병리 (CPC)

Case 3

을지의대 노원을지병원 내과

성 수 아

34세 남자가 2011년 12월 1일, 붉은색 소변을 봤다며 비뇨기과 외래로 왔다. 1주일 전에 갑자기 진붉은 소변이 3일간 지속되다가 저절로 호전되었고, 통증은 없었다고 한다. 직업은 대학원생이었고, 서울에 거주하며 담배나 술은 하지 않았다. 최근 체중 변화는 없었다. 혈압이 높다고 알고는 있으나 특별한 치료를 하지 않았다고 하며, 내원시 혈압은 재지 않았다. 부종은 없었다. 소변검사상 protein 2+ (SG 1.025) 현미경 WBC 10-30/HPF, RBC 1-4/HPF, atypical degenerative cell+ 였으며 혈액검사에서 CBC 7260-13.6-137K, BUN/Cr 18/1.6 mg/dL, NNP 22 양성이었다. 조영 복부 CT는 정상이었다. 2011년 12월 15일 BUN/Cr 17.9/2.1 mg/dL 였으며, 요로감염 의심되어 Isepacin 200mg IM 및 Tosufloxacin (Ozex) 150mg bid, Talniflumate (somalgen) 370mg bid, 7일간 복용했다.

그 후 12월 말에 산에 가서 성묘하고 장례식장에서 밤을 새며 술을 마신 후부터 **두통**이 시작되었고 진통소염제 2회 복용해도 호전되지 않아 2012년 1월 2일 신경외과 외래를 통해 입원했다. 아침에 일어나자마자 머리전체, 특히 오른쪽 안구부위가 아픈 박동성 두통이었으며, 하루 전부터는 시야가 뿌옇고 양쪽 바깥쪽이 반짝거린다고 한다. 의식은 명료했고 사지의 감각, 운동 신경학적 검사는 정상이었다. 팔과 다리에 자반이 보였다. 혈압 120/80 mmHg, 맥박 80회/분 이었다. 소변 protein 3+ (S.G. 1.020), RBC 10-30/HPF, albumin/creatinine 비는 2843 mg/g.cr 였다. 혈액검사 CBC 7520-13-88K, total bilirubin 1.5 mg/dL, BUN/Cr 26.8/2.9 mg/dL 였다. PT, PTT, BT 정상이었고 도말검사에서 normocytic normochromic anemia로 schistocyte는 보이지 않았다 척수액 압력 30 CmH_2O, 척수세포검사는 정상이었다. 뇌 MRI에서 양측 대뇌 반구, 소뇌, pons 등에 다발성 종괴가 보였다.

1월 3일부터 혈압이 220/180 mmHg 측정되어 항고혈압제 투여를 시작했고, 안저검사에서 고혈압성 망막증 3-4기 소견 및 심장초음파 검사에서 좌측심비대, Mitral regurgitation (II), arterial regurgitation (I) 보였다. 1월 4일 신장내과에 의뢰되어 신생검을 시행했다.

혈청 IgG, IgA, C3, C4, Rheumatoid factor 정상이었고 ANA, ANCA, anti-GBM 음성이었다. ASO 302 IU/ml, tsutsugamushi Ab 1:40 이었다. 소변단백전기영동 검사는 알부민이 주된 단백뇨 소견이었고, 혈청 및 소변 면역전기영동 검사에서 특이소견 없었다.

항고혈압제로 혈압 130/80 mg/dL 정도로 조절한 후 두통은 호전되었으며, BUN/Cr 은 최고 39/3.8 mg/dL까지 상승했다가 감소하여 2012년 1월 13일 퇴원 당시 BUN/Cr 16/2.3 mg/dL, 알부민뇨 470 mg/g.cr 였다.

퇴원 후 tsutsugamushi Ab 1:40 지속되어 doxycyclin 100mg bid 7일간 복용했다. 뇌 MRI에서 그전에 보이던 종괴는 모두 없어졌고 혈압이 90/60 mmHg까지 점차 감소해서 항고혈압제 중 b-blocker, CCB 중단하고 ARB 만 복용하여 혈압 120/80 로 유지됐다. 3월 14일 환자가 원하여 다른 병원으로 전원 당시 BUN/Cr 27/2.2 mg/dL였다.