

■ S-227 ■

만성 신부전 환자에서 관상동맥의 좌전하동맥 내 삽입된 Zotarolimus 방출 스텐트 골절의 예

고려의대 구로병원

*차인혜, 임상엽, 김용현, 안정천, 송우혁

서론: 약물방출 스텐트는 혈관 내막 신생을 억제함으로써 스텐트 내 재협착을 현저히 감소시켰으나 최근 스텐트 골절이 그 합병증으로 생각되고 있다. 대부분의 스텐트 골절은 우관상동맥 내 Sirolimus 방출 스텐트 삽입과 연관되며, 좌전하동맥이나 좌회선동맥 내 Paclitaxel 또는 Zotarolimus 방출 스텐트 삽입과 관련된 예는 극히 드물다. 우리는 혈액투석 환자에서 좌전하동맥 내 Zotarolimus 방출 스텐트를 삽입한 후 스텐트 골절을 경험하였기에 보고하는 바이다. **증례:** 44세 남성이 노작성 흉통을 주소로 입원하였다. 8년 전 당뇨와 만성 신부전을 진단받았고 3년 전부터 혈액투석을 하고 있었다. 심전도상 ST 분절 변화는 없었다. 심혈관 조영술 결과 좌전하동맥에 심한 석회화된 편심협착 소견을 보여 Zotarolimus 방출 스텐트를 삽입하였으며, 좋은 결과를 보였다. 8개월 후 투석 중 흉통이 새로 발생하여 심혈관 조영술을 시행한 결과, 지난 번 삽입한 스텐트의 중간 부위에 경도의 스텐트 내 협착 소견을 보였다. 투시검사상 스텐트 골절을 의미하는 공간이 관찰되었으며, 혈관 내 초음파상 스텐트 골절에 합당한 소견인 스텐트 지주 부재 소견을 보였다. 스텐트 내 스텐트 삽입술을 결정하고 골절 부위에 매우 낮은 압력 하에 Paclitaxel 방출 스텐트를 삽입하였다. 최종 심혈관 조영술에서 좋은 결과를 보였으며, 혈관 내 초음파 결과 스텐트 지주 단절은 보이지 않았다. 환자는 항혈소판제를 복용하며 현재 9개월간 특별한 증상 없는 상태이다. **고찰:** 스텐트 골절은 드물지만 약물방출 스텐트 삽입 후 발생하는 스텐트 혈전증, 재시술과 심근경색의 중요한 원인으로 생각된다. 우관상동맥의 길고 극도로 각지고 석회화된 병변을 높은 압력으로 확장시키고, Sirolimus 방출 스텐트 삽입하였을 때 위험도가 증가한다. Sirolimus 방출 스텐트의 closed cell design은 변형이 더 적어 관상동맥의 움직임에 따른 물리적인 부담이 증가하므로 약한 지점을 만들어 스텐트 골절이 발생하게 된다. 이전에도 극히 드물게 Paclitaxel 또는 Zotarolimus 방출 스텐트 삽입 후 스텐트 골절이 보고된 바 있으나, 혈액투석 환자에서 좌전하동맥에서의 발생은 보고된 바가 없다. 스텐트 골절 부위 재관류화에 대해서는 결과가 좋지 않고, 스텐트 골절의 재발 가능성이 있어 아직 논쟁의 여지가 있으나, 이 증례의 경우 환자가 흉통을 호소하였고 스텐트 색전하나 국소적인 동맥류 형성의 위험성 때문에 재관류화를 시행하였다. 현재 임상 자료가 많지 않아 스텐트 골절의 정확한 기전을 알기 위해서 골절 후 장기간의 치료에 대한 대규모 연구가 필요할 것으로 생각된다.

■ S-228 ■

A rare case of Aortic valve myxoma; easy to be confused with papillary fibroelastoma

Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, Inje University, Paik Hospital, Ilsan, Korea

*Hyung Yoon Kim, MD, Sung Wook Kwon, MD, Woo Ik Chang, MD, Han Sung Kim, MD, Jin Sook Kim, MD, Han Sang Lee, MD

Introduction: Primary tumors of the heart are rare with the incidence estimated at 0.021%. Cardiac myxoma is most common among primary cardiac tumors. Myxomas usually develop on the interatrial septum and occur in the left atrium in more than 75% of patients and in the right atrium in only 15-20% of patients. Myxomas rarely develop on other sites within cardiac cavities such as ventricles and exceptionally may develop on a cardiac valve. Cardiac myxoma can present with mechanical obstruction of blood flow, embolic phenomenon, and arrhythmia. Surgical excision is usually curative. We report a rare case with the Cardiac myxoma of the aortic valve presenting as atrial fibrillation. **Case:** A 72-year-old man was referred to our cardiovascular center with history of Hypertension for 5 years and two-month history of worsening dyspnea on exertion. His electrocardiogram revealed new-onset atrial fibrillation. A chest X-ray showed stable chest without new lesion. A subsequent transthoracic echocardiographic (TTE) findings revealed an echogenic mass, 1.04×0.87cm, that was originated from the left ventricle side of left coronary cusp of the aortic valve. A chest 3D CT with contrast enhancement showed a small nodular lesion around aortic valve. The mass was surgically removed and the tumor was histologically diagnosed with myxoma. The patient's postoperative course was uncomplicated. This patient was discharged home in normal sinus rhythm, 11 days after surgery.