

“Het is de stress, dokter...”

Jeroen Lammers
Cardioloog
KPC 20 april 2015

“Het is de stress, dokter..”



Casus

Mw S., 65 jr

Voorgeschiedenis

- Status na TBC.
- Reumatoïde artritis.
- 1988 Guillain Barre.

Risicofactoren: familie, hypercholesterolemie

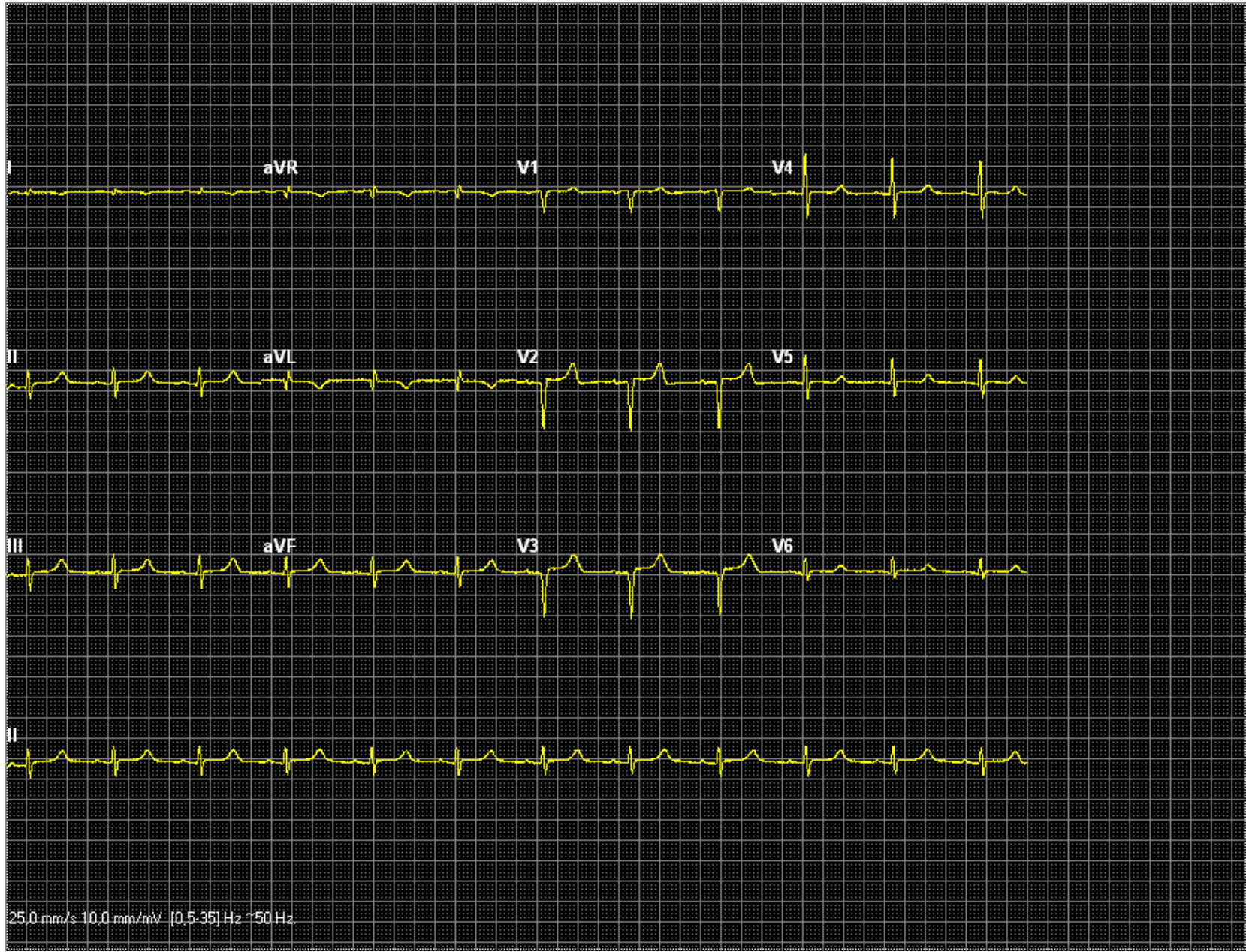
Rx: Omeprazol, Divisun, Leflunomide

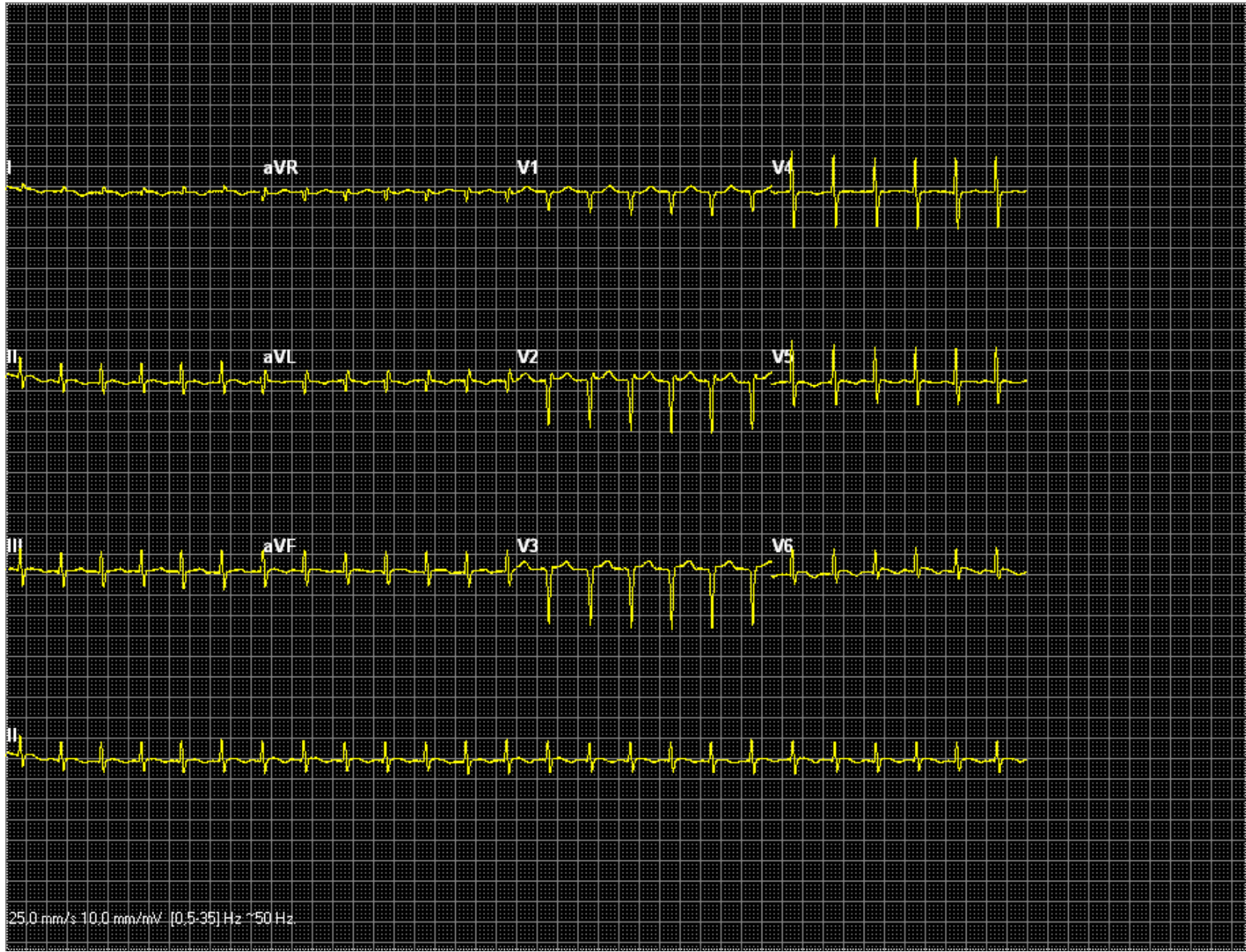
Pijn op de borst

- Drie uur voor presentatie
- Drukkend met uitstraling naar de kaken
- Hierbij koud gevoel. PCM genomen, gaan slapen.
- 2x nitrospray gehad, geringe verlichting pijn.
- Sinds een week vermoeid, sneller kortademig dan voorheen.

Lichamelijk onderzoek

- RR 133/80 mmHg, pols 84/min. regulair
equaal. Saturatie 98%.
- Hart normale tonen, geen souffles.
- Longen: links verminderd ademgeruis,
normaal expirium.
- Extremiteiten: normale pulsaties, geen
oedeem.



