

Choroidal Tuberculoma in Membranous Glomerulonephritis with steroid therapy

Byoung Geun Han, Seok Joon Lee*, Jin Soo Kim, and Seung Ok Choi

Department of Nephrology and Ophthalmology* Yonsei University Wonju College of Medicine

Tuberculosis is a still common disease particularly in developing countries with associated risk factors as introduced in an individual or a population. Well known associated factors are HIV infection, diabetes mellitus, lymphoma, any chronic debilitating disease, gastrectomy, cancer, silicosis, and immunosuppressive therapy. Although its major impact is pulmonary, tuberculosis is actually a disseminated disease. A rare form of ocular involvement of tuberculosis is choroidal tuberculoma, as a part of this hematogenous spread.

We are reporting treatment of a 24 y/o man with membranous glomerulonephritis who developed a solitary choroidal tuberculoma in association with miliary tuberculosis during steroid therapy. Four years prior to this presentation the patient developed nephrotic syndrome. He refused initial renal biopsy but was treated with corticosteroids for 5 months with the assumed diagnosis of minimal change nephritic syndrome. After initial therapy generalized edema resolved but proteinuria (3 positive) continued. Renal biopsy performed at this time revealed MGN. The patient was closely observed and remained stable without medication for 30 months. At 30 months, generalized edema was again noted and steroid pulse therapy was initiated. During the therapy, he developed miliary tuberculosis and a solitary choroidal mass. An anti tuberculosis chemotherapeutic regimen was started and after 5 months, all clinical symptoms and signs of the pulmonary lesion resolved as well as measurable shrinking of the choroidal mass.

침묵성 골백증을 동반한 호산구성 다발성 근염 1예

황태스 기념 침묵병원 내과

서보경, 김미영, 황민석, 김진관.

서론: 호산구 증가증은 말초혈액에서 호산구가 $450/\text{mm}^3$ 이상으로 기생충 감염, 알레르기, 악성 종양 및 혈액 질환, 약물 반응, 계관 및 진균성 감염질환에서 흔히 나타난다. 6개월 이상 총호산구수가 $1500/\text{mm}^3$ 이상이고 원인이 밝혀지지 않는 특발성 호산구 증가증은 심장을 비롯하여 혈액, 폐, 피부, 신경계 등의 장기를 침범하는데 근육계통이 주된 병변으로 나타나는 경우는 드문 예로 침묵성 골백증을 동반한 호산구성 다발성 근염 1예를 경험하였기에 이에 보고하는 바이다.

증례: 본 54세 남자 환자는 내원 4개월 전부터 점진적인 하지부종과 쇠약감을 주소로 내원한 병으로 내원 3개월전 계원병원에서 실시한 혈액검사상 백혈구 $28000/\text{mm}^3$, 호산구 68% 소견 보였다. 본원 내원시 시행한 이학적 검사상 활력징후는 정상이었으나 하지 함요 부종과 삼, 하지 근력 약화, 피부에는 소양감을 동반한 구진소견 보였으며 호흡음은 깨끗하고 심장음도 청진되지 않았다. 내원 당시 혈액학적 검사상 백혈구 $39000/\text{mm}^3$, 다핵구 15%, 호산구 64%, 총호산구수는 $25960/\text{mm}^3$, 혈색소 12.9g/dl , 혈소판 $400,000/\text{L}$, 혈청 생화학적 검사상 CK/CK-MB $2823/100\text{U/L}$, S-Myoglobin $>1000\text{ng/ml}$, Adolase 34.3U/ml T-Protein/Albumin $5.8/2.8\text{g/dl}$ 뇨검사상 24시간 단백뇨 700mg/d , 3회 이상 실시한 대변, 소변 및 객담에서 기생충이나 종란은 보이지 않고 폐음영과 간음영에 대한 피부반응 검사는 음성이었으며 백혈증, 간염증, 남미유증에 대한 호소면역검사서 모두 음성이었다. Tc^{99m}-MDP 골스캔상 연조직의 광범위한 동위원소 섭취 증가를 보였고 골수 검사상 골수 아세포의 증가는 없었으며 혈태나 심속도는 정상이었다. 근전도상 삼, 하지 심한 근병증 소견보였고 근생검 소견상 호산구로 침범된 다발성 근염 소견보였다. 흉부 방사선 소견과 심초음파검사상 정상 소견보였고, 구진 생검상 호산구성 염증소견 보였으며 신조직검사상 극소형 상피세포 폭풍기 소실소견이 관찰되었다. 본원 입원 기간중 prednisone 투여후 점진적인 부종 소실과 근력회복, 호산구 $800/\text{mm}^3$, S-Myoglobin 115ng/ml , Adolase 8.8U/ml 로 PRS 감량하면서 회복추적 관찰중이다.