



4η Εκπαιδευτική Ημερίδα
Ομάδες Καρδιάς & Αορτής - Παρόν και Μέλλον
Σάββατο 9 Νοεμβρίου 2019

ΣΥΜΠΛΟΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Περιστατικό 8
ΑΣΑΦΕΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ – ΑΣΑΦΗΣ ΕΝΟΧΗ ΒΛΑΒΗ

Ιωάννης Παΐζης, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Γυναίκα 60 ετών, Γερμανίδα (δυσχερής λήψη ιστορικού)
Αεροδιακομιδή από νησί (υποξύ πρόσθιο έμφραγμα)

Ατομικό αναμνηστικό

- Υπέρταση, Βαριά καπνίστρια
- Φαρμακευτική αγωγή: σοταλόλη, εναλαπρίλη/λερκανιδιπίνη

Παρούσα νόσος

- Προκάρδιο άλγος προ 24 ωρών

Φαρμακευτική αγωγή

Ασπιρίνη (500mg), Κλοπιδογρέλη (300mg), Ενοξαπαρίνη (60mg υποδόρια), Ομεπραζόλη

Ζωτικά σημεία

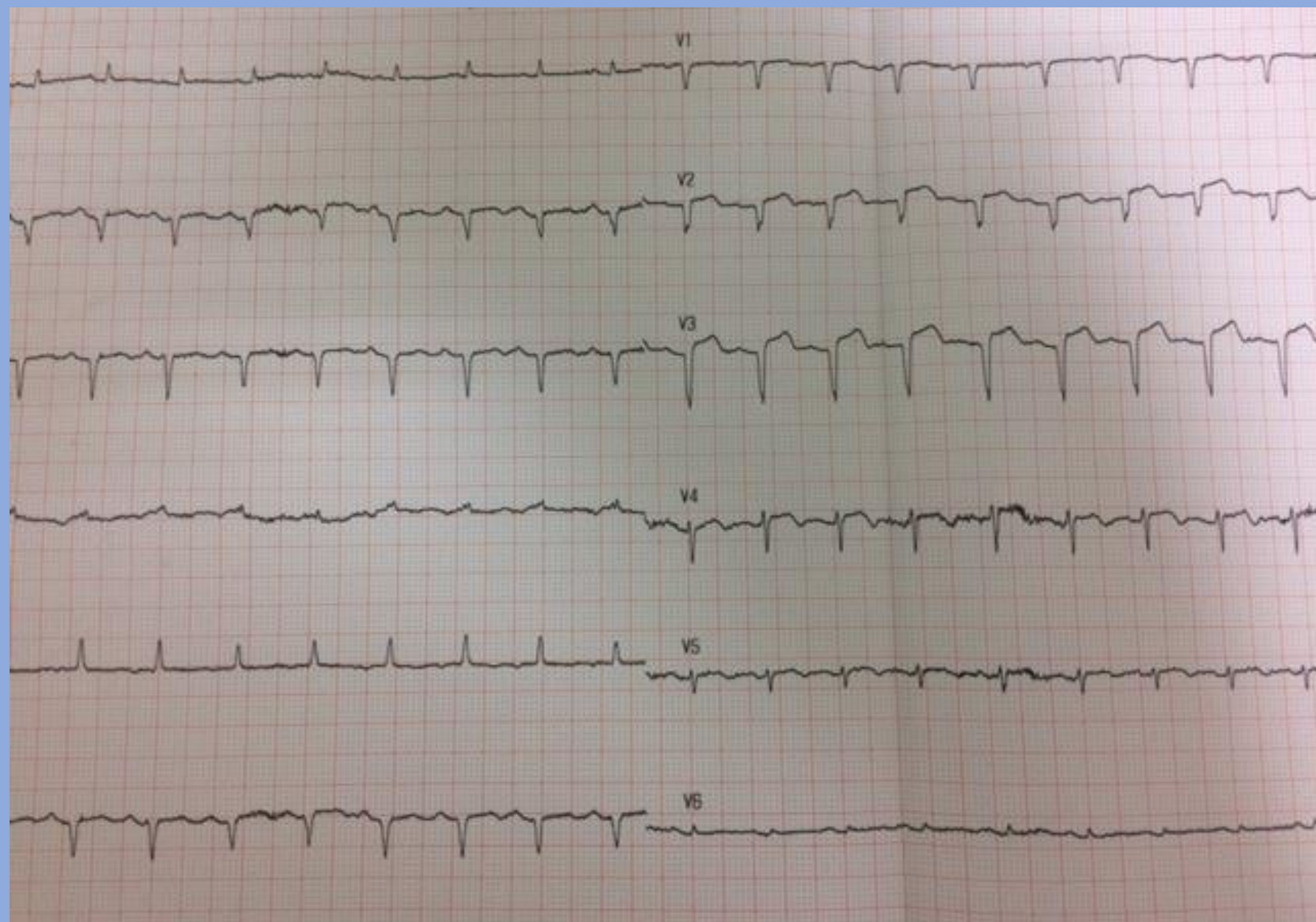
ΑΠ 110/80mmHg, σφ 110/min, SatO₂ 96%

Αντικειμενική εξέταση

διάχυτη ↓ αναπνευστικού ψιθυρίσματος (ΧΑΠ)
χωρίς σημεία καρδιακής ανεπάρκειας

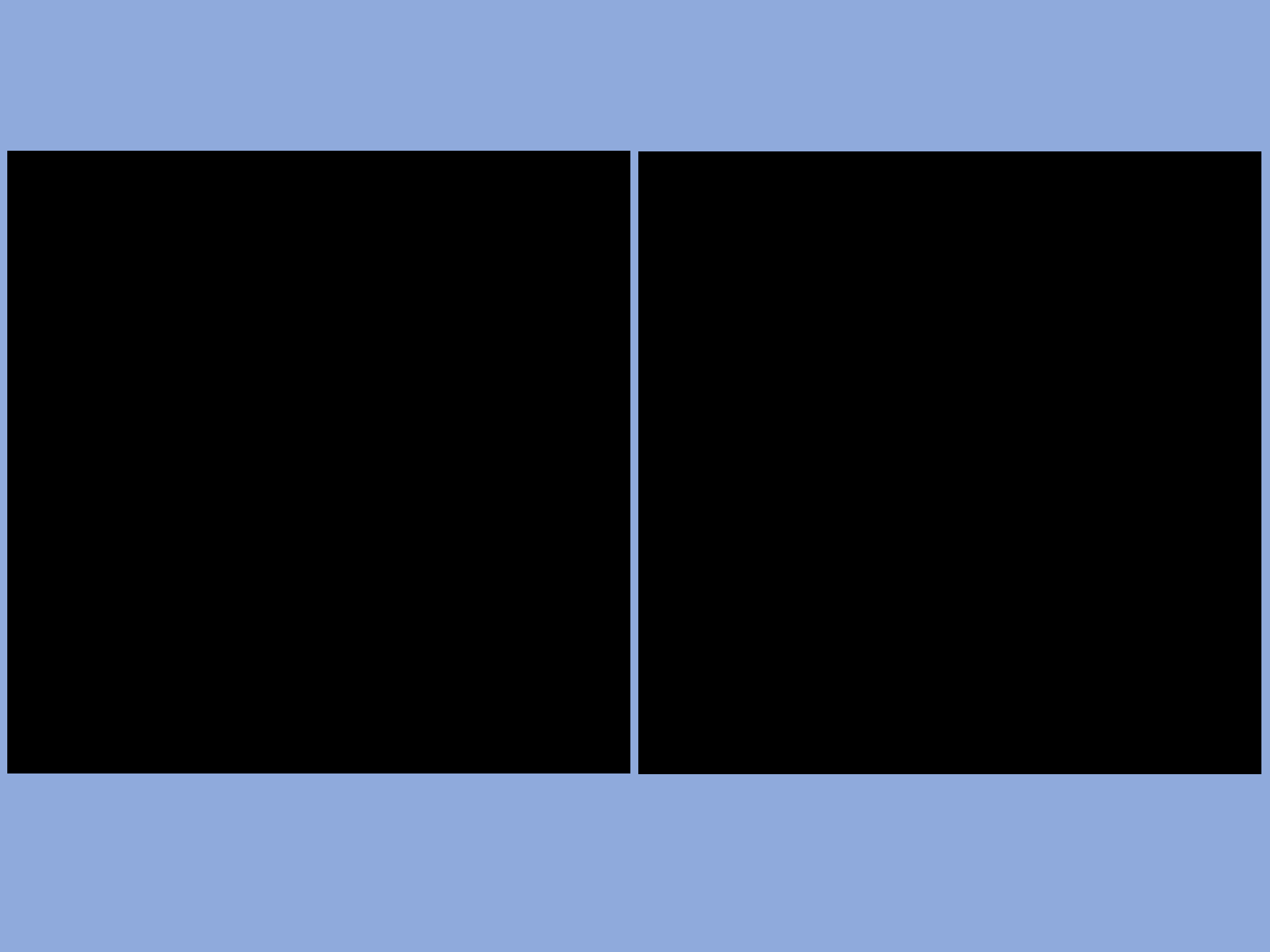
ΗΚΓ: Q II, III, aVF, V₁-V₃, ↑ST V₁-V₅

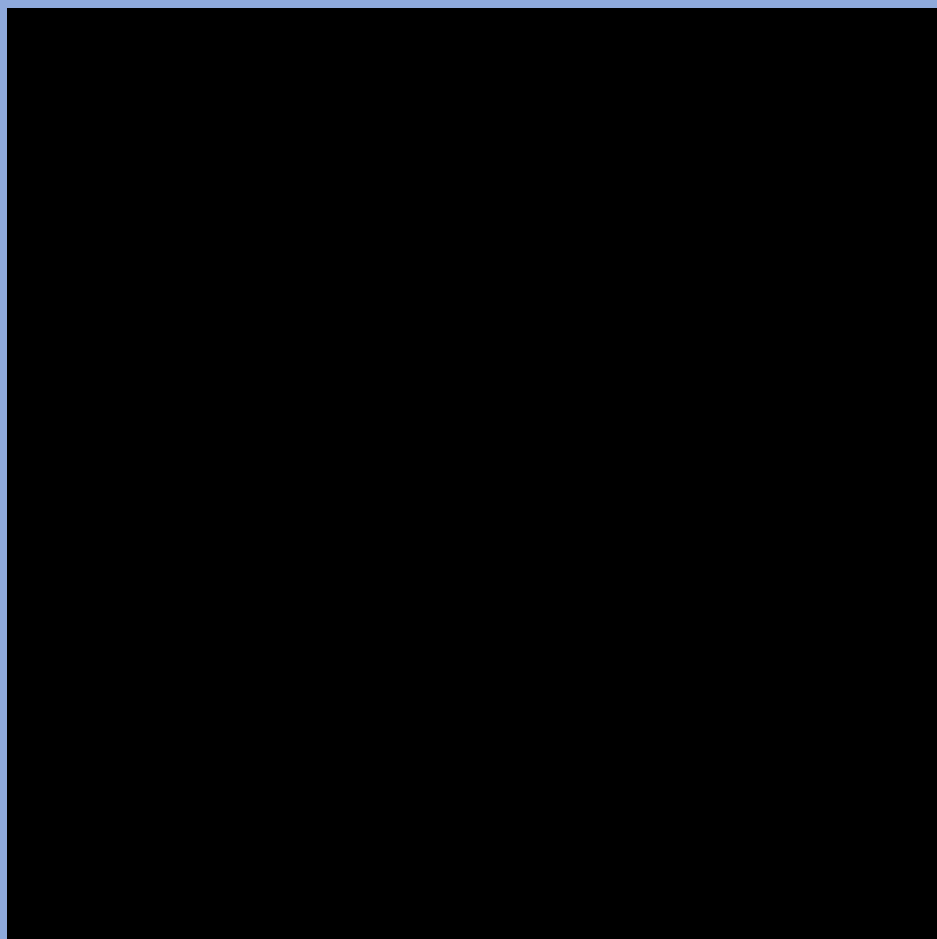
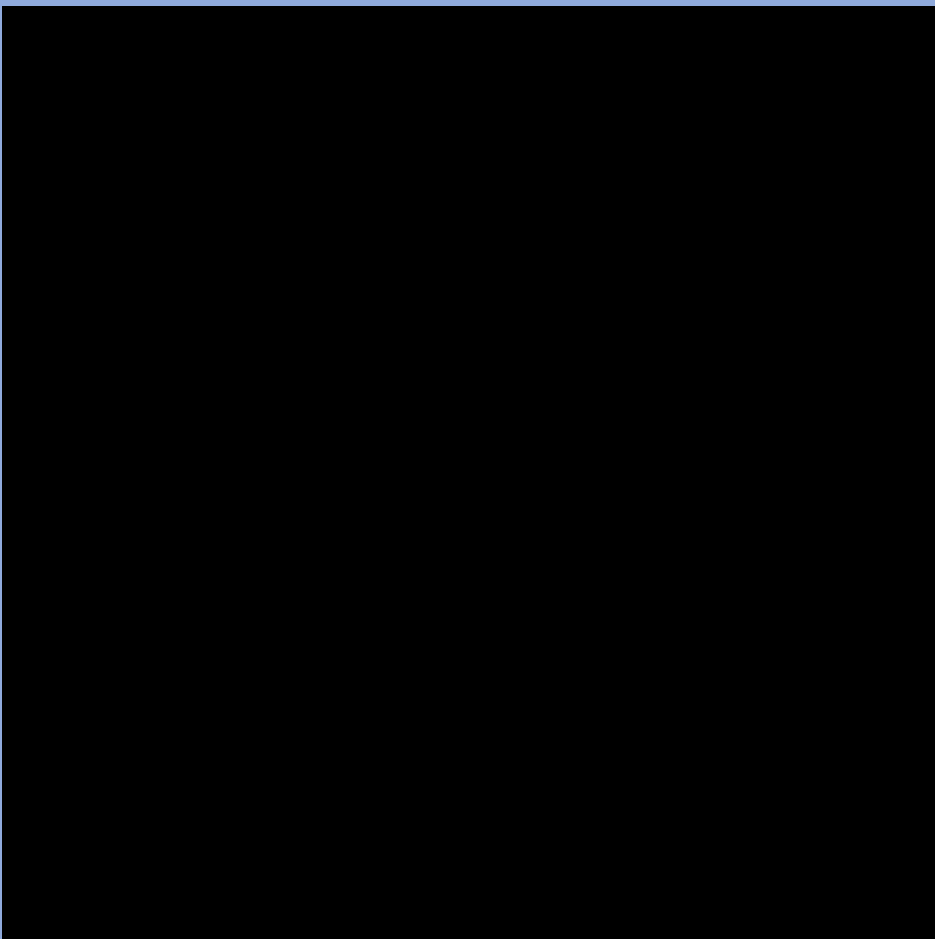
Echo: ακινησία ΜΚΔ και κορυφής, EF 30%



Εργαστηριακά

- Hb: 14.6 g/dL
- WBC: 7080/ μ L
- PTL: 179000 / μ L
- Σάκχαρο: 118 mg/dL
- HbA1c: 5.2%
- Κρεατινίνη: 0.6 mg/dL
- LDL: 93 mg/dL
- CRP: 27.6 mg/L
- TnT hs: 390 pg/mL
- NT-proBNP: 3511 pg/mL





Τι θα κάνατε σε αυτή την περίπτωση ;

A) Αριστερή κοιλιογραφία

B) Αγγειοπλαστική στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία

Γ) OCT στον πρόσθιο κατιόντα

Δ) Αρχικά συντηρητική αντιμετώπιση και περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις

Τι θα κάνατε σε αυτή την περίπτωση ;

A) Αριστερή κοιλιογραφία

B) Αγγειοπλαστική στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία

Γ) OCT στον πρόσθιο κατιόντα

Δ) Αρχικά συντηρητική αντιμετώπιση και περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις

