tsubo cardiomyopathy after normal spontaneous vaginal delivery in young women.

Key words: tako-tsubo cardiomyopathy, pregnancy, delivery.

Interv Akut Kardiolog 2011; 10(4): 192–193

Úvod

Stresová neboli takzvaná tako-tsubo kardiomyopatie byla relativně nedávno popsána japonskými autory (1). Rovněž v našich odborných periodicích je tomuto zajímavému onemocnění věnována pozornost a její výskyt v našich zemích není vyjimečný (2, 3). Výskyt onemocnění v těhotenství a v poporodním období je raritní, ale již byl kazuisticky popsán (4). Onemocnění je typické náhlým vznikem obtíží a projevuje se dušností a bolestmi na hrudníku. Jsou přítomny EKG změny, ať už se jedná o denivelizaci ST segmentů nebo negativní T vlny. Typická je jen mírná pozitivita markerů myokardiální nekrózy, která nekoresponduje s rozsáhlými poruchami kinetiky levé komory a absencí významného koronárního postižení. Častěji se vyskytuje u žen a bývá spouštěna stresem. V naší kazuistice přinášíme popis případu této kardiomyopatie, která vznikla u mladé pacientky v poporodním období.

Popis případu

Třiatřicetiletá žena byla přijata na gynekologicko-porodní oddělení v Krajské nemocnici T. Bati. V osobní anamnéze přítomno nekomplikované těhotenství před 7 lety a panické poruchy. Dále osobní anamnéza bez pozoruhodností.

V den přijetí proběhl nekomplikovaný spontánní porod ve 41. týdnu těhotenství. Narozené zdravé dítě je ženského pohlaví s porodní hmotností 3 650 gramů.

Za 4 hodiny po porodu pocituje maminka bolesti na hrudníku a dušnost. Klinicky dušná, anxiózní, akutně změřený krevní tlak dosahuje hodnot 220/120 mm Hg, pulz pravidelný 64/minutu, dýchání čisté alveolární, saturace 99%. Aplikován nízkomolekulární heparin Clexane v dávce 0,4 ml subkutánně. Volána interní konziliární služba.

Na EKG přítomen nespecifický nález negativních T vln ve svodech V1–2 (obrázek 1). Provedeno akutní echokardiografické vyšetření. Echokardiografický nález nepodporuje podezření na plicní embolizaci, naopak poněkud překvapivě přítomny atypické poruchy kinetiky septa a boční stěny, zvláště v jeho středních segmentech. Vzhledem ke klinickým příznakům a poruchám kinetiky vysloveno podezření na akutní koronární syndrom. Pacientka přeložena na akutní lůžko interního oddělení.

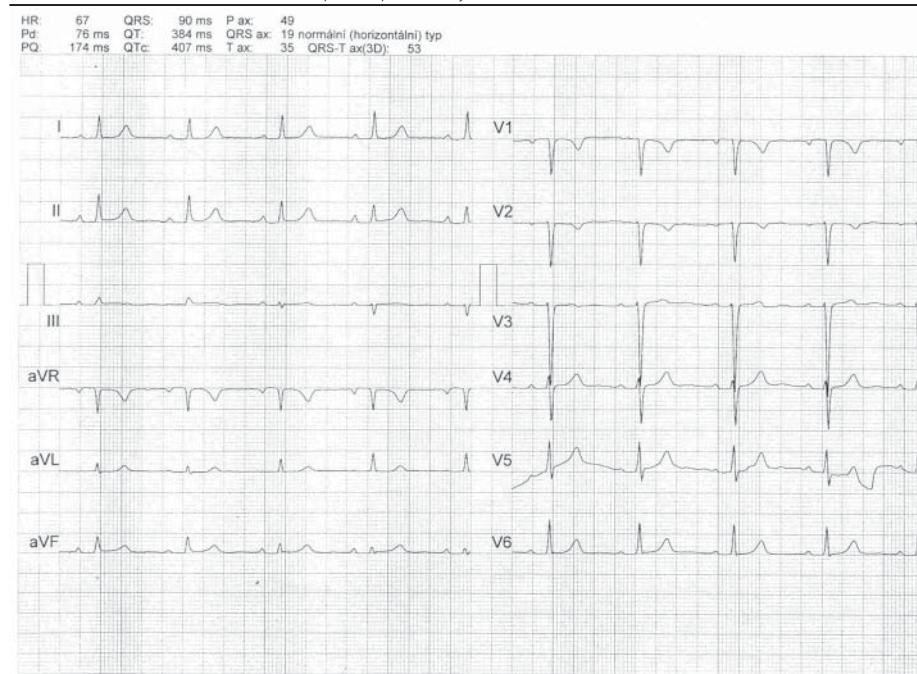
Stanovená hladina troponinu I za 2 hodiny od začátku potíží byla negativní. Po převzetí do péče na koronární jednotku interního oddělení dochází poměrně rychle k ústupu potíží. EKG obraz zůstává stacionární. Laboratorní nález, iontogram, jaterní testy, N-látky, krevní obraz

