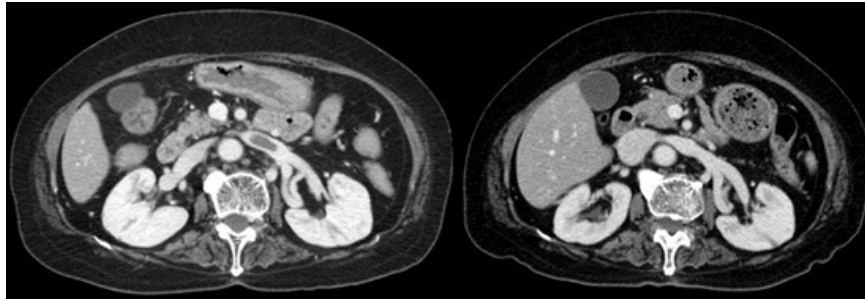


급성 위장관염에 합병된 신정맥 혈전증 1예

울산동강병원

*최재혁, 천종운, 서금수

서론: 신정맥 혈전증은 신증후군에 이차적으로 발생하는 경우가 가장 흔하고 신장암의 혈관침범, 감염, 외상, 경구피임약 복용 및 과응고상태도 원인이 될 수 있으며 특별한 원인 없이 발생할 수도 있다. 감염증과 관련하여 국내에서는 신우신염 및 신농양 및 패혈증에 동반된 신정맥 혈전증의 증례가 다수 보고되었다. 저자들은 급성 위장관염 환자에 병발한 신정맥 혈전증의 증례를 경험하였기에 아래와 같이 보고하는 바이다. **증례:** 71세의 여자가 복통, 구토 및 수양성 설사를 주소로 내원하였다. 고혈압과 제2형 당뇨병으로 경구약 복용 중이었으며 복부 수술력은 없었다. 혈압은 130/90 mmHg, 맥박수 74회/분, 호흡수 20회/분, 체온 38.5°C였다. 혈액검사상에서 백혈구 7,600/mm³, 혈색소 11.9 g/dL, 혈소판 203,000/mm³, CRP 1.73 mg/dl였다. PT 9.1 초, aPTT 23.3초, Fibrinogen 307.8, FDP 1:1 양성, antithrombin III 64%, protein C activity 117, protein S activity 105로 확인되었다. 소변검사상 요비중 1.010, 요단백 0, 적혈구 0 /HPF, 백혈구 1 /HPF이었다. 급성위장관염으로 판단하여 금식 및 항생제 치료를 시작하자 증상은 곧 호전되었다. 입원 당시 시행한 복부 전산화단층촬영(computed tomography, CT)에서 전반적인 소장벽의 비후가 관찰되었고 그와 함께 좌측 신정맥 혈전증이 발견되어 저분자량 헤파린으로 치료를 시작하였으며 와파린 용량 조절한 뒤 퇴원하였다. 외래로 통원하면서 항응고요법을 지속하였으며 3개월 뒤 시행한 복부 CT에서 신정맥 혈전이 많이 감소되었으나 국소적으로 남아 있는 상태였다. 항응고 치료를 4개월 더 시행한 후 촬영한 복부 CT에서 잔여 혈전은 큰 변화가 없어 와파린을 clopidogrel로 교체하였으며 8개월 경과 후(혈전증 발생 후 15개월째) 복부 CT에서 혈전은 더 이상 보이지 않았고 현재까지 재발 없이 잘 지내고 있다.



Subcutaneous sarcoidosis presenting as a suprapubic mass and acute kidney injury

¹Department of internal medicine, Eulji General Hospital, Eulji University College of Medicine, Seoul, Korea, ²Division of Nephrology, Eulji General Hospital, Eulji University College of Medicine, Seoul, Korea, ³Division of Pathology, Eulji General Hospital, Eulji University College of Medicine, Seoul, Korea

*Jeong Min Kim¹, Yoon Kyung Song¹, Yung Hee Lee¹, Young-Hwan Hwang², Su Ah Sung², So Young Lee², Jong Eun Joo³, Se Won Oh²

Subcutaneous sarcoidosis without lung and skin involvement is a rare entity and has seldom been reported on the suprapubic area. We report the patient who presented with suprapubic mass, hypercalcemia, and acute kidney injury (AKI). A 61-year-old man came to the hospital complaining of enlarging suprapubic mass. Two years before admission, he was diagnosed with membranous glomerulonephritis and received the treatment of cyclosporine and prednisolone. At that time, his creatinine (Cr) level was 1.53 mg/dL. A physical examination revealed firm nontender round mass with clear skin on suprapubic area. Laboratory tests showed serum Cr 6.2 mg/dL, calcium (Ca) 14.7 mg/dL, ionized Ca 1.91 mmol/L, intact PTH 8.1 pg/ml and angiotensin converting enzyme 110.2 U/ml. A computed tomography revealed a 4.4×3.3 cm subcutaneous suprapubic mass. 18F-FDG PET/CT showed multiple foci of hypermetabolic activity on the suprapubic area, both shoulder, flank, hip, and thigh. Although he was treated by intravenous fluids, furosemide, calcitonin and bisphosphonate, hypercalcemia was not improved. Suprapubic mass was removed and a pathology was confirmed as pannicular noninfectious epithelioid granulomas. He was started on prednisolone 30 mg/day. After 3 months of treatment, follow-up 18F-FDG PET/CT demonstrated complete resolution of multiple hypermetabolic lesions. His Cr and Ca level were decreased to 2.0 mg/dL and 8.8 mg/dL, respectively. The subcutaneous sarcoidosis associated with hypercalcemia and AKI was successfully treated by a moderate dose of prednisolone.

