

Sembra un infarto, ma è la sindrome di Tako-Tsubo

Franco Carnesalli

Medico di medicina generale
Milano, AIMEF

La signora Bianca ha 77 anni. È vedova, conduce una vita agiata tra concerti e hobby del ricamo, con un'alimentazione semplice, senza alcolici né fumo. Una mattina mi chiama alle 7.00, per richiedermi una visita domiciliare, perché di notte si è svegliata accusando un senso di peso retrosternale, con lieve dispnea e senso di tachicardia, sintomatologia diversa da quella provata in precedenti crisi di tachicardia parossistica.

Storia clinica

Da anni la paziente soffre di lombosciatalgia assai fastidiosa, che la costringe a effettuare cicli di fisioterapia ogni anno e a controllare i dolori con FANS. Essendo inoltre portatrice di un'ernia iatale, spesso soffre di dispepsia e pirosi e assume inibitori di pompa protonica. Inoltre è ipertesa e presenta un'ipercolesterolemia marcata, per cui è in terapia con un sartano e una statina.

Da tempo, pur in assenza di una cardiopatia evidente, presenta extrasistolia con saltuari runs sintomatici di tachicardia sopraventricolare parossistica. A seguito dell'esecuzione di un ECG a riposo, la paziente veniva trattata con un lieve aumento posologico dei betablocanti (era già in terapia continuativa). Esegue periodicamente controlli strumentali della pressione arteriosa, l'elettrocardiogramma, l'ecocardiogramma, e analisi di laboratorio per controllare il quadro glicolipidico e la funzionalità renale ed epatica.

Il colesterolo viene mantenuto attorno ai 200 mg/dL e l'LDL è poco più di 100 mg/dL.

In un colordoppler dei tronchi sovraortici sono state evidenziate placche fibrocalcifiche con stenosi non significativa del 30-35%. Assume perciò anche dell'ASA.

Visita domiciliare

Eseguo un ECG che dimostra slivellamento dell'ST con T negativa, mai evidenziata in precedenti tracciati. La signora Bianca mi racconta che il giorno precedente ha avuto una violenta discussione con una delle figlie per motivi di interessi economici e che ne è rimasta molto turbata.

Decido di avviare la paziente al Pronto Soccorso più vicino.

Visita cardiologica e ricovero

Il pronto soccorso è dotato di Unità coronarica ed emodinamica. La paziente viene visitata dal cardiologo e vengono eseguiti gli accertamenti di laboratorio del caso.

L'ECG e gli enzimi epatici e miocardici confermano una lesione ischemica anteriore. La paziente viene ricoverata per ulteriori accertamenti e per instaurare la terapia più idonea. La situazione si stabilizza e viene eseguita una coronarografia, che però mostra coronarie completamente indenni, nonostante l'ecocardiogramma descriva una ipocinesia anteriore del ventricolo sinistro. Viste le caratteristiche del caso è stata ipotizzata la diagnosi di sindrome di Tako-Tsubo.

Decorso clinico

La paziente, dopo dieci giorni di follow-up in progressivo miglioramento degli indici biochimici e delle note elettrocardiografiche, è tornata a casa con una terapia simile alla precedente, con l'indicazione di monitorare attentamente la cinetica ventricolare miocardica. La signora Bianca è tornata ai suoi concerti e ricami.

Approfondimento

Definizione

La sindrome di Tako-Tsubo è nota anche con il nome di "Broken heart syndrome". È stata inizialmente de-

scritta e identificata agli inizi degli anni '90 in Giappone, come una nuova entità clinica, una cardiomiopatia con quadro di esordio tipico di quello di un infarto miocardico o di una sindrome coronarica acuta, in considerazione delle tipiche alterazioni elettrocardiografiche e della sintomatologia d'esordio, oltre che delle alterazioni biochimiche rilevate. Tale patologia sembra correlata a stress psichici intensi, con una prevalenza nel sesso femminile in postmenopausa.

Diagnosi

L'elettrocardiogramma può mostrare un'onda di lesione (sopraslivellamento del tratto ST, tipica dell'infarto miocardico acuto) e/o la presenza di T negative (espressione di sofferenza ischemica miocardica).

Dal punto di vista biochimico vi è un incremento degli indici di necrosi cardiaca, anch'essi tipici in un infarto miocardico acuto, con un innalzamento della troponina, della mioglobina e del CK-MB.

Gli esami strumentali (ecocolor-Doppler cardiaco) evidenziano un'estesa acinesia a livello delle porzioni medio/apicali del ventricolo sinistro.