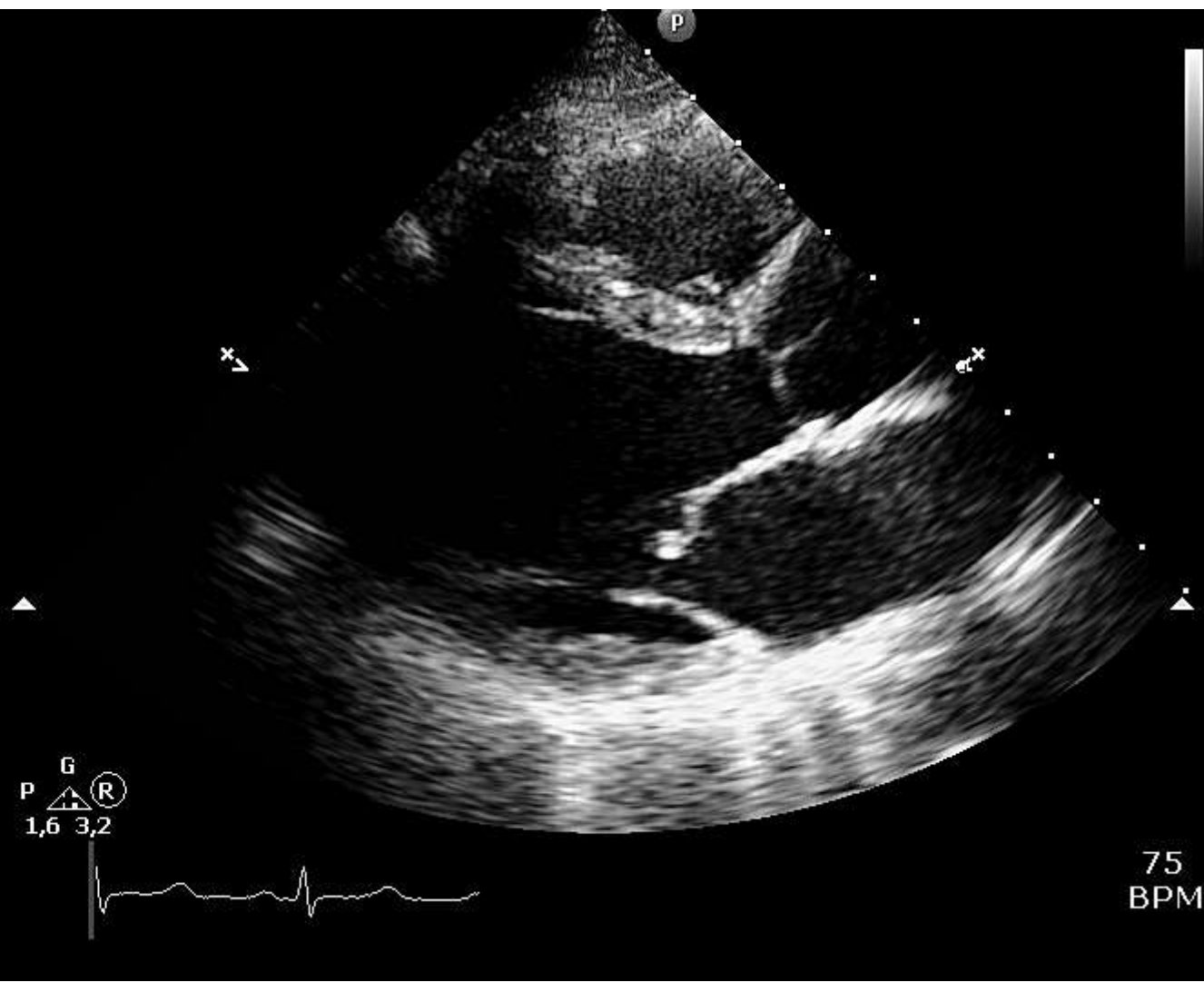


Laboratorium

- Hb 7.7 , Ht 0.37
- MDRD 93
- CK 62 , CKMB 3 , Trop I 0.05
- Totaal cholesterol 4.9
- Normale schildklierfunctie

