

### 급성 신부전과 고칼슘혈증으로 나타난 전이성 원시 신경외배엽 종양 1 예

전북대학교 의과대학 내과학 교실

김국민\*, 강경표, 임창열, 김원, 박성광, 강성귀, 이 식

원시 신경외배엽 종양은 소원형세포 종양 군에 속하며, 대개 대퇴골, 골반골, 상완골, 그리고 늑골들의 뼈에 발생한다. 고칼슘혈증은 칼슘 항상성의 변화에 의해 나타나며, 부갑상선기능 항진증이나 종양에서 생성되는 Parathyroid hormone-related protein (PTHrP)에 의한 파골 세포의 골 흡수 증가에 의해 발생한다. 종양 환자에서 급성 신부전은 신전성 원인 또는 신성 원인에 의한 나타나는데 드물게 고칼슘혈증, 종양 관련 사구체신염, 소혈관성 용혈성 빈혈, 신혈관이나 요로계통의 종양 침습들이 원인이 될 수 있다. 급성 신부전과 고칼슘혈증으로 나타난 전이성 원시 신경외배엽종양 1 예를 보고하고자 한다.

26세 남자 환자가 2주일부터 시작된 기면, 허리 및 대퇴부 통증, 점점 악화되는 하지 약화, 그리고 고열을 주소로 내원하였다. 진찰 소견 상 결막 하 충혈, 구개 점막 충혈소견과 함께 양 하지의 근력 저하 있었으나 비정상 척수 반사는 없었다. 생체 활력 징후는 혈압 120/80 mmHg, 체온 39℃, 맥박 115 bpm, 그리고 호흡수 23/min이었다. 검사실 소견 상에서 Hb 11.9 g/dl, 혈소판 41000/ $\mu$ l, 총 단백 5.7 g/dl, 알부민 3.3 g/dl, BUN 74 mg/dl, 혈청 크레아티닌 3.19 mg/dl, 총 칼슘 18.1 mg/dl, 이온화 칼슘 1.88 mmol/L, 부갑상선 호르몬 0.01 pg/ml (정상치 11-62 pg/ml), PTHrP 31.2 pmol/L (정상 < 1.3 pmol/L), 그리고 1,25-(OH)<sub>2</sub> vitamin D3 3.1 ng/ml (정상 10-55 ng/ml)이었다. 불명열과 원발미상암에 대한 평가를 위해 시행한 골수 검사에서 소원형의 림프계 유사 세포의 침윤이 확인되었다. 면역 조직 화학 염색에서 CD 99와 CD 34에서 양성 반응이었으며, T 림프구와 B 림프구에서 표현되는 leukocyte common antigen, CD 68, Vimentin, Synapophysin은 음성 소견으로 골수에 전이된 전이성 원시 신경외배엽 종양으로 진단하였다.

고칼슘혈증에 대해서 수액요법, 이뇨제 주사요법, 그리고 pamidronate 주사 요법을 시행하였으며 혈청 칼슘과 크레아티닌이 정상화된 이후 항암 화학 요법 시행하였다. 추후 외래 추적 관찰에서 시행한 골수 검사 상에서 완전 관해가 확인되었다.

### 육안적 혈뇨로 신우 종양이 의심되어 신적출술 시행 후

#### 진단한 IgA 신증에 병발한 신우 혈증 1예

원영웅\*, 문중돈, 윤여국, 한상웅, 김호중

한양대학교 구리병원, 신장내과

IgA 신증은 일차성 사구체신염의 가장 흔한 형태로, 말기신질환의 주요 원인이다. 약 40-50%에서 상기도 감염을 동반한 육안적 혈뇨가 주로 20-30대에 호발하며, 40대 이후에는 드문 것으로 되어 있다. 또한 육안적 혈뇨로 인하여 발생한 신우 혈증은 매우 드문 경우로서 저자들은 육안적 혈뇨를 주소로 내원한 환자에서 신장 종양이 의심되어 신적출술을 시행 후 진단한 IgA 신증에 병발한 신우 혈증 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

49세 남자로 내원 9개월전부터 시작된 재발성의 육안적 혈뇨를 주소로 입원하였다. 과거력상 9개월 전부터 육안적 혈뇨로 요로결석과 요로 종양에 대해 평가하면서 추적관찰 중이었다. 무통의 육안적 혈뇨와 소변에 혈괴가 있었으며, 측복부통과 배뇨 장애는 없었다. 신체검사에서 특이 소견은 없었으며, 검사결과 헤마토크리트 24.2%, 혈색소 7.3 g/dL, 백혈구수 8,400/ $\mu$ l, 혈소판 575,000/ $\mu$ l, PT=12.3 초, PTT=31 초, 혈청 알부민 4.3 g/dL, 혈청 BUN 13 mg/dL, creatinine 1.4 mg/dL 였으며, 요검사에서서는 다수의 적혈구와 농도를 동반하지 않는 단백뇨가 있었다. 반복적인 소변 세균검사에서 악성 세포는 발견되지 않았고, 24시간 소변 검사에서 3.4 g/day의 단백뇨가 있었다. 경정맥 신우조영술에서 좌측 신장이 조영되지 않았고, 복부 초음파에서는 좌측 신우에 불분명한 경계를 가진 동일 에코의 종괴가 관찰되었다. 전산화 단층촬영에서는 좌측 신우에서 상극 신매와 근위부의 요관까지 확장하는 조영증강되는 종괴가 관찰되었다. 이상의 소견으로 신우 종양으로 진단된 뒤 좌측 근지적 신적출술과 방광 커프 제거술을 시행하였다. 조직 검사결과 종괴는 혈증으로 진단되었고, IgA 신증을 동반하였다.

저자들은 본 증례로 IgA 신증에서 다량의 혈뇨가 혈증을 형성할 수 있으며, 이로 인한 요로의 폐쇄까지 발생할 수 있고, 방사선학적으로 신생물로 오인될 수 있음을 알 수 있었다.