

치료받지 않은 고혈압 환자에서 발생한 신동맥류의 자발성 파열

가톨릭의대 내과학교실 김현성, 김영옥, 장윤경, 신미정, 신석준, 최범순, 윤선애, 장윤식, 방병기

신동맥류의 자발성 파열은 매우 드물게 나타나지만 생명을 위협하는 치명적인 합병증이다. 국내에서는 신동맥류의 자발성 파열은 결절성 다발성 동맥염 환자와 고혈압 환자에서 각각 1례로 총 2예가 보고되어 있다. 대부분의 신동맥류 환자에서 고혈압이 동반되지만 신동맥류가 고혈압을 야기하는지 혹은 이 두 질환이 단순히 동반되는지에 대해서는 현재까지 논란이 되고있다. 연구들은 최근 치료받지 않은 고혈압 외에 별다른 내과적 질환이 없는 비임신 상태의 39세 여자 환자에서 발생한 신동맥류의 자발성 파열 1례를 경험하였기에 보고하는 바이다. 39세 여자 환자가 갑작스런 우측 하복부 및 측복통을 주소로 내원하였다. 환자는 내원 1년 전에 고혈압 진단을 받았으나 약물요법은 받지 않았다. 혈액학적 검사와 혈청학적 검사는 중등도의 빈혈 외에는 모두 정상이었으며 요검사 에서 다수의 적혈구가 관찰되었다. 복부 초음파 검사에서 우측 하복부에 요근 앞쪽으로 내부에 저에코의 액성 집적 (fluid collection)을 보이는 비연동성 판상구조물이 관찰되었으며, 우측 신장은 13.7 cm으로 커져있었고 좌측 신장은 7 cm으로 작아져 있었다. 복강내 출혈이 의심되어 응급 개복술을 시행한 결과 복강내에 이상은 없었으며 우측 후복강내에 대량의 출혈이 관찰되었다. 우측 신동맥의 일차분지 부위에 직경 2 cm 크기의 낭성 동맥류와 동맥류 전벽의 파열로 인한 출혈을 확인 할 수 있었다. 수술은 신동맥류와 함께 우측 신적출술을 시행하였다. 제거된 신동맥과 신장에 대한 병리학적 검사에서 신동맥류 부위와 신장내 중간 크기의 동맥에서 심한 내막중석이 발견되었으며 사구체와 간질은 정상 소견을 보였다. 환자는 우측 신적출술 후 혈청 크레아티닌 치가 2.1 mg/dl로 상승되었으며 더 이상의 상승이 없어 15병일에 퇴원하였으며 수술 후 2개월이 경과된 현재 혈청 크레아티닌 치는 2.2 mg/dl를 유지하고 있다.

Splenic abscess with infarct in a patient on maintenance hemodialysis: A Case Report

Hyun Soo Kim, Min Seok Cho, Seung Hwan Hwang, Seong Kwon Ma, Soo Wan Kim, Nam Ho Kim, Ki Chul Choi
Department of Internal Medicine, Chonnam National University Medical School, Gwangju 501-757, Korea

Splenic abscess is an unusual condition usually seen in immunocompromised patients or associated with intravenous drug abuses. Several conditions including trauma, immunodeficiency, corticosteroid and/or immunosuppressive therapy and diabetes mellitus have been listed under the predisposing factors for a splenic abscess. Splenic abscess in hemodialysis is rare conditions and life-threatening, if not corrected.

A 65-year-old male patient was admitted to our hospital because of fever and chills with drowsy mental status after hemodialysis. His symptoms and sign was acute onset. Fifteen years earlier, he was found to have diabetes and well controlled by insulin and oral hypoglycemics, to have hypertension with antihypertensive agents. Five years earlier, he had developed chronic renal failure due to diabetic complication. Three years earlier, he was operated arteriovenous fistular formation on his left arm and have been taken maintenance hemodialysis with 3 sessions in each week. Other past medical history including tuberculosis, hepatitis or abdominal surgery had not been known. He was non-smoker, and non-alcoholics. There was no history of trauma. His blood pressure was 130/80 mmHg, body temperature was 38.1°C. On physical examination, there was diffuse tenderness of abdomen, especially left hypocondrium. There was ecchymosis around left arteriovenous fistura area with tenderness and swelling. Auscultation of his chest was diastolic cardiac murmurs on apex.

On chest X-ray and electrocardiogram, there was cardiomegaly. Biochemical analysis revealed hemoglobin level of 8.2 g/dL, white blood cell count 11,500/mm³, platelet count 84,000/mm³, blood urea nitrogen level of 25.0 mg/dL, and serum creatinine level of 4.6 mg/dL, sodium 140 mEq/L, potassium 4.7 mEq/L, chloride 97 mEq/L, aspartate aminotransferase 28 IU/L, alkaline phosphatase 81 IU/L, serum albumin 3.4 g/dL, and C-reactive protein (CRP) 25.97 mg/dL ESR 31 mm/hour, fibrinogen degradation product <5 g/mL, D-dimer 0.4(reference value 0-0.3), aPTT 37.3 sec, PT 13.1 sec/INR 1.08, fibrinogen 716 mg/dL. Abdominal sonography revealed tow hypoechoic space occupying lesions and one cystic lesion in the spleen. Abdominal CT revealed multiple septated cystic lesion in spleen, largest 4.3 Cm, compatible with multiple splenic abscess. His brain CT was normal. Blood culture revealed Methicillin sensitive Staphylococcus aureus(MSSA). On 4th hospital day, we operated emergency splenectomy for splenic abscess based on blood culture and abdominal CT. We sampled from evacuated spleen for bacteriologic culture and sent to pathologist. MRSS was cultured from evacuated spleen, too. The pathologic findings showed splenic abscess and infarction. He continued antibiotics and was afebril. CBC findings and other chemical laboratory findings was normalized. He returned regular hemodialysis after discharge.