

Sindrome di Tako-Tsubo: correlazione tra stress e cuore

Gerlando Alongi

Cardiologo
Ospedale San Giovanni di Dio
Agrigento

Giovanni Alongi

U.O. Cardiologia
Policlinico di Messina

La sindrome di Tako-Tsubo è solitamente preceduta da un evento emotivo particolarmente intenso e colpisce soprattutto la popolazione femminile in età postmenopausale. La diagnosi è difficoltosa a causa della sintomatologia e delle alterazioni elettrocardiografiche tipiche di una sindrome coronarica acuta

La messa a punto del corredo fisiopatologico della sindrome di Tako-Tsubo ha ribadito ancor di più la correlazione tra eventi stressanti e malattie di cuore.

La sindrome di Tako-Tsubo si caratterizza per una transitoria e severa disfunzione ventricolare sinistra, per alterazioni elettrocardiografiche che possono mimare un infarto del miocardio e per minime alterazioni dei marcatori di danno miocardico in assenza di una malattia coronarica critica (stenosi >50%).

La sindrome è stata classificata per la prima volta nel 1991 in Giappone e il nome Tako-Tsubo deriva dalla conformazione che il ventricolo sinistro assume alla ventricolografia (figura 1): un cestello, un vaso (detto *tako tsubo*) usato un tempo dai pescatori giapponesi per la cattura dei polipi.

Dai primi episodi identificati in Giappone, grazie allo sviluppo della coronarografia nel mondo, i casi diagnosticati sono aumentati sia in Europa che nell'America del Nord.

Epidemiologia

La sindrome colpisce circa il 2% dei pazienti che accedono al Pronto soccorso per dispnea, dolore toracico ed alterazioni dello ST suggestive per infarto miocardico acuto. Nel 95% dei casi si tratta di donne, con età compresa tra 58 e 77 anni e generalmente queste pazienti non hanno elevati fattori di rischio coronarico.

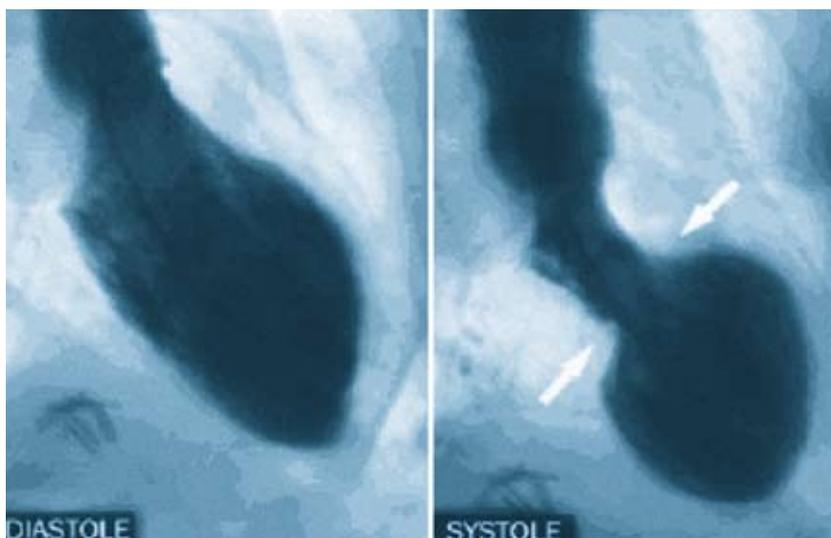
Eziologia e fisiopatologia

La sindrome di Tako-Tsubo non sembra legata a un singolo fattore. La combinazione di flusso rallentato nei tre rami coronarici e l'assenza di stenosi critiche nei vasi epicardici stessi sembrerebbe orientare per una alterazione del microcircolo.

Un'altra ipotesi è collegata all'eccessivo rilascio di catecolamine (adrenalina e suoi metaboliti) che avviene dopo un evento stressante. Infatti è stata rilevata costantemente una aumentata concentrazione di noradrenalina nei pazienti con Tako-Tsubo, in uno spazio di tempo compatibile causalmente con l'evento stressante. Il motivo per cui lo stordimento del miocardio si localizza all'apice del ventricolo sinistro, potrebbe essere collegato alla maggiore espressione di recettori adrenergici dell'apice rispetto alla base.

Figura 1

Ventricolografia: conformazione del ventricolo sinistro nella sindrome di Tako-Tsubo



Sintomatologia, diagnosi e prognosi

La caratteristica peculiare della disfunzione transitoria dell'apice del ventricolo sinistro è che i pazienti descrivono un evento stressante prima dell'inizio dei sintomi.

L'evento può essere psicologico (per esempio decesso di congiunto, abusi domestici, discussioni animate, diagnosi mediche tragiche, crolli economici catastrofici) o fisico (attacco acuto d'asma, esecuzione di una gastroscopia, sforzi fisici estremi).

Le percentuali variano dal 17% al 38% per le cause psichiche e dal 17% al 77% per quelle fisiche.

