



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –  
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org  
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

**Pressemitteilung**

*Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Pressetext DGK 04/2007*

## **In der Tintenfischfalle – Tako-Tsubo-Kardiomyopathie**

**Dr. Horst Wedekind et al., Münster**

**Donnerstag, 12. April 2007 (Steigenberger, Saal Luisenpark),  
8 – 9.30 Uhr**

Die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie ist eine seltene, akut einsetzende und oft schwerwiegende Funktionsstörung des Herzmuskels. Die Symptome gleichen denen eines Herzinfarktes mit heftigen Thoraxschmerzen, Repolarisationsstörungen im EKG, Freisetzung von kardialen Markern der Myokardnekrose und reversibler apikaler Wandbewegungsstörung des linken Ventrikels. Sie treten meist unmittelbar nach einer außerordentlichen emotionalen oder körperlichen Belastung auf.



Dr. Horst Wedekind

Der japanische Begriff Tako-Tsubo bedeutet Tintenfischfalle. Die bei diesem Syndrom typische endsystolische Form des linken Ventrikels mit ballonartiger Auftreibung des linksventrikulären Apex (englisch: left ventricular apical ballooning) ähnelt einer kurzhalsigen Flasche und erinnert an die Form einer solchen Tintenfischfalle. In der angloamerikanischen Literatur wird dieses Krankheitsbild auch als „broken-heart-syndrome“ bezeichnet. Nachdem die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie zunächst fast ausschließlich in Japan beschrieben wurde, kam es in den vergangenen Jahren durch Kenntnis der typischen Befunde vermehrt zu Einzelfallberichten und Untersuchungen an kleineren Patientengruppen auch aus anderen Ländern.

Bei allen Patienten, die im Jahre 2005 in unserer Klinik bei akutem Koronarsyndrom notfallmäßig koronarangiografiert wurden, wurde der klinische Verlauf mit Hilfe von Qualitätsmanagement-Patientenbegleitbögen systematisch und prospektiv erfasst. Die Patienten waren entweder direkt durch den Notarzt oder durch Verlegung aus den umliegenden Krankenhäusern bei typischer Anamnese und EKG-Veränderungen zur invasiven Diagnostik auf- oder übernommen worden. Jeder Patient wurde anamnestiziert und körperlich untersucht. Ferner wurde ein Zwölf-Kanal-EKG abgeleitet sowie ein Notfalllabor mit Serumelektrolyten, Nierenretentions-, Leberwerten und kardialen Markern (Serumtroponin und Creatinkinase) abgenommen. Das Troponin und die CK wurden, falls initial negativ, wiederholt kontrolliert. Die Herzkatheterdiagnostik wurde entsprechend den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung sofort (STEMI) oder innerhalb von maximal 48 Stunden (NSTEMI) durchgeführt. Die Diagnose Tako-Tsubo-Kardiomyopathie wurde in allen Fällen am Untersuchungstag im Rahmen der Herzkatheterdiagnostik gestellt.

Eine Notfall-Koronarangiografie wurde bei insgesamt 269 Patienten mit akutem Koronarsyndrom durchgeführt. Darunter waren 215 Patienten (79,9 %) Troponin-positiv, davon 148 Männer (mittleres Alter  $65 \pm 12$  Jahre) und 67 Frauen (mittleres Alter  $69 \pm 12$  Jahre). Bei fünf von diesen Troponin-positiven Patienten wurde im Rahmen der Herzkatheterdiagnostik die Diagnose Tako-Tsubo-Kardiomyopathie gestellt, wobei es sich ausschließlich um Frauen mit einem mittleren Alter von  $60 \pm 10$  Jahre handelte. Dies entsprach einer Häufigkeit von 2,3 Prozent (5 von 215 Pat.) im Gesamtkollektiv und von 7,5 Prozent (5 von 67 Pat.) bei den Frauen. Brustschmerz wurde von allen Patientinnen angegeben. Im Zwölf-Kanal-EKG fanden sich bei vier Patientinnen T-Negativierungen über den Brustwandableitungen, eine Patientin bot bei Aufnahme ST-Strecken-Hebungen in den inferioren Extremitätenableitungen. In allen Fällen ging dem Ereignis eine außergewöhnliche psychische Stressbelastung voraus. In der Laevokardiografie fand sich bei allen Patientinnen eine ausgeprägte linksventrikuläre Dysfunktion mit apikaler ballonartiger Dyskinesie bei koronarangiografischem Ausschluss einer koronaren Herzerkrankung. Alle Patientinnen überlebten das Ereignis und konnten entweder nach Hause entlassen ( $n = 3$ ) oder in die Anschlussheilbehandlung ( $n = 2$ ) verlegt werden. Zusammenfassend berichten wir über eine Untersuchung zur Häufigkeit der akut reversiblen linksventrikulären Dysfunktion im Rahmen der Notfallversorgung von Patienten mit akutem Herzinfarkt. Bei der überraschend hohen Inzidenz des Krankheitsbildes muss die Differenzialdiagnose des akuten Thoraxschmerzes auch dieses Syndrom mit einbeziehen. Das gilt insbesondere dann, wenn es sich um Frauen im mittleren Alter mit einem kürzlich vorausgegangenen emotionalen Stressereignis handelt.

#### **Beispiel-Anamnese und wesentliche Befunde:**

Eine 54-jährige Patientin stellte sich mit thorakalem Druckgefühl und Ausstrahlung in den linken Arm mehrere Stunden bei uns vor. Auslöser der Schmerzen war ein Sturz beim Spaziergang mit ihrem Hund. Dieser wurde von einem anderen Hund angegriffen, und sie versuchte, die kämpfenden Hunde zu trennen, dabei kam es zum Sturz. In der echokardiografischen Untersuchung fand sich eine deutliche Kontraktionsstörung mit anteroapikaler Akinesie, und der Troponinwert war auf 0,51 ng/ml erhöht.