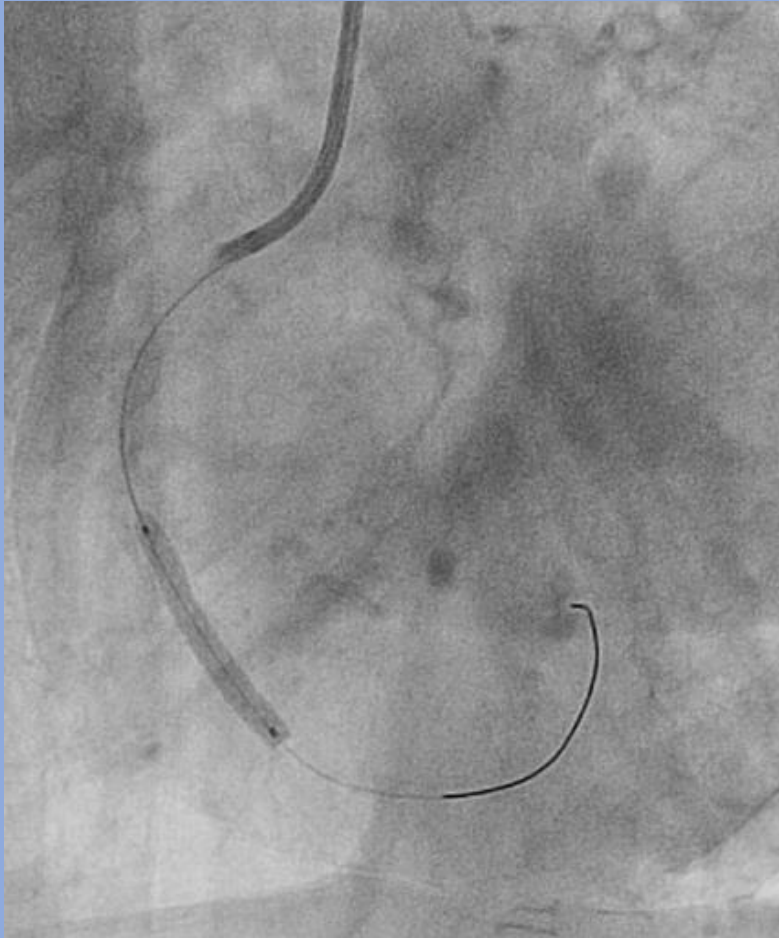
Τι θα κάνατε σε αυτή την περίπτωση ;

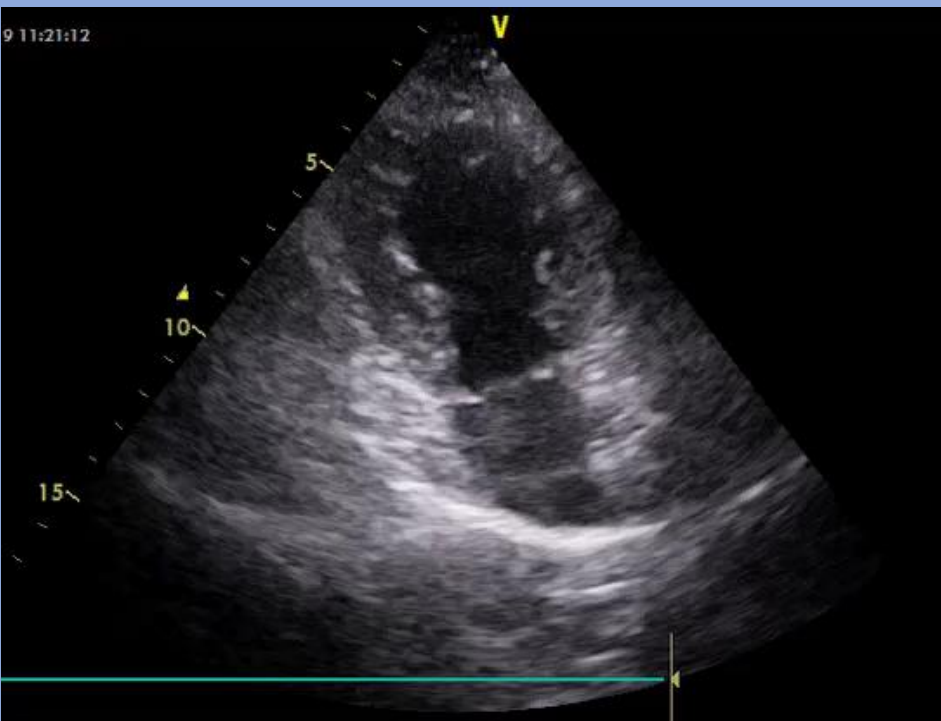
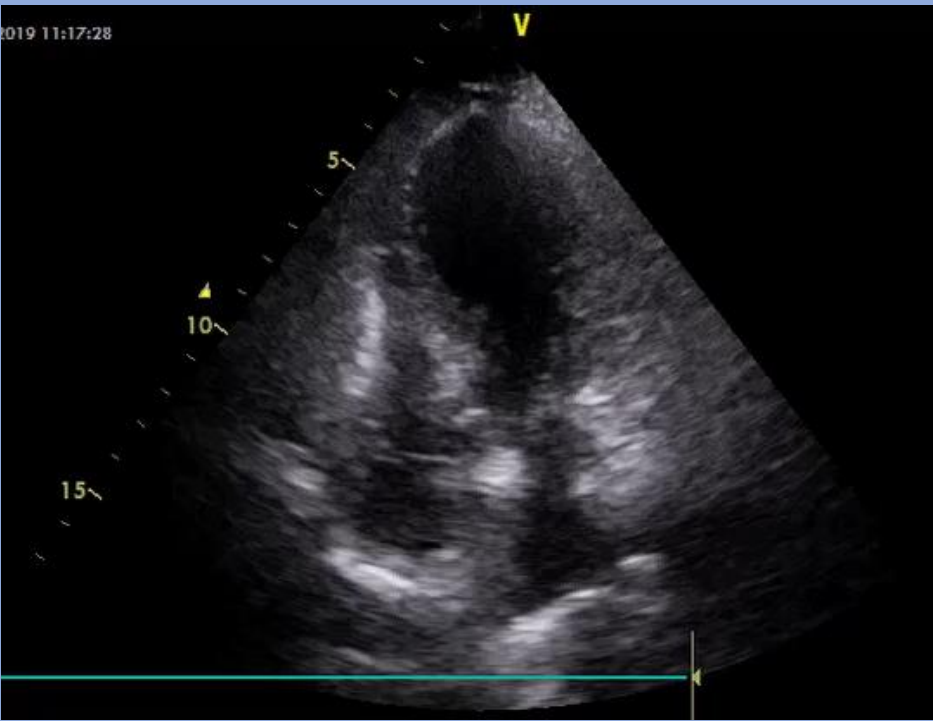
A) Αριστερή κοιλιογραφία