I sintomi più frequenti sono il dolore toracico (67%) e la dispnea (18%), anche se alcuni pazienti possono presentare un quadro clinico molto drammatico, con shock cardiogeno (4.2%) o fibrillazione ventricolare (1.5%).

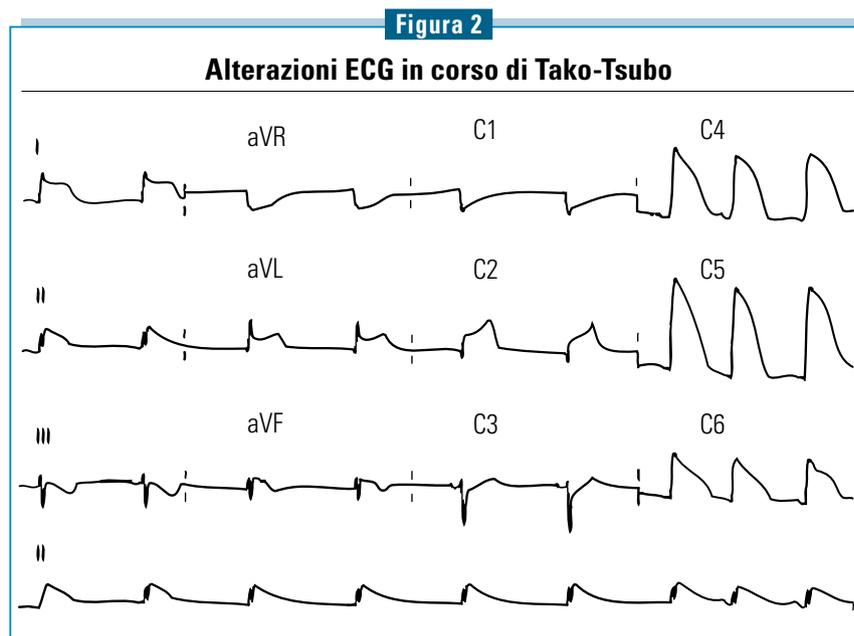
Le alterazioni elettrocardiografiche (figura 2) più frequenti sono quelle tipiche di una sindrome coronarica acuta, con sopraslivellamento di ST o inversione delle onde T, nelle derivazioni anteriori. L'evoluzione sembra quella di un infarto miocardico anteriore con comparsa di onde Q e inversione correlata delle onde T.

Gli esami di laboratorio mostrano una elevazione degli indici di necrosi miocardica (troponina I o T, creatinfosfochinasi (CK-MB), sebbene non raggiungano livelli molto elevati.

Il severo grado di disfunzione del ventricolo sinistro (sia all'ecocardiogramma che alla ventricolografia) non correla con i modesti livelli sierici dei marcatori di mionecrosi.

Questo avvalorava l'ipotesi di una mancata correlazione della sindrome con le alterazioni delle coronarie.

La coronarografia e la ventricolografia rappresentano il "gold standard" per la diagnosi della Tako-Tsubo. Tutti i pazienti non presentano malattia coronarica critica



(stenosi >50%). La ventricolografia dimostra grave discinesia antero-apicale e ipercontrattilità dei segmenti basali, con frazione di eiezione del 20-40%.

L'ecocardiogramma conferma l'acinesia o la discinesia antero-apicale ed eventuali disfunzioni valvolari correlate (insufficienza mitralica) o la formazione di trombi legata alla acinesia antero-apicale.

Alle stesse conclusioni porta la scintigrafia miocardica.

Tuttavia, dopo settimane o mesi tutti i pazienti sopravvissuti alla fase acuta mostrano un netto miglioramento della cinesi ventricolare con frazione di eiezione del 60-70%.

La prognosi di questi pazienti è generalmente favorevole. La mortalità ospedaliera è dell'1.1%. La complicanza più frequente è lo scompenso cardiaco e l'edema polmonare; solo una piccola percentuale dei pazienti recidiva (17.7%).

Terapia

Ad oggi non esiste un algoritmo specifico di trattamento di questa sindrome.

Moltissimi pazienti vengono trattati secondo le linee guida della

sindrome coronarica acuta, essendo simile la sua presentazione. Per i centri privi di emodinamica ciò comporta rischi maggiori di sanguinamento per soggetti che in realtà non necessitano di trombolisi farmacologica.

Sfortunatamente, ad eccezione della coronarografia in urgenza, non esistono dati clinici, strumentali o di laboratorio per definire tale patologia in fase acuta.

Tuttavia, la presentazione di una paziente di sesso femminile, in postmenopausa, con storia di recente stress psichico o fisico, scarsi fattori di rischio coronarico ed evidenza ecocardiografica di alterazioni della cinesi caratteristiche di questa sindrome, dovrebbe privilegiare la coronarografia in urgenza in alternativa alla trombolisi farmacologica, anche perché la terapia medica con betabloccanti ha un notevole impatto prognostico, prevenendo o riducendo l'ostruzione transitoria all'efflusso ventricolare sinistra, causata dall'ipercinesia dei segmenti basali.

**Bibliografia
disponibile a richiesta**