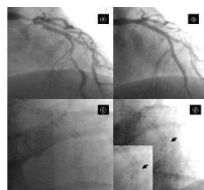


시로리무스 용출성 스텐트 삽입 14개월 후에 발견된 지연성 스텐트 골절 1예

인제대학교 대학 부속백병원 순환기내과

*박성길 · 서정숙 · 조환진 · 설상훈 · 양태현 · 김성만 · 김대경 · 김두일 · 김동수

배경 : 시로리무스 용출성 스텐트(Sirolimus-eluting stent, SES)를 성공적으로 삽입한 이후 추적 관상동맥조영술에서 스텐트 골절이 일부에서 보고되고 있는데 이의 발생시기나 임상적 경과에 대해서는 알려진 바가 없다. **중례 :** 3일전부터 심해진 운동시 흉통으로 내원한 54세 남자환자로서 심혈관계 위험인자로는 당뇨 및 흡연이 있었고, 심장초음파검사상에는 국소벽 운동장애는 관찰되지 않았다. 관상동맥조영술에서 좌관동맥주간의 분지부위 및 중간 좌전하행동맥에 심한 협착소견을 보여 좌관동맥주간의 분지부위는 각각 2.75 x 28 mm SES (좌전하행지), 2.5 x 18 mm SES (좌회선지)를 중간 좌전하행동맥은 2.5 x 28 mm SES를 삽입하였다(A). 최종 관상동맥조영술에서 스텐트는 정확히 위치한 것으로 보였고 남아있는 협착없이 TIMI 3 distal flow를 보였다(B). 환자는 특별한 증상 없이 지내다 6개월 후 시행한 추적 관상동맥조영술에서 좌전하행동맥에 국소적인 스텐트내 재협착이 관찰되어 풍선확장술로 치료하였으나 스텐트 골절은 관찰되지 않았다(C). 이후 특별한 증상없이 외래추적 관찰 중 8개월 후 시행한 추적 관상동맥조영술에서 좌전하행동맥부위에 스텐트 골절이 의심되는 부위가 보였으며 혈관내 초음파검사를 통하여 이를 확인하였다(D). 그러나, 임상 증상 및 심근 스캔검사상에서 특별한 소견이 관찰되지 않아 외래에서 추적관찰중이다. **결론 :** SES 삽입 후 6개월 추적 관상동맥조영술에서 관찰되지 않았던 스텐트 골절이 14개월 추적검사상에서 발생한 중례를 경험하여 이에 보고하는 바이다.



Left Ventricular Wall Rupture After Percutaneous Coronary Stenting Following Acute Myocardial Infarction: a case report

경상대학교 의과대학 내과학교실

임성일 · 박소라 · 강영란 · 권태정 · 최봉룡 · 박충환 · 황진웅

We report the case of a 62-year-old hypertensive women, who had left ventricular free wall rupture immediately after delayed percutaneous revascularization following acute myocardial infarction. She was admitted for 3 hour chest pain. Her electrocardiogram showed ST elevation in lead 2, 3 and aVF, and reciprocal ST depression in lead1, aVL and V1-3. Thrombolytic agent was infused immediately. Chest pain was relieved and ST elevation in inferior lead was decreased to baseline after thrombolytic therapy. We did coronary angiography on 5 day after admission and observed near total obstruction in distal right coronary artery with collateral flow from left descending artery. We decided to do percutaneous revascularization because collateral circulation was well developed and may have viable myocardium. PTCA guidewire was easily passed via obstructed lesion and ballooning with 2.5 × 20 mm size was done. The patient still complaint chest discomfort after deflation of balloon. We suspected distal embolization and started to infuse glycoprotein IIb/IIIa blocking agent(Agarastat). We also put stent the lesion. A few second later, the patients developed syncope and severe hypotension, and electrocardiogram was not changed. We confirmed passage of contrast to the distal arterial bed, but there was no extravasation of contrast to the pericardium. Echocardiography showed pericardial effusion. We did pericardiocentesis and resuscitation measures and transfer the patient to the operation room. Cardiac surgeon observed 2 cm sized free wall rupture and necrotic, infarcted muscle in inferior portion and repaired with Dacron. After cardiac surgery, the patients was hemodynamically supported by artificial assist device (T-PLS) and occurred death at 3 days after emergency operation. Considering etiology of rupture immediately after revascularization, we can not exclude the effect of acute reperfusion injury or possibility of unrecognized, aborted rupture before procedure or effect of thrombolytic and glycoprotein IIb/IIIa blocing agent on hemorrhagic transformation in infarcted myocardium. This case highlights the importance of reperfusion injury and careful examination of aborted cardiac rupture