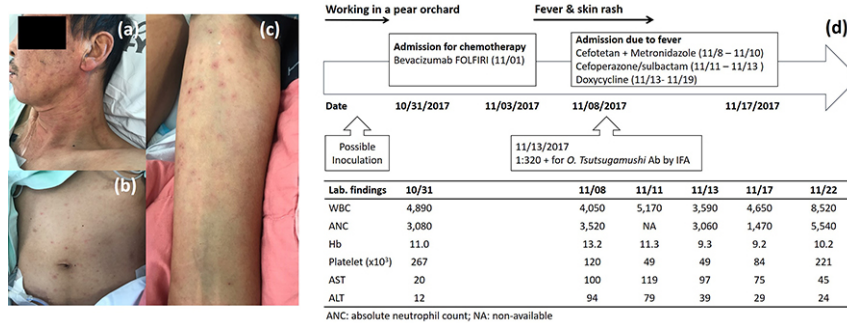


## A case of scrub typhus presenting as acute undifferentiated fever in a patient with rectal cancer

<sup>1</sup>가톨릭대학교 의과대학 내과학교실 감염내과, <sup>2</sup>건양대학교병원 응급의료센터

\*부지원<sup>1</sup>, 정형석<sup>2</sup>, 이래석<sup>1</sup>, 최수미<sup>1</sup>

Clinical features of scrub typhus are notoriously non-specific. If eschar is not found, it is almost impossible for clinicians to differentiate scrub typhus from other etiologies of acute undifferentiated fever. Especially in febrile patients with cancer who received chemotherapy, healthcare-associated infection and opportunistic infection by immune suppression, should not be the only consideration for the cause of fever. Here, we report a case of scrub typhus presenting as acute undifferentiated fever in a patient with rectal cancer who received chemotherapy. On November 13, 2017, a 51-year-old man was referred to an infectious diseases specialist for persistent fever and shock with respiratory distress, despite 5 days of empirical antibiotics (cefotetan and metronidazole, then cefoperazone/sulbactam). On November 1, 2017, he received palliative bevacizumab-FOLFIRI chemotherapy for rectal cancer with lung metastasis. At admission, body temperature was 38.8°C and pulse rate was 94 beats per minute. Non-pruritic maculopapular rash was observed as shown in Figure (a-c), which developed 5 days before hospitalization. The chest x-ray showed bilateral haziness. He lived in Goksoeng, Jeollanam-do and worked in a pear orchard. Although we did not find eschar, scrub typhus was suspected in consideration of seasonality, occupation (outdoor activity), residence, features of skin rash, thrombocytopenia, relative leukopenia, elevation of aspartate aminotransferase/alanine aminotransferase, relative bradycardia and course of clinical progression. Antibodies against Hantaan virus and Leptospira were both negative, while antibody against *O. tsutsugamushi* was positive (1:320) by indirect immunofluorescence assay. Bacteria were not cultured in blood collected at admission and during shock. The patient became afebrile in 24 hours of doxycycline and was discharged on the 9th hospital day without any sequelae (Figure (d)).



## 여름에 홍수를 동반한 비정형 폐렴으로 발현된 쯔쯔가무시 1예

삼육의료원 서울병원

\*황재연, 김미정, 오장량, 이한희, 박규현, 한우람, 지수연

**서론:** 쯔쯔가무시병(Scrub typhus)은 국내에서는 대부분 10월과 11월에 발생하며 오한, 발열, 두통이 초기증상으로 이어져 기침, 구토, 근육통, 복통 및 인후염이 동반되며 림프절 종대, 발진과 가피(eschar)가 나타난다. 저자는 여름철에 홍수를 동반한 비정형 폐렴으로 나타난 쯔쯔가무시병 1예를 경험하여 보고한다. **증례:** 2018년 5월 20일 여자 78세 환자가 내원 5일전 나타난 발열, 오한, 상복부 통증, 구역감, 마른기침 있어 개인의원 치료하였으나 경과 호전 없었고 호흡곤란 및 마른기침 더 심해져서 본원으로 전원의뢰 되었다. 열38.3도 외 다른 활력징후는 안정적이었고, WBC 12100/ $\mu$ L, Hb 10.4g/dL, PLT 146000/ $\mu$ L, CRP 4.3mg/dL, 흉부 x-ray상 좌하엽 폐침윤 및 폐울혈 소견(Fig.1) 보였다. 폐렴 및 담낭염 의심하 piperacillin/tazobactam 투약하며 치료하였으나 투약 3일째에도 경과 호전 보이지 않아 흉복부 CT시행하였고 흉부에서 양측 흉막삼출액 및 폐렴, 복부에서는 담낭확장 소견(Fig.2)만 보였다. 혈액배양 및 가래배양검사상 자란 균은 없었고 바이러스 PCR 검사상에서도 검출된 바이러스 없었다. 입원 4일째 간호사가 정맥주사로 확보 하려던 중 왼쪽 팔에 검정색 가피(Fig.3) 발견하였고 병력청취 다시 시행하여 내원 한달 전 포천 여행력 확인하였다. 쯔쯔가무시병 의심되어 doxycycline 10일간 투약하며 임상증상 및 염증수치 호전되었고 혈청학적 검사상 *O. tsutsugamushi*에 대한 항체 양성반응 확인하여 쯔쯔가무시에 의한 비정형 폐렴 확진 하였다. **고찰:** 우리나라의 쯔쯔가무시병은 대부분 가을철에 발생하고 가피와 함께 임파선 부종을 동반한다. 가피가 주로 확인되는 부위는 겨드랑이, 오금 등 피부가 겹치고 습한부위에 발생하지만 본 환자는 발진 및 임파선 부종 없고 가피도 전형적으로 잘 발견되는 부위가 아닌 왼쪽 아래팔에 발생하였다. 초여름 경험적 항생제에 반응하지 않는 폐렴이 발생한 경우 환자의 여행력 확인 및 세밀한 신체검사가 필요하며 가을뿐만 아니라 여름철 발생하는 비정형 폐렴의 원인균으로 쯔쯔가무시를 생각해 볼 필요가 있다.



<Fig.1>

<Fig.2>

<Fig.3>