TTE CX50
S5-1
35Hz
13cm

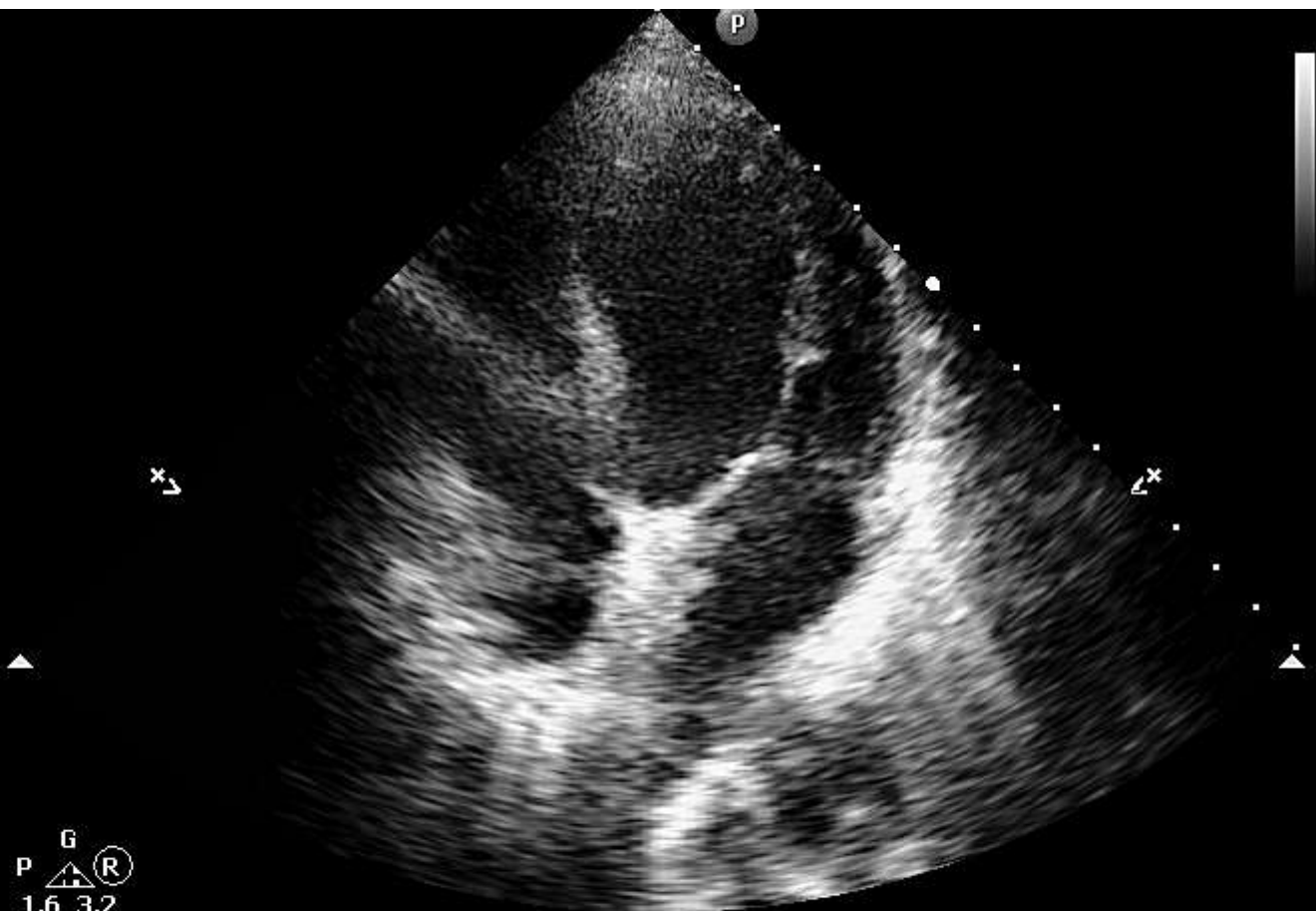
2D
HRes
Gn 43
C 47
5 / 2 / 0
50 mm/s



75
BPM

TTE CX50
S5-1
30Hz
16cm

2D
HRes
Gn 61
C 47
5/2/0
50 mm/s



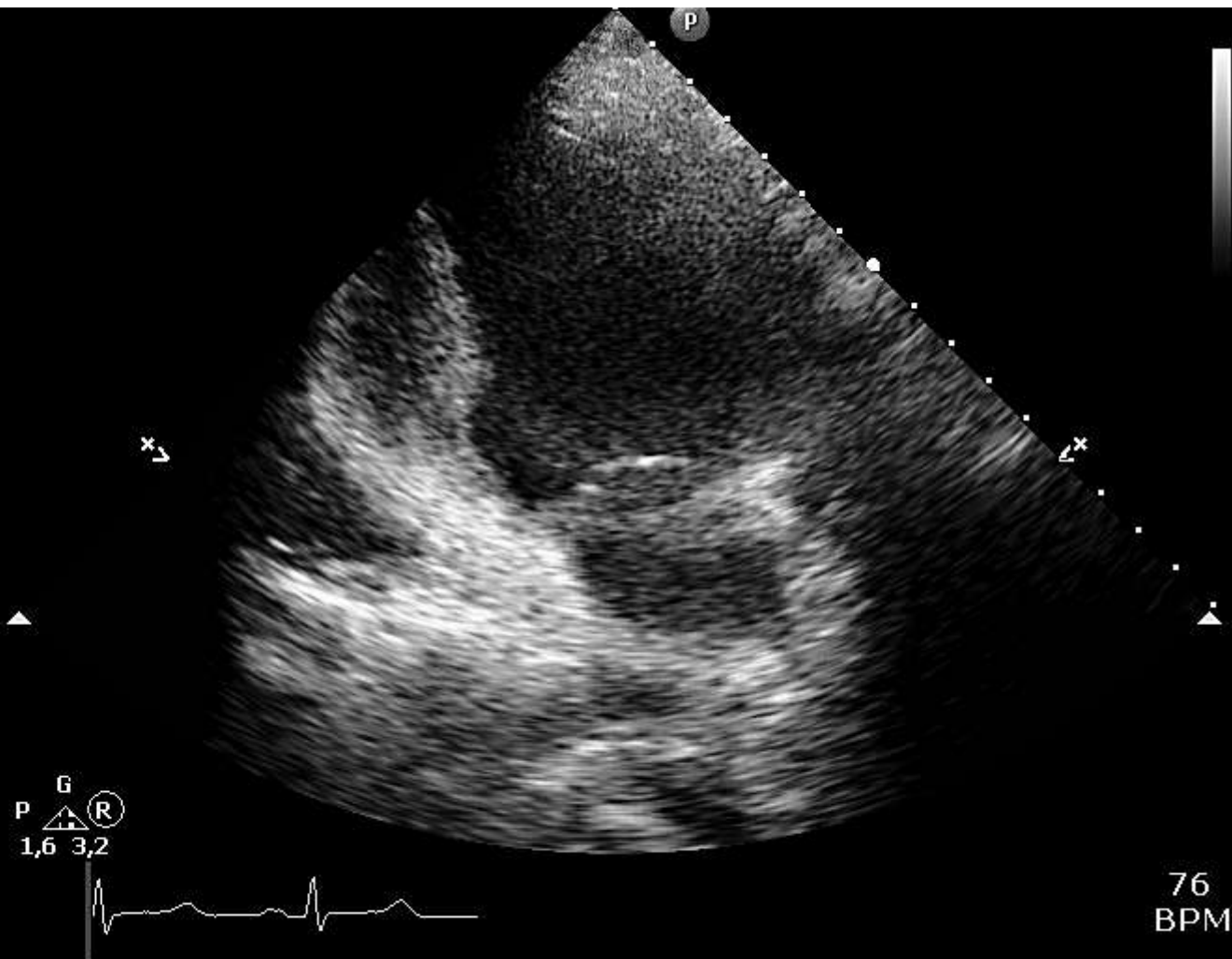
G
P  R
1,6 3,2



75
BPM

TTE CX50
S5-1
30Hz
16cm

2D
HRes
Gn 61
C 47
5/2/0
50 mm/s



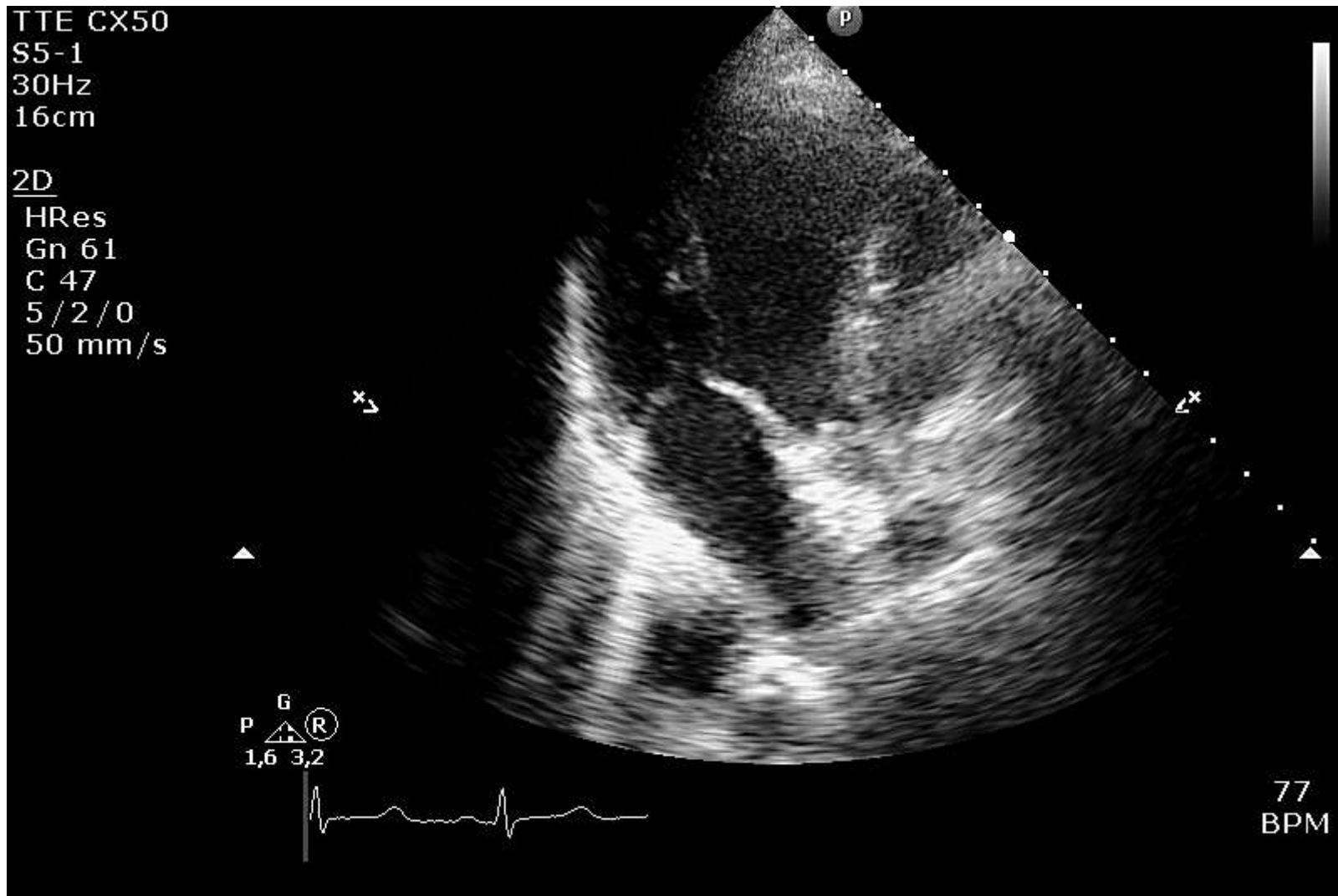
TTE CX50
S5-1
30Hz
16cm

2D
