자궁경부암 환자에서 발생한 요흉 1예

고신대학교 의과대학 복음병원 내과

신은경 · 신호식 · 정연순 · 임 학 · 최영식 · 옥철호 · 장태원 · 정만홍

흉강내에 소변의 축적으로 인해 발생한 흉수를 요흉이라 정의하는데 그 원인으로는 요관 폐쇄로 인한 요낭종, 후복막 염증질환이나 악성종양, 신조직검사, 외상, 경피적 내시경적 신장-요도 중재술 등이 있다. 요흉은 임상적 의심과 방사선학적 소견, 흉수의 생화학적 특성으로 진단이 가능하나, 대부분은 요로의 개통을 통해 흉수가 소실되는 것을 보고 역으로 진단되는 예가 많다. 현재까지 요흉에 대한 보고가 흔치 않고, 국내에서는 상염색체 우성 다낭성 신질환으로 인한 만성신부전 및 혈액투석 중인 환자에서 발생한 예가 최초의 보고이다. 저자들은 자궁경부암으로 치료받은 병력이 있는 환자에서 복강 내 요 누출 및 이로 인한 요흉을 경험하였기에, 이를 보고하고자 한다.

증 례 : 15년 전 자궁경부암으로 자궁절제술 및 양측 난소 절제술과 방사선치료를 받은 56세 여자환자로 2주일 동안의 호흡곤란과 마른기침으로 내원하였다. 내원 당시 혈압 100/60 mmHg, 맥박 65회/분, 호흡수 20회/분, 체온은 37.1℃였다. 흉부 청진상 우측 중하폐야의 호흡음이 감소된 소견 보였고 오른쪽 하지의 함요부종 소견이 관찰되었으나 복부팽만은 없었다. 입원 시 말초 혈액 검사상 혈색소 11.4 g/dL, 백혈구 3,600/mm^3, 혈소판 372,000/mm^3이었고, 혈청 생화학 검사상 총단백 5.9 g/dL, 알부민 3.4 g/dL, AST 25 IU/L, ALT 11 IU/L, BUN 16 mg/dL, 1.5 mg/dL, LDH 380 U/L였다. 진단적 흉수천자 검사상 straw color, 비중 1.015, pH 6.0, 적혈구 3-5/mm^3, 백혈구 800/mm^3 (중성구 1%, 림프구 45%, 단세포 54%), 단백질 3.3 g/dL, 당 90 mg/dL, LDH 301 U/L, ADA 15.4 U/L, CEA 0.52 ng/mL이었으며, 결핵 도말 검사나 배양은 음성이었다. 흉수/혈청 크레아티닌 비는 2.05였다. 흉부 X-선 촬영상 우측 흉막액 소견 및 복부초음파상 좌측에 경증의 수신증이 있었다. Tc-99m DTPA 신스캔 상 좌측 신장 부위에서 요 누출 소견이 의심되며 복강내로 누출된 방사선 의약품이 우측 흉강으로 shunt 되는 소견이 동반되어 관찰되었다.

경 과 : 입원 당시의 흉수 검사에서 ADA는 정상 수치였으나, 림프구의 분률이 우세하여 흉수의 원인을 결핵성 흉수의 재발로 추정하고 항결핵제를 재개하였다. 그러나 흉수의 양이 증가하여 제19병일에 흉관을 삽관하였고, 이후 하루 평균 약 1,500 mL의 흉수가 배출되었다. 제30병일에 흉수배출양이 하루 3,000 mL로 많아지면서 소변량이 하루에 500 mL로 감소하였고, 제36병일에는 혈청 크레아티닌이 4.3 mg/dL까지 증가되는 소견을 보였다. 신기능의 저하의 원인을 다량의 흉수배출로 인한 신전성 급성신부전으로 추정하고 수액을 보충하였으나 호전이 없었다. 요로 카테터 삽입 이후 소변량이 하루 3,000 mL로 증가되면서 다음날 혈청 크레아티닌이 0.8 mg/dL로 감소하는 소견을 보여 요흉을 의심하게 되었으며, 당일 시행한 흉수의 크레아티닌이 8.4 mg/dL로 나와 비로소 요흉을 진단하게 되었다. 이후 환자의 호흡곤란은 소실되었으며 단순 흉부 X-선 추적 검사상 흉수는 소실되었다. 요누출 부위를 보다 명확히 알기 위해 추가 검사를 계획하였으나 환자의 거절로 시행하지 못하였으며, 퇴원 후 현재 요로 카테터를 삽입 상태에서 외래 추적 관찰 중이다.