안장 색전증을 유발한 좌심방 점액종

-수술치험 1례-

송정근* · 구본일* · 오상준* · 이홍섭* · 김창호* · 박용원**

=Abstract=

Saddle Embolism Caused by Left Atrial Myxoma

-A Case Report-

Jeong Gun Song, M.D.*, Bon Il Ku, M.D.*, Sang Joon Oh, M.D.*,
Hong Sup Lee, M.D.*, Chang Ho Kim, M.D.*, Yong Won Park, M.D.**

Systemic emboli occur in approximately one-third of patients with cardiac myxoma. Embolization is common because of the friability of the tumor and intracardiac location. Embolic episodes in young patients with normal sinus rhythm should arouse suspicions of cardiac myxoma in the absence of active endocarditis.

We present one case of 17 years old girl having saddle embolism combined with left atrial myxoma. We planned staged operation. First, the emergency thromboembolectomy of aortic bifucation was performed through bilateral transfemoral approach with use of Forgaty catheter. One week later, the extirpation of myxoma was successfully done with ECC.

(Korean J Thorac Cardiovasc Surg 1995;28:316-9)

Key words : 1. Myxoma
2. Embolism

증 례

환자는 15세 여자로 내원 당일 갑자기 양측하지의 동통과 쇠약감 및 냉감이 발생하여 인근병원을 방문 양측하지의 색전증으로 생각 본원으로 전원되었다. 1년전부터 운동시 호흡곤란과 심계항진이 있었으나 특별한 치료없이 지냈다. 환자의 가족력과 과거력상 특이 소견이 없었다. 이학적 검사상 전신상태는 비교적 양호하였고 심박동수는 80회/분으로 규칙적이었으며, 혈압은 양측 상지에서는 110/70mmHg이었으나 양측 하지에서는 고동맥부터 맥박이 촉지되지 않았다. 흉부 청진소견상호흡음은 정상이었고 심음은 규칙적이었으나 심첨부위에서 환자의 위치에 따라 다소 차이가 있는 Grade III/VI 정도의 수축기 심잡음이 청진되었다. 양측 하지의 대퇴동맥 이하 부위의 맥박이 촉지되지 않았으며 냉감이 느껴졌으나 운동 및 감각은 정상이었다. 검사실 소견상 적혈구 침강 속도가 약간 증가한 것 이외에 특이한 소견은 없었다.

단순 흉부 촬영상 경미한 심비대와 양측폐 하부의 음영

* 인제대학교 의과대학 서울백병원 흉부외과학교실
* Department of Thoracic & Cardiovascular Surgery, Seoul Paik Hospital, Inje University
** 인제대학 의과대학 서울백병원 소아과학교실
** Department of Pediatrics, Seoul Paik Hospital, Inje University
논문접수번호:940905-5 논문통과일:94년 10월 29일
통신저자: 송정근, (100-032) 서울시 중구 저동 2가 85, Tel. (02) 270-0039

사진 1. Preoperative cardiac echo (Parasternal long axis view)

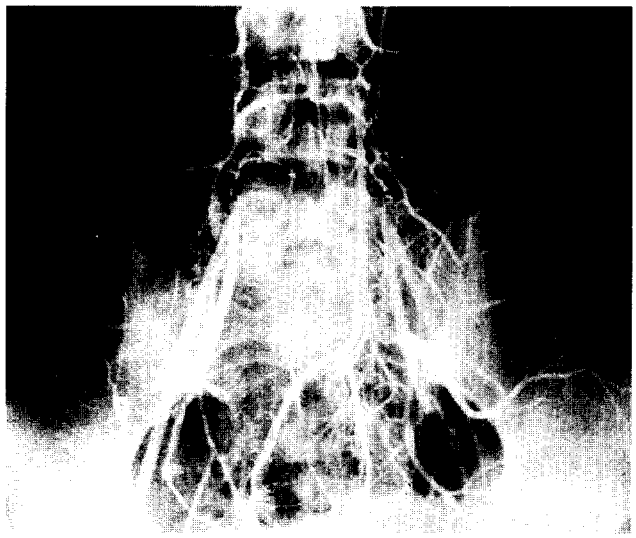

사진 2. Preoperative angiogram

의 증가를 보였다. 색전증의 원인을 알기 위해 심초음파검사를 실시하였고 검사소견상 좌심방내에 4×4cm 정도 크기의 점액종으로 의심되는 종양소견을 보였다(사진 1). 응급으로 대동맥 조영술을 실시하였고 조영술상 대동맥 분지부의 색전에 의한 완전 폐쇄를 보였고 그 주위로 다소의 가지가 보였다(사진 2).

