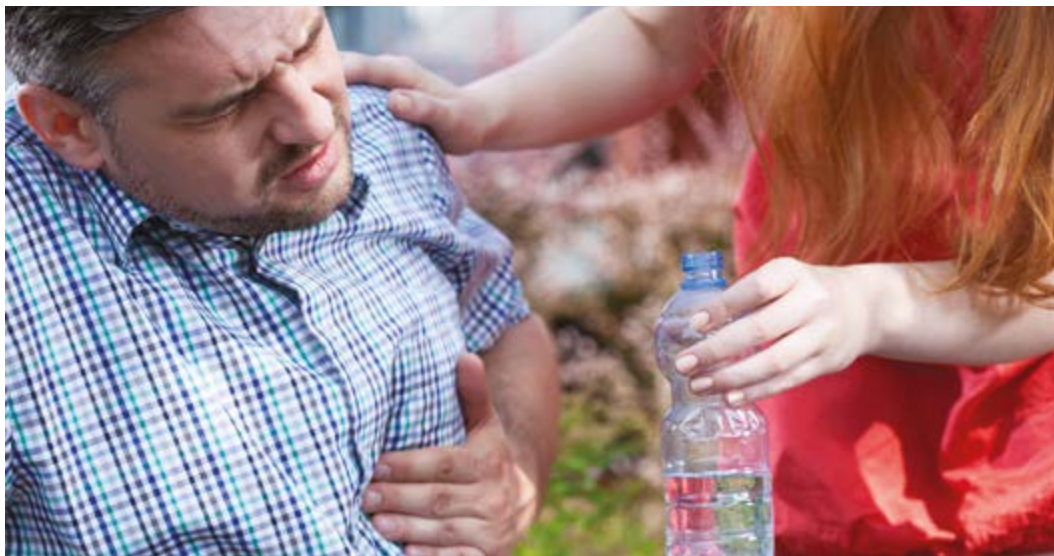


MALATTIA DI TAKO-TSUBO

Alessandra Fabretto



La malattia di *Tako-tsubo* è una cardiopatia simile dal punto di vista sintomatologico all'infarto miocardico, ma con coronarie perfettamente normali. Il paziente avverte un forte dolore toracico, debolezza, affanno e più raramente manifesta sincope, tutti sintomi tipici dell'infarto, e sempre dopo un forte, violento stress psico-fisico. Il medico viene allertato per la sintomatologia imponente che spaventa il paziente, peraltro già psicologicamente provato dallo stress che ha scatenato la malattia stessa.

All'ECG i rilievi sono quelli dell'infarto prevalentemente anteriore, c'è anche un lieve rialzo enzimatico, ma alla coronarografia le coronarie sono perfette.

Ma cosa succede al cuore?

Tutto viene scatenato da un forte stress più frequentemente emotivo come un forte litigio, la morte di un familiare o un incidente; ma anche uno stress fisico come interventi chirurgici o traumi. A distanza di pochi minuti, fino a qualche ora dopo l'evento esordisce la sintomatologia. L'esatto meccanismo eziopatogenetico non è ancora noto, ma si sono rilevati sempre

alti livelli di catecolamine nel sangue (prevalentemente adrenalina), l'ormone mediatore dello stress: l'improvvisa ed elevata iniezione di adrenalina nel sangue probabilmente provoca la contrazione dei piccoli vasi coronarici periferici a livello dell'apice cardiaco e, senza creare necrosi, cioè la morte delle cellule miocardiche, come avviene nell'infarto, le rende "ibernata" cioè incapaci di contrarsi momentaneamente.

E ancora non è chiaro perché solo i miocardiociti in sede apicale sono interessati e non in tutto il ventricolo, che è quello che rende la tipica forma del cuore nella malattia di *Tako-tsubo*. Infatti il nome deriva dalla cesta che in Giappone viene usata dai pescatori di polipi: *Tako*=polipo, *Tsubo*=cesta. È un aspetto ben evidente anche all'ecocardiogramma in cui si vede la contrazione ventricolare con un aspetto di dilatazione aneurismatica dei segmenti apicali del ventricolo sinistro e l'ipercontrazione dei segmenti basali da cui risulta appunto il tipico aspetto a cesta, detto "fenomeno del ballooning".

Questa malattia cardiaca un tempo era prerogativa solo delle donne, soprattutto in menopausa, mentre da qualche anno si rileva sempre

più frequentemente anche nel genere maschile. All'elettrocardiogramma si rilevano tipiche alterazioni dell'infarto più spesso in sede anteriore, anche se più o meno sfumate. Dal punto di vista sierologico c'è anche un lieve rialzo degli enzimi di miocardionecrosi, cioè quegli enzimi che si dosano per rilevare la presenza di infarto miocardico, ma che si normalizzano piuttosto rapidamente.

L'esame coronarografico è doveroso per fare una diagnosi esatta ed è in una certa misura rassicurante trovare le coronarie normali. In realtà al di là della perfezione delle coronarie rimane una malattia cardiaca potenzialmente pericolosa per le complicanze che può dare.



È opportuna una digressione per precisare l'aspetto preliminare alla malattia: lo stress è esso stesso una malattia, purtroppo sempre più frequente oggi. Lo stress acuto ma lieve come l'emozione per un esame o il batticuore d'amore sono piccole sferzate all'organismo del tutto benefiche, che stimolano il cuore a una "ginnastica" positiva. Viceversa lo stress cronico e il livello lievemente elevato delle catecolamine per un lungo periodo provocano l'aumento dello stress ossidativo a livello cellulare con accelerazione dell'invecchiamento di tutti gli organi.

Vedi per esempio il guidatore in mezzo al traffico o l'attività lavorativa frustrante. Se a questo si aggiunge la vita sedentaria che non permette quindi di scaricare in qualche modo l'accumulo dell'adrenalina, risulta il quadro dell'uomo medio di oggi: decisamente poco rassicurante per il futuro. Uno stress acuto in più può scatenare varie patologie in molti organi.

Per tornare alla malattia di *Tako-tsubo*, la scarica di adrenalina provoca uno spasmo dei piccoli vasi coronarici, con ischemia transitoria che si manifesta nella scarsa contrazione delle cellule miocardiche. Tutto questo meccanismo va inquadrato in uno scompenso neuro-ormonale in un paziente già particolarmente suscettibile, dove il cuore è solo l'organo bersaglio. Teoricamente se si limitasse solo al vasospasmo momentaneo la malattia sarebbe facilmente risolvibile. In realtà possono intervenire complicanze importanti se il paziente non viene trattato con tempismo.

La più frequente è lo scompenso cardiaco: il cuore già in difficoltà, non riesce a sopperire alla necessità di ossigenazione di tutto l'organismo e si crea quindi una discrepanza fra lavoro cardiaco e resa reale della pompa cardiaca, con affanno, stanchezza e altri sintomi e complicanze ulteriori. Un altro evento avverso nella fase acuta è la formazione di un trombo a livello dell'apice ventricolare che non si contrae: se il trombo embolizza, cioè viene pompato fuori dal cuore, può occludere vasi periferici creando necrosi dell'organo che viene embolizzato (polmone, encefalo, ecc).

È importante quindi che la diagnosi sia tempestiva e successivamente efficace la terapia che si avvale di anticoagulanti, farmaci beta-bloccanti, diuretici, ACE-inibitori. In questo caso la risoluzione veloce e senza conseguenze è molto frequente. ■

La dott.ssa Alessandra Fabretto, specialista in Cardiologia, svolge attività di consulenza nell'ambito del servizio di Cardiologia.

Per informazioni e prenotazioni: CUP 06 809641