HRes
Gn 61
C 47
5/2/0
50 mm/s

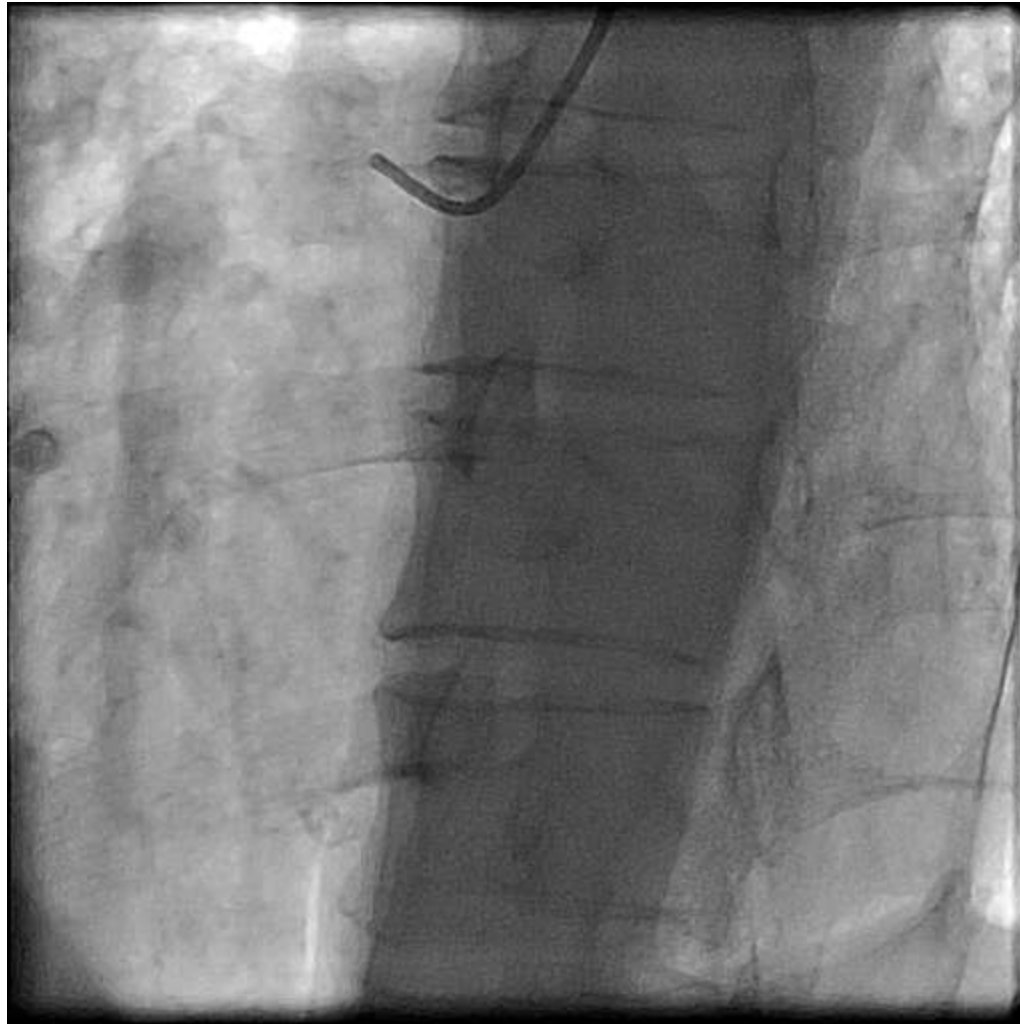
G
P  R
1,6 3,2

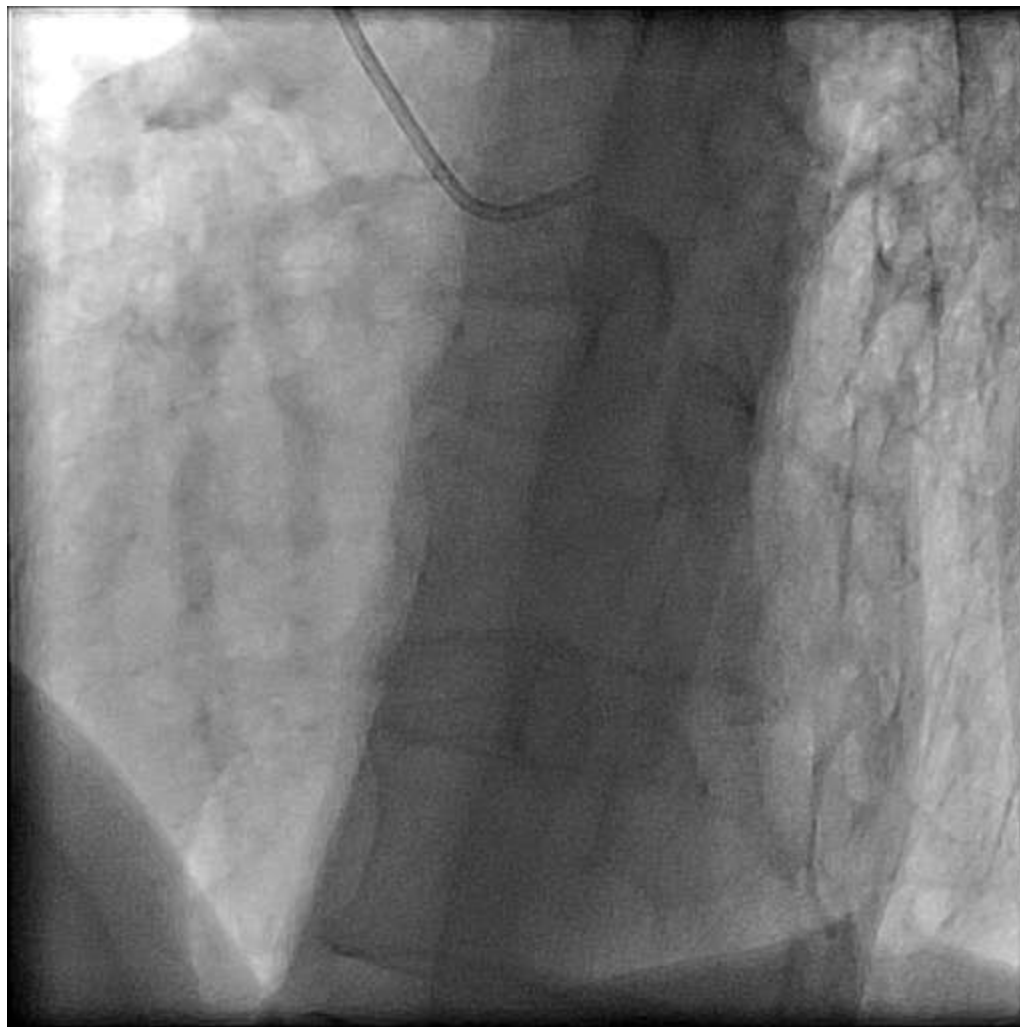


77
BPM

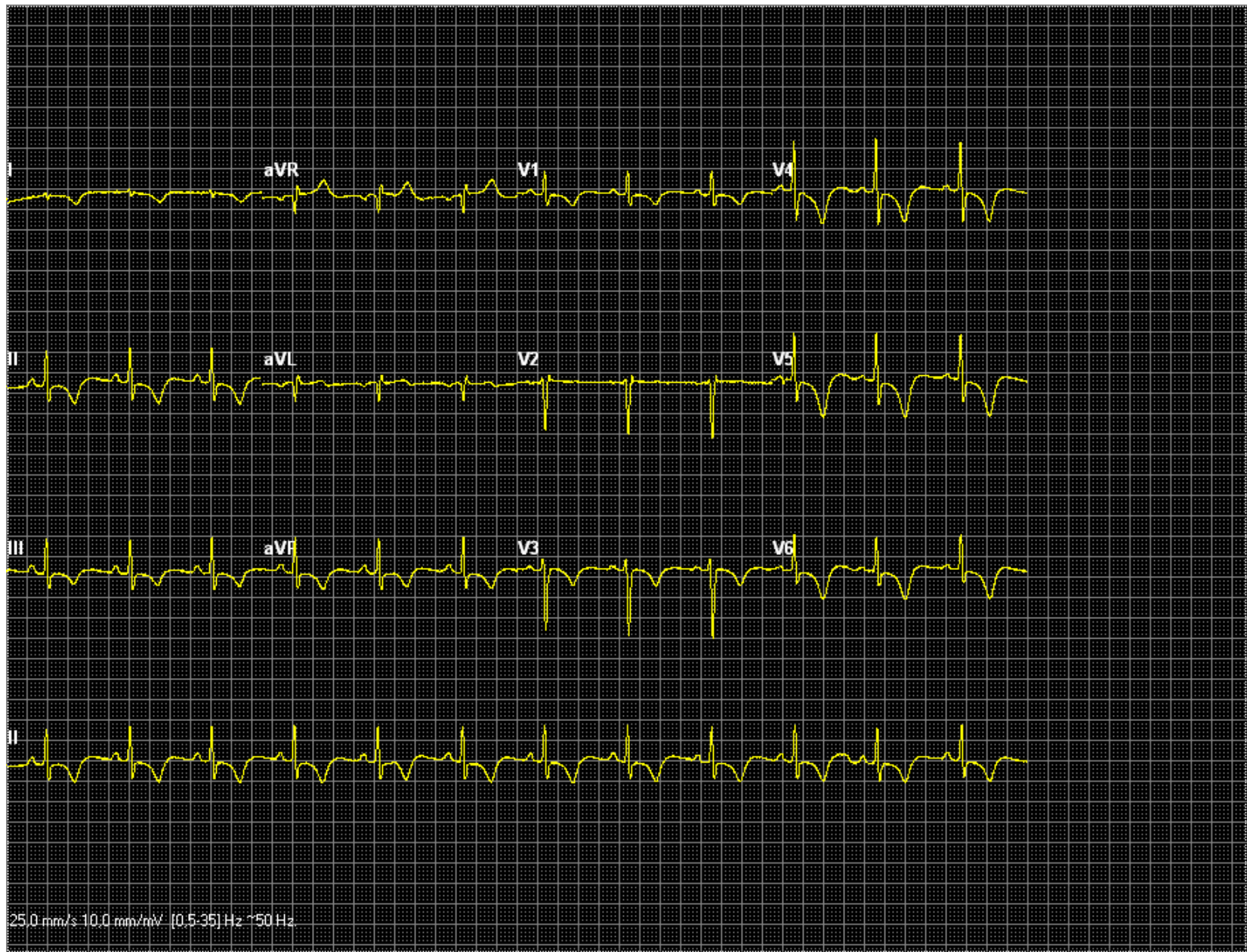


CK-totaal	U/L {0 - 145}					79	78	62
CK-MB massa	ug/L H {0.6 - 6.3}					6.5	6.4	2.4
Troponine I	ug/L H {0 - 0.04}						0.53	0.05





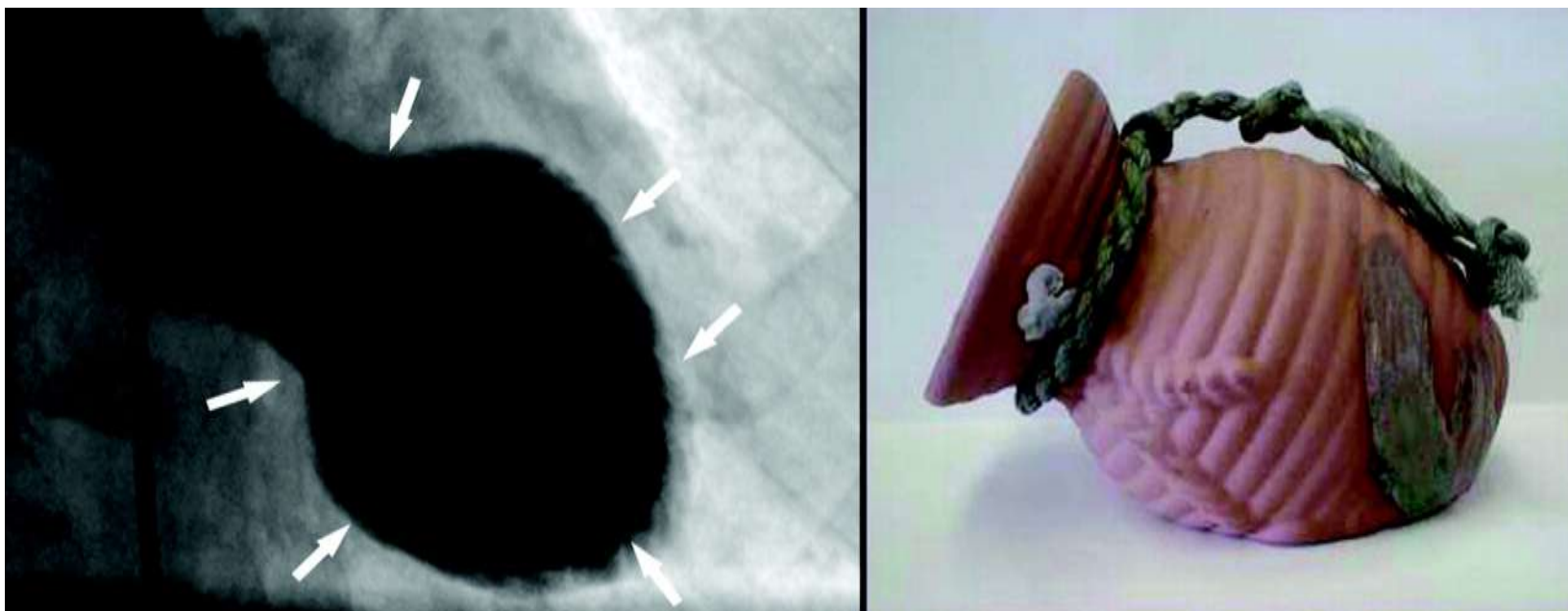




Diagnose?