B) Αγγειοπλαστική στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία

Γ) OCT στον πρόσθιο κατιόντα

Δ) Αρχικά συντηρητική αντιμετώπιση και περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις





Νοσηλεία στη Μονάδα Εμφραγμάτων για 3 μέρες

Φαρμακευτική αγωγή:

Ασπιρίνη (100mgX1)

Κλοπιδογρέλη (75mgX1)

Βισοπρολόλη (5mgX1)

Λισινοπρίλη (2.5mgX1)

Ατορβαστατίνη (20mgX1)

Παντοπραζόλη (40mgX1)

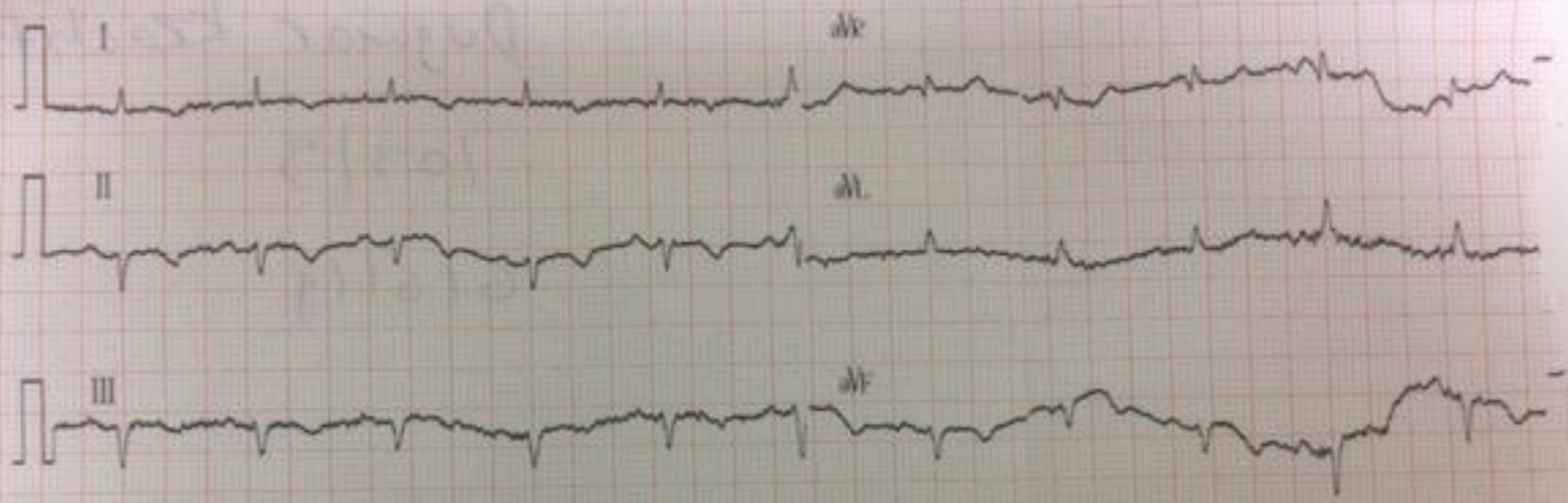
Εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά

