

İskemik Semptomlara Neden Olan Kas Bandı

Myocardial Bridge Causing Ischemic Symptoms

Gürkan ACAR¹, Mehmet ÇELEBİ², Hüseyin NACAR², İmran CEREN², Kemal GÖÇER²,

Murat AKKOYUN²

¹ Doç. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

² Arş. Gör. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

Özet

Miyokardiyal kas bandı basitçe epikardiyal koroner arterin intramural seyir gösteren kısmının sistol sırasında daralmasıdır. Kas bandı iyi seyirli olmasına rağmen, akut koroner sendrom, aritmi ve ani kardiak ölüm gibi semptomlara neden olabilir. Bu yazıda sol ön inen arterin orta kısmındaki kas bandı ile ilişkili tipik efor anginası olan bir hastayı sunduk.

Anahtar kelimeler: kas bandı, sol ön inen arter, miyokard iskemisi

Abstract

Myocardial bridging is basically the systolic narrowing of epicardial coronary arteries, due to their intramural course in myocardium. Although it is a benign entity it can cause the symptoms like acute coronary syndrome, arrhythmias and sudden cardiac death. In this paper, we report a patient with typical exertional angina associated with myocardial bridging in the middle portion of the left anterior descending coronary artery.

Key words: myocardial bridge, left anterior descending artery, myocardial ischemia

GİRİŞ

Normal koşullarda büyük koroner arterler epikardiyal seyirlidir. Büyük koroner arterlerin bazı kısımlarının intramural (miyokard içinde) ilerlemesi "kas bandı" olarak tanımlanmıştır (1). Anjiyografik olarak intramural seyirli koroner arter segmenti, diyastolde normal iken sistolde daralma şeklinde görülür (1). Miyokard kas bandı genellikle iyi seyirlidir ve herhangi bir semptom da neden olmaz. Bu olguların çoğu ile anjiyografik inceleme sırasında rastlantısal olarak karşılaşılmaktadır. Ancak sistol sırasında ileri derecede kan akımının azaldığı olgularda kas bandı ile ilişkili efor anginası, miyokard enfarktüsü, aritmi ve hatta ani ölüm görülebilir (1-4). Bu yazıda iskemik semptomlara, özellikle efor anginasına neden olan, belirgin kas bandı tespit edilen bir olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU

62 yaşında erkek hasta son 6 aydır hissettiği eforla gelen göğüs ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde aterosklerotik kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinden aile öyküsü, sigara kullanımı ve hipertansiyon vardı. Sistolik kan basıncı 140 mmHg, diyastolik kan basıncı 90 mmHg, nabız sayısı 80 atım/dakika idi. İstirahat EKG bulguları, tam kan sayımı ve temel biyokimyasal test sonuçları normal idi. Transtorasik eko-kardiyografik incelemede diyastolik fonksiyon bozukluğu dışında patoloji tespit edilmedi. Hastaya Bruce protokölüne göre egzersiz stres testi yapıldı. Testin 5. dakikasında lateral ve inferiyor derivasyonlarda 2 mm ST segmenti çökmesi meydana geldi, beraberinde retrosternal bölgede yanıcı vasıfta göğüs ağrısı tanımlayan hastaya koroner anjiyografi yapılması planlandı. Koroner anjiyografide sağ koroner arter ve sol sirkumfleks arter normal idi. Sol ön inen arterin orta bölgesinde kas bandı ile uyumlu görünüm (koroner arter diyastolde tamamen normal iken sistolde neredeyse tam olarak tıkalı) izlendi (Resim 1A ve B). Hastaya hem antihipertansif amaçla hem de kas bandının neden olduğu

sistolik basıncı azaltmak amacıyla beta blokör (metoprolol 50 mg/gün) ve kalsiyum kanal blokörü (amlodipin 10 mg/gün) tedavisi önerildi. Tedavinin 8. haftasında hastanın semptomatik durumu sorgulandığında yakınmalarında azalma olmadığı tespit edildi. Bu yüzden cerrahi miyotomi önerildi, fakat hasta bu tedavi seçeneğini reddetti.