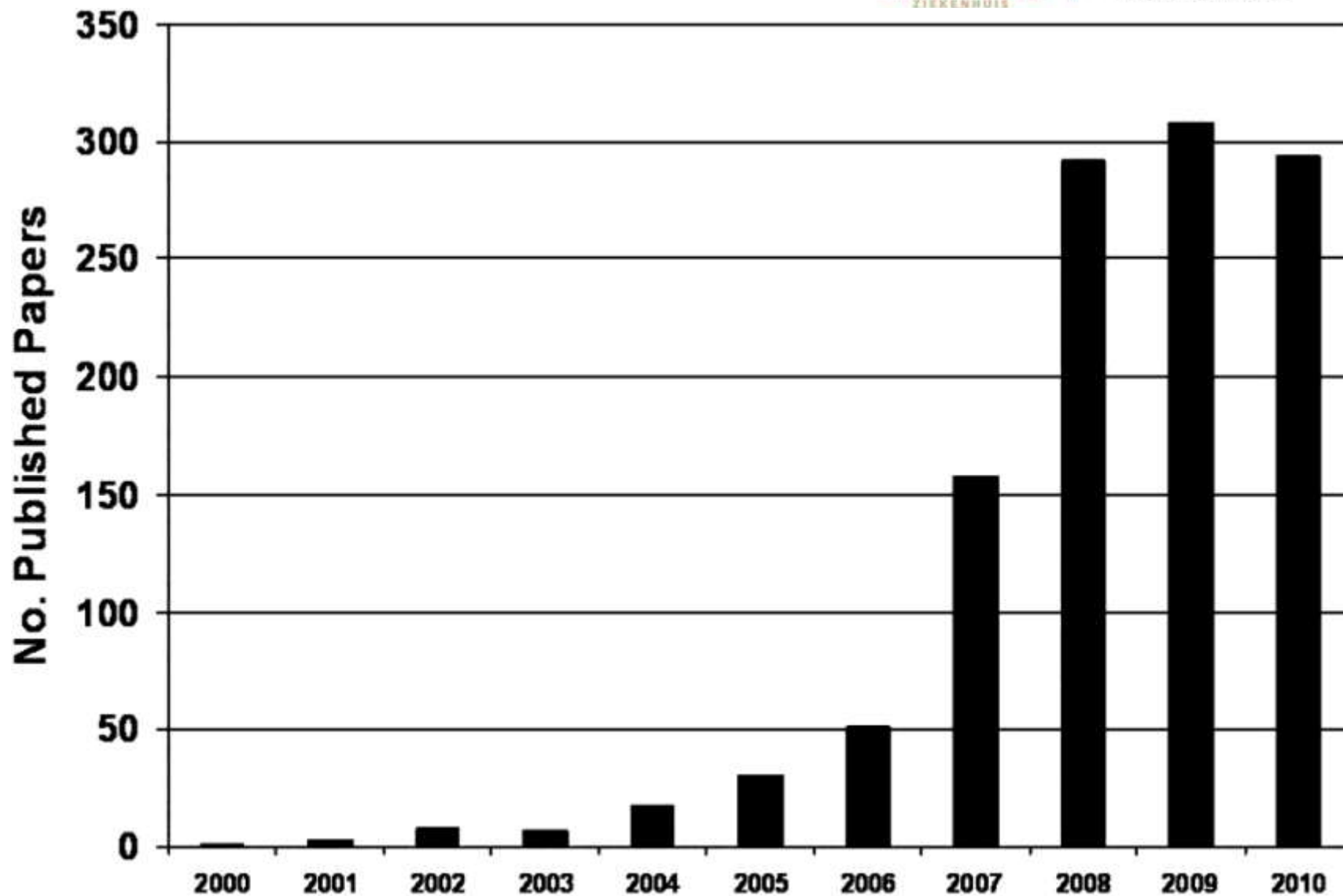
Tako Tsubo cardiomyopathie

Apical Ballooning Syndrome
Stress-induced Cardiomyopathy
Broken Heart Syndrome



Epidemiologie

- 2% van alle presentaties met ACS
- Gemiddelde lftd 58-78 jr
- 90% vrouw, post menopauze



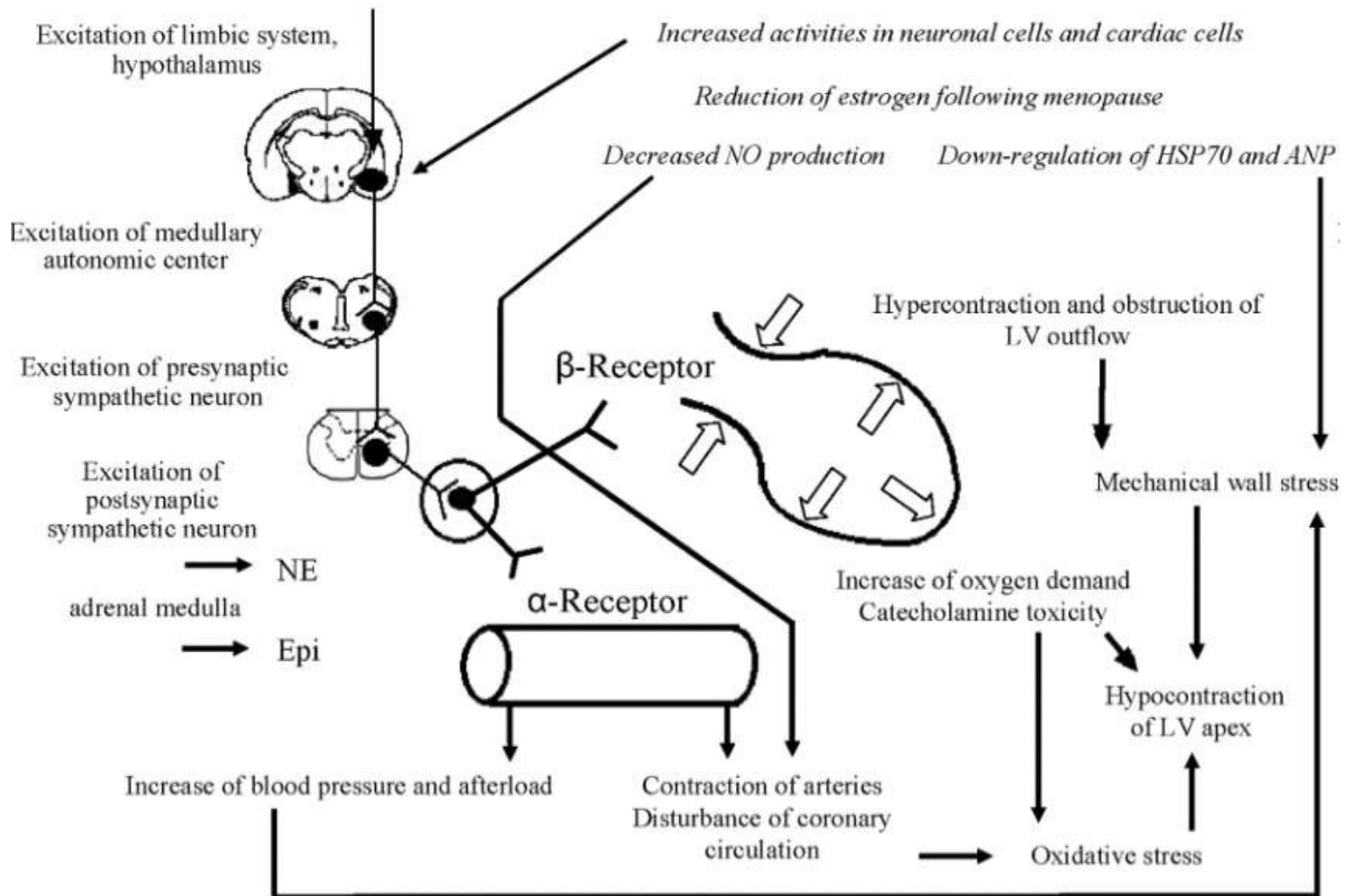
Klinische presentatie

- Fysieke of emotionele stress (overlijden dierbare, surprise party, spreken in t openbaar) (65%)
- Angineuze symptomen (50%)
- Dyspnoe déffort
- Ritmestoornissen
- Zelden cardiac arrest

