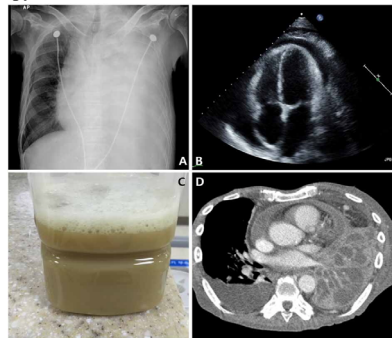


Purulent pericarditis with cardiac tamponade accompanying non-small cell lung cancer

전북대학교 병원

*이수진, 정래영

Introduction: Purulent pericarditis has a high mortality rate of 40% despite treatment, usually due to cardiac tamponade as a complication. It is often difficult to recognize, especially since it is now rare in developed countries: the incidence is reported to be less than 1%. Purulent pericarditis occurs almost exclusively as a secondary infection in patients with serious underlying disease, including patients with AIDS and those undergoing hemodialysis, thoracic surgery, and chemotherapy. We present a unique case of a patient with non-small cell lung cancer who presented with a purulent pericardial effusion with cardiac tamponade. **Case presentation:** A 69-year-old male was transferred to the emergency room with chief complaint of low blood pressure and general weakness begin 1 weeks ago. The patient had no recent history of surgery or trauma. Vital sign was BP 90/60 mmHg, heart rate 125/min, body temperature 36 °C. Laboratory finding are leukocytosis (30,500/ul) and electrocardiography showed low QRS voltage. Since cardiomegaly was seen in chest X-ray (Figure 1-A), we checked echocardiography and it demonstrated large amount of pericardial effusion and coagulum with hemodynamic significance (Figure 1-B). The patient received emergent pericardiocentesis immediately and purulent pericardial fluid was aspirated (Figure 1-C). About 200 ml pus-like pericardial effusion was drained via pigtail tube. The pericardial fluid showed leukocytosis (>100,000/ul) with neutrophil dominant pattern, protein was 4.2g/dl and glucose was 5mg/dl. After pericardiocentesis, vital sign and symptoms were stable. Computed tomography revealed huge lung mass in left lung with pericardial and bronchial invasion (Figure 1-D). Bronchoscopic biopsy was performed and squamous cell carcinoma was confirmed. Since a bacterial focus was not clear after procedure, we started empirical antibiotic treatment with Tazobactam-Piperacillin hydrate after having fluid cultures. Purulent effusion drainage was decreased and the pig tail catheter was removed after 5days. The patient had recovery well after complete course of three weeks antibiotic therapy and underwent to chemotherapy.



경피경관공팔동맥확장술로 치료한 양측성공팔동맥협착증에 의한 이차성고혈압과 급성신부전증 1례

인제대학교 해운대백병원 심장내과

*구예영, 이진호, 정용환, 하예진, 김동기

공팔동맥 협착증은 이차성 고혈압과 신기능 손상의 교정 가능한 원인 중 하나로 대부분 동맥경화에 의해 발생한다. 중재적 공팔동맥 시술로써 치료하는 경우가 늘고 있지만 극적인 혈압조절과 신기능 개선을 보고한 예는 많지 않다. 이에 조절되지 않는 고혈압이 있는 59세 남자 환자에서 양측성 공팔동맥 협착증에 대해 중재 시술을 통한 즉각적인 혈압조절과 신기능의 회복을 경험하였기에 이를 보고하는 바이다. 59세 남자가 30분 전 발생한 호흡곤란으로 방문하였다. 2년 전 급성심근경색증으로 관상동맥 스텐트 삽입술을 시행 받았으며 고혈압과 만성콩팥병이 있었다. 3주 전 베타 차단제, 안지오텐신 수용체 차단제, 칼슘통로차단제, 이뇨제를 최대량하였으나 혈압이 190/110mmHg로 조절되지 않았다. 혈청 크레아티닌은 기존 1.2mg/dL에서 2.4mg/dL로, proBNP는 정상 상한치의 35배로 증가되어 있었다. 흉부 X-선 검사에서 심비대와 폐부종이 있었다. 심전도는 큰 이상소견 없었고 심초음파 검사는 좌심실구혈률이 38%로 이전과 차이가 없었으며 관상동맥 조영술은 1년 전과 동일한 소견을 보였다. 최대 용량의 경구 및정맥주사를 통한 항고혈압제 투여에도 혈압 조절이 되지 않았고, 공팔동맥성 고혈압 감별을 위해 시행 한 도플러 초음파에서 좌측 공팔동맥 협착과 우측 공팔동맥 폐쇄가 확인되었다. 좌측 공팔동맥 협착 병변에만 풍선확장술 및 스텐트 삽입술을 시행하였고 우측 공팔동맥은 만성 폐쇄 병변으로 시술하지 않았다. 시술 직후 혈압은 140/90mmHg로 즉각적인 감소를 보였고 이뇨제를 투여하지 않았음에도 소변량이 증가하였다. 시술 다음 날 혈청 크레아티닌은 1.5mg/dL로 감소하였고 폐부종 또한 호전되어 경구 항고혈압제는 절반으로 감량할 수 있었다. 심한 신동맥 협착증은 조절되지 않는 고혈압과 신기능 악화의 가역적인 원인이 될 수 있으며 중재적 공팔동맥 시술로 비교적 쉽게 치료할 수 있다. 본 중례에서는 단일 신동맥만 치료했음에도 불구하고 극적인 신기능 회복과 혈압이 조절되는 것을 확인할 수 있었다. 따라서 조절되지 않는 고혈압으로 내원한 환자에서 급성 신부전이 동반될 때는 신동맥 협착증에 대한 보다 적극적인 평가 및 치료가 필요하다 하겠다.



그림 1. (A) 공팔동맥 조영술에서 좌측 공팔동맥의 심한 협착이 관찰되며 (화살표) 우측 공팔동맥은 전혀 관찰되지 않는다. (B) 경피 경관 풍선확장술 및 스텐트 삽입술 시행 후 혈류가 개선되었다.