

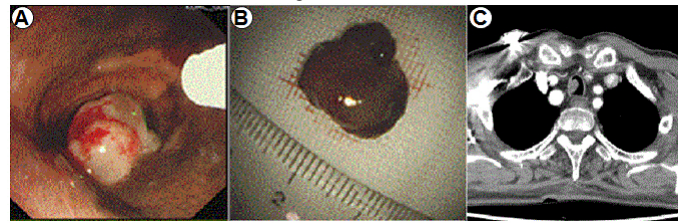
기관지를 침범한 점막성 흑색종 (mucosal melanoma) 회귀증례보고

고려대학교 구로병원 내과학교실

*오승표, 최주환, 오지연, 이영석, 민경훈, 허규영, 이승룡, 심재정, 강경호

서론: 악성 흑색종은 악성종양 중에서 1~3% 가량 차지하며, 주로 피부 또는 점막에서 발생합니다. 이 중 점막성 흑색종 (mucosal melanoma)은 악성 흑색종 중에서 1% 이하로 매우 드물게 발생하고 피부에서 발생하는 흑색종 보다 예후가 불량합니다. 점막성 흑색종은 주로 두경부 (55%), 항문직장 (24%), 외음질 (18%)에서 발생하며, 기관지를 포함한 호흡기계통에서 발생하는 경우는 매우 드물다고 알려져 있습니다. 이에 기관지에서 발생한 점막성 흑색종을 보고하고자 합니다.

본론: 78세 남자환자는 고혈압, 당뇨, 심방 세동 과거력이 있었습니다. 환자분은 목소리 변성을 주소로 2017년 10월 내원하여, 후두부 점막성 흑색종 진단 하에 방사선 치료 받았던 분입니다. 환자는 이후 2018년 4월 호흡곤란과 객혈 소견으로 내원하여 chest computed tomography (CT) 시행하였고, 기관지 내부에 직경이 15mm 가량되고 기도의 2/3 이상을 막고 있는 mass가 발견되었습니다. 기관지 내시경 시행하여 줄기 (stalk)가 얇고 유동성 있는 원형의 15mm 악성 흑색종을 electrocautery를 통해 절제하였습니다 (Fig 1. A, B, C). 기관지내 점막성 흑색종을 내시경적 절제술을 통해 성공적으로 절제 후 이후 객혈이나 호흡곤란 등의 증상 없이 호전 되었습니다. **결론:** 호흡기계통에서 점막성 흑색종이 원발부위로 발생하거나 2차적으로 전이되는 경우는 매우 드문 것으로 알려져 있습니다. 주로 원발 부위 및 전이 부위는 소화기 계통으로 알려져 있습니다. 이번 증례는 후두에서 발생한 점막성 흑색종이 기관지에 전이된 드문 증례이며, 전이된 점막성 흑색종은 호흡곤란과 객혈을 동반하여 기관지 내시경을 통한 응급 시술이 필요한 상황이었습니다. 기관지 내에 결절에 대한 감별진단을 할 때, 임상적은 점막성 흑색종 과거력이 있을 경우 전이 가능성을 염두에 두고 치료를 하여야 할 것 입니다. Figure 1. (A) 기관지 내시경 소견, (B) 내시경 절제 이후 소견, (C) Chest CT finding



Lung Abscess due to Actinomyces odontolyticus and Parvimonas micra Co-infection Presenting as ARF

진주 경상대학교 병원 호흡기 알레르기 내과

*정종환, 유정완, 조유지, 정이영, 이종덕, 이승준

Lung abscess is usually caused by polymicrobial infections with anaerobes including *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, and *Bacterioides*, and aerobes including *Streptococcus*, *Staphylococcus*, and *Klebsiella*. In this article, we report a rare case of lung abscess due to mixed infection with *Actinomyces odontolyticus* and *Parvimonas micra* initially presented with acute respiratory failure. A 49-year-old male patient visited emergency room for sudden dyspnea developed on the day of hospital visit. He did not complain of cough and purulent sputum, and did not have fever. He was a current-smoker with a 20 pack-year smoking history and had a heavy alcohol drinking habit. On initial examination, the patient was alert and oriented. His body temperature was 36.1°C, blood pressure was 130/70 mmHg, respiratory rate was 35 breaths per minute, heart rate was 120 beats per minute, and oxygen saturation was 76% on room air. Despite inhalation of 15 L/min oxygen via facial mask, acute respiratory failure developed and mechanical ventilation was started. A computed tomography scan of the chest showed a large lung abscess with an air-fluid level on his left lower hemithorax. Ceftriaxone and clindamycin was administered promptly and percutaneous pig-tail catheter was inserted to drain abscess. Drained fluid was grossly pus-like appearance. On the 6th day of hospital visit, he was successfully weaned from the mechanical ventilator. *Actinomyces odontolyticus* was cultured on the drained pus and *Parvimonas micra* was identified by blood culture on 7th day of hospital visit. Thus, Antibiotics were changed to ampicillin-sulbactam and he rapidly recovered during the hospital admission. Lung abscess due to *Actinomyces odontolyticus* or *Parvimonas micra* is very rare. To our knowledge, this is the first case report of mixed infection with *Actinomyces odontolyticus* and *Parvimonas micra*, which caused acute respiratory failure in immune competent patient.

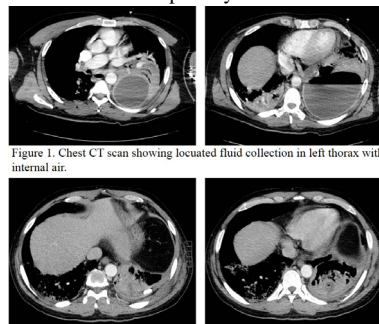


Figure 1. Chest CT scan showing locuated fluid collection in left thorax with internal air.

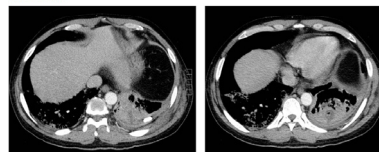


Figure 2. Chest CT scan after 2 weeks from hospital visit showing improvement of consolidation and fluid collection. The percutaneous pig tail catheter was inserted to drain abscess.