Αιμοδυναμικά σταθερή

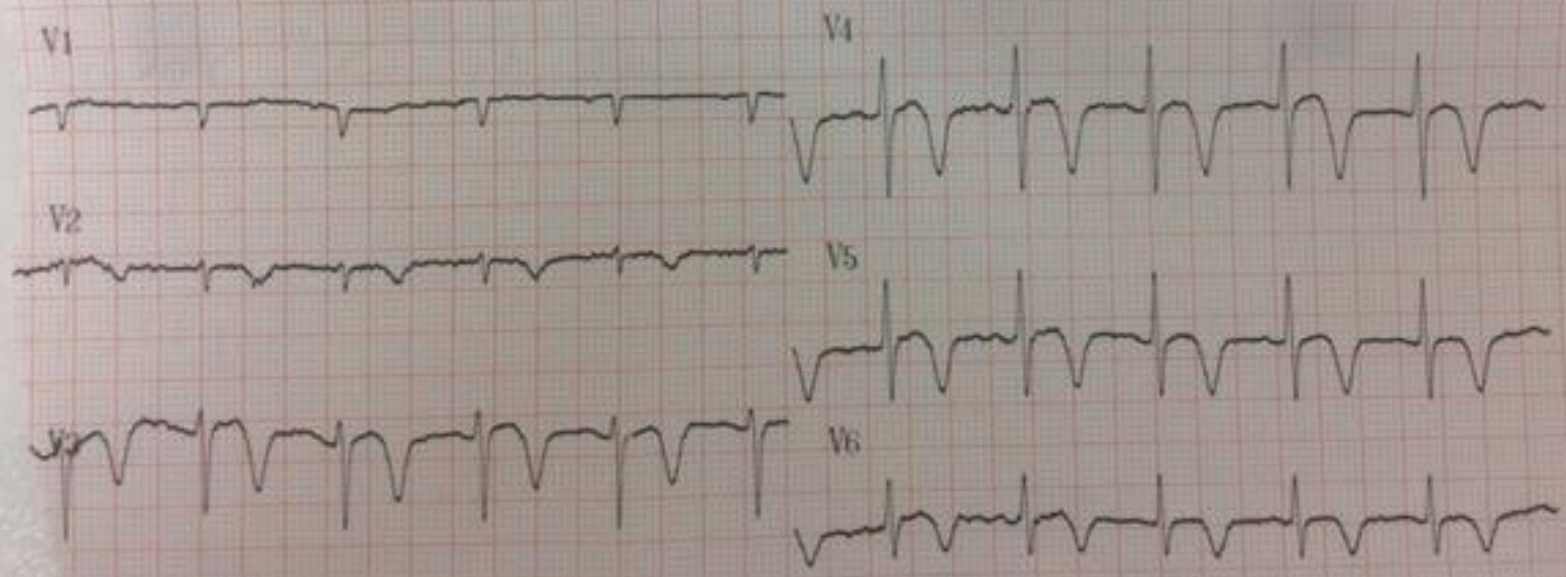
Ασυμπτωματική

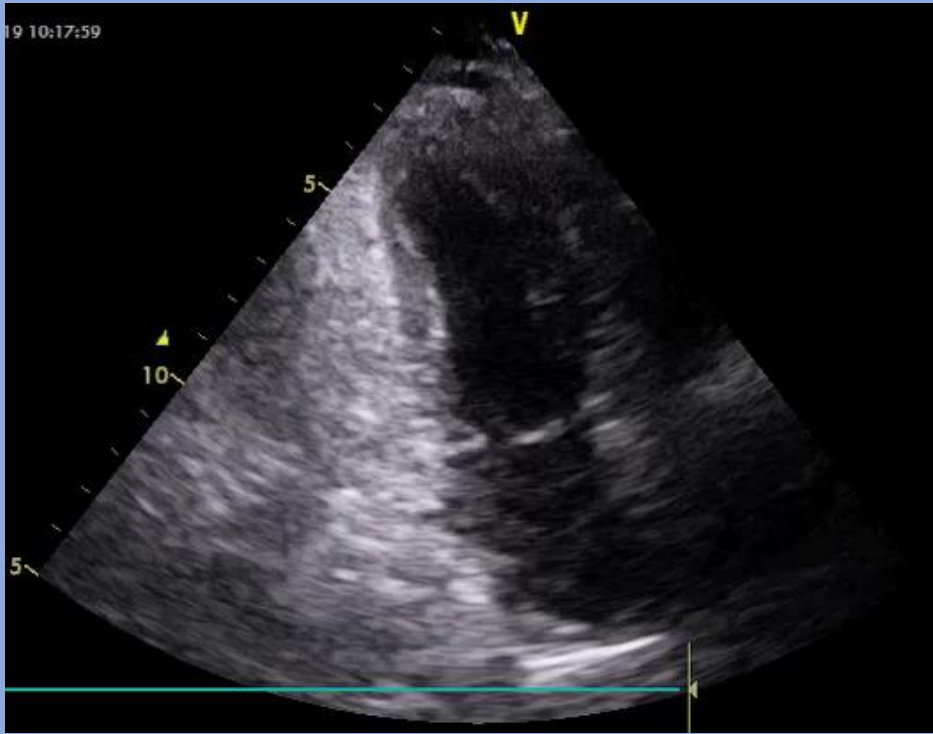
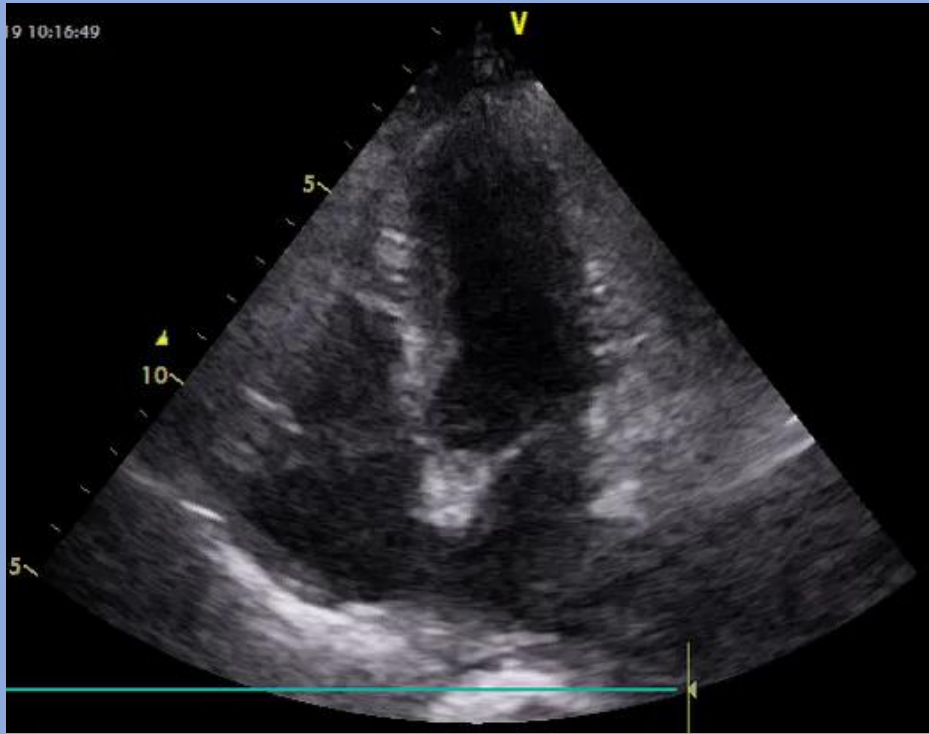
Χωρίς σημεία καρδιακής ανεπάρκειας

