

## ■ S-399 ■

### 심한고칼슘혈증에 의한 급성신부전을 주소로 내원한 부갑상선암 1예

충북대학교 의과대학 내과학교실

\*김정태, 최영락, 박우리, 오테근, 전현정

부갑상선암은 흔하지 않은 내분비 악성 종양으로 원발성 부갑상선기능항진증의 0.4~5.0% 정도를 차지한다. 고칼슘혈증에 의한 이차적인 증상이 주요 증세이며, 부갑상선 선종에 비해서는 혈중칼슘 및 부갑상선호르몬 수치가 높아 비교적 심한 양상으로 발현된다. 혈중칼슘치가 매우 높은 상태로 인해 골질환 및 신장질환 증상이 훨씬 흔하여 약 70% 환자에서 골다공증 및 낭성 변화가 있으며, 30% 환자에서 신질환이 유발되는 것으로 보고되고 있다. 저자는 37세 여자 환자에서 심한 고칼슘혈증으로 인해 급성신부전이 동반된 부갑상선암 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다. 37세 여자 환자는 2개월 전부터 심한 쇠약감과 오심, 구토가 발생하여 인근병원에서 대증적인 치료를 받았으나 호전 없이 점차 악화되어 타병원 내원 후 신장질환 정밀검진 위해 전원되었다. 2개월 간 10 kg 체중감소가 있었고, 변비와 함께 전신 통증이 있었다. 1개월 전부터는 다뇨가 발생하였다고 하였다. 평소 건강하였으며, 과거력 상 특이사항은 관찰되지 않았다. 가족력에서는 모친이 갑상선유두암으로 수술받았다고 하였다. 응급실 내원 시 시행한 혈액검사서 Total calcium 18.7 mg/dl, ionized calcium 10.34 mg/dl, BUN 32mg/dl, Cr 3.01 mg/dl, ALP 1945 IU/L로 증가되어 있었으며 Hb 9.6 g/dL로 빈혈이 동반되어 있었다. 전해질 검사에서는 Na 136 mEq/L, K 2.8 mEq/L, Cl 102 mEq/L, Total CO<sub>2</sub> 20 mEq/L로 측정되었다. PTH는 683 pg/mL, 24시간 소변량은 3,800 mL/day, 24시간 뇨단백은 804 mg/day, 24 시간 요중 칼슘은 1132 mg/dl로 증가되어 있었다. 복부초음파에서는 양측 신장 크기가 증가되어 있었으며 여러개의 담석과 함께 담낭의 벽이 두꺼워져 있는 소견이 관찰되었다. 경부초음파에서는 2.2×3.9×2.1 cm의 종물이 우측갑상선 하엽 부위에서 관찰되었다. 고칼슘혈증 치료를 위해 수액 및 이뇨제, 파미드로네이트, 갈시토닌 투여 후 칼슘 수치는 감소하였고, 부갑상선종물 제거와 함께 우측 갑상선엽절제술을 시행하였다. 제거된 종물은 부갑상선암으로 크기는 4×2×1 cm이었고 종물의 피막 침범이 관찰되었으며 주위 조직 침범이나 림프절 전이는 관찰되지 않았다. 수술 후 부갑상선호르몬은 정상화되었으며 수술 후 저칼슘혈증이 발생하여 칼슘제제 복용 후 증상 호전되었으며, 향후 방사선 치료 위해 퇴원하여 경과관찰 중이다.

## ■ S-400 ■

### 신장결석으로 인한 요로감염이 동반된 비만한 제2형 당뇨병 환자에서 발견된 쿠싱병 1예

중앙대학교 의과대학 내과학교실

\*김미미, 이승은, 이석훈, 안지현, 김재택

쿠싱증후군의 임상적 합병증의 하나로 신장결석은 쿠싱증후군 환자의 약 15%에서 발생한다. 신장결석이 형성된 사람들에게서 쿠싱증후군에서 흔한 비만, 전신동맥고혈압, 당뇨병의 유병률이 증가한다고 입증되어 있다. 또한 비만으로 인하여 2형 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 임신 중 합병증, 수면 무호흡 및 다른 내과적 이상이 동반될 수 있고, 이외에도 신장결석이 발생할 수 있다. 본 증례는 신장결석이 발생한 비만한 당뇨병 환자에서 진찰 후 쿠싱증후군이 의심되어 검사한 결과 뇌하수체종양에 의한 쿠싱병으로 확인되었고 수술 후 당뇨병과 신장결석으로 인한 요로감염이 호전되어 보고하는 바이다. **증례:** 38세 여자 환자로 발열과 근육통으로 타병원 방문하여 신장결석으로 인한 요로감염, 당뇨병 진단되었고 결석제거 위해 본원 비뇨기와 방문하였다. 내원 시 신장은 170 cm, 체중은 90 kg, 체질량지수는 31.0 kg/m<sup>2</sup>(체중 증가 전 20.7 kg/m<sup>2</sup>)이었으며 혈압 100/60 mmHg, 맥박 80회/분, 호흡 28회/분, 체온 39.2℃였다. 내원 시 시행한 포도당 199 mg/dL, 당화혈색소 10.6%였다. 결석제거를 위해 체외충격파쇄석술을 10회 이상 시행하였으나 실패하여 경피적신루설치술을 시행 후 결석제거를 하였고 요로감염에 대해 항생제를 투여하였다. 혈당조절을 위해 내분비내과 의뢰되었고 인슐린 치료를 시작하였다. 내분비내과에서 이학적 검사상 중심성 비만증, 월상안, 경부비후 등 전형적인 쿠싱증후군의 모습을 보여 선별검사로써 1mg 텍사메타손 억제검사를 시행하였고 혈중 코르티솔은 22.7 µg/dL로 억제되지 않았다. 확진을 위한 저용량 텍사메타손 억제검사상 혈중 코르티솔은 14.8 µg/dL, 24시간 소변 17-수산화코르티코스테로이드(17-hydroxycorticosteroid, 17-OHCS)는 13.2 mg/day로 억제되지 않아 쿠싱증후군을 진단하였다. 감별 진단을 위해 고용량 텍사메타손 억제검사상 혈중 코르티솔은 14.7 µg/dL로 억제되지 않았고 혈중 부신피질자극호르몬은 86.3 pg/mL (10~60)로 증가된 소견을 보여서 쿠싱병을 의심하였고 뇌하수체 자기공명영상을 시행 결과 선하수체 우측에 0.9 cm 크기의 미세선종이 확인되었다. 환자는 경정맥동 접근법에 의한 뇌하수체 미세선종 제거술을 시행받았다. 뇌하수체 미세선종 제거 이후 체중이 감량되면서 혈당 조절이 양호하여 인슐린 용량을 감량하였고 동시에 신장결석으로 인한 요로감염도 호전되었다.