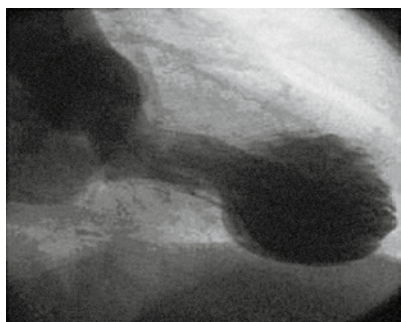
La diagnostica invasiva (coronarografia) non mostra lesioni coronariche significative acute o croniche (anch'esse patognomoniche, al contrario, di un infarto miocardico).

Il nome deriva dal fatto che la forma che il ventricolo sinistro assume all'esame ecocardiografico e coronarografico (l'estremità arrotondata e il collo sottile al termine della fase sistolica) ricorda quella della "trappola per polpi" ("tako-tsubo") usata in Giappone.

La diagnosi può essere effettuata solo dopo avere escluso quella di infarto miocardico acuto con coronaropatia sottostante, di sindrome coronarica acuta, di miocardite, pericardite e dissezione aortica.

L'aspetto e la forma (figura 1) che il ventricolo assumono (*tako-tsubo shape*) sono dovute a un completo esaurimento dell'attività muscolare cardiaca (*myocardial stunning*), una sorta di "stordimento" o paralisi delle porzioni medie e apicali del cuore.

Figura 1



Aspetto a "tako-tsubo" del ventricolo sinistro

L'aspetto più interessante è rappresentato dal fatto che si manifesta in individui che non presentano significative stenosi a livello dell'albero coronarico. Uno studio ha evidenziato come i casi studiati riguardano quasi esclusivamente donne sessantenni, in post-menopausa, con problemi di depressione o ansia (il 50% delle pazienti del campione faceva uso di ansiolitici) (*Postgrad Med J* 2006; 82: 29).

Il rischio di questa malattia è rappresentato anche dalle eventuali ri-

cadute, soprattutto nei casi associati a depressione o ansia.

■ Fattori predisponenti

I "trigger" postulati come responsabili dello spasmo coronarico comprendono stress emozionali ed esacerbazione di disordini sistemici preesistenti (accidenti cerebrovascolari, adome acuto, distress respiratori) e, come accennato, le donne sono colpite da 6 a 12 volte più degli uomini.

La mortalità ospedaliera è meno dell'1%, e solitamente il ventricolo recupera la sua piena funzionalità entro 2-4 settimane. La recidiva a due anni è inferiore al 3%.

La certezza in tale patologia è la sua completa e rapida risoluzione, dopo che all'esordio si manifesta con una importante disfunzione ventricolare sinistra.

Le alterazioni elettrocardiografiche mostrano dunque un soprasslivellamento del tratto ST o anche T negative in sede antero-laterale.

■ Eziopatogenesi

Per quanto detto, nella genesi di tale entità clinica sembra che il vasospasmo coronarico possa giocare un ruolo importante, almeno in alcuni casi, così come è possibile che si instauri uno spasmo, interessante più di una coronaria.

Si ritiene possibile anche un eccessivo incremento dell'attività simpatica, che potrebbe ingenerare dolore toracico, stordimento (*stunning*) miocardico, con insufficienza cardiaca fino a quadri di edema polmonare o addirittura shock cardiogeno.

D'altro canto elementi anatomici e fisiologici potrebbero a loro volta favorire l'instaurarsi di tale patologia e in tal caso una terapia a base di betabloccanti e antagonisti neuroendocrinali potrebbe essere necessaria per prevenire le recidive.

■ Conclusioni

L'elemento più importante per il medico è la corretta diagnosi, al fine di evitare l'uso di terapie improprie (in caso di erronea diagnosi di infarto), che potrebbero risultare rischiose (per esempio l'uso di trombolitici).

Anche se da un lato la sindrome di Tako-Tsubo nel giro di poche settimane tende a regredire completamente, dall'altro lato al suo manifestarsi va trattata con le dovute cautele, dal momento che, pur non trattandosi di un evento che mette solitamente il paziente in pericolo di vita (come al contrario fa un IMA non trattato rapidamente), genera comunque una disfunzione ventricolare sinistra più o meno importante e transitoria, che andrà comunque affrontata con terapie opportune, al fine di evitare complicanze e soprattutto per accelerare e condurre a una completa guarigione.

Un altro elemento importante è quello di identificare i pazienti più a rischio (donne in post-menopausa, con fenotipo ansioso): sarà dunque compito del medico di famiglia e soprattutto dello specialista, quello di considerare anche questo fattore, ricordando comunque che tale patologia rappresenta solo l'1% di tutti i casi di sospetto infarto miocardico acuto.



Associazione Italiana Medici di Famiglia

Italian Academy of Family Physicians

Venice Forum 2010

Venezia - Quarto d'Altino

Hotel Crowne Plaza Venice-East - 28-30 maggio 2010