

그레이브스병 환자에서 메티마졸로 유발된 급성 췌장염 1예

가톨릭대학교 대전성모병원 내분비내과

*조성일, 장이선, 이종민, 김혜수, 이인석, 안유란, 홍기평

메티마졸은 그레이브스병의 치료에 사용하는 약제로써 보통 안전하지만 드물게 약제를 중단해야 하는 주요 부작용이 발생한다. 메티마졸 투여 후 발생하는 급성 췌장염은 주요 부작용에 속하며 이제까지 전세계적으로 6예가 보고되었고 국내에서는 2014년 1예만 보고되었다. 저자들은 그레이브스병으로 메티마졸을 복용한 환자에서 발생한 급성 췌장염을 경험하였기에 보고하는 바이다. 31세 여자 환자가 심계항진, 7kg의 체중감소, 수전증 주소로 내원하였다. free T4 7.770 ng/dL, TSH 0.005 uIU/mL, TBII 25.930 IU/L로 그레이브스병 진단받고 메티마졸 30 mg, 프로프라놀롤 40 mg을 복용하던 중 2주후부터 발생한 상복부 통증 주소로 입원하였다. 입원 당시 혈액 검사에서 T3 3.270 nmol/L, free T4 3.270 ng/dL, TSH 0.005 uIU/mL, Amylase 522 IU/L, Lipase 1102 U/L, AST 28 IU/L, ALT 55 IU/L로 췌장염 소견을 보였고 복부CT에서 췌장 및 다른 부위의 이상 소견은 없었다. 급성 췌장염의 고전적인 위험인자가 없어 췌장염의 원인으로 약제, 특히 메티마졸이 의심되어 바로 투약을 중단하였다. 입원 3일후부터 상복부 통증이 소실되었고 혈청 Amylase, Lipase 수치도 점차 감소하였다. 입원 6일째 프로필티오우라실 300 mg을 투여하였으며 입원 9일째 증상 호전 및 Amylase 188 IU/L, Lipase 426 U/L로 감소되어 퇴원하였다. 퇴원 한 달 후 시행한 검사에서 Amylase 82 IU/L, Lipase 53 U/L로 정상화되었으며 T3 2.540 nmol/L, free T4 1.070 ng/dL, TSH 0.005 uIU/mL로 나와 프로필티오우라실로 조절하면서 추적관찰 중이다. 약제 유발 췌장염에 대한 진단을 위해서는 해당 약제를 다시 처방해서 증세 및 검사 수치 증가가 다시 보이는지 확인해야 하나 윤리적인 이유로 재투여하지 못했다. 메티마졸 복용 후 췌장염 소견을 보일 경우 췌장염의 다른 원인이 없을 때는 드물지만 메티마졸에 의한 부작용을 염두에 두어야 한다.

Follicular Thyroid Carcinoma in a patient with Graves' Disease

전주예수병원

*배지수, 백초옥, 김기희, 송선경, 김지혜

Thyroid cancer has been reported in 2%-7% of surgically treated hyperthyroid patients. Follicular cancer, particularly, has a very low incidence in Graves' disease as compared to papillary thyroid cancer. We report a rare case of follicular thyroid carcinoma arising in a 27-year-old female patient with Graves' disease. She was initially diagnosed with Graves' disease with a 4-mm isoechoic solid nodule in the left thyroid gland. At follow-up after 18 months, she presented with an anterior palpable neck mass despite normalization of thyroid hormone levels after optimal anti-thyroid drug treatment. A thyroid ultrasound showed a decrease in goiter size, but an isoechoic solid nodule with regular margins measuring 2.17×1.18×2.78 cm (3.73 cm³ in volume according to the ellipsoid formula) was observed in the left lobe. Fine needle aspiration cytology was used to make a diagnosis of a non-neoplastic adenomatous nodule, which was negative for the BRAF mutation. The nodule size increased to 2.33×1.57×3.17 cm after 6 months and we performed a re-aspiration, which also revealed a benign follicular nodule. But over the next 1 year, the nodule became a lesion of 2.79×1.79×4.1 cm (10.72 cm³ in volume, 2.8 times-increase). We recommended immediate surgery due to the increase in nodule volume and diameter over 4cm. She underwent total thyroidectomy, and pathological examination revealed a minimally invasive follicular carcinoma with capsular invasion. Generally, characteristic findings of a malignant thyroid nodule by ultrasonography include irregular shape, ill-defined edge, jagged border, heterogeneous nature or micro-calcifications, whereas minimally invasive follicular carcinoma often does not show any of these findings. In this case, one nodule had homogenous internal echogenicity with regular margin, but we did not observe any malignancy, suggesting that in follicular neoplasms, an increase in nodule volume should be considered as a risk factor for malignancy. Moreover, the growth rate itself may be correlated with malignancy. Careful investigation is needed when thyroid nodules or progressive thyroid enlargement is detected, especially in patients with Graves' disease.