

# Furosemide 복용 후 발생한 수포성 유천포창 1예

충남대학교 의과대학 내과학교실

김난희 · 김의식 · 정지윤 · 정사라 · 장동석 · 이수윤 · 나기량 · 이강욱 · 신영태

**서론** : 수포성 유천포창(Bullous pemphigoid)은 표피 아래의 소낭과 수포를 특징으로 하는 후천성 자가 면역 질환이다. 전형적 병변은 정상 또는 발적된 피부위에 발생한 수포로, 아랫배와 서혜부, 그리고 사지에 분포한다. 원인은 명확하지 않으나 amoxicillin, ampicillin, ciprofloxacin, ibuprofen 등과 같은 일부 약제가 자가 면역을 활성화시켜서 수포성 유천포창을 발생시킨다고 알려져 있다. 저자들은 furosemide 복용 후 발생한 수포성 유천포창 1예를 경험하였기에 보고한다. **중례** : 63세 남자가 7주 전부터 전신에 발생한 발적을 동반한 수포를 주소로 내원하였다. 과거력 상 고혈압에 의한 만성 신부전증으로 진단을 받고, 3년 전부터 복막투석을 시행하였고, 복용하던 약물은 aspirin 100 mg, nifedipine 30 mg, valsartan 80 mg, calcium acetate 2130 mg, ferrous sulfate 750 mg, carvedilol 25 mg 이었다. 30일 전부터 체중이 증가하고 양 하지에 부종이 발생하여 furosemide 160 mg을 추가로 복용하였고 3주 일 전부터 전신에 수포가 발생하였다. 2주일 전 본원 피부과에서 진료를 받고 피부 조직검사를 시행 받았으며, 조직검사에서는 광학 현미경 상 표피의 바로 아랫 부위에 호산구 침착이 있었으며, 면역형광 염색에서는 표피와 진피의 접합부위에 C3에 대한 항체가 침착되어 있어서, 수포성 유천포창으로 진단을 받았다. 이때부터 furosemide는 중단을 하였다. 진단 후 methylprednisolone 연고를 도포 하였으나 병변이 호전되지 않아서 입원을 하였다. 입원당시 활력 징후는 안정적이었으며, 혈액 검사상 WBC 8900/uL, segment neutrophil 58.4 %, monocyte 12.1 %, eosinophil 9.7 %, Hb 8.4 g/dL, platelet 121,000/uL 이었고, AST/ALT 17/22 IU/L, BUN/Cr 59.3/15.8 mg/dL, Na+/K+ 142.8/4.1 mg/dL 이었다. 경구로 하루에 prednisolone 30 mg 투여를 시작하였다. Prednisolone 사용 후 병변이 호전되어 7병일부터는 PD를 감량 하였다. 이후 피부 병변이 호전되어 퇴원하였다.

# Renal angiomyolipoma with a minimal fatty component mimicking renal cell carcinoma

Department of internal medicine, chonbuk national university

\*S.Y. Park, S. Lee, W. Kim, S.K. Park

Renal angiomyolipoma (AML) is a benign tumor composed of fat, smooth muscle, and abnormal blood vessels. The differentiation between renal cell carcinoma (RCC) and AML is important because the treatments for these two diseases are quite different. We report a case of renal AML with a minimal fatty component, which is showing atypical CT scan findings of AML mimicking RCC. A 53-year-old male visited our hospital for evaluation of macroscopic hematuria and dysuria. Intravenous urography revealed a dilated collecting system with a delayed excretory phase and calyceal system in mid and lower pole of left kidney displaced into upper and medial portion. Unenhanced CT scan at lower pole level of the left kidney showed a well defined, exophytic, and about 10 cm sized mass with high attenuation relative to adjacent renal parenchyma. On contrast-enhanced scans obtained at the same level in arterial phase and portal phase, the tumor revealed homogeneous enhancement and had a prolonged enhancement pattern. The mass had no calcification and hyperattenuated on unenhanced films, and contained bright nodular enhancement, maybe due to aneurysmal vascular dilatation. Two diagnosis were considered; AML, even though fatty components are extremely rare, or a renal cell carcinoma. Because of the risks of a bleeding and of a false negative results, no needle biopsy was attempted on the renal mass. A left radical nephrectomy was performed. Histological examination showed a angiomyolipoma; immunohistochemical marker(Desmin, HMB45, and Actin) was positive. The final diagnosis was Renal angiomyolipoma with a minimal fatty components. In general, AML can be accurately diagnosed by identifying the intratumoral fat component, which shows negative attenuation on unenhanced computed tomographic (CT) scans. However, intratumoral fat cannot be visualized in an AML at CT in some instances; namely, in cases of so-called AML with minimal fat. The most striking feature of angiomyolipoma with minimal fat is its high attenuation on unenhanced CT images.