

조기위암과 동반된 IgA 신증 1례

연세대학교 원주의과대학 내과학 교실

윤현진, 강소은, 갈용호, 김미혜, 신표진, 김진수, 한병근, 이은영, 최승욱

IgA 신증은 1968년 Berger 등에 의해 처음 보고된 질환으로 임상적으로 반복적인 혈뇨, 단백뇨가 동반되고 신생검에서 맥관막에(mesangium) IgA의 침착이 현저한 질환이다. 결체조직질환, 소화기계질환, 피부질환, 혈액질환, 악성종양 등에 사구체 질환이 동반되어 나타날 수 있으며 악성 종양과 동반된 경우 고흡종양은 막성 신증, 혈액종양은 미세변화 신증이 흔하다. IgA 신증의 경우 기관지 선암, 후두암, 근상식육종 및 점액 분비성 선암과 동반된 경우들이 보고되었으며 일부에서는 위암과 동반되어 발현된 예가 있으나 조기위암과 동반된 IgA 신증은 아직 보고된 바 없다. 이에 저자들은 IgA 신증과 동반되어 발현된 조기위암환자를 경험하였기에 보고하고자 한다.

본 45세 남환은 과거력상 특이한 병력은 없으며 약 2년전부터 시작된 심와부 통증을 주소로 내원하였다. 통증은 주로 식후에 있었으며 흑색변, 체중감소, 부종이나 혈뇨 등의 증상은 없고 이학적 소견에서는 혈압 160/120 mmHg, 맥박 20/min 이었다. 위궤양 의심하에 시행한 내시경에서 위장동(antrum)의 소만에 조기위암(EGC IIc+III)으로 의심되는 병변이 발견되었고 조직 생검상 인환세포암(signet ring cell carcinoma)로 진단되었다. 상부위장관 조영술 및 복부 컴퓨터 단층촬영상 복강림프절 외에 전이된 소견은 보이지 않았다. 완치목적으로 위-아전절제술 및 위공장문합술을 시행하였다.

입원당시 말초혈액검사상 백혈구 8,000/mm³, 혈색소 16.5g/dL, 혈소판 194,000/mm³ 이었고 소변검사상 뇨단백 3+, oval fat body +, 적혈구 20-30/HPF, RBC dysmorphism은 58.3%을 보였다. 복부 초음파에서 신장의 모양과 크기는 정상이었으며 경정맥 요로 조영술에서도 이상소견은 보이지 않았다. 24시간 소변검사상 단백질 2,244mg, Cr 58.3 ml/min, HBs Ag/Ab -/-, HCV Ab -, 혈청 생화학 검사상 총단백 6.7g/dL, 알부민 4.0g/dL, BUN 14.5mg/dL, creatinine 1.2mg/dL, AST 20U/L, ALT 14U/L, ALP 148U/L, γ GT 62U/L이며 혈청 IgG 1,250mg/dL, IgA는 634mg/dL, IgM 261mg/dL, IgE 170mg/dL, C3 107mg/dL, C4 49mg/dL 이고 VDRL은 음성이었다. 신조직생검후 IgA 신증으로 진단하였다.

위절제술후 계속 현재까지 경과관찰 중으로 혈압은 130/80mmHg 맥박 70/min, 위장내시경상 위암은 재발되지 않았으며 BUN 22mg/dL, creatinine 1.3mg/dL, 소변검사상 단백질 1+, 적혈구 10-29/HPF로 혈압조절을 위해 ACE 억제제와 β blocker 투여하며 3개월마다 외래에서 관찰 중이다.

규폐증과 동반된 Microscopic polyangiitis 1예

국립의료원 내과 정 예경, 강 양옥, 조대경, 전 용덕

한양대학병원 내과 박 성수, 병리과 박 문향

Microscopic polyangiitis는 classic polyarteritis nodosa와는 달리 폐출혈과 급속 진행성 사구체 신염을 특징적 임상상으로 가지며, 신 조직검사상 주로 피사성 반월상 사구체신염 소견을 보이면서 Antineutrophilic cytoplasmic antibody (이하 ANCA) 양성인 경우가 된다. 그 원인 및 병인은 아직 정확히 밝혀진 바가 없으나 몇몇 환자에서 Silica exposure 혹은 규폐증과 동반된 경우가 보고된 바 있다.

본 저자들은 규폐증이 있는 환자에서 폐출혈 및 급속진행성사구체 신염의 임상상을 보이면서 P-ANCA 양성 및 신조직 검사상 급속성 분절성 피사성 사구체신염과 다중 사구체신염의 소견이 동반된 예, 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례 : 본 환자는 43세 남자로 약 10일 전부터 악화된 발열과 객혈 및 호흡곤란을 주소로 내원했다. 과거력상 30년전 2년간 규석상에서 일한 적이 있으며 내원 약 1년전 타병원에서 뇌출혈로 치료하던 중 콩팥기능 이상을 보여 검사상 혈관염이 있다고 들었으나 치료하지 않고 지내던 중 내원 약 한 달 전부터 간헐적인 열감과 전신근육통 등이 갑자기 악약에서 치료하였으나 증상 지속되다, 내원 약 10일 전부터 객혈과 호흡곤란이 점차 심해져 내원하였다. 내원 당시 혈압 110/80, 맥박 78회, 호흡수 22회, 체온 36.3 C 였고, 양 폐의 중부 및 저부에서 미세한 각실음이 청진되었고 피부소견은 정상이었으며 함부부종은 관찰되지 않았으며 근력저하도 관찰 되지 않았다. 말초 혈액 검사상 백혈구 13600/mm³, 혈색소 5.3 g/dL, ESR 116이었으며 혈청 생화학 검사상 혈중 요소질소는 56.6mg/dL, 크레아티닌 6.3 mg/dL, 알부민 2.2g/dL, C3/C4 및 Ig G/A/M은 정상범위였고, HCV Ab 음성, HBs Ag 음성, ANA 음성 이었으나, P-ANCA 양성 소견을 보였다. 요 검사상 혈뇨보였고 24시간 총 단백 5.6 g 이었다. 신생검 4.2cm 광학 현미경 상 일부 사구체가 분절성경화 및 섬유세포성 반월상형성을 보였고 사구체 보세혈관벽의 미만성 비후를 보이면서 큰 염색상 spike모양을 보이는 박성사구체신염양상을 함께 보였고 면역형광검사상 메산지움에 정도의 C3 와 IgM 침착 이외 특이 소견 없었다. 흉부 X-ray상 전 폐야에 걸쳐 약 0.5cm 크기의 등근 조결절들이 산재되어 있었고 폐문부에서 Egg-shell 모양의 석회화가 관찰되었으며 양 폐의 중부 및 저부에 미만성의 폐포염성소견이 동반되어 보여 항생제치료 시작하였으나 폐염증이 더욱 증가하고 객담 비생물 검사상 음성 소견 보이며, 저산소증 지속되어 제 4병일 제 기계호흡 시작하면서 스테로이드 총적요법과 cyclophosphamide투여 시작 하였으나 제 7병일 부터 림프와 요소질소 및 크레아티닌이 175에 9.2로 지속적인 증가소견 보여 혈액투석 시작하였고 9병일 부터 폐염감소 및 저산소증호전 보여 16병일 제 1만 병실로 이동할 수 있었으나 신기능은 호전 없었고 현재까지 스테로이드와 cyclophosphamide 감량하면서 주 3회 혈액투석하며 추적검사 중이다.