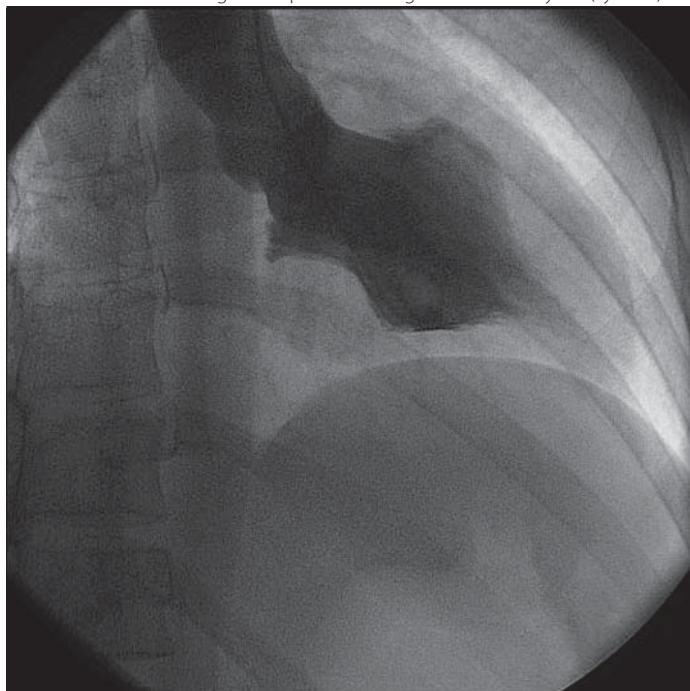
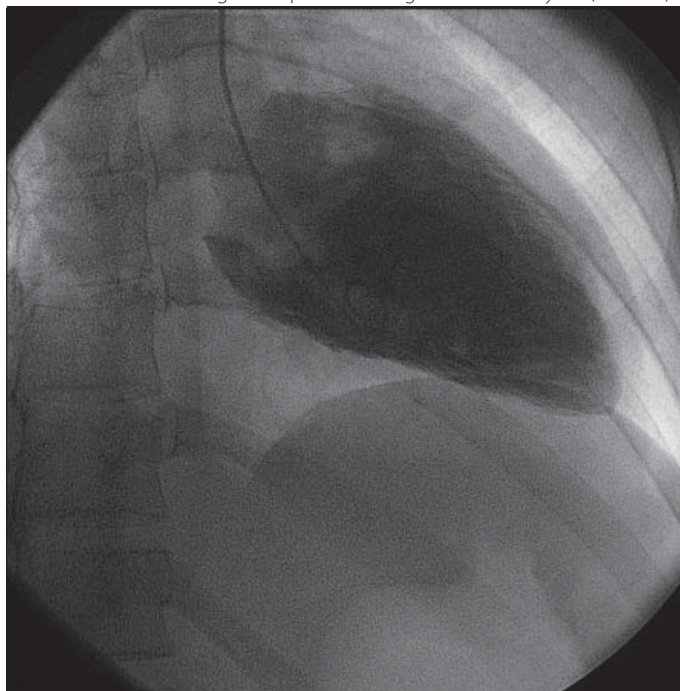
a koagulace jsou v normě. Hladina D-dimerů je zvýšená, ale tento nález je v poporodním období zcela nespecifický. Dynamika troponinu I v 6 hodinových intervalech byla následující: 0,016 ... 0,883 ... 0,56 (norma naší laboratoře byla do 0,013 µg/l). V léčbě pokračujeme podáváním nízkomolekulárního heparinu a sedativ. Pacientka je již zcela bez potíží, krevní tlak je v normě.

Vzhledem k absenci potíží byla koronarografie provedena následující den, přítomen fyziologický koronarogram a při ventrikulografii přítomno obraz atypické akinézy v oblasti středních segmentů posterolaterálně a midanteriorně, který odpovídal echokardiografickému nálezu. Ejekční frakce levé komory odhadována na 45 % (obrázek 2).

Do léčby přidána malá dávka betablokátoru. Provedené kontrolní ECHO vyšetření s odstupem

Obrázek 1. EKG v době akutních potíží pacientky



Obrázek 2. Ventrikulografie s poruchou regionální kinetiky LK (systola)**Obrázek 3.** Ventrikulografie s poruchou regionální kinetiky LK (diastola)

2 dnů od vzniku potíží dokumentuje přetrvávající poruchu kinetiky.

Klinicky hodnotíme klinický obraz v rámci tako-tsubo kardiomyopatie, pacientka přeložena zpět na oddělení šestinedělí, kde je již zcela bez potíží a zahajuje kojení své zdravé dcerky.

