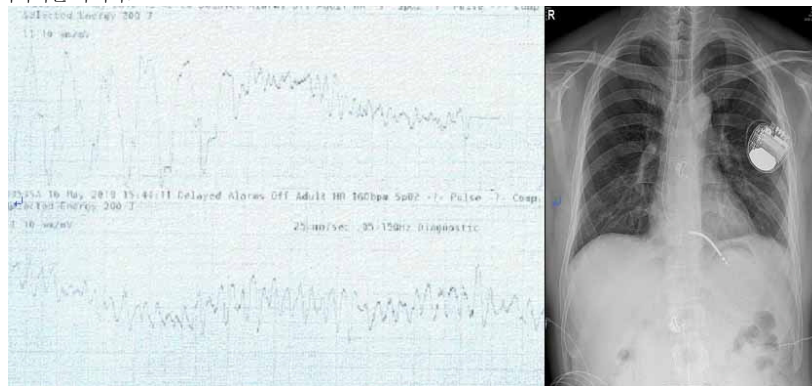


대장암 환자에서 xelox 항암치료 후 유발된 심실세동에 의한 심정지 발생 증례

인하대병원 심장내과

*강민수, 백용수, 박상돈, 권성우

서론: 대장암 환자에서 xelox(capecitabine & oxaliplatin)은 보조항암요법으로 사용되고 있다. 본 저자는 xelox 합암치료 후 발생한 심실세동에 의한 심정지로 삽입형 제세동기를 삽입한 증례를 보고하고자 한다. **증례:** 44세 남자 환자로 내원 9일 전 타 병원 외래에 앉아 있던 중 갑자기 쓰러지면서 맥박이 측지되지 않아 심폐소생술 시작하였고 심전도 상 심실세동 확인되어 총 7차례 제세동 시행 후 자발순환 회복되었다. 당시 전해질 및 심근효소는 정상범주였으며 관상동맥 조영술 및 심장 초음파에서도 특이 소견 확인되지 않아 중환자실에서 안정 가료 중 본원으로 전원되었다. 과거력 상 내원 4개월 전 대장암 진단받고 복강경을 통한 전방절제술 시행, 이후 보조항암요법으로 5차 xelox 항암치료까지 받은 상태였다. 본원 내원 후 추적 관찰 위해 시행한 심장 초음파, 관상동맥 조영술 및 관상동맥 연속 유발검사에서 특이 소견 없었고 심장 MRI에서도 구조적 결함은 확인되지 않아 급변 발생하였던 심실세동에 의한 심정지는 심장 자체의 문제보다는 이전에 사용된 항암제에 의해 유발되었을 가능성을 고려할 수 있었다. 그러나 환자에게 적용 가능한 다른 대체 항암요법이 없었고 지금까지 치료 반응이 좋았던 점을 고려하여 혈액종양내과의 협진진료 하에 삽입형 제세동기를 삽입 후 xelox 항암요법을 재개하기로 결정하였고 삽입 시술 후 급성기 특이 합병증 없이 퇴원하였다. 퇴원 후 심장내과 및 혈액종양내과 외래에서 지속적인 추적 관찰 중이며 현재까지도 부정맥 소견 없이 xelox 항암치료를 이어나가고 있다. **고찰:** 지금까지 capecitabine 항암치료 후 관상동맥 연속에 의해 발생하는 심실세동에 의한 심정지와 oxaliplatin 항암치료 시 발생한 심실세동이 드물게 각각 보고되었으나 본 증례와 같이 xelox 병합요법을 받은 후 심실세동에 의한 심정지로 삽입형 제세동기를 넣은 경우는 첫 보고이다. 아직 그 기전이 명확히 밝혀지지 않았으나 두 항암요법의 경우 심실세동에 의한 매우 치명적인 결과를 초래할 수 있으므로 xelox 합암치료를 받는 환자군에서 지속적인 심장 검사 및 모니터링의 중요성을 이번 증례를 통해 시사하는 바이다.



Severe Aortic Regurgitation Caused By Unicommissural Unicuspid Aortic Valve: A rare case report

부천세종병원

*박진훈, 박미영, 정지현, 임달수

Unicuspid aortic valve(UAV) is a rare congenital anomaly with a prevalence of 0.02% by transthoracic echocardiography(TTE). This malformation is divided into two types, acommisural and unicommissural types. Unicommissural UAV usually presents in 3rd to 5th decade, often as isolated aortic stenosis. Here we report an extremely rare case of unicommissural UAV causing severe aortic regurgitation(AR), co-existent with ascending aorta dilatation. A 31-year old man was referred for a grade 4/6 diastolic heart murmur in left sternal boarder. He noticed exertional dyspnea and exercise intolerance as a professional soccer coach. The patient reported no medical history and no family history of cardiovascular disease. TTE showed severe AR, dilated left ventricle (LV end diastolic dimension 66mm, end systolic dimension 34mm), preserved ejection fraction(54%) and dilated ascending aorta(Fig.1A). Since the morphology of AV was not clearly differentiated on TTE, transesophageal echocardiography(TEE) was done supposing unicommissural UAV(Fig.1B). The multidetector computed tomography confirmed the UAV with ascending aorta aneurysm(51mm)(Fig.1C). We had an in-depth discussion of surgical treatments for him based on the current AHA/ACC guideline for valvular heart disease. However, this young man was reluctant to perform a cardiac surgery at that time, he rather decided to be on medical management under close surveillance. Unicommissural UAV is difficult to diagnose and often co-exists with abnormalities of the aorta. Compared with bicuspid AV, dysfunctions caused by UAV develop at an earlier age and progress more rapidly. Therefore, making an accurate diagnosis and a careful follow up are essential.

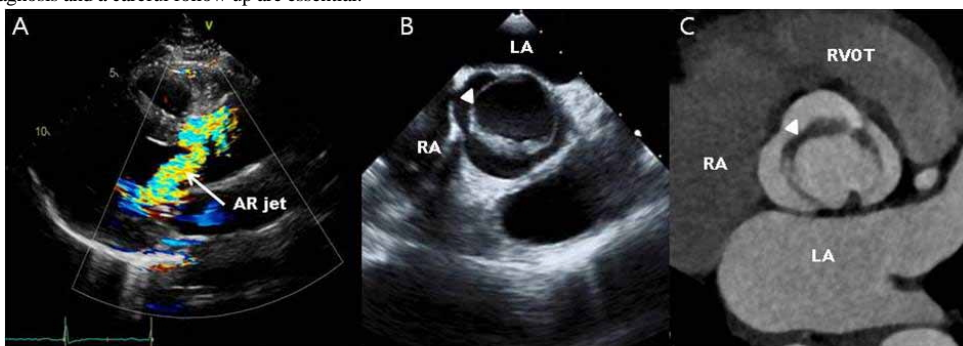


Fig. 1. A. Transthoracic echocardiography: Severe aortic regurgitation in long-axis parasternal view(arrow); B. Transesophageal echocardiography: unicommissural unicuspid aortic valve in short axis view(arrow head); C. The multidetector computerized tomography: unicommissural unicuspid aortic valve in systole (arrow head). LA, left atrium; RA, right atrium; RVOT, right ventricular outflow tract.