

## Helical CT로 진단된 Rasmussen 동맥류 1예

울산의대 아산재단 강릉병원 및 서울 중앙병원\* 내과  
손정민\*, 박성오, 진재용, 정복현\*

Rasmussen 동맥류는 폐동맥 말단부에 결핵성 공동의 침식으로 발생하는 가성동맥류로, 공동속으로 파열하면 치명적인 객혈을 일으킬 수 있다. 통상적인 전산화단층촬영에서 혈관주위로 증강된 조영의 종괴로 보인다. helical CT는 폐동맥의 arterial phase를 스캔할 수 있어 통상적인 조영제 증강 전산화단층촬영보다 폐동맥류 진단에 도움이 될 수 있으나, 아직 Rasmussen 동맥류를 진단한 예는 보고된 바가 없다. 이에 저자들은 대량 객혈을 주소로 내원하여 helical CT로 Rasmussen 동맥류 위치 및 크기가 비교적 정확히 진단된 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

중례: 42세된 남자 환자로 내원 당일 발생한 대량객혈(약 200 cc/1회)을 주소로 내원하였다. 내원 10년 전과 7년 전, 그리고 3년 전 3차례 폐결핵으로 치료받은 과거력이 있었고, 이학적 소견에서 만성 병색을 보였으며 흉부 청진상 호흡음이 전반적으로 감소되어 있고 좌하부 폐야에서 흡기성 설악음이 들렸다. 검사실 소견은 정상범위였다. 단순 흉부 X-선 촬영에서 좌하엽에 얇은 벽의 공동이 관찰되었다. 내원 당일 시행한 기관지 내시경에서 좌하엽 기관지에서 출혈 소견을 보였고, 응급 기관지동맥 촬영술을 시행하여 좌하엽 기관지 분지의 이상혈관에 대해 gelform 색전술을 시행한 후 객혈의 증지가 있어 항결핵제 투여와 함께 보존적 치료를 실시하였고 폐기능 검사소견은 수술적응증이 되지 않았다. 입원 20일 쯤 다시 대량 객혈이 발생하여 흡인에 의한 급성 호흡부전으로 double lumen endotracheal tube 을 이용하여 기관 삽관과 기계호흡치료를 하면서 helical CT를 촬영하여 좌하엽 공동내 폐동맥 arterial phase에 증강된 조영의 소결절과 혈종을 관찰하여 Rasmussen 동맥류를 진단하였다. 다음날 폐동맥 촬영술과 코일 색전술(coil embolization)을 시행하여 객혈이 중지되었고, 이후 기계호흡으로부터 성공적으로 이탈후 이차 항결핵제 투여로 증상호전되어 퇴원 2개월 후 시행한 항상균 객담 도말 검사에서 음전되었으며 외래에서 경과 관찰 중이다.

## Endobronchial Actinomycosis

Seong Lim Jin, M.D., Bong Keon Park, M.D.,

Hyuk Pyo Lee, M.D., Soo Jeon Choi, M.D.,

Mee Joo, M.D.,\* Sang Joon Oh, M.D.,\*\* Ho Kee Yum, M.D.

Department of Internal Medicine, Pathology\*, Chest Surgery\*\*

Inje University, College of Medicine, Seoul Paik Hospital, Korea

Actinomycosis is an infectious disease which is carried by the *Actinomyces*. *Actinomyces* is a Gram positive and non-spore forming organism characterized by strict or facultative anaerobic rods that normally inhabit anaerobic niches of the human oral cavity. Cervicofacial, abdominal, pelvic, and thoracic infection of *Actinomyces* are not uncommon, but endobronchial actinomycosis is rarely reported. Endobronchial actinomycosis is used to be misdiagnosed as unresolving pneumonia, endobronchial lipoma or malignancies. Endobronchial actinomycosis should be include in the differential diagnosis of endobronchial mass.

**CASE** ; A 43 year old man was admitted to our hospital with a one-month history of productive cough. He had a 3-year history of mitral stenosis and taken mitral valve replacement. There was no history of recurrent infection or other evidence of immunodeficiency. Physical examination revealed a temperature of 36.8° C. Chest examination revealed inspiratory crackle of right lower lung field. Laboratory tests revealed a leukocyte count of 11600 u/L, a hemoglobin 13.2 g/dL. Differential cell count disclosed the following values : neutrophils 76%; lymphocytes 17%; monocytes 5%; eosinophils 1.7%; basophils 0.3%. Chest radiograph showed focal consolidation of right lower lobe. Computed tomography of the chest demonstrated patch air-space consolidation and atelectasis of right lower lobe. Gram stain showed many Gram positive cocci; AFB smear and culture for *Mycobacterium tuberculosis* were negative; and there was no fungal agent. Fiberoptic bronchoscopy showed subtotal occlusion of the right proximal bronchus by a yellow-white and stony hard mass, which was surrounded by inflamed and edematous bronchial mucosa. Histologically, the biopsy specimen revealed an inflammatory cellular infiltration and colonies which were formed of a felted network of filaments staining intensely with hematoxylin. The Gram stain also shows the thin filamentous, Gram-positive, branching organism. The patient was initially treated with 10 million units of intravenous penicillin for two weeks, and followed by oral amoxicillin/clavulanic acid. After 3 months of therapy, clinical manifestation and radiologic finding are markedly improved.