Další poporodní období je již nekomplikované, pacientka bez dušnosti, bez stenokardií. Hodnoty TK se normalizovaly, předána do ambulantní péče. Za 1 měsíc po porodu byla pacientka znovu klinicky vyšetřena, provedeno kontrolní EKG a echokardiografické vyšetření. Zde již bez patologického nálezu, echokardiografický nálezh včetně regionální funkce levé komory se zcela normalizoval a pacientka zůstává bez klinických projevů kardiomyopatie.

Diskuze

Tako-tsubo kardiomyopatie v poporodním období je velmi raritní klinickou příhodou, která může komplikovat tuto fázi těhotenství. U naší pacientky bylo v úvodu pomýšleno spíše logicky primárně na plicní embolizaci. Echokardiografické akutní vyšetření v tomto případě klinické podezření nepotvrdilo a nasměrovalo diagnózu spíše směrem k akutnímu koronárnímu syndromu. Akutní klinické projevy onemocnění (dušnost a bolesti na hrudníku) poměrně rychle ustoupily. Negativní koronografické vyšetření a atypické poruchy segmentární kinetiky levé komory, které neodpovídají anatomické mapě koronárního zásobení, naše podezření na vzácnou kardiomyopatii dále posílily. Diferenciálně diagnosticky připadal do úvahy i akutní koronární syndrom se spontánní disekcí

koronární tepny, se kterou se u mladých žen někdy setkáváme a kterou vyloučila koronarografie. Rovněž u akutní koronární příhody bychom očekávali hladiny troponinu podstatně vyšší. Pro embolii plodovou vodou nespovědčila klinika ani relativně pozdní začátek obtíží, zde většinou klinické projevy začínají bezprostředně po porodu. Rovněž gestační hypertenze jako příčina obtíží se nám zdála málo pravděpodobná, protože v následném časovém vývoji onemocnění se krevní tlak rychle normalizoval. Pro těhotenskou kardiomyopatii nespovědčily lokalizované poruchy kinetiky levé komory.

V případech tako-tsubo kardiomyopatie je typická přítomnost ženského pohlaví a přítomnost emočního stresového faktoru, který potíže spouští. Existuje i hypotéza, která se snaží vysvětlit predispozici k tako-tsubo kardiomyopatii poklesem estrogenů a vysvětlit tak častější výskyt tohoto onemocnění u starších premenopauzálních nebo menopauzálních žen. V případě naší pacientky byl jasným vyvolávajícím stresogenním faktorem porod samotný a dále i spánková exhausc, která předcházela porodu, jak nám sama pacientka po doplnění anamnézy potvrdila. Náš případ ovšem zmiňovanou hormonální hypotézu moc nepodporuje, poněvadž v průběhu těhotenství i bezprostředně po porodu k poklesu estrogenů nedochází.

Charakter segmentárního postižení kinetiky svědčil pro midventrikulární formu tohoto onemocnění, kdy na rozdíl od apikální formy není postižena hrotová část levé komory. Naše podezření na toto onemocnění potvrdilo i další

ambulantní sledování, které dokumentuje regresi regionální dysfunkce levé komory.

Závěr

Diferenciální diagnostika dušnosti a bolesti na hrudníku u těhotných žen, zvláště krátce po porodu, je poměrně obtížná a zahrnuje celou škálu možností. Je nutno vyloučit nejčastější příčiny, jako je plicní embolie, embolie plodové vody, těhotenská gestóza. Tako-tsubo kardiomyopatie je v poporodním období vzácným onemocněním. Echokardiografické vyšetření provedené v akutním období může významně napomoci k nasměrování k diagnóze a k léčbě. Koronární angiografie je důležitá k dalšímu upřesnění diagnózy a léčebného postupu.

Literatura

1. Dote K, Sato H, Tateishi H. Myocardial stunning due to simultaneous multivessel coronary spasm: a review of 5 cases. *J Cardiol.* 1991; 21: 203–214.
2. Bis J, Polanský P, Vojáček J. Tako-Tsubo kardiomyopatie. *Interv Akut Kardiol* 2006; 5: 227–230.
3. Surovčík R, Feureisl R, Fridl P. Stresová (Tako-tsubo) kardiomyopatie. *Interv Akut Kardiol* 2009; 8: 292–296.
4. Yaqub Y, Jenkins LA, Nugent KM. Postpartum depression and apical ballooning syndrome (takotsubo syndrome). *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 38: 736–739.
5. Akashi YJ, Godstein DS, Barbaro G. Takotsubo cardiomyopathy: A new form of acute, reversible heart failure. *Circulation* 2008; 118: 2754–2762.

Článek přijat redakcí: 4. 4. 2011

Článek přijat k publikaci: 22. 5. 2011

MUDr. Robert Náplava Ph.D.

Interní klinika IPVZ, Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně
Havlíčkovo nábřeží 600, 760 01 Zlín
naplava@centrumsrdce.cz