

■ S-229 ■

삼첨판 인공판막 치환술 후 발생한 완전방실차단에 대한 관상정맥동을 이용한 DDD형 심박조율기 시술 1예

¹여수전남병원 내과, ²전남대학교병원 순환기내과

*구요한¹, 전승진¹, 안성¹, 류시현², 이기흥², 박형욱², 조정관²

65세 여자환자로서, 과거력 상 고혈압 있었고, 승모판 협착증으로 1998년 인공 승모판막 치환술을 받았으며 동기능 부전 증후군으로 1999년 AAI형 영구 심박조율기를 삽입하였다. 환자는 5년 전부터 삼첨판 폐쇄부전이 있었으며 7개월 전부터는 중등도의 삼첨판 폐쇄부전으로 점차 악화되었던 자로 10일 전부터 호흡곤란이 심해져 내원하였다. 내원시 활력 징후는 안정적이었고 청진상 좌측 하부 흉골연에서 범수축기 잡음이 들렸다. 경흉부 심초음파 상 좌심실 구혈률 64%로 좌심실 기능은 잘 유지되고 있었으며 인공 승모판막의 기능은 양호하였으나 삼첨판 폐쇄부전은 중증으로 악화되었다. 이에 삼첨판 폐쇄부전에 대해 수술을 결정하였고 인공판막 치환술을 시행 후 방실결절 손상으로 인해 완전방실차단이 발생하여 수술 도중 심외막 심박조율기 삽입을 하였다. 이후 완전 방실차단이 회복되지 않아 영구형 심박조율기 삽입을 결정하였으나 인공 삼첨판막으로 인해 우심실로의 전극 삽입이 불가하였다. 따라서 심실 전극을 우심실에 삽입하지 않고 관상정맥동에 심실전극 삽입하여 좌심실을 조율하는 DDD형 심박 조율기를 삽입하였다. 이후 환자는 전신상태 회복되어 퇴원하였으며 외래 통해 경과관찰 중이다. 인공 삼첨판막 치환술 후 발생한 완전방실차단에 대하여 영구 심박조율기 삽입 시 심실 조율을 위해 우심실 전극을 삽입하지 못하는 상황에서 관상정맥동을 통한 심실 조율이 좋은 선택일 수 있다고 보여 증례 보고를 한다.

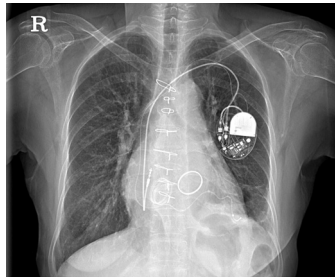


그림 : DDD형 심박조율기의 우심방에 위치한 심방 전극과 관상정맥동에 삽입된 심실 전극

■ S-230 ■

Simultaneous Triple Early Stent Thrombosis in a Patient with Clopidogrel Resistance

전주예수병원 순환기내과

*이성희, 이동엽, 송지은, 이신은, 전성희, 임지현, 박종필, 류제영

A 66 year-old female patient visited our emergency department (ER) with aching anterior chest pain during about 30 minutes. Three days ago, she admitted due to unstable angina and underwent stent implantation with a 2.5×32 mm Element stent for the left anterior descending artery (LAD), a 2.75×16 mm Element stent for the left circumflex artery (LCX) and a 3.0×16 mm Element stent for the right coronary artery (RCA). And then, she just discharged before several hours when she visited our ER again. She had no history of cardiovascular risk factors except hypertension. Her vital sign on ER showed stable state. Her initial electrocardiogram (ECG) on ER showed marked ST-segment elevation in lead V2-V6. So, we performed emergency coronaryangiogram (CAG). The left coronary angiogram showed simultaneous thrombotic total occlusion in the previous stent of LAD and LCX, which is classified as definite stent thrombosis according to Academic Research Consortium (ARC) criteria. We performed thrombus aspiration with aspiration catheter following balloon angioplasty for LCX and LAD. After several times of thrombus aspiration and balloon angioplasty because of repeated in-stent thrombus formation, we could get reperfusion and good distal flow of LAD and LCX. However, during the left coronary artery procedure, complete A-V block was happened. So, we checked right coronary angiogram. The right coronary angiogram revealed thrombotic occlusion in the stent of the RCA. The same procedure with aspiration catheter and ballooning as the left coronary artery was performed. The follow up right coronary angiogram showed reperfusion of previous stent with good distal flow. Then, intracoronary administration of glycoprotein IIb/IIIa inhibitor (Clotina) with loading dose was done and followed by intravenous continuous infusion. The platelet function test with Verify Now system revealed non-responsiveness about clopidogrel. In addition this patient was the carrier of the CYP2C19*3 gene. Consequently, clopidogrel treatment was stopped and we started antiplatelet medication with prasugrel (60 mg loading dose followed by 10 mg daily). This patient was discharged without further events after one week.