■ Sun-161 ■

STEMI by Acute Total Occlusion of Left Main Coronary Artery with Acute Aortic Dissection

영남대학교의료원

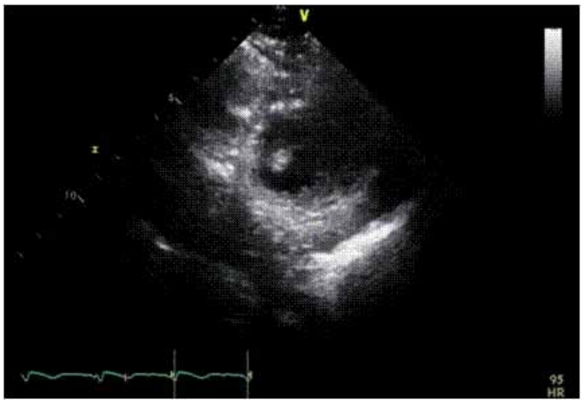
*정성윤, 이중희, 김웅

A 79 year-old female was referred to emergency room of our hospital for acute on-going chest pain. There were no radiating pain, neurological symptoms. She had a medical history of hypertension, right bundle branch block (RBBB), dyslipidemia, and asthma. Blood pressure was 91/60mmHg and the heart rate was 57bpm. All peripheral pulses were palpable. Twelve-lead electrocardiogram (ECG) suggested ST-segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) by acute total occlusion of left main coronary artery. According to the current ESC guidelines, we decided to do primary percutaneous coronary intervention (PCI). The coronary angiography was performed with right femoral artery access. And nearly total occlusion of left main artery was seen. But left anterior descending coronary artery (LAD) and left circumflex coronary artery (LCX) were patent. We performed angioplasty with stenting. The culprit lesion was improved, but new contrast filling defect was noted at middle LAD. So we did Intravascular ultrasound (IVUS). The stent was well positioned and no other complications were seen. However, follow-up angiography revealed dissection of middle to distal LAD. The flow limitation of distal LAD was developed, then cardiac arrest was occurred. We did CPR and performed portable trans-thoracic echocardiography. Acute Stanford type A aortic dissection with involvement of aortic valve was observed. The patient was immediately transferred to the cardiac surgery department of other hospital. But her vital signs and other conditions were very poor. Unfortunately, she died after 2 hours. The STEMI due to acute aortic dissection was very rare. However, as in this case, a symptom and clinical condition that can not be suspected of aortic dissection, it may lead to catastrophic consequences. In the current guidelines for management of STEMI, there is no strong recommendation for the early use of echocardiography and other imaging studies. However, if the primary PCI in patients with suspected STEMI is not delayed, early imaging studies such as echocardiography will help prevent unexpected situations such like a this case.

■ Sun-162 ■

Rivaroxaban 투여로 치료한 급성 심근경색과 합병된 좌심실 혈전 1예

홍익병원

*이종성, 윤성보

서론: 심근 경색 후 좌심실 혈전이 발생한 경우 최소 3~4개월간 항혈소판제와 Warfarin을 병용하여 투약을 권장하고 있다. 그러나 warfarin은 출혈 부작용이 높고 적정 농도 유지에 어려움이 있어 최근 새로운 경구 항응고제로 대체하여 치료하려는 시도가 있다. 저자는 ST분절 상승 심근경색과 합병된 좌심실 혈전을 항혈소판제와 리바록사반을 투여하여 치료하였기에 문헌고찰과 함께 보고하고자 한다. **증례:** 61세 남자가 2주전부터 발생한 흉통을 주소로 내원하였다. 심전도 흉부 유도에서 V2-5 의 ST 분절 상승과 병적 Q wave가 관찰되었다. 심장 효소는 TnI 34.4ng/ml로 증가되었다. 경흉부 심장 초음파검사에서 좌심실 구혈율은 45%로 감소되어 있었고 좌심실 전벽 및 심첨부 에서 무동증과 좌심실 심첨부에 고정된 9.0x9.9mm의 혈전이 관찰되었다. 내원일 시행한 응급 관상동맥 조영술에서 좌전하행지의 근위부에 혈전으로 인한 95%의 폐쇄가 있어 경피적 관상동맥 중재술을 시행하였다. 중재술 당일에 Aspirin 300 mg, Clopidogrel 600 mg을 투여하였고 시술 2일 부터 aspirin 100mg, Clopidogrel 75mg 및 Warfarin을 5mg을 투여하였다. Warfarin 투약 4일 후 INR이 1.3으로 7mg로 증량하였으나 INR이 지속적으로 1점대였다. 10mg까지 증량하였으나 INR이 1.5로 목표에 도달하지 못하였다. 내원 10일 후 추적관찰 심장초음파에서 혈전의 크기가 12x13mm 로 증가하였다. 더 이상 Warfarin 증량은 위험하다 생각되었고, 입원 당시와 비교하여 증가한 좌심실 혈전의 크기로 warfarin 치료에 반응이 없는 것로 판단되어, 10일째부터 Warfarin 을 중단하고 Rivaroxaban 15mg을 투여하였다. 재원 15일째 환자는 출혈 등의 부작용 없이 퇴원하였다. 퇴원 3개월 후 추적 심장 초음파에서 좌심실 혈전은 완전히 소실되어 Rivaroxaban은 투약중단 하였다. 이후 혈전의 재발은 없는 상태로 이중 항 혈소판제 치료를 유지 중이다. **고찰:** 좌심실 혈전의 치료에서 차선책으로 Rivaroxaban을 고려할 수 있을 것으로 생각된다.