P3

신부전이 동반된 신실질의 malakoplakia 1예

건국대학교 의과대학 내과 · 방사선과* · 서울대학교 의과대학 해부병리과**
조영일, 유덕석, 허원만, 김경수 · 전혜경* · 이현순**

Malakoplakia는 1902년 Michaelis와 Gutmann에 의해 처음으로 기술된 매우 드문 만성 육아종성 염증 질환으로, 주로 비뇨생식기를 침범하는데 신실질에 발생한 경우는 전 세계적으로 현재까지 약 40예에 불과하다.

최근 저자들은 항생제 치료만으로 부분적인 신기능의 회복을 보이고 있는 신실질의 malakoplakia 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다. 환자는 66세 남자로 탈항수술을 위해 일반외과에 내원하였는데, 수술전 검사에서 혈중 BUN 및 크레아티닌의 농도가 각각 43mg/dl와 3.0mg/dl로 증가되어 있었고, 소변 검사상 고배율 시야에서 다수의 백혈구가 관찰되고 요단백 (+1), 요질소 (+1) 등의 이상소견을 보여 내과로 전과되었다. 소변 배양검사 및 혈액 배양검사에서 균주는 자라지 않았다. 컴퓨터 단층 촬영상 오른 쪽 신장이 정상에 비해 커져 있었고 신실질 내에서 음영이 감소된 다발성의 병변이 보여 경피적 신생검을 시행하였다. 신조직의 광학현미경 검사상 피질내에서 large foamy macrophage들과 함께 PAS 염색 양성인 Michaelis-Gutmann body들이 관찰되었다. 신 적출술은 좌측 신장도 만성 간질성 신염에 이환되어 있어 시행하지 않았으며, 현재까지 매일 ciprofloxacin 500mg과 trimethoprim/sulfamethoxazole 160mg/800mg을 경구 투여하면서 추적 관찰 중으로, 항생제 투여 4개월 후에 실시한 추적 검사에서 소변 검사상 농뇨가 소실되었고, 혈중 BUN과 크레아티닌 농도가 각각 20mg/dl와 2.1mg/dl로 감소하여 부분적인 신기능의 회복을 보이고 있다.

Malakoplakia는 비뇨생식기 중 특히 방광에 호발하며 주로 만성 요로 감염이 있는 중년 여성에 잘 이환되고 환자의 약 90%이상에서 소변 배양상 E.coli가 검출된다. 주 병인은 단핵세포내의 cyclic-GMP와 AMP의 비가 감소되어 용해소체의 과립분비능이 저하되기 때문인 것으로 생각되고 있으며, 불완전하게 식균된 세균은 calcium phosphate등의 침착으로 석회화되어 Michaelis-Gutmann body라는 특징적인 병리 조직학적 소견을 나타낸다. 임상 및 검사소견은 침범된 장기에 따라 다양한데, 신실질의 malakoplakia는 흔히 발열, 측복통, 측복부 종물 및 요로 감염을 보이며 때로 신부전을 동반하기도 한다. 방사선학적으로는 신장종대와 함께 신실질 내의 다발성 혹은 단발성의 침윤으로 나타나 신종양이나 황색 육아종성 신우신염 등과의 감별이 요구된다. 일반적으로, 만성 요로 감염과 함께 이학적 혹은 방사선학적으로 신장이 커져 있는 소견을 보이면 반드시 malakoplakia를 의심하여 경피적 신 생검을 시행하는 것이 권유되고 있다

신실질의 malakoplakia는 약 50%에서는 양쪽 신장을 같이 침범하는데, 양측성으로 발생하면 대개 치명적인 예후를 보여 약 50%의 환자는 발병 6개월 내에 사망한다. 일측성으로 나타나는 경우에는 일차적으로 항생제, ascorbic acid 및 cholinergic agonist 등의 내과적 치료를 시행할 수 있으나, 대부분은 지속적인 반응을 보이지 않고 서서히 진행하므로 일반적으로 일측 신 적출술이 근본적인 치료로 인정되고 있으며, 신 적출술을 시행하면 장기 생존을 기대할 수 있는 것으로 보고되고 있다.

P4

급성 신부전과 간염을 동반한 Tsutsugamushi병 1예

동국대학교 의과대학 내과학교실
김 응석 , 이 정호

Tsutsugamushi병은 R. tsutsugamushi에 감염된 좀진드기 유충에 물렸을 때 발병하는 rickettsia 감염증의 하나로, 보통 발열, 발진, 두통 및 오한 그리고 물린 부위의 가피등의 임상 증세를 동반하는 급성 발진성 열성질환이다. 진단에는 혈청학적 방법이 널리 이용되는데 그중 간접면역형광항체법이 감수성과 특이성이 높고 단시간내 검사 결과를 얻을 수 있어 주로 사용된다. 적절한 치료가 없으며 드물게는 범발성 혈관내 응고증으로 사망하기도 하나, 대부분의 경우는 tetracycline이나 doxycycline이 치료에 유효하다. 때로는 여러 장기를 침범하여 심근염, 폐렴, 뇌막염 및 황달등의 소견을 보이기도 하는데, 신장 침범에 대한 증세로는 혈뇨와 단백뇨가 대부분이고, 신부전이 동반된 예는 아주 드물게 보고되고 있다. 이에 저자들은 급성 신부전증세를 보여 응급혈액투석으로 치료중 혈청학적 검사로 확진된 쯔쯔가무시병 1례를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례 : 52세 남자로 내원 7일전부터 시작된 발열을 주소로 개인병원에서 치료하던 중 내원 1일전 핍뇨와 저혈압 증세를 보여 본원으로 전원되었다. 내원 당시 의식은 명료하였고, 혈압은 80/40 mmHg, 맥박 60/min, 호흡수 22회, 체온 37 °C이었다. 이학적 소견상 급성 병색을 보였으며, 입술과 혀는 약간 탈수되어 있었고, 공막의 황달, 결막의 충혈을 볼 수 있었다. 간장 비대가 2횡지 정도 촉지 되었으나, 피부 발진이나 가피는 발견하지 못했다. 우측 늑골척추각 압통이 있었으며 전경부 함요부종은 없었다. 검사실 소견상 말초혈액 및 혈청 전해질은 정상이었고, 소변검사상 알부민 3+, 빌리루빈 1+, 적혈구 2-3/HPF였으며, 혈청 생화학적 검사상 BUN 45.7 mg/dl, creatinine 4.3 mg/dl, AST 1100 U/L, ALT 635U/L이었다. 내원 5일째 양측 서혜부와 하복부에 반상 및 점상 출혈상이 관찰되었고, 의식혼탁 보이며 혈청BUN 134.7 mg/dl, creatinine 7.9 mg/dl로 증가되어 응급 혈액투석을 시행하였다. 내원당시 시행한 RSHF 및 Leptospirosis 항체는 음성이었으나, Tsutusgamushi Ab titer가 Ig G 및 Ig M 모두 1 :1280이었다. 이후 내원 28일째 전신쇠약감은 있으나 명료한 의식 상태와 혈청생화학적 검사상 BUN 15.8 mg/dl, creatininin 1.3 mg/dl 보이며 제반증세 호전보여 퇴원하였다.