

Pituitary invasive aspergillosis with lung aspergilloma that presented as headache and hyponatremia

¹고려대학교 안암병원 내과, ²고려대학교 안암병원 감염내과

*최은호¹, 김정연¹, 김선빈², 김종훈², 윤영경², 손장욱², 김민자²

Diseases of the pituitary gland can manifest with hormonal abnormalities, headaches, or visual impairment. Fungal infections involving the pituitary gland are infrequently reported. We report a case of invasive aspergillosis involving the pituitary gland and multiple sinus cavities with hypopituitarism. A 75-year-old man with a previous history of hypertension and diabetes mellitus presented with several months of non-specific headache and 1 week of hemoptysis. On admission, he was alert and afebrile, and his neurological test result was normal. A laboratory test showed hypo-osmolar hyponatremia due to the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone. Chest computed tomography for hemoptysis showed a 23mm nodule with pleural invasion in the right upper lung, which was highly suspicious of lung cancer. Positron emission tomography showed a hypermetabolic right upper lung mass and pituitary nodular lesion. Video-assisted thoracoscopic wedge resection of the lung mass was performed. It was confirmed as aspergilloma on pathological assessment; no further treatment was done, but his headache and visual impairment worsened. For further evaluation, a pituitary hormone test was performed; hypopituitarism was diagnosed. Pituitary magnetic resonance imaging showed enhancement in the bilateral sphenoid sinus, right orbital apex, cavernous sinus, and pituitary gland. Leptomeningeal enhancement was not definite, and the cerebrospinal fluid examination result was normal. With underlying diabetes and rapidly progressing symptoms, invasive fungal disease, including aspergillosis or mucormycosis, was suspected. Endoscopic biopsy of the sphenoid sinus was performed, and empirical intravenous amphotericin B was administered. The pathological diagnosis was invasive aspergillosis. Amphotericin B was changed to oral voriconazole, which he is currently taking after 3 months. Invasive aspergillosis involving the pituitary gland may be a differential diagnosis of a pituitary mass in an immunosuppressed patient as the mortality rate is high if untreated. Simultaneous intensive antifungal therapy with aggressive histopathological diagnosis is needed for successful treatment.

Pituitary invasive aspergillosis with lung aspergilloma presented as headache and hyponatremia

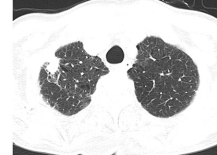


Figure 1. Chest computed tomography(CT): Suspicious right upper lung nodule abutting pleura, which is suggestive of lung cancer.

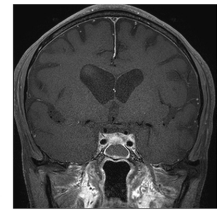


Figure 3. Pituitary magnetic resonance imaging(MRI): Bilateral sphenoid sinusitis with enhancement of right orbital apex, cavernous sinus, and pituitary gland.

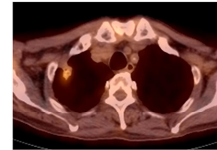


Figure 2 (a). Positron emission tomography(PET)-CT: Hypermetabolic mass in right upper lung, which is highly suspicious for lung cancer.

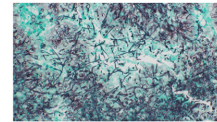


Figure 4 (a). Endoscopic sphenoid sinus biopsy: Hyphae with frequent septation, acute branching angles and diameter ranges from 2.5 to 4.5 μm; consistent with *Aspergillus* spp. on Grocott's methenamine silver stain.

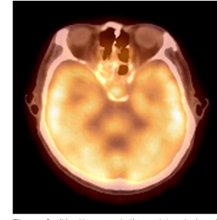


Figure 2 (b). Hypermetabolic nodular lesion in pituitary gland.

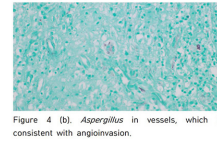


Figure 4 (b). Aspergillus in vessels, which is consistent with angioinvasion.

프로바이오틱스 복용 후 발생한 *S. cerevisiae* 카테터 관련 진균혈증 1례

순천향의대 부속 서울병원 내과

*이승재, 박세윤, 이은영, 이은정, 김태형

배경: *S. cerevisiae*는 위장관에 정상적으로 존재하는 진균으로 건강한 사람에게 진균혈증을 유발하는 경우는 매우 드물다. *S. cerevisiae* 감염의 위험인자는 광범위 항생제, 면역억제제, 스테로이드 사용과 같은 기회감염의 상황이다. 프로바이오틱스 복용 후 균혈증 사례보고는 있으나 기회감염원인 *S. cerevisiae* 진균혈증과의 인과관계는 잘 알려지지 않았다. 우리는 복강내 농양으로 치료 중이던 환자가 다른 진균혈증의 위험인자 없이 프로바이오틱스를 5일간 복용 후 경험한 *S. cerevisiae* 진균혈증을 진단하여 이를 보고한다. **증례:** 66세 남자가 3일 전부터 구토, 설사, 발열이 있어서 내원하였다. 고혈압과 만성폐쇄성폐질환의 병력이 있고, 기관절개상태이고 비-위관 영양공급하며 침상안정 중이었다. 환자는 내원 1주전까지 다른 병원에서 감염성 대장염을 진단받고 3주간 세프트리악손과 메트로니다졸 항생제 치료 받았다. 내원 시 생체징후는 혈압 124/85 mmHg, 맥박 113 회/분, 호흡수 22 회/분, 체온 37.9 °C였다. 입원 당일에 대장폐색과 동반된 허혈성 대장염을 진단하고, 대장의 아전절제술을 시행하였다. 수술 후 7일째 발열이 있어 복부단층촬영 하였고, 복강 내 농양을 진단하였다. 경피적 배액관을 삽관하였으며 복강성 복강 내 감염으로 피페라실린-타조박탐을 수술 후 18일까지 투여하였다. 수술 후 16일부터 식이진행단계에서 설사와 복부팽만증상에 대해 프로바이오틱스를 5일간 투여하였다. 수술 후 22일째 38 °C 이상의 발열이 있었고, 복잡성 복강 내 감염과 요로감염을 추정하여 이미페뎀을 투약하였으나 발열은 지속되었다. 수술 후 28일 한 쌍의 말초혈액과 한 쌍의 중심정맥카테터 검체에서 *S. cerevisiae*가 동정되었고, 카테터 제거 후 팁 배양에서도 *S. cerevisiae* 동정되었다. 카테터 관련 진균혈증으로 진단하고 마이카핀 투여하였다. 이후 혈액배양검사 시행하였으나 동정되는 균은 없었다. **결론:** 본 증례는 프로바이오틱스의 사용과 *S. cerevisiae*가 동정된 진균혈증이 차례로 있었던 사례로 보고 한다. 면역저하자가 아닌 중환자실 환자도 프로바이오틱스 사용에 따른 진균혈증의 위험이 있을 수 있다.