Pathofysiologie

- Catecholamines?
 - Hoge spiegels van circulerende catecholamines
- Coronair spasmen
- Microvasculaire dysfunctie
- Myocarditis

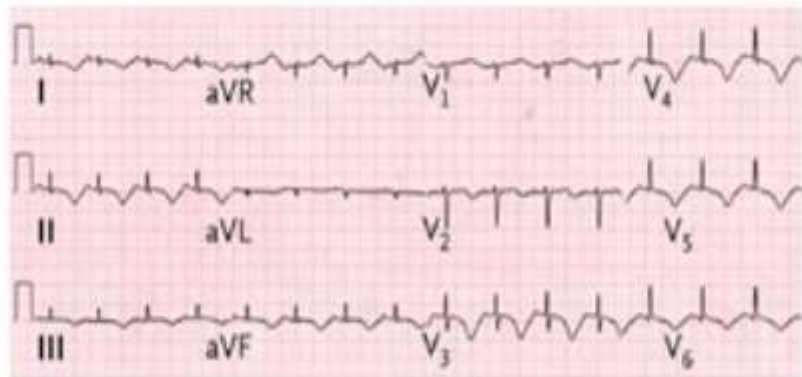
Emotional and physical stress



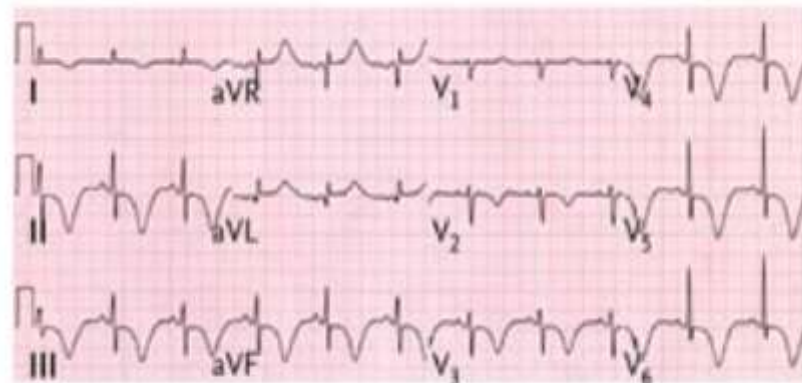
Aanvullend onderzoek

- ECG:
 - ST elevaties precordiale afleidingen (35-60%)
 - T top inversies precordiaal
 - Bundeltak blok
 - QT tijd verlenging
- Biomarkers:
 - Stijging Troponine en CK-MB (vaak niet in verhouding)
 - BNP
 - Catecholamines

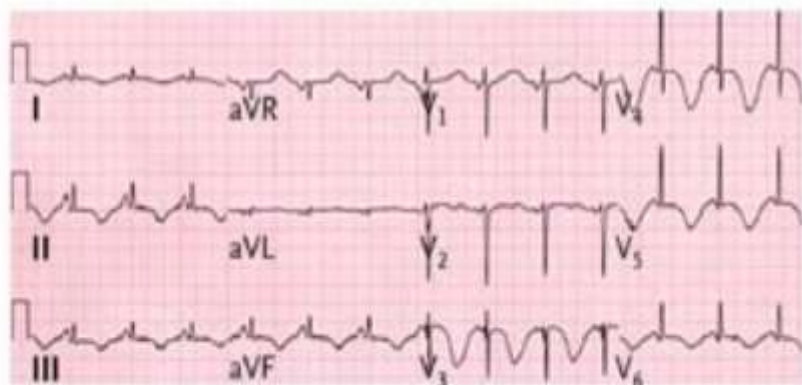
A Patient 4



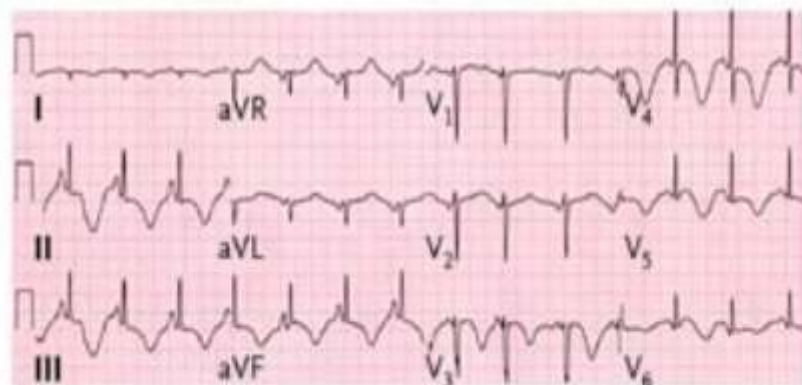
B Patient 2



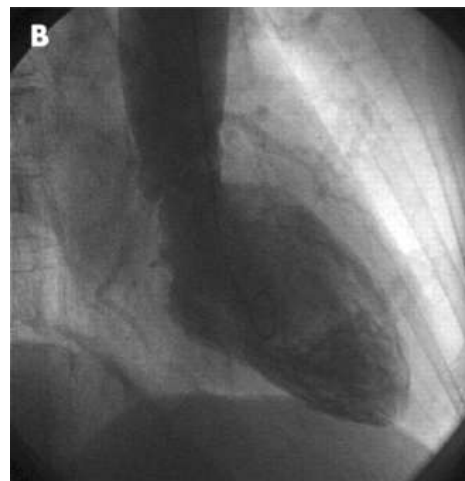
C Patient 16

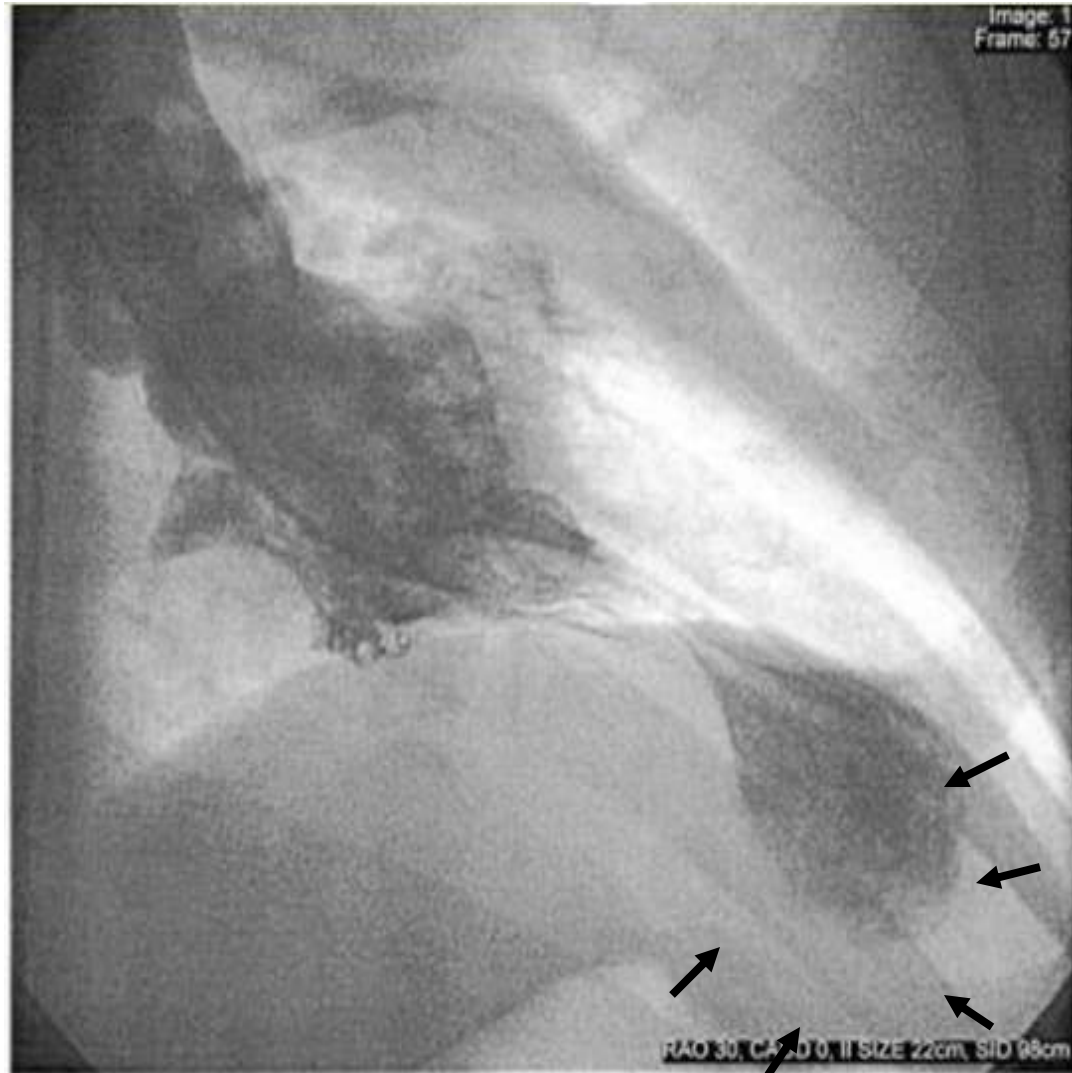
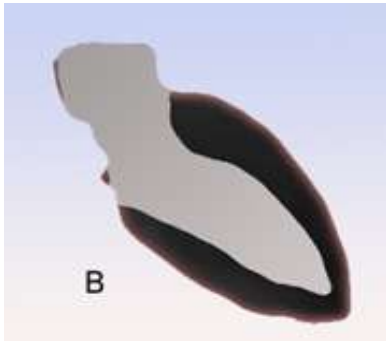
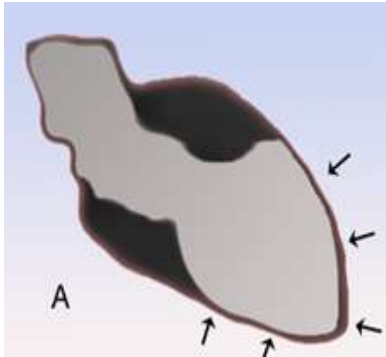


