

우측 총장골동맥 혈전증이 초기 증상으로 발현된 막성 사구체신염 1예

포천중문의과대학교 내과학교실

*정준구 · 조양현 · 강민경 · 이지은 · 이소영 · 양동호 · 김형중

서론 : 신증후군에 합병되는 동맥 혈전증은 정맥 혈전증에 비해 상대적으로 드문 것으로 알려져 있고 이전의 증례들은 스테로이드나 이뇨제 등의 치료 중에 발생하는 것이 대부분이었다. 저자들은 우측 총장골동맥 혈전증이 초기 증상으로 발현된 환자에서 신생검을 실시하여 막성 사구체신염을 진단한 드문 예를 경험하여 이를 보고하는 바이다. **증례 :** 38세 여자 환자로 우측 하지 부위의 동통을 주소로 내원하였다. 내원 당시 우측 하지는 창백하였고 우측 대퇴동맥 및 족배동맥의 맥박은 촉진되지 않았다. 일반혈액 검사상 백혈구 9970/ μ L, 헤모글로빈 15.4 g/dL, 혈소판 223000/ μ L이었고, 생화학 검사상 Ca/P 7.3/3.9 mg/dL, BUN/Cr 19.2/0.8 mg/dL T.Pro/Alb 4.1/1.4 g/dL Total Cholesterol 407 mg/dL TG 489 mg/dL LDL 249 mg/dL이었으며, 일반 뇨화학 검사상 단백 3+, 적혈구 <1/HPF이었고, 24시간 요단백 17005 mg/day 이었다. 면역혈청학 검사에서 ANA(3+), Lupus anticoagulant (weakly present) 소견을 보였으나, 그 외 전신성 홍반성 낭창을 의심할 만한 소견은 없었으며 C3/C4 141/23.1mg/dL, anti-dsDNA Ab 7.1 IU/mL, anti-Sm Ab (-), anti-Histone Ab (-), anti-Cardiolipin Ab IgG/IgM (-/-)로 특이 소견은 없었다. HBs Ag (-), HBs Ab (-), anti-HCV Ab (-), T3 1.23 ng/mL, fT4 0.93 ng/dL, TSH 3.3 μ IU/mL로 정상 소견을 보였다. 혈액응고 검사에서 PT 126%, aPTT 33sec로 정상이었으나, D-Dimer 9645.14ng/mL, fibrinogen > 850 mg/dL로 증가되어 있었고 Antithrombin III는 37%로 감소되어 있었다. Protein C/S activity는 136%/65%로 정상 소견을 보였다. 하지 동맥 혈전증 의심 하에 시행한 하지 전산화단층 동맥혈관조영술 검사에서 우측 총장골 동맥 및 외장골 동맥의 완전 폐쇄와 우측 슬와 동맥의 혈전에 의한 색전증이 관찰 되었다. 이에 외과적 혈전절제술을 시행하였고, 수술 후 헤파린 및 와파린을 사용한 항응고 치료를 시행하였으며, 이후 하지의 동통은 감소하였고 맥박도 다시 촉진 되었다. 환자 신증후군 의심되어 신생검을 시행하였고 초기 단계의 막성 사구체신염으로 진단되어 현재 경구 면역억제제 및 항응고제를 투여하며 퇴원 후 외래 경과 관찰 중이다. **결론 :** 본 증례는 하지동통을 초기 증상으로 내원한 하지동맥 혈전증 환자에 있어 막성 사구체신염이 진단된 경우로 하지동맥 혈전증의 원인의 하나로서 신증후군을 고려하여야 할 것으로 생각된다.

Membranous Nephropathy Associated with Retroperitoneal Fibrosis

Department of Internal Medicine¹ and Pathology², Ulsan University Hospital, University of Ulsan College of Medicine, Ulsan, Korea

*Dong Min Kim¹, Hee Jeong Cha², Seong Jae Hur¹, Soon Hyoung Hong¹, Hyun Chul Chung¹, Jong Soo Lee¹, Jongha Park¹

Introduction: Recently, idiopathic retroperitoneal fibrosis is suggested to be an inflammatory disease. The association between retroperitoneal fibrosis and glomerular disease has been described in few reports but is still uncertain. Here, we describe a patient with idiopathic retroperitoneal fibrosis who developed nephrotic syndrome due to a membranous nephropathy. **Case:** A 67-year-old man was referred to nephrology because of lower back pain and generalized edema for 1 month. Physical examination showed moderate peripheral pitting edema. The blood pressure was 120/80 mmHg. Serum cholesterol was 440 mg/dL, albumin 2.2 g/dL, creatinine 1.3 mg/dL. Erythrocyte sedimentation rate (ESR) was 100 mm/hr. The 24-h urinary protein excretion was 7,632 mg, the urinary sediment contained 3 ~ 5 red blood cells per high power field. C3 and C4 were 173 mg/dL and 54 mg/dL, respectively. Antinuclear antibody, ANCA, HBsAb and HCV Ab were all negative. Abdominal computed tomography showed a mild thick periaortic soft tissue lesion encasing the abdominal aorta and a moderate parenchymal atrophy of left kidney without hydronephrosis. At renal biopsy specimens, the glomeruli showed hypertrophic appearance with mild thickened glomerular basement membrane (GBM). Immunofluorescent study revealed diffuse granular type of fluorescence along the capillary walls with antisera against IgG (3+). Electron microscopy confirmed the presence of many irregular sized subepithelial electron dense deposits with new GBM formation. The diagnosis was membranous glomerulonephritis. The patient was treated with cyclosporine 2 mg/kg/day and oral prednisolone 0.5 mg/kg/day. At the last follow-up (after 9 months of treatment), ESR suggested as an activity index for retroperitoneal fibrosis was 18 mm/hr, protein/creatinine ratio in spot urine 458 mg/g and serum creatinine 2.1 mg/dL. Renal ultrasonography showed no evidence of newly developed hydronephrosis.