

## ■ F-651 ■

### 강직성 척추염에 동반된 호지킨림프종 1예

조선대학교병원 내과

\*홍수진, 김윤성, 박상근, 박치영, 김현숙

**서론:** 강직성 척추염은 비교적 젊은 성인 남자에서 발생하는 질환으로 다발성 골수종, 형질세포종, 림프종 및 만성 골수성 백혈병과 같은 악성혈액질환과 동반된 증례가 보고 되었으나 악성 종양과 병인론적 연관 관계는 아직 알려진 바 없다. 강직성 척추염에 동반된 림프종은 비호지킨림프종이 국외 문헌에서 보고된 바 있지만 호지킨 림프종은 종양괴사인자억제제 사용후 발생한 증례를 제외하고는 아직 보고되지 않았다. 저자들은 강직성 척추염에 동반된 호지킨림프종 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다. **증례:** 38세 남자환자가 오른쪽 액와부에 촉진되는 압통에 대한 검사를 위해 내원하였다. 환자는 15년전부터 요통 및 강직이 아침에 발생하였으나 검사는 시행하지는 않았으며 증상 악화 시 개인의원에서 소염제 복용 및 물리치료를 하면서 지내던 중 내원 2개월 전부터 발열을 동반한 야간에 식은땀과 체중이 평소 65 Kg에서 53 Kg으로 갑자기 감소하면서 오른쪽 액와부에 통증성 종물이 발견되어 내원하였다. 내원시 혈액검사상 백혈구는  $28,720/\text{mm}^3$  (중성구 분획 92.1%), 헤모글로빈 12.8 g/dL, 혈소판  $866,000/\text{mm}^3$ 로 백혈구와 혈소판이 상승되어있었고 유전자 검사에서 HLA-B27은 양성소견을 보이고 있었으며 간기능 및 신기능 및 요검사는 정상이었다. 요추 방사선 검사에서 인대의 석회화와 인대골극(syndesmophyte) 및 요추골의 사각화(squaring)를 보이는 전형적인 대나무 척추(Bamboo spine) 형태를 보이고 있었고 골반 방사선 검사에서도 천장관절의 미란과 골경화로 양측 모두 Grade III 의 천장 관절염 소견을 보이고 있어 강직성 척추염을 진단할 수 있었다. 흉부 전산화 단층촬영에서 양측 경부하부와 쇄골상부, 종격동, 액와부 및 오른쪽 폐문주위 및 횡격막 주위등 광범위한 부위에 다양한 크기의 림프절 종대가 다수 관찰 되어 경부에서 림프절 생검을 시행한 결과 nodular sclerosis 형태의 호지킨림프종을 진단할 수 있었다. 환자는 항암화학요법(ABVD) 1차 시행하고 현재 외래 추적 관찰중이다. **결론:** 강직성 척추염과 동반된 악성종양 증례가 국내외 문헌에서 보고되었으며 일부 연구에서는 HLA-B27, T 림프구 등과의 연관성이 가설로 제기되었으나 아직 명확한 병인론적 관계는 밝혀지지 않았다. 본 환자의 경우 15년전부터 만성 요통이 있었던 것으로 보아 진단은 최근에 이루어졌지만 오랫동안 강직성 척추염을 앓고 있었던 것으로 추정해 볼 수 있다. 즉 강직성 척추염과 호지킨림프종의 동반 발생이 우연한 결과일수도 있지만 두 질환의 시간적 인과 관계를 고려한다면 두 질환간 병인론적 연관성이 강력히 의심되므로 이에 대한 더 많은 연구가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

## ■ S-652 ■

### 장병증성 관절염에서 발생한 *Candida parapsilosis*에 의한 관절염 1예

연세대학교 의과대학 내과학교실

\*정세진, 하유정, 이광훈, 강윤, 이상원, 박용범, 이수근

**배경:** *Candida parapsilosis*에 의한 화농성 관절염의 경우 류마티스 관절염이나 퇴행성 관절염 환자에서 주로 스테로이드 주사요법을 시행한 경우에 발생한 예들이 드물게 보고되고 있으며, 장병증성 관절염 환자에서 발생한 보고는 없다. **증례:** 52세 여자가 한달 전부터 약물로 조절되지 않는 오른쪽 무릎의 통증과 종창을 주소로 내원하였다. 환자는 약 1년 전 외부병원에서 궤양성 대장염 진단받았으며 그 외 다른 과거력은 없었다. 6개월 전 오른쪽 무릎의 통증과 종창이 발생하여 시행한 검사상 류마티스 인자 음성, 항핵항체 음성, 항 CCP 항체 음성, HLA B27 음성이며, ESR 18 mm/hr, CRP 19.9 mg/L, 윤활액 검사상 백혈구 6050 (호중구 51%)이며, 배양 검사상 특이 소견 없어 장병증성 관절염으로 진단하고 매주 methotrexate 10 mg으로 시작하였으며, 증상 호전되지 않아 sulfasalazine 1.0 g 추가하였으나 증상 호전이 없었다. 환자는 외래추적 관찰 기간 중 외부병원에서 2~3차례 윤활액 배액 및 스테로이드제 주입을 시행 받았다고 하였다. 오른쪽 무릎의 통증과 종창이 심해져서 시행한 진찰 소견상 체온은  $36.8^{\circ}\text{C}$ 였으며, 오른쪽 무릎에 압통과 종창, 열감 소견이 있었으나 운동범위의 제한은 없었다. 말초 혈액 검사에서는 혈색소 14.7 g/dL, 백혈구  $8,080/\text{mm}^3$  (호중구 74.5%), 혈소판  $301,000/\text{mm}^3$ 이었고, 면역혈청학 검사상 ESR 29 mm/hr, CRP 12 mg/dL였다. 윤활액 검사상 색은 혼탁한 노란색이었으며, 백혈구 16,500 (호중구 93%)였다. 윤활액 배양검사상 *Candida parapsilosis* 동정되어 Ambisome 6주간 유지하고 관절내시경으로 확확막제거술 시행 후에 증상 호전되고 체액 배양검사 음전되어 salazopyrin 2.0 g으로 유지하면서 외래 추적 관찰 중이다. **결론:** 장병증성 관절염을 치료함에도 불구하고 호전이 없어 윤활액 배액 및 스테로이드 주입을 자주 시행하였을 경우 추가적 윤활액 배액 검사를 통해 곰팡이 등에 의한 화농성 관절염 여부를 확인하는 것이 꼭 필요하다.