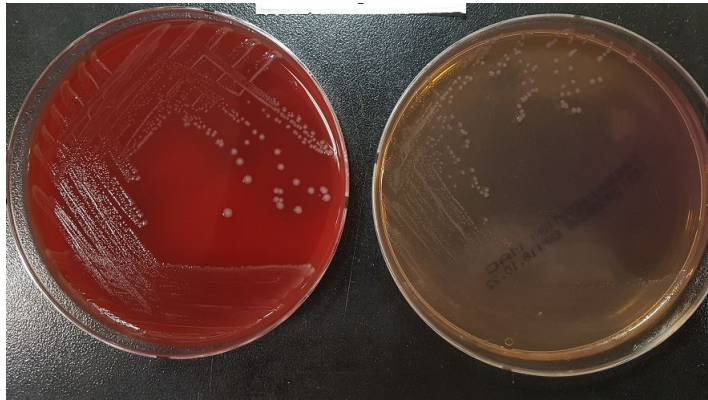


## 정상면역환자에서 발생한 *Acinetobacter ursingii* bacteremia

<sup>1</sup>중앙대학교 의과대학 내과학교실, <sup>2</sup>감염내과

\*윤홍집<sup>1,2</sup>, 김민철<sup>1,2</sup>, 최성호<sup>1,2</sup>, 정진원<sup>1,2</sup>

*Acinetobacter ursingii*는 *Acinetobacter*속 Moraxellaceae과로 면역저하자에서 원내감염의 일차 균혈증으로 보고된 적 있다. *Acinetobacter baumannii* 균혈증에 비하여 낮은 중증도와 치명률을 보이는 것으로 알려져 있다. 저자들은 기저질환이 없는 환자에서 급성 지주막하 출혈로 입원 치료 중 발생한 *Acinetobacter ursingii*로 인한 패혈성 쇼크를 경험하여 보고하고자 한다. **증례:** 건강하던 65세의 여자가 내원일 갑자기 발생한 두통으로 본원 응급실에 내원하여 검사한 Brain CT에서 지주막하출혈 진단되어 뇌동맥류색전술을 시행 받았다. 입원 10일째, 38.0°C 발열이 발생하였고, 혈압 76/52 mmHg, 맥박 81/min, 호흡수 20/min을 보였다. 신체검사상에서 시술 부위는 깨끗했고, 특이소견은 없었으며, 검사상 백혈구 17180( $10^9/L$ )(neutrophil 95.3%), 헤모글로빈 12.0g/dL, 혈소판 80( $10^9/L$ ), BUN/Cr 20/1.71mg/dL, AST/ALT 377/150IU/L, CRP 147.5mg/L 였고, Chest X-ray는 정상이었다. 혈액배양검사를 시행한 후 패혈성 쇼크 추정하여 경험적 항생제치료로 vancomycin과 meropenem을 시작하였고, 중환자실로 이실하여 지속적 신대체요법을 시작하였다. 입원 12일째 혈액배양검사 그람염색에서 그람음성균이 보여서 vancomycin은 중단하였고, 입원 13일째 *Acinetobacter ursingii*가 동정되었다. 항생제 감수성결과 meropenem에 감수성이 있어서 치료를 유지하였고, 균혈증은 2주 치료 후 호전되었다. 패혈증 속에 동반된 허혈성 급성신손상은 지속적인신대체요법 시행 후 호전되어 현재 간헐적 혈액투석 유지중인 상태이다. **고찰:** 원내 입원환자의 패혈증의 원인으로 *Acinetobacter ursingii* 이 있고 이러한 *Acinetobacter*종의 균들은 부적절한 경험적 항생제치료가 적용되기 쉬워서 혈액 배양 검사의 빠른 확인과 적절한 항생제 치료가 중요하겠다.



## Urinary tract infection caused by *Raoultella planticola* in Korea

계명대학교 내과학교실

\*김지윤, 현미리, 이지연, 김현아, 류성열

*Raoultella planticola*(*R. planticola*) is gram-negative, non-motile rod that was first described in the 1980s as *Klebsiella planticola* and *Klebsiella trevisanii*. It was reclassified into a new genus in 2001 as *Raoultella planticola*. This organism is associated with soil, plant, and aquatic environment, and is a very rare human pathogen. *R. planticola* rarely cause infection in healthy individuals. Malignancy, transplant recipients, dialysis-dependent patient, diabetes mellitus, and immunocompromised state also put them at high risk. Here we report a case of *R. planticola* urinary tract infection in an immunocompetent host. This is the first report of urinary tract infection caused by *R. planticola* in Korea. A 60-year-old woman was admitted to our hospital with fever and left flank pain. She had been taking medicine for hypertension. She had a history of acute pyelonephritis 8 years ago. On examination, she had temperature of 38.9°C, blood pressure 114/63 mmHg, pulse 135 bpm, respiratory rate 20 breaths/min. Physical examination showed left costovertebral angle tenderness. Laboratory results indicated a white blood cell count of 6,700/mm<sup>3</sup> (neutrophils, 92.8 %), platelet 260,000/mm<sup>3</sup>, C-reactive protein 9.7 mg/dL. Urinary leukocyte count was >100 cells per high power field. Abdominal computed tomography revealed small abscess on left kidney. No organism was identified in peripheral blood cultures. *R. planticola* was identified in urine culture by automated microbial identification system(VITEK 2 System, bioMerieux, France). The patients was initially treated empirically with meropenem and then switched to ceftriaxone when the urine cultures revealed *R. planticola*. She received a total of ten days of therapy, recovered, and was discharged in good condition.