좌심방 점액종에 의한 색전증에 의한 대동맥 분지부의 완전 폐쇄로 생각하여 먼저 응급으로 국소 마취하에서 양측 서혜부를 통해 양측 고동맥으로 Forgaty 풍선 카테타를 이용하여 색전 제거술을 실시하였고 제거된 색전은 육안적 소견상 전형적인 점액종 소견을 보였다. 술후 양측 하지의 맥박은 잘 촉지되었고 동통 및 냉감은 사라졌고 술후 10일째 실시한 혈관 조영술상 대동맥 분지부를 통해 양측 하지로 조영제가 잘 통과하는 소견을 보였다(사진 3).

색전 제거술후 6일째 개심술을 이용한 점액종 제거술을 실시하였고 수술은 정중 흉골 절개술을 통해 저체온 체외순환하에서 우심방 절개술을 실시하였다. 심방 중격을 절개하였고 난원공 중심부에 꼭지에 의해 연결되어 있는 4×4cm 정도 크기의 점액종을 중격의 일부를 포함하여 완전 절제하였다. 절제된 종양은 육안 소견 및 현미경 검사상 전형적인 점액종 소견을 보였다(사진 4, 5). 수술후 특이한 합병증은 없었고 양호한 호전을 보여 술후 10일째 퇴원하였다.

사진 3. Fig Postoperative angiogrm

고 찰

심장 점액종 환자의 3분의 1에서 전신 색전증이 발생한다[1]. 종양의 부스러지기 쉬운 성질과 심장내에 위치한 까닭에 색전이 흔히 발생한다. 많은 환자에서 색전증이 초기 증상일 수 있으며 대개 뇌혈관을 침범하고 그 다음으로 많이 발생하는 곳은 하지의 혈관이고 그 이외에 신동맥, 복부 동맥, 관상동맥 등이 있다. 색전의 점액성 진단은 색전 제거술시 제거된 조직의 조직검사로 이루어질 수 있으며 좌심방 점액종의 최초의 생전진단이 말초동맥의 종양 색전에 의해 이루어졌다. 하지만 최근 심초음파의 발달로 색

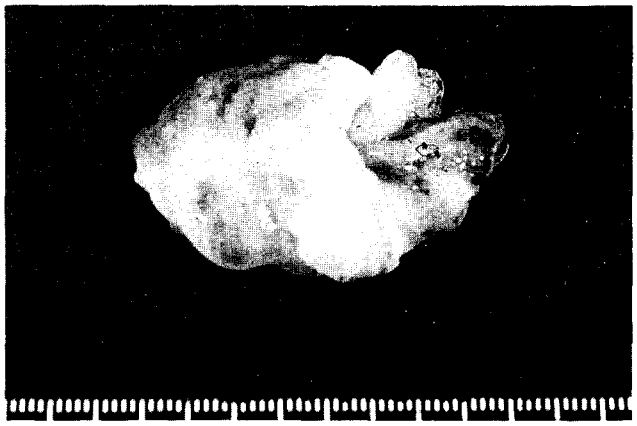

사진 4. Gross appearance of LA. myxoma

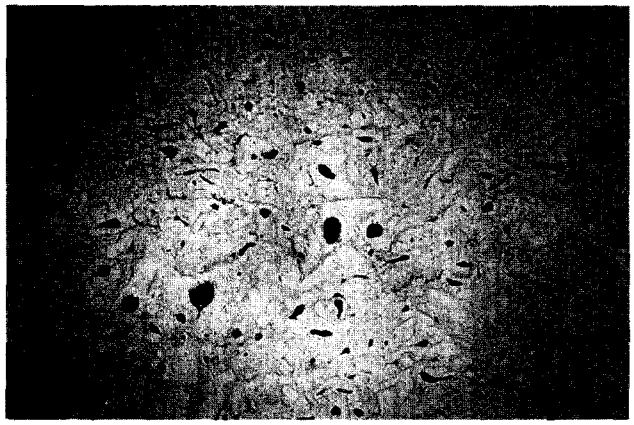

사진 5. Microscopic view of LA. myxoma and saddle embolus

전증 발생전에 심장 점액종의 진단이 쉽게 이루어지고 있다. 급성 심내막염이 없는 정상 심장 박동을 가진 젊은 환자에서의 색전증 발생은 심장내 점액종을 의심하여야 한다. 또한 심방 중격 결손을 통해 전신 말초 동맥에 색전을 유발한 우심방 점액종이 보고된 적이 있다. 본 예의 경우는 15세의 젊은 여자로 1년전부터 약간의 호흡곤란과 심계 항진이 있었으나 특별한 치료없이 지내다 갑자기 발생한 하지의 동통과 냉감을 주소로 내원 처음 점액종 진단을 받았다.

