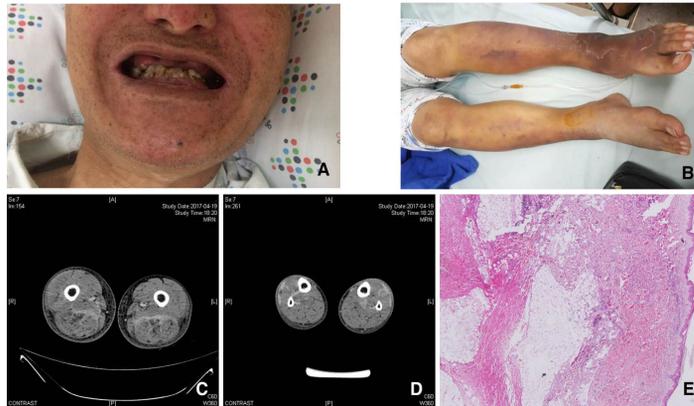


하지의 피부 및 근육 내 자발 출혈로 진단된 비타민 C 결핍 빈혈 1예

전주 예수병원 ¹내과, ²혈액종양내과, ³내분비내과

*정현주¹, 조미영², 박효숙², 김지혜³

서론: 비타민 C 결핍은 소포주위 모세혈관 출혈, 피로, 치아 결손, 잇몸염, 빈혈, 부종, 혈중, 우울, 관절염 등 증상을 보인다. 국내에서는 범혈구감소증을 동반한 피혈병에서 발생한 우측 대퇴부 혈종 1예의 보고만 있다. 우리는 양 하지에 광범위한 자발 출혈이 발생한 증례를 경험하였기에 이를 보고하고자 한다. **증례:** 59세 남성이 1개월 전부터 시작된 전신 및 하지 쇠약 주소로 내원하였다. 환자는 직업상 야간 작업을 주로 하다 2년 전 은퇴 후 최근까지 바깥 활동이 거의 없었으며, 평소 과일이나 채소 섭취가 적었다. 그리고 1년 전부터 치아 상태 불량해지고 6개월 전부터 잇몸 붓는 증상 동반되어 식사량이 급격히 감소한 상태였다. 1개월 전부터는 무기력감이 증가되고 양 하지가 검붉게 변색되며 무릎 굽히거나 계단 오르기 어려워지는 등 하지 근력 약화를 보였고, 10일 전부터 소변색이 진해지는 양상 보였다. 신체 검진에서 공막 황달, 치아 위생 불량 및 치아 결손과 잇몸염(A), 양 하지 전반이 검붉은 변색 및 비함요 부종(B)이 보였다. 혈액 검사상 혈색소 4.2g/dl, MCV 98.0 fL, MCH 27.5 pg, MCHC 28.0 %, 총빌리루빈 4.7 mg/dl, 직접 빌리루빈 1.4 mg/dl, 젖산탈수소화효소 361 IU/L, 망상적혈구 15.4 %였고 말초혈액 도말검사서 정구성 정색소성 빈혈, 직접 콧물검사 음성을 나타냈다. 하지 심부정맥 CT에서 양 하지 전반에 광범위한 연조직 부종과 삼출성 출혈으로 인한 근막 및 구획내 조영 증강(C, D) 보였고 피부 조직검사서 진피, 피하조직 및 지방층 전체의 적혈구 침윤(E), 그리고 비타민 C 0.2 umol/L로 저하 소견을 보였다. 따라서 비타민 C 결핍 빈혈과 동반된 하지 내 자발 출혈 진단하였으며 비타민 C 투여로 증상 회복되었다. **고찰:** 비타민 C 결핍은 영양 수준이 개선된 최근의 사회에서 일부 알코올 중독 환자 또는 장기 노숙자 외에 보기 드물며, 양 하지의 광범위 자발 출혈을 야기한 비타민 C 결핍 빈혈을 용혈성 빈혈로 접근한 증례를 경험하였기에 보고한다.



Concurrent diagnosis of T-cell large granular lymphocytic leukemia and myeloma: a case report

서울아산병원 혈액내과

*현동곤, 유서연, 박한승

T-cell large granular lymphocytic leukemia (T-LGLL) is a rare chronic lymphoproliferative disorder involving cytotoxic T-cells. T-LGLL has an indolent clinical course and may be found incidentally when investigating symptoms of anemia or lymphocytosis. Although the association of rheumatic arthritis with T-LGLL has been well reported, some reports have stated that other autoimmune disorders or B-cell malignancies may accompany T-LGLL. Herein, we report a rare case of concurrent diagnosis of T-LGLL and multiple myeloma (MM). A 49-year-old man was admitted to our hospital for examination of leukocytosis. His initial laboratory findings were white blood cell count, 12,200/ μ L; hemoglobin level, 10.7 g/dL; platelet count, 243,000/ μ L; and atypical lymphocytes, 56%. However, clinical examination revealed no signs of infection. Atypical lymphocytes with abundant cytoplasm and fine azurophilic granules were observed in the peripheral blood smear (Fig. 1A). Immunofluorescence by flow cytometry in the peripheral blood revealed that a population of lymphoid cells, which constituted approximately 80.7% of cells in the specimen, showed intermediate CD45 expression and low side scatter. The neoplastic lymphoid cells were positive for CD7 (76.2%), CD3 (98.1%), and cyCD3 (88.9%) but negative for CD19, CD20, CD5, and CD56. In bone marrow biopsy, neoplastic plasma cells accounted for 11.6% of cells in the bone marrow (Fig. 1B) and expressed positivity for CD138 and lambda (λ) (Fig. 1C, 1D). Serum and urine immunoelectrophoresis showed an abnormal zone of restriction in the λ -type light chain. The patient was diagnosed with concurrent T-LGLL and MM. After diagnosis, he was observed carefully at outpatient clinics. This is the first case of T-LGLL with MM in Korea. Other case reports have revealed that T-LGLL was accompanied by B-cell malignancies such as monoclonal gammopathy of undetermined significance or MM. The pathogenesis had not been clearly studied, but immunologic stimulation was regarded as a key factor. Other associated diseases, particularly B-cell malignancies, should be considered at the time of diagnosis of T-LGLL.