TnT hs: 390 → 251 → 61 pg/mL



HR: 89





Εξιτήριο από την Καρδιολογική Κλινική (συνολικά 6 μέρες νοσηλείας)

Οδηγίες εξόδου:

Διακοπή καπνίσματος

Αποφυγή έντονης δραστηριότητας για 1 μήνα

Επανεκτίμηση από καρδιολόγο σε 1 μήνα

Φαρμακευτική αγωγή :

Ασπιρίνη (100mgX1)

Κλοπιδογρέλη (75mgX1) για 12 μήνες

Βισοπρολόλη (5mgX1)

Λισινοπρίλη (2.5mgX1)

Ατορβαστατίνη (20mgX1)

Παντοπραζόλη (40mgX1) για 1 μήνα

Εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά

Ποια είναι η τελική διάγνωση ;

A) Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ένοχη βλάβη RCA) με απόπληκτο μυοκάρδιο

B) Σπασμός ή διάβρωση πλάκας στον LAD με απόπληκτο μυοκάρδιο και συνυπάρχουσα σταθερή νόσος στην RCA

Γ) Μυοκαρδιοπάθεια εκ stress (Takotsubo) και συνυπάρχουσα σταθερή νόσος στην RCA

Δ) Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ένοχη βλάβη RCA) που πυροδότησε μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo

Ποια είναι η τελική διάγνωση ;

A) Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ένοχη βλάβη RCA) με απόπληκτο μυοκάρδιο

B) Σπασμός ή διάβρωση πλάκας στον LAD με απόπληκτο μυοκάρδιο και συνυπάρχουσα σταθερή νόσος στην RCA

Γ) Μυοκαρδιοπάθεια εκ stress (Takotsubo) και συνυπάρχουσα σταθερή νόσος στην RCA

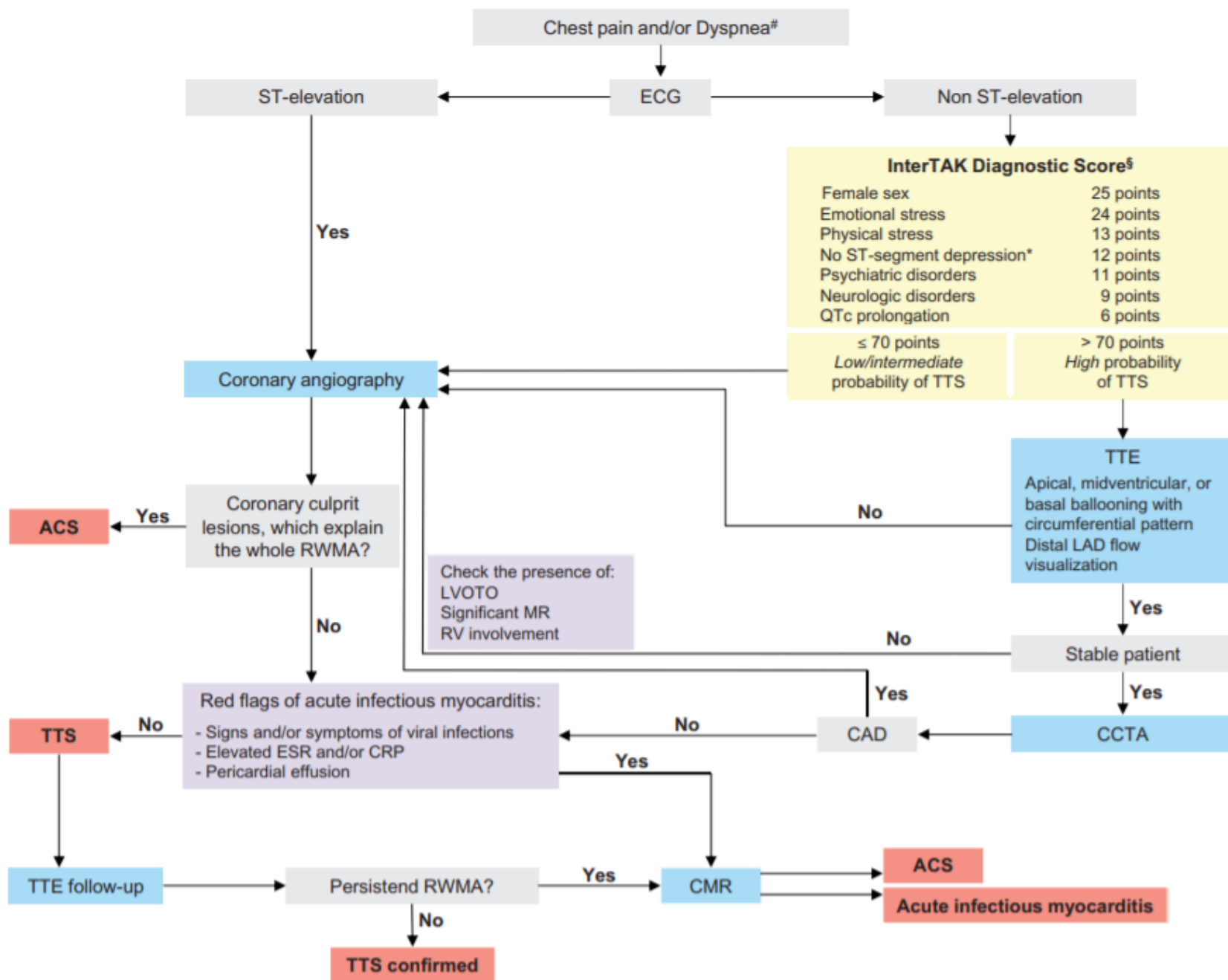
Δ) Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ένοχη βλάβη RCA) που πυροδότησε μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo

