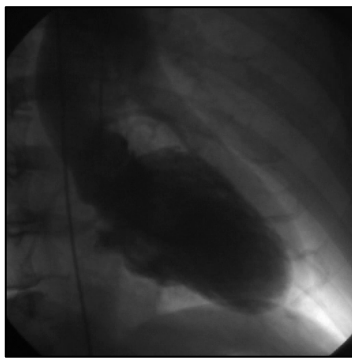


Anamnese:

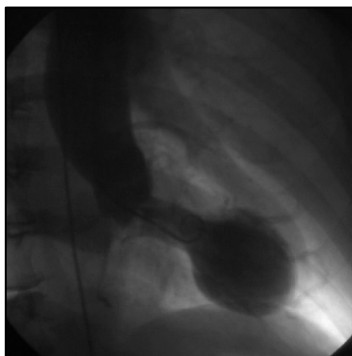
Die 64-jährige Ehefrau eines Kollegen hat ihren Kindern bei einem stressigen Umzug geholfen. Dabei sind linksthorakale Schmerzen, ein Schweißausbruch und Luftnot aufgetreten und sie wurde vom Notarzt unter der Diagnose eines akuten Koronarsyndromes stationär aufgenommen. Es besteht eine kardiales Risikoprofil mit arteriellem Hypertonus, Nikotinabusus und positiver Familienanamnese.

Befunde:

Bei der körperlichen Untersuchung fiel ein 3/6 mittelfrequentes Spätsystolikum über dem Erbschen Punkt mit Ausstrahlung in die Axilla auf. Im EKG zeigten sich deutliche terminal negative T Wellen über der Vorderwand. Die CK wurde mit 188 U/l gemessen und das TNT mit 0,2 ng/l. Im Röntgenbild fand sich eine feinretikuläre Zeichnungsvermehrung der Lunge, echokardiographisch eingeschränkte linksventrikuläre Funktion mit Vorderwandakinesie und einer Ejektionsfraktion (EF) von 40%. Der pulmonalarterielle Druck wurde mit 45 mmHg abgeschätzt. Es erfolgte eine Verlegung zur Herzkatheterdiagnostik.



Linker Ventrikel: Diastole

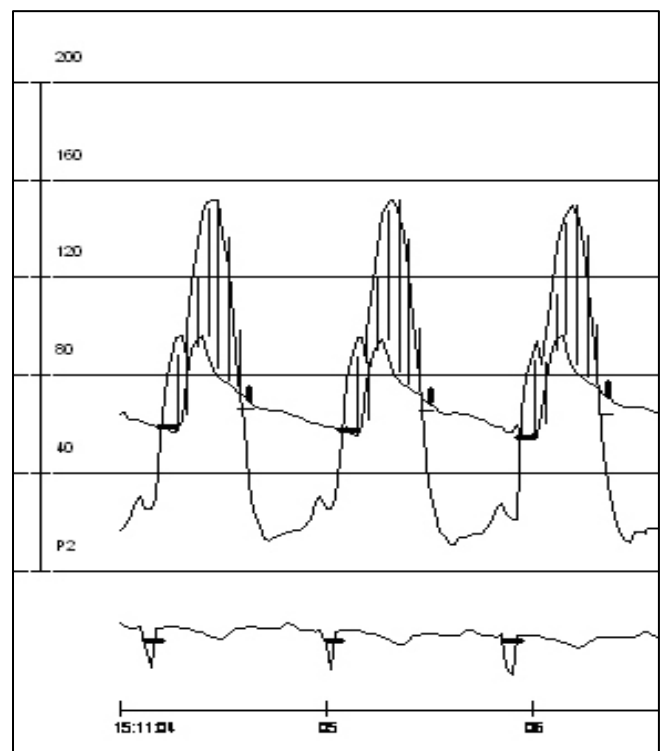


Linker Ventrikel: Systole

Die Koronarangiographie zeigte geschlängelte, aber unauffällige Koronarien. Unter dem Verdacht eines apical balloning erfolgte eine Lävokardiographie. Hier zeigte sich das typische Bild einer Akinesie der Herzspitze. Zusätzlich fiel eine spätsystolische, exzentrische Mitralklappeninsuffizienz auf. Bei der Platzierung des Katheters fand sich ein Druckanstieg zwischen Aorta und Herzspitze von maximal 56 mmHg und im Mittel 36 mmHg. Der linksventrikuläre enddiastolische Druck war auf 26 mmHg erhöht. Bei Kontrolle im Echo bestätigte sich die dynamische Ausflusstraktobstruktion bei einer konzentrischen Myokardhypertrophie von 14 mm, zusätzlich konnte eine systolische Vorwärtsbewegung der Mitralklappe (SAM) mit begleitender Mitralsuffizienz dokumentiert werden.

Verlauf:

In den nächsten Tagen normalisierten sich die Enzyme und die terminal negativen T Wellen waren rückläufig. Die Ejektionsfraktion verbesserte sich innerhalb einer Woche von 40% auf 50%, die Ausflusstraktobstruktion war noch nachweisbar. Erst nach 4 Wochen kam es zu einer Normalisierung der EF und zu einem Verschwinden der Ausflusstraktobstruktion, der Mitralsuffizienz und des Systolikums.



Diskussion:

Das Auftreten einer Ausflusstraktobstruktion im Rahmen einer Tako Tsubo Kardiomyopathie ist ein seltenes Phänomen. Bei unserer Patientin zeigte sich das typische Bild einer dynamischen Obstruktion mit systolischem Gradienten, SAM und Insuffizienz der Mitralklappe. Die Obstruktion verschlechtert bei Tako Tsubo das Herzminutenvolumen und läßt den enddiastolischen Ventrikeldruck ansteigen, unsere Patientin hatte Luftnot und eine vermehrte Gefäßfülle im Röntgenbild. Mit der Erholung der Ventrikelfunktion war auch die Ausflusstraktobstruktion komplett reversibel. Beim Vorliegen eines Systolikums sollte bei Tako Tsubo Patienten an eine Ausflusstraktobstruktion gedacht werden.