

그라이브스병으로 전환된 산후 갑상선염 1예

조현경*, 김윤정, 홍은경, 채봉남, 이성규, 노혜림, 정윤석, 이관우, 김현만
아주대학교 의과대학 내분비내사 내과학교실

직계 가족에서 그라이브스병, 하시모토병 등 자가면역성 갑상선 질환이 다양하게 발생하는 경우는 잘 알려져 있다. 연자들은 그라이브스병의 가족력이 강한 여성에서 산후 갑상선염 발생 후 그라이브스병으로 전환된 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례 : 30세 여자환자가 첫 출산이후부터의 지속되는 피로감을 주소로 출산 4개월후 타병원에서 내원하였다. 당시의 갑상선 호르몬 검사상 T_3 292.7 ng/dl, T_4 14.12 ug/dl, TSH < 0.15 uIU/ml이었으며 산후갑상선염으로 생각하고 경과를 관찰하며 지내던 중 전경부 부종이 심해져 2개월후 본원으로 전원되었다. 과거력상 특이소견은 없었으며 가족력상 어머니와 오빠가 그라이브스병으로 치료받은 병력이 있었다. 본원 내원당시 문진상 만성 피로감을 호소하였고 전경부의 종증은 없었다. 이학적 소견상 맥박은 분당 72 회였고 중증도의 갑상선비대를 관찰할 수 있었으며 안구돌출 소견은 보이지 않았다. 당시의 검사실 소견상 일반혈액검사와 간기능검사, 전해질검사, 신장기능검사는 모두 정상이었으며 T_3 161(정상 60-181)ng/dl, T_4 5.8(정상 4.5-10.9)ug/dl, TSH 5.21 (정상 0.35-5.5)uIU/ml, 항미소체항체(MCAB) 119 IU/ml, 항티로글로불린 항체(TGAb) 3139 IU/ml, 항갑상선자극호르몬 수용체 항체(TBII) 5 (정상 0-9)U/L였고 Technetium을 이용한 갑상선 스캔과 방사성요소 섭취율 검사상 종괴들은 보이지 않는 전반적인 갑상선의 비대와 47%(2시간), 74%(24시간)의 섭취율·증가소견을 보였다. 환자는 L-thyroxine 0.1mg을 투여하기 시작하였고 그로부터 4개월뒤의 검사상에서는 T_3 211ng/dl, T_4 11.3ug/dl, TSH < 0.15uIU/ml, TGAb 4923IU/ml, MCAB < 50IU/ml을 보였으며 이때부터 갑상선호르몬 투여를 중지하였다. 다시 4개월 뒤 갑상선기능검사를 시행한 결과 T_3 282ng/dl, T_4 13.0ug/dl, TSH < 0.15uIU/ml, TGAb 3147IU/ml, MCAB 779IU/ml 이었다. 환자는 Prophilthiouracil(PTU) 200mg을 투여하기 시작했으며 4개월후 시행한 갑상선기능검사에서는 T_3 90.6ng/dl, T_4 3.80ug/dl, TSH 3.56uIU/ml, TBII 18 U/L 이었다. PTU 치료시작 13개월후 항갑상선제제를 중단하고 1개월후 시행한 갑상선기능검사에서는 T_3 98.4ng/dl, T_4 7.09ug/dl, TSH 0.58uIU/ml, TBII 10U/L 이었고 현재 별다른 증상없이 외래에서 추적관찰중이다.

세번째 아가미궁에서 발생한 congenital pyriform sinus fistula로 인해 동반된 재발성 갑상선 농양 1 예

가톨릭대학교 의과대학 내과학교실, 외과학교실*

고윤호, 신미정, 오기원, 강무일, 차봉연, 이광우, 손호영, 강성구, 조원일*, 송영택*

시론 : 갑상선은 풍부한 혈류와 고농도의 요오드 및 섬유성 피막 등의 해부학적 구조로 인하여 비교적 감염에 대한 저항성이 큰 기관이다. 따라서 외상등으로 인한 뚜렷한 원인 없이 발생하는 급성 화농성 갑상선염 및 농양은 드문 것으로 알려져 있다. 최근 선천적으로 아가미궁에서 유래한 잔유 구조물과 관련된 재발성 갑상선염에 대한 보고가 증가되고 있다. 이와 같은 경우는 발생학적 잔유물인 pyriform sinus fistula tract와 관련된 경우가 많고 주로 10세 이하에서 발견되며 좌엽에서 호발한다. 임상적으로 절개배농치료 후 반복적으로 재발되는 전경부농양을 호소하는 젊은 환자에서 진단되는 경우가 많다. 본 연자들은 반복적인 우측 전경부농양을 호소한 19세 여자환자에서 세번째 아가미궁에서 발생한 congenital pyriform sinus fistula로 인해 동반된 재발성 갑상선 농양을 갑상선 우엽 및 누공절제술을 시행하여 치료한 예를 보고하는 바이다.

증례 : 19세 여자가 1주일전부터 시작된 발열 및 동통을 동반한 우측 전경부종괴를 주소로 내원하였다. 과거력상 내원 2년전과 5개월전에 상기도 감염 후 같은 소견으로 미세침흡인배양검사서 α -용혈성 연쇄상구균이 배양되어 항생제 치료 후 증상호전으로 퇴원하였다. 이학적 소견상 우측 전경부에 2.5cm×3.5cm크기의 동통을 동반한 등근종괴와 편도 충혈이 관찰되었다. 검사실 소견상 말초혈액에서 백혈구는 11,500개/ μ l이었고 CRP는 10mg/l로 증가되었다. 갑상선기능검사상 T_4 8.83 μ g/dl, T_3 0.98 ng/ml, Free T_4 1.14 ng/dl, TSH 4.51 μ U/ml이었으며 갑상선 스캔에서 우엽에 냉결절이 관찰되었고 초음파에서는 우엽에 경계가 불규칙한 이질성, 저에코의 낭종이 관찰되어 농양이 의심되었다. 인두식도 조영술에서는 pyriform sinus에서 주위 연부조직으로 누출되는 소견이 관찰되었고 후두경하 검사상으로는 우측 pyriform sinus 부위로 배농되고 있는 누공을 확인하였다. Congenital pyriform sinus fistula와 동반된 갑상선 농양 진단하에 갑상선 우엽 및 누공절제술을 시행하고 호전되어 퇴원하였다.

현재까지 보고된 바로는 주로 두번째 아가미궁에서 발생하는 경우가 많았으나 본예에서는 수술소견과 조직학적 소견으로 세번째 아가미궁에서 발생한 Congenital pyriform sinus fistula로 확인되었으며 또한 대부분 예와는 달리 우엽에서 발견된 흔치 않은 예를 보고하는 바이다.