D Patient 18



- Hartcatheterisatie:
- Normaal of niet significant coronairlijden





Echocardiogram

- Hypo- akinesie mid en apicale segmenten vd linker kamer
 - Volgt niet de grenzen van coronair stroomgebied
 - Basale segmenten contraheren normaal / hyperdynamisch
 - Soms linker kamer uitstroombaan obstructie
- 30% Rechter kamer betrokkenheid

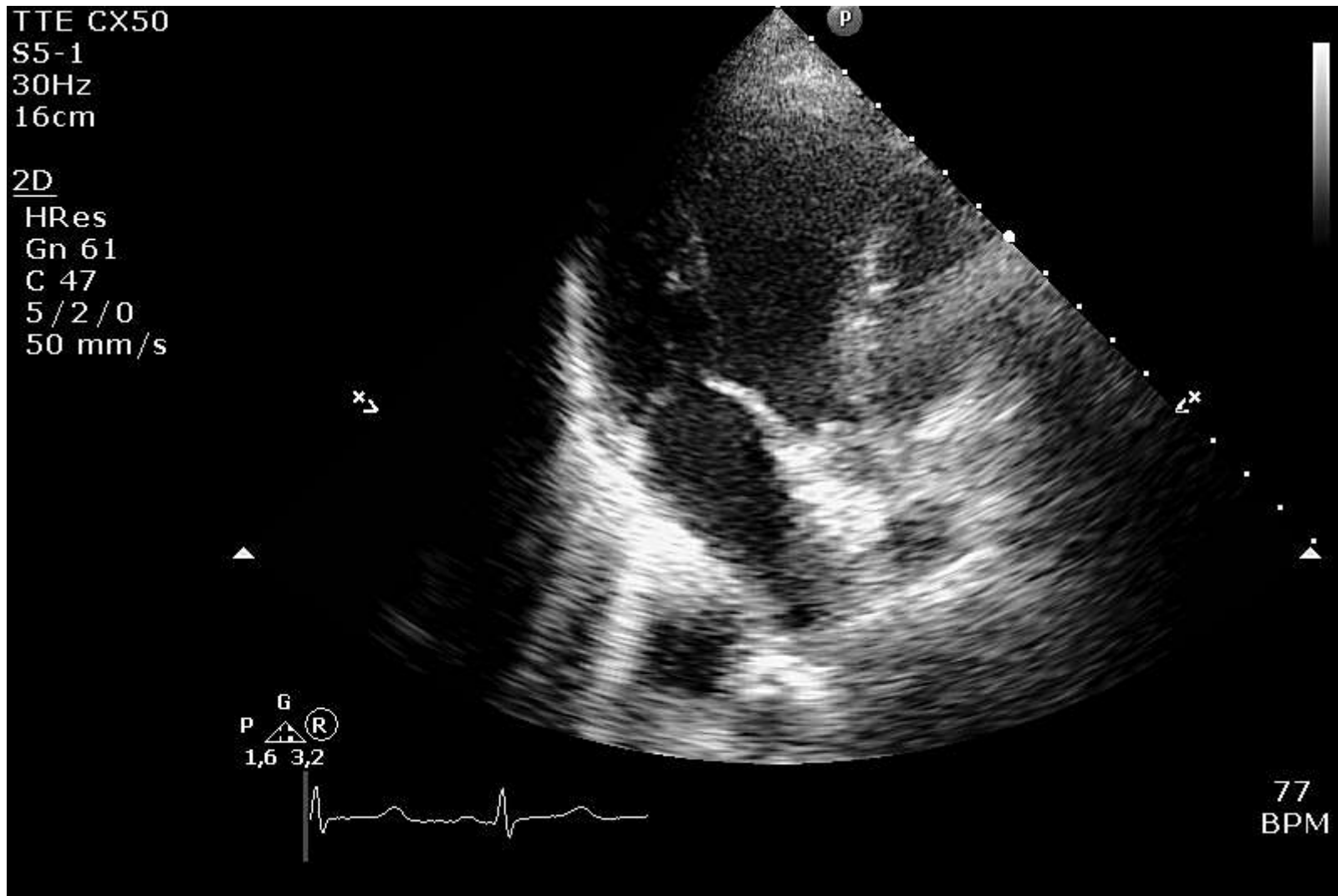
TTE CX50
S5-1
30Hz
16cm

2D
HRes
Gn 61
C 47
5/2/0
50 mm/s

G
P  R
1,6 3,2



77
BPM



Cardiale MRI

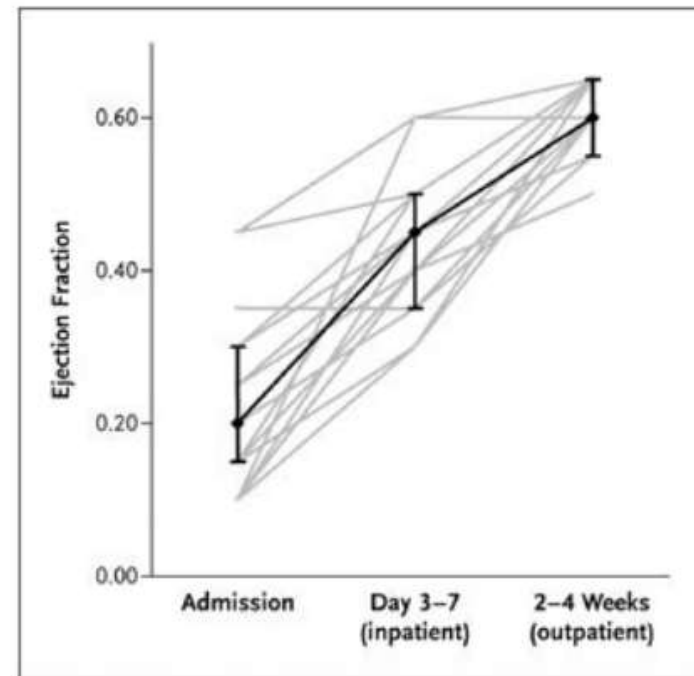
- Geen tekenen van lokale necrose en / of fibrose
- Zoals bijv wel bij myocarditis ,
myocardinfarct

