



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: Presstext DGK 04/2007

Tako-Tsubo-Register der ALKK: Erste Ergebnisse

Dr. Birke Schneider et al., Lübeck

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

Die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie wurde erstmals 1990 in Japan beschrieben. Das Krankheitsbild verläuft klinisch wie ein akutes Koronarsyndrom und ist gekennzeichnet durch eine reversible Wandbewegungsstörung des linken Ventrikels, wobei sich angiografisch im Unterschied zum Myokardinfarkt keine signifikanten Koronarstenosen nachweisen lassen. Bei der Ventrikulografie ähnelt die endsystolische Konfiguration des linken Ventrikels einem „Tako-Tsubo“, also einem Tontopf mit engem Hals, der in Japan zum Fangen von Tintenfischen benutzt wird. Daher wurde die Erkrankung von den Erstbeschreibern „Tako-Tsubo“-Kardiomyopathie genannt. Wegen der häufig ballonartigen systolischen Aufweitung des linksventrikulären Apex findet sich in der Literatur auch die Bezeichnung „apical ballooning syndrome“. Nachdem die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie zunächst als ein japanisches Phänomen galt, sind in den vergangenen Jahren mehrere Studien auch in Europa und den USA erschienen, die allerdings nur relativ kleine Fallzahlen umfassen.



Dr. Birke Schneider

Über die Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK) wurde daher ein Tako-Tsubo-Register initiiert, um das ungewöhnliche Krankheitsbild und seinen Verlauf hierzulande anhand eines größeren Patientenkollektivs genauer zu charakterisieren.

Kriterien für eine Tako-Tsubo-Kardiomyopathie: In das Register wurden bisher 119 Fälle eingeschlossen, die folgende Kriterien erfüllten: 1) klinisches Bild eines akuten Koronarsyndroms, 2) neu aufgetretene EKG-Veränderungen mit ST-Hebungen und/oder T-Negativierungen, 3) reversible linksventrikuläre Dysfunktion mit regionalen Wandbewegungsstörungen, die nicht einer einzelnen Koronararterie zugeordnet werden können und 4) angiografischer Ausschluss signifikanter Koronarstenosen.

Ausschlusskriterium sind Erkrankungen, die mit ähnlichen Veränderungen einhergehen können, wie Subarachnoidalblutung, Phäochromozytom, Myokarditis, eine Koronarschämie infolge relevanter Koronarstenosen oder eine Tachykardie-induzierte Kardiomyopathie.