안장 색전증의 발생빈도는 Haimovici[2]에 의하면 말초혈관에 의한 색전이 있는 330명의 환자중 30명 (9.1%)이라 하였고 다소 차이는 있지만 약 10% 정도로 보고하고 있다. 안장 색전증의 원인이 되는 것으로는 만성 심방 세동 환자의 좌심방내의 혈전이 가장 많이 차지하고 있고 좌심실의 심근 경색에서 초래되는 혈전, 급성 및 아급성 심근염, 그리고 아급성 및 급성 세균성 심내막염으로 인한 판막의 혈전, 드물게는 대동맥이나 그 분지부의 혈전, 좌우 단락이 있는 선천성 심환자에서의 정맥 혈전 등이 있는데, 좌심방 점액종에 의한 것은 매우 드물다[3]. 저자들의 증례는 비교적 드문 원인이 되는 좌심방 점액종에 의한 것이었다.

일반적으로 점액종에 의한 색전증이 잘 나타나는 부위는 뇌혈관에서 가장 흔하며 말초혈관에서는 분지부에서 잘 나타난다. 그중 가장 많은 곳이 대퇴동맥이 54%로 제일 많고 장골 동맥이 17.2% 액와동맥과 상동맥이 각각 11.8%이고 대동맥은 4.5%에서 8.7%라고 보고 하였다[2].

진단은 임상소견 및 이학적 소견으로 비교적 쉽게 내릴 수 있는데 임상 증상으로는 간헐적인 파행이 나타나는 것이 특징이고 점차 악화되어 운동을 할 수 없을 정도로 까지 진행된다. 이학적 소견으로는 복부대동맥의 그 이하 부위에서 맥박을 촉지할 수 없고 하지의 동통과 창백을 볼 수 있고 피부 온도가 떨어져 있게 된다. 본 증례에서도 위의 소견을 보여 쉽게 진단할 수 있었고 대동맥 조영술을 실시하여 확인할 수 있었다. 대동맥의 안장 색전증을 강력히 의심할 수 있는 것으로서 위의 증상 이외에도 하지의 갑작스런 동통과 현저한 혈행 감소의 소견, 최근에 심근경색증 혹은 류마치스열의 병력이 있으며, 불규칙적인 심박동 및 심전도 검사상 최근의 심근경색 혹은 심방세동 등의 소견이 있으면 즉시 적절한 치료를 취해야 한다[4].

치료는 먼저 응급으로 색전 제거술을 실시하여 하지의 경색을 해결한 후 개심술을 이용한 점액종 제거술을 실시하여야 한다. 1973년 Forgarty에 의한 동맥내 풍선 카테타의 개발로 국소 마취하에 색전제거술을 실행할 수 있게되어 환자에 대한 위험을 감소하게 되었다. 대동맥 분지부의 색전시 치료는 고동맥을 통한 수술에 의한 색전 제거술이 가장 적절한 치료이며 반대측으로 색전이 떨어져 나가는 것을 방지하기 의해 양측 고동맥을 통하여 풍선 카테타를 이용 색전 제거술을 실시한다. 만일 이 방법이 효과가 없으면 직접 대동맥 분지부로 접근하여 제거하여야 할 것이다[5, 6].

참 고 문 헌

1. Sabiston DC Jr, Van Trigt P. *Tumors of The Heart*. In: Sabiston DC Jr, Spencer FC. *Gibbon's Surgury of The Chest*. 5th ed. Philadelphia, W.B. Saunders 1990:1901-19
2. Haimovici H. *Peripheral arterial embolism, A study of 330 unselected cases of embolism of the extremities*. Angiology 1950;1:20-6
3. Schatz IJ, Stanly JC. *Saddle embolism of the aorta*. JAMA 1976;235:12-7

4. 허 용, 김병열, 이홍섭, 김주이, 이정호, 유회성. 승모판막질환에 병발한 동맥색전증의 치험 1례. 대흉외지 1980;13:77-81
5. Busuttil RW, Keehn G, Milliken J. *Aortic Saddle Embolus: A twenty-year experience.* Ann Surg 1983;197:698-71
6. Brewster DC, Chin AK, Fogarty TJ. *Arterial thromboembolism.* In: Rutherford RB. *Vascular surgury.* 3rd ed. Philadelphia, B. Saunders 1989:P549