

류마티스 관절염 환자에서 발생한 양측 요근농양 1 예

김 은순*, 박 봉진, 안 흥준, 한 성훈, 이 윤우
인제대학교 서울백병원 내과학교실

요근농양은 비교적 드문 질환이며 비특이적이고 잠재적인 임상양상을 보여 진단이 늦고 이환율이 높은 질환이다. 요근농양은 보통 진행된 상태에서 발견되며 응급적인 치료를 필요로 하게 된다. 요근농양은 보통 복부장기감염, 척추골수염, 신주위농양, 후복막혈종 등 주위장기의 이차감염 등으로 발생하며 혈행성 감염으로 나타나기도 하지만 일차적으로 발생하는 요근농양은 드물다. 척추골수염에 의한 원인으로는 포도상구균이 흔하며 복부장기감염에 의한 경우에는 복부의 정상균주가 원인균이 된다. 결핵, 영양실조, 당뇨, 류마티스 관절염, 알코올중독, 스테로이드 남용 등 숙주의 방어기제를 감소시키는 질환은 감염의 위험이 상대적으로 높으며 유발요인이 된다. 류마티스 관절염 환자에서 발생한 양측 요근농양은 드물게 보고되고 있으며, 국내에서는 보고된 예가 없다.

저자들은 류마티스 관절염환자에서 척추염의 이차적 감염에 의한 양측 요근농양을 경험하였기에 보고하는 바이다. (중례) 66세 여자환자가 5일전 발생한 흑색변을 주소로 내원하여 위내시경검사를 하였고, 출혈을 동반한 위궤양이 진단되어 치료 받았다. 환자는 내원 8개월 전부터 양측 슬관절통, 족관절통, 수근관절통 및 요통의 소견이 있었고, 내원 11일 전부터 간헐적인 발열과 심한 좌측 측복부통이 발생하였다. 단순 복부 및 요천추부 방사선검사서 이상소견은 보이지 않았고, 통증을 호소하는 관절의 단순 방사선 검사서 류마티스 관절염에 합당한 소견을 보였다. 류마티스인자는 174 IU/mL(정상: <40IU/mL), ESR 105 mm/hr(정상: 0-20mm), CRP 18.5mg/dl(정상: <0.5mg/dl), ANA: 음성 이었다. 골주사검사서 제 3 요추체 부위에 골친화성 동위원소 축적소견을 보였고, 복부 전산화단층촬영에서 양측 요근농양이 관찰되었다. 입원 5일째 좌측 요근농양의 수술적 배농을 시행하였고, 혈액과 조직배양검사서 포도상구균이 배양되어 항생제를 투여하였다. 입원 3주째 시행한 요천추 단순방사선검사서 제 2,3 요추의 추간협소 및 상하추체연의 골경화 소견이 보였으며 요천추 자기공명영상에서 양측 요근농양은 소실되었으나 제 2,3 요추의 척추염 소견은 계속 관찰되었다. 퇴원 후 경과 관찰 중에 환자는 요통과 양측하지통이 점차 심해졌고, 근전도검사와 신경전도검사서 척수신경근증상 소견이 보였으며, 보행 시 심한 장애를 호소하여, 후방 감압술 및 제 2,3,4 요추의 후측방 고정술을 시행받았고 항생제 치료 후 호전되어 퇴원하였다.

류마티스 관절염 환자에서 저 용량 메토트렉세이트에 의한 재생 불량성 빈혈 1예

부산대학교 의과대학 내과과 교실, 임상병리학 교실**
이성훈*, 김태오, 송상현, 김성일, 박민수, 조근재, 나하연, 이은엽**

서론: 저 용량 메토트렉세이트 (Methotrexate, MTX)는 복용 방법이 간편하고 효과가 빠르며 심각한 부작용 빈도가 낮아 류마티스 관절염 치료에 널리 사용되는 약제로 간 기능 장애와 간 및 폐 섬유화가 심한 부작용으로 흔히 알려져 있으나, 백혈구 감소증, 거대 적아구성 빈혈, 혈소판 감소증, 범혈구 감소증 및 골수억제 등의 부작용이 3%에서 발생한다.

저자들은 류마티스 관절염 환자에서 저 용량 MTX에 의한 재생 불량성 빈혈이 발생하여 사망한 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

중례: 57세 남자가 13주 전 다발성 관절통과 미열로 진통소염제를 복용하였으나 호전이 없어 11주 전 인근 병원에 입원하여 치료하던 중 심이치장 폐양 천공에 의한 복막염으로 전진되어 수술하였다. 수술 후 계속되는 다발성 관절통과 조조 강직감으로 1987년 미국 류마티스 학회 진단기준에 의하여 류마티스 관절염으로 진단하고, 경구 프레드니솔(10mg/day), 할랄라리아 약제 및 저 용량 MTX (7.5 mg/week)로 치료 1주 후 시행한 일반 혈액 검사 및 혈청 생화학 검사서 정상 소견을 보여 퇴원하였으며, 치료 2주 후 외래 추적 관찰에서 관절의 종창 및 통증의 호전과 이학적 검사 및 문진 상 특이 소견이 없었고, 치료 3주 후 구강 점상 출혈, 소량의 혈변 및 쇠약감이 있어 응급실로 내원 하였다. 이학적 검사서 급성 병색 소견을 보였으나 의식 상태는 명료하였고 혈압 110/70 mmHg, 체온 38°C, 맥박 100회/분, 호흡수 28회였다. 전막은 매우 창백하였고 경부 인파절 종대는 없었으며, 흉부 청진 소견상 양측 폐야에 거친 호흡음이 있었으나 천명음이나 농음은 없었고 심음은 빈맥이며 미약하였다. 복부 소견 상 간 및 비장은 만져지지 않았고 장음은 정상이었으며 복부 중앙에 수술로 인한 창상이 있었다. 사지의 관절의 종창은 없었으나 중수지 관절, 근위지 관절 및 중족지 관절의 압통이 있었다. 일반 혈액 검사서 백혈구 600/mm³, 혈색소 3.0 g/dl, 헤마토크리트 9.4%, 혈소판 2,000/mm³, 적혈구 침강 속도 147 mm/h 이었다. 혈청 생화학 검사 상 AST/ALT 8/7 IU/L, Alkaline phosphatase 142 IU/L, LDH 249 IU/L, Total protein/Albumin 6.4/3.8 g/dl, BUN/Creatinine 9/0.6 mg/dl 이었다. 혈청 전해질 검사상 Na 136 mEq/L, K 3.4 mEq/L, Cl 105 mEq/L 였고 대변 잠혈 검사 상 양성이었다. 2주간의 계속적인 농축 혈소판 및 농축 적혈구의 수혈, 스테로이드 강간 요법의 시행, GM-CSF (Granulocyte-macrophage Colony Stimulating Factor)등을 시행하였으나 호전이 없어 시행한 골수 생검에서 재생 불량성 빈혈로 진단되어 추가로 면역 글로불린 등을 사용하였으나 호전이 없던 중 수면 중에 갑작스런 호흡부전과 심정지로 사망하였다..