

불안정 협심증을 유발한 좌주 관상 동맥의 심근교에 대하여 스텐트 삽입으로 치료한 1예

광주기독병원 순환기 내과

*이승형, 강동구, 이승욱, 조상기

심근교는 심장 외막에 위치한 관상 동맥의 일부분이 심근 안쪽으로 진행되는 경우로 증상을 유발하지 않는 경우가 많으나 흉분에 의한 수축 기에는 심근의 관상 동맥 압박으로 심근 관류의 장애를 유발하여 심근허혈, 심근경색, 부정맥 및 급사 등의 심각한 심장질환을 유발할 수 있어서 임상적 중요성이 강조되고 있는 실정이다. 심근교는 주로 좌전하행지 관상 동맥에 위치하는 것으로 알려져 있으며 좌주 관상 동맥에 위치하는 경우는 극히 드문 것으로 보고 되고 있다. 본원에서는 불안정 협심증 환자에서 관상 동맥 조영술을 시행 좌주 관상 동맥의 심근교를 발견 스텐트 삽입술로 치료한 예를 경험하고 국내에 보고되지 않은 드문 증례로 생각되어 보고하는 바이다. 45세 당뇨, 고혈압 있는 환자로 과거 심근경색(NSTEMI)으로 관상 동맥 조영술 시행하여 좌회선지 말단부, 우관상동맥 말단부, 좌전하행지 근위부 관상 동맥에 스텐트 삽입 시술하고 경과 위한 관상 동맥 조영술상 스텐트 내 재협착 보여 관상 동맥 확장술 시행 후 약물 치료 중 지속되는 가슴 불편함을 주소로 내원하였다. 관상 동맥 조영술 시행하였고 좌주 관상 동맥의 수축기시 75%의 혈관 협착이 보이는 심근교 관찰되어, 지속되는 증상과 약물 치료에도 호전 없었기에 스텐트 삽입술 시행하였다. 시술 후 증상 호전되어 약물 치료하기로 하고 퇴원하였으며 경과 관찰 위한 관상 동맥 조영술상 좌주 관상 동맥의 스텐트 잘 유지되어 있었다. 본원에서는 좌주 관상 동맥에 위치한 심근교는 극히 드문 경우로 과거 심근 경색으로 관상 동맥 조영하 스텐트 삽입술 시술 후, 지속되는 가슴 불편함에 대해 관상 동맥 조영술 시행 좌주 관상 동맥의 심근교를 발견하고 이에 대해 스텐트 삽입술로 치료한 예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

A Case of Stress Induced Cardiomyopathy associated with Subarachnoid Hemorrhage presenting as Acute Myocardial Infarction

Department of Internal Medicine, Inje University College of Medicine, Busan Paik Hospital, Busan, Korea

*Min-Jeong Seok, M.D., Jae-Sik Jang, M.D., Dong-Soo Kim, M.D., Dae-Kyeong Kim, M.D., Tae-Hyun Yang, M.D., Han-Young Jin, M.D., Jeong-Sook Seo, M.D., Jong-Won Yu, M.D., Na-Young Park, M.D.

Background: Stress-induced cardiomyopathy, known as takotsubo cardiomyopathy, may mimic acute myocardial infarction (AMI) but there is no evidence of obstructive disease at coronary angiography (CAG). Catecholamines probably play a role in this syndrome. Subarachnoid hemorrhage (SAH) is known to be associated with this syndrome, related in part to an elevation in levels of circulating catecholamines. **Case presentation:** A 49-year-old woman was transferred to our emergency department. Her chief complaint was severe chest pain and headache. An initial electrocardiogram (ECG) showed ST elevation in lateral lead and ST depression in inferior lead. Initial creatine kinase-myocardial band (CK-MB) isoenzyme /Troponin I were 5.1 ng/ml/ 0.201 ng/ml and after 3 hours later, CK-MB/Troponin I were elevated up to 20.6/2.68 ng/ml. Transthoracic echocardiography demonstrated akinesia of mild left ventricle (LV) and LV apex with moderate LV dysfunction. Under the impression of AMI, we performed CAG. CAG showed normal coronary arteries. This excluded coronary artery disease as the cause of the patient's presentation, thus confirming the diagnosis of stress-induced cardiomyopathy. The patient's initial complaint of headache finally prompted a computed tomography (CT) scan of brain. Brain CT showed SAH in suprasellar and ambient cistern. Right vertebral artery angiogram demonstrated a 3.24×2.27 mm sized aneurysmal sac in top portion of basal skull. We embolized the aneurysmal sac with coil. After 2 weeks, the LV systolic function was normalized and the ECG showed resolution of ST elevation in lateral leads. The patient did not develop any cardiologic abnormalities and recovered without neurologic sequelae. **Discussion:** The etiology of LV dysfunction in both SAH and takotsubo cardiomyopathy is similar. This case highlights the fact that physicians should be aware of cardiac involvement induced by SAH. Association of ECG changes, elevations of serum cardiac and LV dysfunction may mislead to an erroneous diagnosis of myocardial ischemia with significant delay in the diagnosis of SAH. We report a rare case of takotsubo cardiomyopathy precipitated by acute SAH, of which the clinical characteristics presented as AMI.