

드물게 급성 감염심내막염에 의해 유발된 갑상선중독발작 1례

한양대학교 의과대학 내과학교실

*정윤오, 박정환, 김동선

내분비적 응급 질환 중에서 갑상선중독발작은 가장 심한 중증도를 가지는 질환으로, 초기에 적절한 치료를 받지 않으면 20-30%의 높은 사망률을 보이므로 조기 진단 및 적극적 치료가 중요하다. 저자들은 갑상선중독발작 치료 중 급성 감염심내막염에 의해 갑상선중독발작이 악화된 국내에 보고된 바 없는 증례를 경험하였기에 소개하고자 한다. 10년 전 그레이브스병을 진단받았으나 자의로 치료를 중단한 23세 여자 환자가 발열과 땀은 변 양상의 설사, 2달간 5 kg의 체중 감소로 내원하였다. 갑상선기능검사항 T3 334 ng/dL, TSH <0.01 μ U/dL, 유리 T4 4.79 ng/dL, TSI > 40.0% (0-15)였다. 감염을 의심할 만한 증상, 이학적 소견 및 혈액 검사 소견은 없었다. 항갑상선제 투여 중단 후 발생한 갑상선중독발작으로 진단, methimazole, lugol solution, propranolol, steroid 치료를 시행하였다. 입원 7일째 검사상 TSH <0.01 μ U/dL, 유리 T4 1.71 ng/dL, TSI > 40.0% 였고 발열, 땀은 변 등의 증상 호전되어 퇴원하였다. 2주 후 외래에서 추적관찰하였고 TSH <0.1 μ U/dL, TSI > 40.0%, 유리 T4 2.16 ng/dL로 유리 T4가 다시 상승하였으며, 38.7°C의 열이 관찰되어 재입원하였다. 이전 입원 시 없었던 기침, 가래를 호소하였고, 백혈구는 5,100/mm³이나 중성구가 77.7%로 증가되어 있었으며, CRP 3.4 mg/dL로 증가되어 있었다. 심잡음 및 폐잡음은 청진되지 않았다. 흉부 및 복부동 단순촬영 시행하였으나 뚜렷한 병변은 관찰되지 않았다. 기관지염 혹은 폐렴 초기의 가능성 고려하여 항생제 치료를 시작하였으나 3일 이상의 항생제 사용하였음에도 발열이 지속되었고, 입원 4 일째 흉부 단순촬영에서 양측 폐 울혈 및 우측 폐의 흉수, 심비대가 관찰되었다. 원인 규명을 위해 흉부정유심초음파를 계획하였고, 최근의 치과 치료 경험이나 주사, 침 등의 시술력 혹은 면역억제 등의 위험 요소는 없으나 감염심내막염의 가능성을 배제하지 못해 필요 시 식도심초음파도 시행하기로 하였다. 입원 5 일째 식도심초음파에서 대동맥 판막의 vegetation(1.7 cm)을 확인하였다. 심부전을 동반한 심한 대동맥판역류가 있어 대동맥판대치술을 시행하였고, 총 6주간 항생제 치료 후 퇴원하였다. 갑상선기능검사는 T3 143 ng/dL, TSH <0.01 ng/dL, free T4 1.67 ng/dL 까지 호전되었다. 감염은 갑상선중독발작의 혼란 원인이나 주로 요로 감염 및 호흡기 감염이 원인이 되며 감염심내막염은 매우 드문 원인이다. 본 증례를 통해 감염심내막염도 갑상선중독발작 유발 원인 중 하나가 될 수 있음을 인지하고, 갑상선중독발작 환자에서 유발 원인이 불분명한 경우 드문 원인으로 고려해 보는 것이 좋을 것으로 생각된다.

Graves' Disease Coexisting with Idiopathic Hypoparathyroidism

Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Internal Medicine, Uijeongbu St. Mary's Hospital, Uijeongbu, Korea

*Keungmo Yang, Young Wook Cho, Kyeong Pyo Lee, Woo Jung Kim, Tae Seo Sohn, Hyun Shik Son, Hannah Seok

Graves' disease and hypoparathyroidism are very difficult to be correlated because of different pathogenetic characters. We report the first case of Graves' disease coexisting with idiopathic hypoparathyroidism on adult in Korea. A 60-year-old woman was admitted with sudden loss of consciousness and seizure. She had been diagnosed with Graves' disease a year ago and taken carbimazole. Laboratory findings were as follows: calcium 4.4 mg/dL; phosphorus 6.3 mg/dL; magnesium 1.6 mg/dL; TSH 0.19 mIU/L; free T4 1.4 ng/dL; intact PTH 3.6 pg/mL; 1.25 (OH)₂ vitamin D3 18.8 pg/mL; 25 (OH) vitamin D total 12.6 ng/mL. The brain CT showed bilateral and symmetrical calcifications in the basal ganglia and the brain MRI didn't have other lesions. The ECG showed QT interval prolongation and the EEG was normal. Our final diagnosis was Graves' disease coexisting with idiopathic hypoparathyroidism and we conclude that seizure was happened by hypocalcemia. Hypoparathyroidism was probably idiopathic since she doesn't have the history of surgeries or radiative therapies. Also there was no evidence of immunodeficiency disease or congenital disease which can induce hypocalcemia. Primary hypoparathyroidism is usually occurred by immune-mediated destruction of the parathyroid glands and sometimes coexisting with other diseases to be considered as a part of autoimmune polyendocrine syndrome (APS). We didn't get the results to screen other diseases in APS. Considering the general symptoms and past medical history, the possibility to accompany these diseases is unlikely.

