

Kommentar

Når brystmerter ikke er hjerteinfarkt

Grønvoid og medarbeidarar omtaler ei kvinne som fekk brystmerter som ved akutt hjerteinfarkt, men som viste seg å ha takotsubokardiomyopati induisert av feokromocytom i binyre. Kasuistikken illustrerer godt tilstanden med symptom som ved stort hjerteinfarkt, men med beskjedne EKG-funn og liten stigning av infarktmarkørar. Diagnosen takotsubokardiomyopati vart så stilt ut frå funn ved ekkokardiografi og påvising av normale koronararteriar. Denne sjukehistoria viser også godt korleis kliniske funn og diagnostiske prøver førte fram til diagnosen feokromocytom.

Takotsubokardiomyopati er ein viktig differensialdiagnose ved akutt hjerteinfarkt og vert ofte oversett eller feildiagnostisert. Den vart første gang omtalt i eit japansk tidsskrift i 1990, men det er først dei siste fem åra at tilstanden har fått brei omtale i internasjonale tidsskrift. Tilstanden er ikkje uvanleg, og det er funne at 0,7–2,5 % av pasientane med sjukdomsbilete som ved akutt koronarsyndrom har takotsubokardiomyopati (1). Nær 90 % er kvinner, og dei fleste er postmenopausale. Blant kvinner med mistanke om akutt hjerteinfarkt med ST-segment-elevasjon i EKG (STEMI) har 6,0–7,5 % tilstanden (1), og 12 % av kvinner med mistenkt ST-elevasjonsinfarkt som har ST-elevasjon i prekordialavleiingane, har takotsubokardiomyopati (2).

Tilstanden blir ofte utløyst ved sterke psykiske eller fysiske påkjenningar eller etter ikkje-kardial kirurgi eller prosedyrar (3). Diagnosen kan ikkje utelukkast sjølv om ein ikkje finn utløysande forhold. Dei fleste pasientane har ST-segmentelevation i prekor-

dialavleiingane, og det kan gje lågare uslag enn det som er mest vanleg ved ST-elevasjonsinfarkt (1, 2). Sjølv om myokardskaden er reversibel, vil $\frac{1}{3}$ av pasientane ha transitoriske Q-bølger i EKG, og dette kan feiltolkast som gjennomgått ST-elevasjonsinfarkt (1, 4). Mistanke om tilstanden får ein gjerne ved at infarktmarkørane har liten stigning i forhold til den utbreidde regionale dyskinesien i venstre ventrikkel (4).

Det vanlegaste funnet i venstre ventrikkel er akinesi eller hypokinesi i apex og midtpartiet med hyperkinetiske veggørslar i basale avsnitt som kan gje obstruksjon med intraventrikulær trykkgradient. Det er også rapportert affeksjon berre av midtpartiet i venstre ventrikkel og ein sjeldan variant med hypokinesi berre i basale delar av venstre ventrikkel, såkalla «invertert takotsubo» (3). Nær $\frac{1}{4}$ har affeksjon også av høgre ventrikkel, og desse pasientane har ofte hjertesvikt.

Det er lite som tyder på at det er ein ny sjukdom som er oppdaga. Mest truleg blir tilstanden i dag påvist fordi infarktmarkørane er meir sensitive enn før, og fordi bruken av ekkokardiografi og koronar angiografi ved ST-elevasjonsinfarkt er blitt meir vanleg. Når ein hos ein pasient med ST-elevasjonsinfarkt ved planlagt primær perkutan koronar intervensjon (PCI) finn opne koronararterier, kan funnet feiltolkast som spontan opning av trombotisk okkludert arterie, koronarspasm eller myokarditt. Etter påvising av takotsubokardiomyopati er det blitt vanlegare å gjere angiografi av venstre ventrikkel eller ekkokardiografi ved slike funn, og dette vil gje den diagnostiske avklaringa.

Feokromocytom er ein sjeldan tumor, og den klassiske presentasjonen med takykardi, hovudverk, sveitning og labilt blodtrykk er ikkje alltid til stades. Akutt lungeødem eller sjukdomsbilete som ved takotsubokardiomyopati utan utløysande årsak, bør gje mistanke om tilstanden, slik sjukehistoria presenterer av Grønvoid og medarbeidarar minner oss om.

Harald Vik-Mo

harald.vik-mo@ntnu.no
Hjertemedisinsk avdeling
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Pilgrim TM, Wyss TR. Takotsubo cardiomyopathy or transient left ventricular apical ballooning syndrome: A systemic review. *Int J Cardiol* 2008; 124: 283–92.
2. Parodi G, del Pace S, Carrabba N et al. Incidence, clinical findings, and outcome of women with left ventricular apical ballooning syndrome. *Am J Cardiol* 2007; 99: 182–5.
3. Prasad A. Apical ballooning syndrome (Tako-Tsubo or stress cardiomyopathy): A mimic of acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2008; 155: 408–17.
4. Sharkey SW, Lesser JR, Menon M et al. Spectrum and significance of electrocardiographic patterns, troponin levels, and thrombolysis in myocardial infarction frame count in patients with stress (takotsubo) cardiomyopathy and comparison to those patients with ST-elevation anterior wall myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2008; 101: 1723–8.

Manuskriptet ble mottatt 5.10. 2008 og godkjent 30.10. 2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.