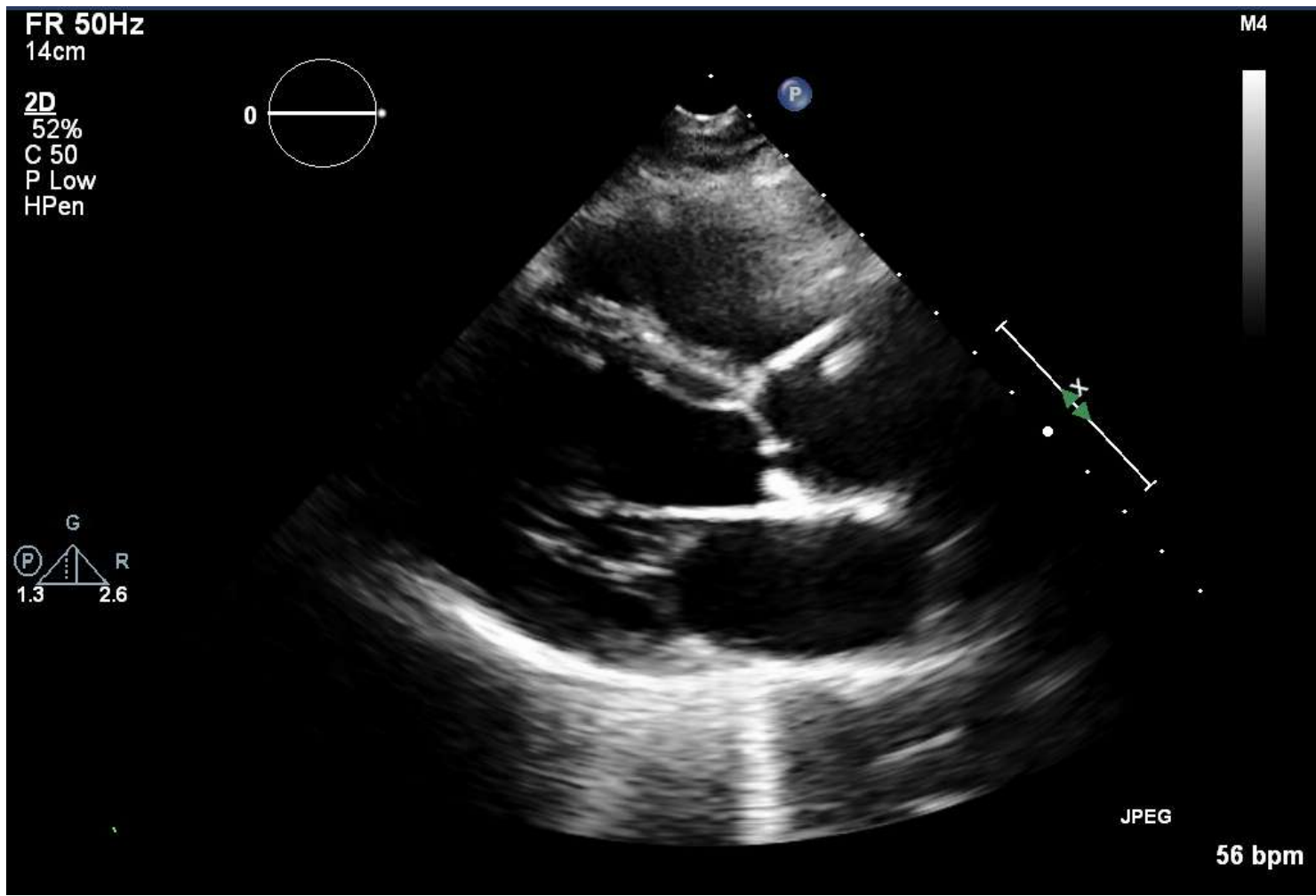
Behandeling

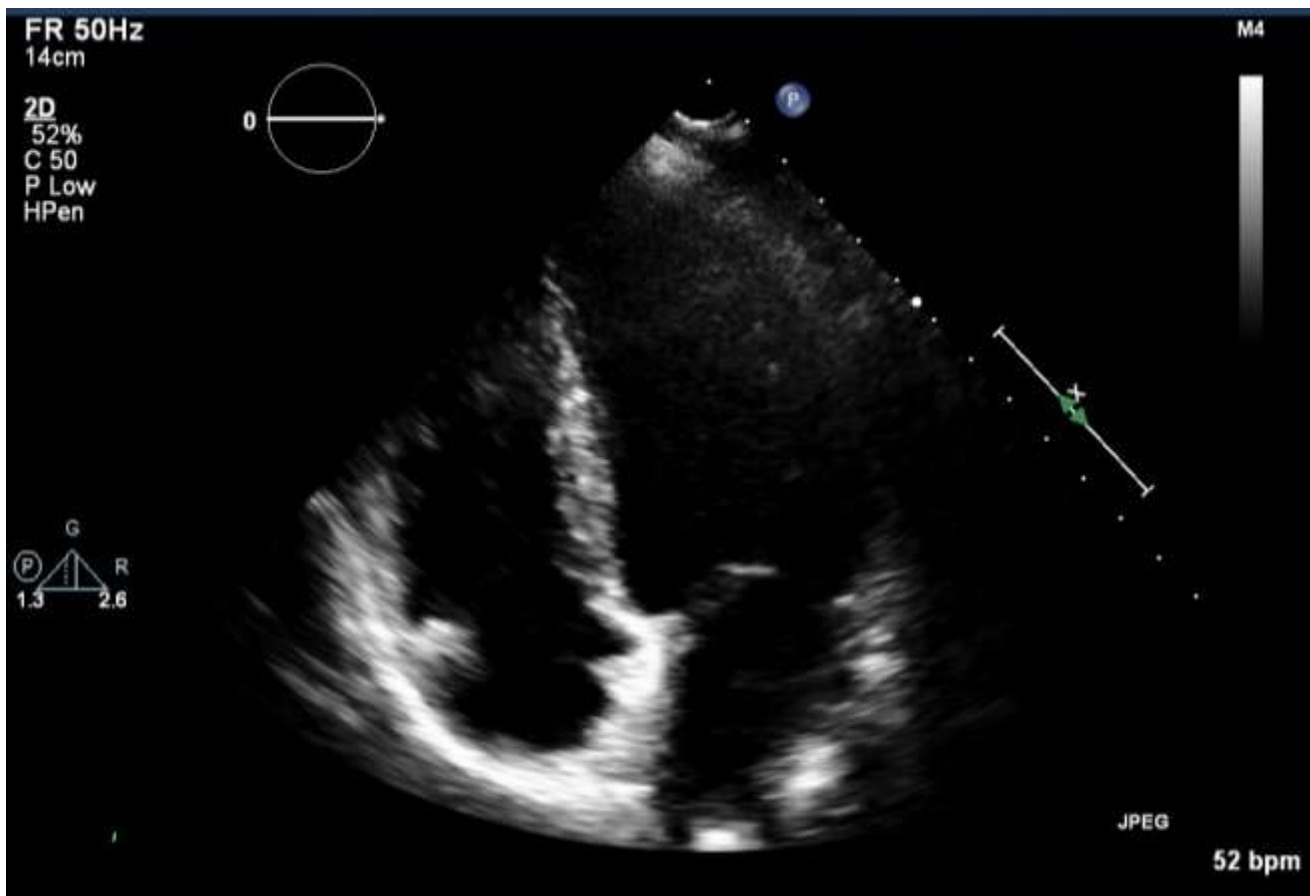
- Optimale therapie??
- Initiele behandeling als ACS
- Optitreren en continueren B blokker en ACE I
- Evt OAC bij zeer slechte linker kamer functie

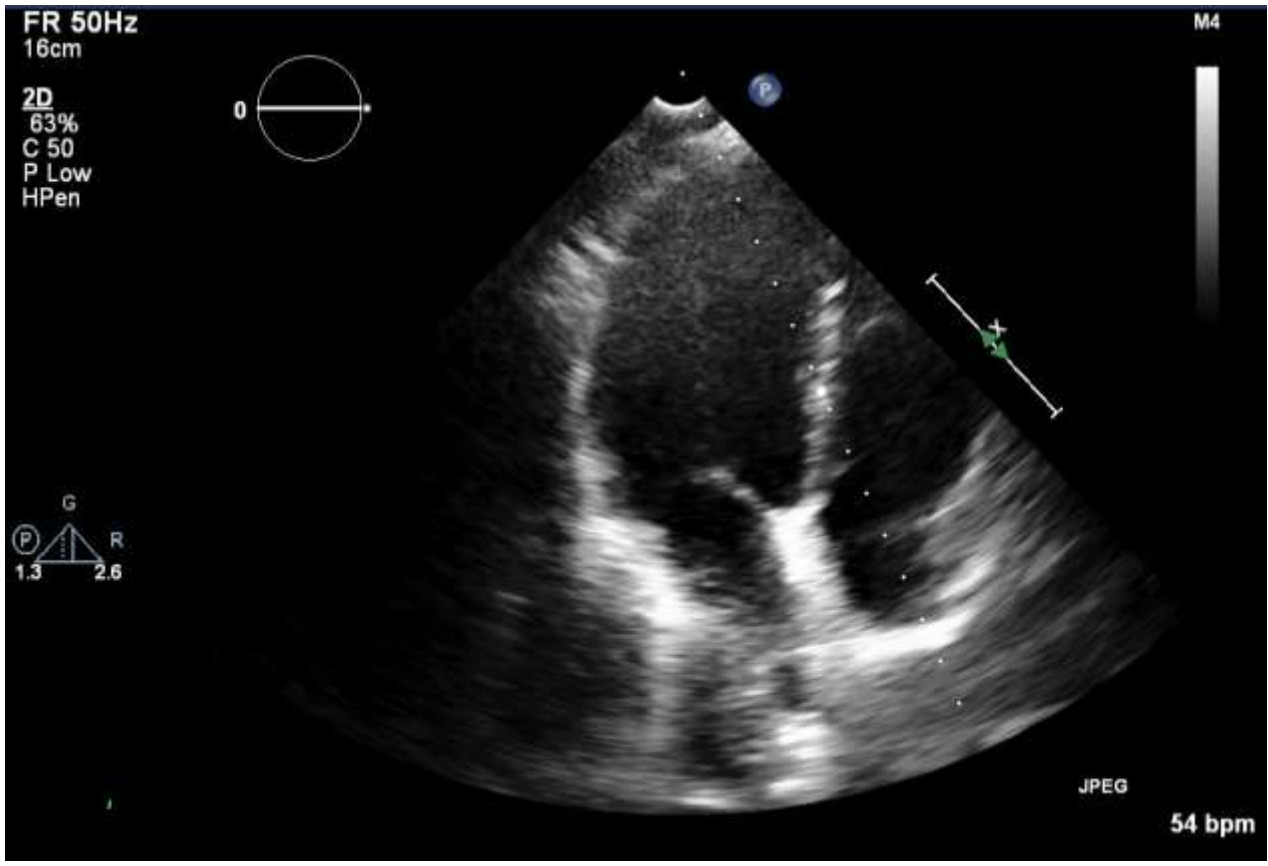
Prognose

- Lage in hospital mortaliteit
- Compleet herstel binnen 4-8 weken
 - Geen indicatie voor ACE I meer
- 20% geen herstel > chronisch hartfalen









Take home...

- Weet dat deze categorie van mogelijke patienten bestaat. Soms is het idd de stress...



