

반응성 관절염에서 비스테로이드성 항염증약물(NSAIDs)에 의해 발생한 대량 소장출혈의 1예

이화익대 내과 강인숙*, 류연주, 장지은, 정성애, 이지수, 조영주

서론:반응성 관절염은 특정 비요기, 소화기 감염 2-4주 후에 주로 말초 관절염으로 발현하는 혈청음성 척추관절 증으로 한 개 또는 그 이상의 관절 외 증상을 동반할 수 있다. 반응성 관절염의 관절 외 증상 중 하나인 회장염은 관절염발생에 중요한 병리기전으로 알려져 있다. 비스테로이드성 소염진통제(NSAID)는 장의 투과성을 증가시켜 혈청음성척추관절증에 동반되는 장의 염증을 유발하거나 악화시킨다고 알려져 있어, 관절증상 조절을 위해 NSAID 사용에 주의를 요한다. 저자들은 반응성 관절염환자에서 NSAID 사용후 발생한 대량 소장출혈을 1예를 경험하였기에 이를 보고하는 바이다. 증례: 34세 여환이 약 7일전 오한 및 발열감과 다발성 피부발적 및 다수의 입안 궤양을 주소로 내원하였다. 상환 내원전 자가로 brufen 400mg 4일 간 복용하였다. 상환 내원당시 얼굴, 두피, 목, 몸통, 사지를 포함한 피부에 다형성 홍반이 있었으며 입안 점막 및 양측 편도에 다수의 아프터성 궤양이 관찰되었으며 대음순에도 5-6개의 궤양이 관찰되었다. 검사소견상 혈액검사상 혈색소치 10.4mg/dL, 백혈구 10500mg/dL였으며, ESR 99 CRP 21.2였고, 항 HLA-B27 항체 음성이었으며, 항호중구 세포질 항체 및 류마티스 인자 음성이었다. 배양 검사상 동정된 균은 없었다. 골반부 병변에서 천장골염은 관찰되지 않았다. Methylprednisolone 62.5mg 투여 후 고열 소실되고 피부병변 호전되었으나, 제9병일에 혈변과 80/50mmHg로 혈압떨어지고, 혈색소치 7.5mg/dL로 감소하였다. 용급 위식도 내시경에서 급성 출혈의 흔적은 없었으며, 대장 내시경에서 대장에서는 급성 출혈의 흔적은 없었으나 회장부 상방에서 혈흔이 있었으며 회장 말단에 궤양 있었다. 소장 출혈 의심되어 혈관 조형술 시행하였으나 출혈부위는 찾지 못하였다. 궤양 치료제 투여하면서 더 이상 출혈 소견 없이 생체징후 안정되어 퇴원하였다. 경과: 환자는 스테로이드 감량하여 굶은 상태로 관절증상 및 위장출혈 증상 재발없이 추적 관찰중이다.

Insufficiency Fracture In Chronic Inflammatory Joint Disease and Noninflammatory disease

Bo-ra Yun, Hae-sun Lee, Tae-Hwan Kim, Jae-Bum Jun, Sung-Soo Jung, Sang-Cheol Bae, Dae-Hyun Yoo
The Hospital for Rheumatic Diseases, Hanyang University

Objectives: Our aim was to describe the clinical characteristics of insufficiency fracture(IF) in patients with chronic inflammatory joint disease and noninflammatory disease. **Methods:** Between 1997 and April 2002, 91 patients with IF were enrolled for this study: 29 with chronic inflammatory joint disease and 62 noninflammatory disease. The clinical and laboratory data were collected by review of medical records retrospectively. **Results:** RA(27) was the most common underlying disease in inflammatory joint diseases, whereas osteoarthritis(41), and malignancy(20) were predominant in noninflammatory disease. All but three was postmenopausal women in inflammatory disease, and fifty was postmenopausal woman in noninflammatory diseases. Rheumatic disease patients were associated with osteoporosis(21), corticosteroid treatment(25), or methotrexate treatment(18). In noninflammatory patients, osteoporosis(34), metabolic bone disease(1), corticosteroid treatment(5), pelvic irradiation Hx (8), hip surgery(2) were found. Eighty-six percent of the inflammatory disease had been on long term steroid treatment but eight percent had in noninflammatory diseases($p<0.001$). The significant reduction on their bone mass density was found in 77.8% of patients with inflammatory diseases, and 91.9% in the noninflammatory disease based on BMD or QCT. Most patients presented with low back, groin, pelvic, hip, leg, knee pain without significant effect on mobility. Initial simple X-ray finding was not diagnostic and bone scan was most useful tool to make a diagnosis. There were no significant differences on the location of IF between two groups: sacrum, pubic bone, SI joint area were most common. Most cases had two or more fractures on bone scan, and vertebral compression fracture was accompanied with IF in both group. Most patients were complete recovery as conservative management. **Conclusions:** Low grade nature of pain, minimal effect on mobility, absence of significant trauma, and negative initial plain radiography make diagnosis of IF difficult and delayed. When patients have predisposing factors such as osteoporosis, longstanding steroid treatment, or chronic rheumatic diseases, patients with low back pain or buttock pain should be evaluated whether they have IF with bone scan regardless of normal plain radiography.