

## A case of splenic infarction associated with infectious mononucleosis due to EBV infection

Department of Internal Medicine, Chonbuk National University Medical School, Jeonju, Korea

\*Dae-Hyuk Heo, Chang-Seop Lee, Jeong-Hwan Hwang

Splenic complications rarely occur during the course of infectious mononucleosis (IM) caused by Epstein-Barr virus (EBV). Splenic infarction represents a very rare complication of IM. We describe a case that developed splenic infarction following IM due to EBV infection. A 20-year-old woman was admitted to our emergency department due to a four-week history of fever with upper respiratory symptoms and a two-week history of abdominal pain. On past history, she did not have any underlying comorbidities. On physical examination, there were about 1 cm sized, non-tender mass on left neck and enlarged tonsils on oropharynx. Abdominal tenderness was observed in the left upper quadrant (LUQ). On laboratory tests, a complete blood cell count showed a white blood cell count of  $6,860/\text{mm}^3$  (lymphocyte 58.4%), and a platelet count of  $26,000/\text{mm}^3$ . Biochemical analysis showed the following: aspartate aminotransferase, 102 IU/L; alanine aminotransferase, 68 IU/L; lactate dehydrogenase, 2,022 IU/L; and ferritin, 20.2 ng/mL. Peripheral blood smear showed normal finding except for atypical lymphocyte. Serologic test for EBV infection were as follows: EBV viral capsid antigen (EBV-VCA) IgM positive, EBV-VCA IgG negative, EBV nuclear antigen (EBNA) Ig M negative, EBNA Ig G negative, and heterophil antibody negative. Serologic viral screening for hepatitis B and C viruses, human immunodeficiency virus, cytomegalovirus were negative. Abdominal computed tomography (CT) was performed due to abdominal tenderness, and showed the low attenuated lesion in the spleen, suggesting splenic infarction. Coagulopathy testing did not reveal disseminated intravascular coagulation, with negative results for lupus anticoagulant and anticardiolipin antibody. The levels of protein C, protein S, and antithrombin III were normal. The patient was treated symptomatically, and the clinical course was improved. One month later, the patient was stable and symptom free. We present a case with splenic infarction as a rare complication of IM due to EBV infection. Clinicians should consider the possibility of splenic infarction and perform image test such as CT or ultrasonography when LUQ tenderness was observed in a patient with IM.

## 폐혈증으로 진행된 광절열두조충증의 1례

서울보훈병원

\*정연주, 김혜원, 김별, 이동영

**서론:** 조충류의 감염은 빈번하지는 않으나 드물게 심각한 의학적 문제를 야기한다. 조충의 한 종류인 광절열두조충에 의한 감염은 우리나라에서 보고된 바가 흔치 않으며 특히 심각한 소장의 염증을 동반한 폐혈증 증상을 보이는 임상보고는 드문 실정이다. 저자들은 폐혈증으로 진행된 광절열두조충증의 1례를 경험하여 이에 보고하는 바이다. **증례:** 44세 남자환자는 16년 전 사고로 경추 손상 및 저산소성 뇌손상으로 침상생활 유지 중이었으며, 내원 10일전 고열을 주소로 타병원에서 입원 치료를 받았으나 원인을 발견하지 못한 채 상태가 악화되어 본원으로 전원 되었다. 흉부 및 복부 CT에서 다량의 흉수 및 복수와 말단 회장부부터 십이지장까지 진행되어 있는 소장의 점막부종이 관찰되어 내시경 및 조직검사를 시행하였으나 원인을 발견할 수 없었고, 흉수 및 복수 배양검사에서도 균이 관찰되지 않았다. 고열이 지속되며 폐혈증으로 진행하였고 원인 불명의 호산구증이 동반되어 기생충 감염 가능성을 생각하였다. 기존 항생제 치료에 Albendazole을 추가하였고, 기생충 항체 검사를 시행하였다. Albendazole 투약 후 증상이 호전되는 듯 하였으나 다시 염증소견의 악화가 관찰되어 Praziquantel를 추가 투약하였다. 이후 기생충 항체 검사 결과에서 개회충에 약양성의 검사 결과가 나와 개회충증을 의심하였으나 곧 대변에서 6 cm × 2 cm 크기의 충체가 2회에 걸쳐 발견되었다. 충체를 기생충학 교실에 의뢰하였고, 이송 과정에서 검체 보존의 문제로 조직검사는 시행되지 못하였으나, 육안으로 감별 시 광절열두조충이라고 답변을 받았다. 광절열두조충증의 치료제는 Praziquantel로 본 증례의 환자도 Praziquantel 복용 이후 악화되던 백혈구 증가증 및 염증 수치와 호전소견이 관찰되었으며 이후 감염이 호전되어 재발치료 후 퇴원하였다.

