

# Clinical evaluation of Kikuchi-Fujimoto disease.

Hong Gi Lee M.D.\*, Joon Hee Kim M.D. Soo Jung Gong M.D.\*, Young Rok Do M. D.\*\*,  
Hong Suk Song M. D\*\*, Ki Young Kwon M. D\*\*, Nam Su Lee M. D\*\*\*,  
Jong-Youl Jin M. D\*\*\*\*, Keehyun Lee M.D\*\*\*\*.

Inje University Seoul Paik Hospital, Eulji University School of Medicine, Keimyung University Dongsan Medical Center\*\*, Soon Chun Hyang University Hospital\*\*\*,  
Holy Family Hospital Catholic University of Korea\*\*\*\*

Kikuchi-Fujimoto disease (KFD; so called histiocytic necrotizing lymphadenitis) is a benign, self-limited disease characterized by regional lymphadenopathy, tenderness, usually accompanied by mild fever, night sweat. Initially described in Japan, KFD was first reported almost simultaneously by Kikuchi and Fujimoto in 1972. We have evaluated it retrospectively from 5 institution. The total number of patients was 70 (male : 21 female : 49). The median age was 28 (range 15~72). There was no predilection of prevalence to season. The clinical manifestation was cervical mass (100%), fever (54%), chilling (33%), headache (28%) , night sweat (27%), myalgia(23%), sore throat (21%), fatigue (21%) and so on. The median duration of symptom was 30 days (range 5~720). The site of lymphadenopathy was only cervical (94%), additional axillary or inguinal (4.4%), and all 3 sites (1.4%). The median value of complete blood count was 4385/L of leucocyte, 53.4% of neutrophil, 41% of lymphocyte, 203 K/L of platelet. We used antibiotics (57%), steroid (1%), antibiotics and steroid (3%) for treatment. We only observed clinically in 35% of patients. 1 patient was diagnosed of SLE during follow up.

## 완전관해후양측유방의과립세포육종으로재발한급성골수성백혈병1례

동아대학교 의과대학 내과학교실<sup>1</sup>, 진단검사의학교실<sup>2</sup>  
박수경<sup>1</sup>, 오성용<sup>1</sup>, 김성현<sup>1</sup>, 권혁찬<sup>1</sup>, 김재석<sup>1</sup>, 한진영<sup>2</sup>, 김효진<sup>1</sup>

과립세포육종은 미분화성 과립세포들로 이루어진 국소성 종양이다. 과립세포육종은 신체 어느 부위에서나 발생할 수 있지만 주로 골막, 연조직, 림프절, 피부 등에서 호발 한다. 하지만 유방에서는 드물게 발생하는 것으로 알려져 있다. 저자들은 급성 골수성 백혈병 M2로 진단받은 49세 여자 환자에서 완전관해 후 6개월째에 양측 유방에 과립세포육종이 발생한 예를 경험하여 보고하는 바이다.

증례: 49세 여자가 흉통 및 잇몸 출혈, 빈혈 및 혈소판 감소 소견을 보여 본원으로 전원 되었다. 이학적 소견상 급성 병색을 보였고 결막 창백 소견과 잇몸 출혈이 있었다. 복부 검진에서 우상복부에서 3cm 정도로 간 경계가 만져졌으나 비장은 만져지지 않았다. 검사실 소견 상 일반 혈액 검사에서는 백혈구 4,610/mm<sup>3</sup> (blast 75%), 헤모글로빈 7.4 g/dL, 혈소판 8,000/mm<sup>3</sup>이었다. 골수 흡인 및 조직 검사를 시행하여 세포중실도 80-90%, blast 91%로 급성 골수성 백혈병(M2)의 소견을 보였다. 환자는 Ara-C와 idarubicin으로 관해유도요법을 시행하였으며 골수 검사와 말초 혈액 검사에서 관해 유도 상태로 외래에서 경과 관찰 도중, 관해 유도 요법 후 6개월째에 환자의 좌측 유방에서 고정된 단단한 종괴가 촉지 되었다. 유방 초음파 검사 상 좌측 유방에서 33 mm 크기의 악성 종양과 좌측 액와부 임파선 전이 및 우측 유방의 전이가 의심되었다. 양측 유방에서 초음파유도에 의한 세침흡인 생검을 시행하였으며, 양측 유방조직은 과염색성의 크기가 작은 세포들이 미만성 또는 판상의 침윤을 보이고, 이들은 관 주위 간질에 위치해 있었다. 감별진단을 위해 면역조직화학염색을 시행하여 CD45와 Lysozyme에서 양측 모두에서 양성반응을 보였고, Pan-cytokeratin, CD20 과 CD3에서는 음성반응을 보여, 과립세포육종으로 진단 되었다. 이후 환자는 자의로 병원 내원 않고 지냈으며 4개월 뒤, 코피와 흉통 및 요통으로 응급실로 내원하였다. 일반 혈액 검사에서 백혈구 25,340/mm<sup>3</sup> (blast 49%), 헤모글로빈 6.3 g/dL, 혈소판 23,000/mm<sup>3</sup> 으로 백혈병 재발 소견을 보였다. 보존적 치료를 하던 중 갑자기 의식이 저하되었고 뇌 단층촬영에서 뇌간 근처의 다량의 뇌출혈이 발견되었다. 혈소판 수혈 등을 시행하였으나 환자는 뇌출혈로 인한 호흡 곤란으로 사망하였다.