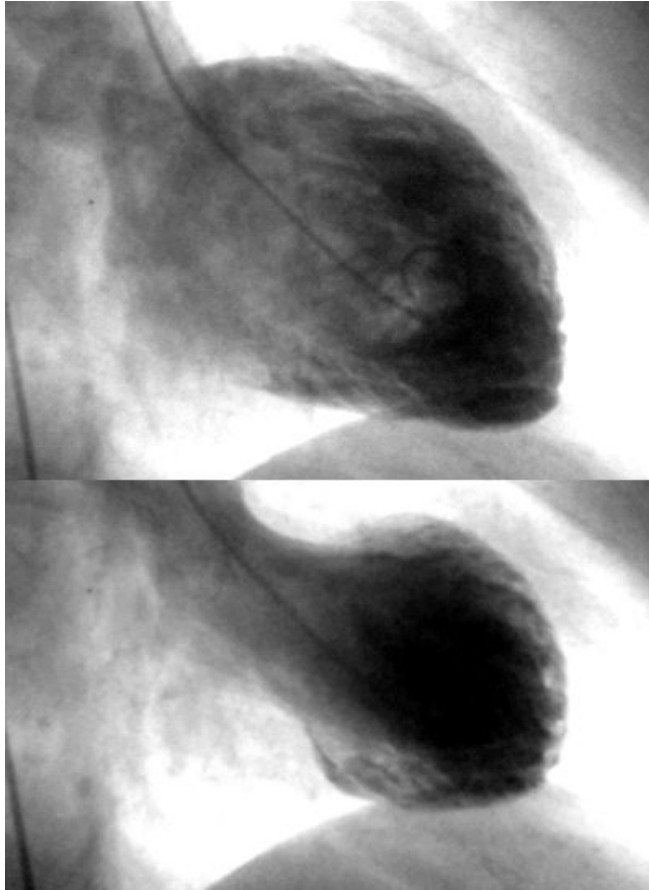
Ergebnisse

Von den 119 Patienten im Alter von 68 ± 13 Jahren waren 104 Frauen (87 %) und 15 Männer (13 %). Das Manifestationsalter war bei Frauen und Männern vergleichbar (68 ± 13 versus 65 ± 13 Jahre, $p = ns$). Eine unmittelbar vorausgegangene Stresssituation konnte bei 112 Patienten (94 %) als Triggermechanismus eruiert werden; 82 Patienten hatten ein emotionales Ereignis (z. B. Tod eines nahen Angehörigen) und 59 Patienten eine schwere physische Belastung (z. B. Asthmaanfall, Operation); bei insgesamt 29 Patienten (24 %) lag eine Kombination beider Stressformen vor. ST-Streckenhebungen waren im Aufnahme-EKG bei 78 Prozent und reziproke ST-Streckensenkungen bei 17 Prozent der Patienten zu sehen, während 47 Prozent bei Aufnahme bereits negative T-Wellen zeigten. Eine Q-Zacke war im Akut-EKG bei 27 Prozent der Patienten erkennbar und bildete sich bei allen im Verlauf vollständig zurück. Die maximale CK lag bei 264 ± 573 U/l, das maximale Troponin I bei $15 \pm 0,52$ ng/ml. In der Lävokardiografie zeigten 82 Patienten (69 %) das typische apikale Ballooning und 37 Patienten (31 %) ein atypisches mittventrikulär lokalisiertes Ballooning. Die Ejektionsfraktion war mit 54 ± 15 Prozent deutlich reduziert. Im linken Ventrikel war basal bei acht Patienten (7 %) ein intraventrikulärer Druckgradient nachweisbar, der sich innerhalb weniger Tage vollständig zurückbildete. Eine Beteiligung des rechtsventrikulären Apex konnte bei 34 Patienten (29 %) festgestellt werden. Ein beatmungspflichtiges Lungenödem lag bei sechs Patienten (5 %) und ein kardiogener Schock bei vier Patienten vor, woran eine Patientin verstarb. Im Verlauf wurde bei 66 Patienten (55 %) eine kardiale MRT-Untersuchung durchgeführt, wobei kein Patient im Bereich der Wandbewegungsstörung ein Late Enhancement im Sinne einer Narbe aufwies. Echokardiografisch wurde bei allen Patienten innerhalb von drei Monaten eine Normalisierung der linksventrikulären Funktion gesehen. Innerhalb von sechs Monaten waren auch sämtliche EKG-Veränderungen komplett rückläufig. Bei insgesamt drei Patienten (2,5 %) kam es im Verlauf nach zwei Monaten bis zu zwei Jahren zu einem Rezidiv der Tako-Tsubo-Kardiomyopathie.

Zusammenfassung

Beim akuten Koronarsyndrom muss besonders bei älteren Patientinnen nach vorausgegangenem Stress die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden. Bei einem Drittel der Fälle liegt ein atypisches mittventrikuläres Ballooning vor, eine rechtsventrikuläre

Beteiligung ist häufig. Die kardiale MRT zeigt typischerweise kein Late Enhancement im Bereich der Wandbewegungsstörung. Letalität und Rezidivrate scheinen bei der Tako-Tsubo-Kardiomyopathie niedrig zu sein.



Linksventrikuläres Angiogramm bei einer Patientin mit Tako-Tsubo-Kardiomyopathie und typischem „apical ballooning“ des linken Ventrikels