Table I International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria)

1. Patients show transient^a left ventricular dysfunction (hypokinesia, akinesia, or dyskinesia) presenting as apical ballooning or midventricular, basal, or focal wall motion abnormalities. Right ventricular involvement can be present. Besides these regional wall motion patterns, transitions between all types can exist. The regional wall motion abnormality usually extends beyond a single epicardial vascular distribution; however, rare cases can exist where the regional wall motion abnormality is present in the subtended myocardial territory of a single coronary artery (focal TTS).^b
2. An emotional, physical, or combined trigger can precede the takotsubo syndrome event, but this is not obligatory.
3. Neurologic disorders (e.g. subarachnoid haemorrhage, stroke/transient ischaemic attack, or seizures) as well as pheochromocytoma may serve as triggers for takotsubo syndrome.
4. New ECG abnormalities are present (ST-segment elevation, ST-segment depression, T-wave inversion, and QTc prolongation); however, rare cases exist without any ECG changes.
5. Levels of cardiac biomarkers (troponin and creatine kinase) are moderately elevated in most cases; significant elevation of brain natriuretic peptide is common.
6. Significant coronary artery disease is not a contradiction in takotsubo syndrome.
7. Patients have no evidence of infectious myocarditis.^b
8. Postmenopausal women are predominantly affected.

^aWall motion abnormalities may remain for a prolonged period of time or documentation of recovery may not be possible. For example, death before evidence of recovery is captured.

^bCardiac magnetic resonance imaging is recommended to exclude infectious myocarditis and diagnosis confirmation of takotsubo syndrome.



^{123}I -MIBG SPECT (σε συνδυασμό με perfusion SPECT)

Μειωμένη πρόσληψη ^{123}I -MIBG στις δυσλειτουργούσες περιοχές (σε συνδυασμό με φυσιολογική άρδευση)

Cardiac MRI

Οίδημα και απουσία ίνωσης στις δυσλειτουργούσες περιοχές

Acute Heart Failure Treatment

Mild TTS w/o signs of HF*

Cardiology unit with telemetry monitoring for at least 48 hrs

Consider:

- ACE inhibitor or ARB
- Beta-blocker

*Avoid:

- Inotropes as:
- Adrenaline
 - Noradrenaline
 - Dobutamine
 - Milrinone
 - Isoproterenol

Heart Failure/Pulmonary Edema*

Intermediate Care Unit (preferentially)

Consider:

- ACE inhibitor or ARB
- Beta-blocker
- Diuretics (if no LVOTO)
- Nitroglycerin (if no LVOTO)

Hypotension/Cardiogenic Shock*

Intensive Care Unit (preferentially)

LVOTO

Consider:

- IV fluid (if no HF)
- Short acting Beta-blocker
- LVAD (Impella)

Avoid:

- Diuretics
- Nitroglycerin
- IABP

Primary pump failure

Consider:

- Levosimendan
- LVAD (Impella)
- VA-ECMO

Treatment of Complications

Arrhythmias

(e.g. VT, VF, Torsades de pointes, AV-Block, Long QTc)

Consider:

- Beta-blocker
- Temporary RV pacing if AV block
- Life Vest

Avoid:

- QT interval prolongating drugs
- Beta-blockade in bradycardia and QTc >500 ms
- Permanent devices

Thrombo- &/or Embolism

(e.g. LV-thrombus, Embolization)

- Heparin/Vit.-K Antagonists/NOAC (until first follow-up)

Consider anticoagulation:

- if LVEF ≤30% &/or a large LVD involving the apex is present

Treatment after Discharge

Three months or until RWMA recovery

Consider:

- ACE inhibitor or ARB

Treatment of other underlying disorders, e.g.

Coronary artery disease:

- Aspirin
- Statin

Depression/Anxiety:

- Combined psycho-cardial rehabilitation

Recurrence Prevention

Consider:

- Hormone replacement
- ACE inhibitor or ARB

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

- ✓ Ο βίος βραχύς, η δε τέχνη μακρή, ο δε καιρός οξύς, η δε πείρα σφαλερή, η δε κρίσις χαλεπή
- ✓ Ωφελέειν, ή μη βλάπτειν