TARTIŞMA

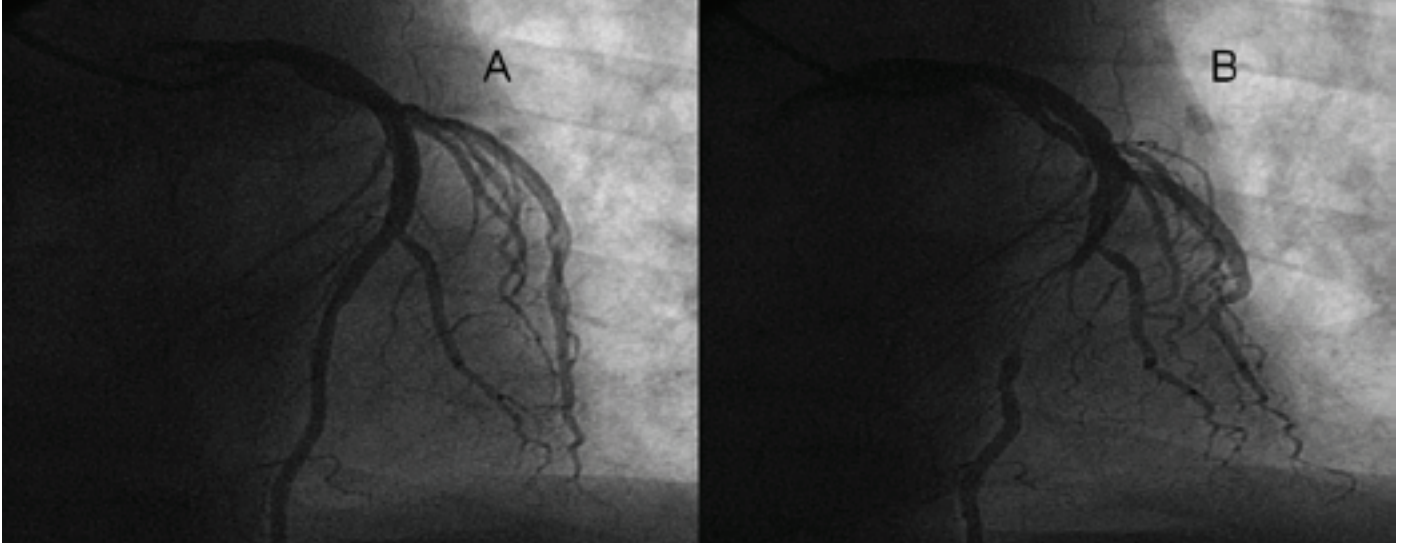
Kas bandı, miyokard iskemisinin ateroskleroz dışı nedenlerinden birisidir. Kas bandı sıklığı anjiyografik serilerde %0.5-5 arasındadır (2, 3). Ancak göğüs ağrısı yakınması nedeniyle ardışık çok kesitli bilgisayarlı tomografi ile görüntüleme yapılan hastalar arasında kas bandı sıklığının %35 olduğu bildirilmiştir (4). Kas bandına en çok sol ön inen arterde rastlanmaktadır (2-4). Daha az sıklıkla sağ koroner arter veya sol sirkumfleks arter yerleşimli kas bandı ile de karşılaşılmaktadır (2-4). Kas bandı olgularında intramural segmentin sistolde basıya uğraması nedeniyle distale giden koroner kan akımının azalmasına bağlı miyokard iskemisi meydana gelebilir (1). Kas bandının genel kabul görmüş tedavi şekli bulunmamaktadır. Herhangi bir semptomu neden olmayan, rastlantısal olarak tespit edilen kas bandı olgularının tedavi edilmesi önerilmez (1). Semptomatik olgularda beta blokör veya kalsiyum kanal blokörü ile farmakolojik tedavi düşünülmelidir. Bu ilaçların negatif inotropik etkileri sayesinde kas bandının neden olduğu koroner artere sistolik bası azaltılabilir, böylece iskemik semptomlarda rahatlatma sağlanabilir (5). Bu ilaçlar ile klinik iyileşme sağlanmayan olgularda cerrahi (miyotomi, koroner köprüleme) yöntemlerle tedavi edilmelidir (6). Kas bandı koroner stentleme yöntemi ile tedavi edildiğinde, restenoz oranı yüksek olduğu için uzun dönem sonuçları ile ilgili tatmin edici yeterli çalışma yoktur (7).

Sunduğumuz olguda kas bandı literatür ile uyumlu olarak sol ön inen arter yerleşimli idi. Hastamızda başlangıçta efor anginası vardı. Hastamıza öncelikle farmakolojik tedavi önerildi. Bu tedavi ile yakınmalarında hafifleme olmayınca cerrahi tedavi öneril-

İletişim: Dr. Gürkan ACAR
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Kliniği, Kahramanmaraş

Tel : 0344 280 33 88
e-posta : gurkandracar@hotmail.com
Kabul Tar: 07.05.2015

Resim 1. Sol kraniyal açıdan sol ön inen arterin orta kısmındaki kas bandının anjiyografik görünümü: Sol ön inen arterin orta segmenti diyastolde tamamen normal (A), sistolde neredeyse tama yakın bası nedeniyle koroner kan akımı engellenmiş (B).



di. Ancak hasta bu tedavi seçeneğini kabul etmedi. Sonuç olarak, kas bandı nadir rastlanan koroner anormalliklerden birisidir. Sunduğumuz olguda olduğu gibi bazen miyokard iskemisine neden olabilir. Böyle durumlarda öncelikle farmakolojik tedavi denenmeli, semptomlarda hafifleme olmazsa cerrahi veya perkütan tedavi seçenekleri düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Angelini P, Trivellato M, Donis J, Leachman RD. Myocardial bridges: a review. *Prog Cardiovasc Dis* 1983; 26: 75–88.
2. Mohlenkamp S, Hort W, Ge J, Erbel R. Update on myocardial bridging. *Circulation* 2002; 106: 2616–22.
3. Soran O, Pamir G, Erol C, Kocakavak C, Sabah I. The incidence and significance of myocardial bridge in a prospectively defined population of patients undergoing coronary angiography for chest pain. *Tokai J Exp Clin Med* 2000; 25: 57–60.
4. Rubinshtein R1, Gaspar T, Lewis BS, Prasad A, Peled N, Halon DA. Long-term prognosis and outcome in patients with a chest pain syndrome and myocardial bridging: a 64-slice coronary computed tomography angiography study. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging* 2013; 14: 579–85
5. Vernuccio F, Fazio G, Lo Re G, Grutta G, Insalaco A, Galfano MC, et al. Diagnosis, prognosis and treatment of “myocardial bridging”: state of the art and unresolved issues *Recenti Prog Med* 2013; 104: 493–7.
6. Bockeria LA1, Sukhanov SG, Orekhova EN, Shatakhyan MP, Korotayev DA, Sternik L. Results of coronary artery bypass grafting in myocardial bridging of left anterior descending artery. *J Card Surg* 2013; 28: 218–21.
7. Lee CH, Kim U, Park JS, Kim YJ. Impact of myocardial bridging on the long-term clinical outcomes of patients with left anterior descending coronary artery disease treated with a drug-eluting stent. *Heart Lung Circ* 2014; 23: 758–63.