

**경피적 배액술로 치료 가능하였던 상염색체 우성 다낭신 환자의 간낭종 감염 1례**

순천향대학교 의과대학 내과학교실  
서연석, 김영훈, 최용호, 한창희, 홍세용, 이은영

상염색체 우성 다낭신 환자에서 간낭종의 감염은 드물지만 초기에 적절한 치료를 고려 하지 않으면 환자가 사망에 이를 수 있는 심각한 합병증으로 발열을 동반한 상염색체 우성 다낭신 환자의 경우 간낭종 감염을 감별 진단시 꼭 고려하여야 한다. 저자들은 발열과 우상복부 동통을 주소로 내원한 58세의 상염색체 우성 다낭신환자에서 간 낭종 감염을 진단하여 경피적 배액술과 항생제의 병용 투여로 성공적으로 치료하였기에 보고하는 바이다.

증례: 58세 남자환자가 내원 3일전부터 발생한 우상복부 동통과 발열을 주소로 내원하였다. 환자는 과거 15 년전 상염색체 우성 다낭신 진단받고 5년전부터 혈액 투석 중인 환자로 12년전 뇌경색으로 입원 치료받은 과거력 있고 신장 이식은 받지 않았다. 입원당시 활력증후는 체온 38.8℃,혈압은 110/70 mmHg,맥박은 92회/min, 호흡수 26회/min 였고 이학적 소견상 우상복부에 압통이 있었다. 검사실 소견상 말초혈액 검사에 백혈구 수는 10,000/mm<sup>3</sup>(호중구 74%), 혈색소치 10.0g/dL, 혈소판 225,000/mm<sup>3</sup>, CRP 338 mg/dL이었다. 혈청 생화학 검사상 총단백은 5.8 g/dL 총빌리루빈 1.5mg/dL,AST 40 IU/L,ALT 49 IU/L,BUN 43.3mg/dL, creatinine 8.6 mg/dL 전해질 검사상 Na/K/Cl 141/5.0/91 mEq/L였다. 복부초음파상 양쪽신장과 간에 크기가 다양한 저에코의 낭이 존재하였고 9cm 정도의 거대 간낭종이 관찰 되었으며 복부 CT 스캔에서도 간실질과 신장에 여러 크기의 낭이 관찰 되었으나 간낭종의 감염을 시사하는 소견은 없었다. 내원한 환자는 응급실 내원 당시 38.8℃의 고열로 초기에는 다낭신의 낭종 감염이나 요로 감염을 의심하여 경험적 항생제 투여를 시작하였으나 투여 후 에도 증상 호전 없어 간낭종 감염이 의심 되었고 내원 11일째 초음파 유도하에 경피적 간낭종 천자를 시행하였다. 낭종의 천자액이 짙은 노란색의 혼탁한 양상을 보이며 천자액 검사 결과상 백혈구 12,000/mm<sup>3</sup> (호중구 98% 림프구 2%)로 간낭종 감염이 진단 되었다. 간낭종 천자액 배양검사서 배양되는 균은 없었다. 경피적 배액술과 항생제 병용투여로 발열, 복통 등의 임상증상도 호전되고 내원 44일째 시행한 천자액 검사상 백혈구가 145개로 감소하는 소견 보여 내원 45일째 pig tail catheter를 제거한 뒤 내원 50일째 퇴원하였다.

**Pathology of Acquired Renal Cystic Disease**

Moon Ho Yang

Department of Pathology, College of Medicine, Kyung Hee University

Acquired renal cystic disease (ARCD) have shown in hemodialysis patients, having end stage kidney during the 3 years after beginning dialysis. The diseased kidney continues to atrophy, but increases in size at approximately 4 years as ARCD begins to develop. The cause of ARCD is unknown. But it has been proposed that a renotropic growth factor, produced following renal loss in the end-stage kidney, may act on remaining tubular segments and stimulate cyst growth. Epidermal growth factor and TGF- $\beta$  also may be involved. It has been also suggested that tubular obstruction by oxalate crystal may be the cause of ARCD. Grossly the cysts are located mainly in the cortex but can be found in the medulla, and the very large example of ARCD can resemble adult polycystic kidney disease, but the size is quite different. Microscopically, most cysts are lined by a flat nondescript epithelium or columnar tubular epithelial cells in hypertrophied tubules. Also other cysts are lined by small cuboidal cells resembling distal tubular epithelium. These epithelium often develop papillary hyperplasia, which are seen in approximately 30% of end-stage kidney. These have been called atypical cysts, showing dysplastic change frequently. Renal cortical tumor are found in approximately 17% of end-stage kidney and multiple in approximately 9% of case. Renal cell carcinoma has been identified in 6% of end-stage kidney. Many tumor are not seen grossly, but are found during the microscopic examination of the kidney, and are not clinically important.