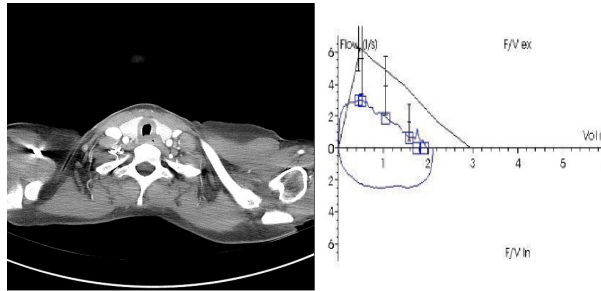


천식으로 오인 될 수 있었던 재발성 다발연골염 1예

아주대학교병원 내과학교실

*최경환, 한승담, 이소희, 박해심, 예영민

배경: 재발성 다발연골염은 콧바퀴, 코, 후두 및 기관, 기관지의 연골을 비롯하여 안구, 속귀, 관절, 심장 등의 다양한 연골조직을 반복적으로 침범하는 것으로 알려져 있다. 원인 기전은 명확하지 않으나, 연골 조직의 자가면역 질환으로 보고 있다. 증례는 지속적인 기침, 호흡곤란 및 관절통으로 천식 및 관절염으로 치료 중 재발성 다발연골염을 진단한 1례를 보고하고자 한다. **증례:** 46세 여환, 특이 병력 없는 자로, 1년 전부터 만성기침 및 목, 어깨, 고관절의 관절통 있어, 타병원에서 천식, 류마티스 관절염 의증으로 스테로이드 치료 받았다. 전신 스테로이드 사용 시 관절통 및 기침은 호전되었으나 중단 시 다시 발현되었고, 흡입제 사용에도 기침, 호흡곤란의 호전이 없어 천식에 대한 재평가 위해 본원 입원하였다. 기침 및 호흡곤란 호소하였으며, 양측 폐의 stridor 청진 되었다. FEV1 63.9%, FVC 59.1%, fixed large airway obstruction이었고 기도역상성은 확인되지 않았다. 경부컴퓨터단층에서 기관 및 후두의 연골염이 있고, 기관지 내시경에서 상대 좌하방의 점막 부종 및 결절 있었으며, 기관지는 점막의 특이 소견은 없이 외부 압박에 의한 협착 의심되었다. 혈액검사서 CRP 2.54mg/dL, ESR 86mm/hr이고, 이 외 특이소견 없었다. 병력청취상 코의 반복적 염증 있었고, 기관 및 후두의 연골염 및 비미관성 관절염이 있고, 전신적 스테로이드 사용시 증상이 호전되는 경과 있어 이를 토대로 재발성 다발연골염을 진단 하였고, 고용량 스테로이드 치료 후 증상 호전되어 퇴원하였으나, 스테로이드 감량 중 기침, 호흡곤란 재발하여 사이클로포스파마이드 치료 시작 후 추적관찰 중이다. **고찰:** 상기 질환에서 흔히 침범하는 부위가 콧바퀴, 안구이지만, 증례에서처럼 콧바퀴, 안구의 뚜렷한 증상 없이, 기관 및 기관지에 침범을 한 경우 천식 및 관절염 의증으로 주기적으로 스테로이드 치료를 한 경우 진단이 늦어질 수 있으며, 기침, 호흡곤란을 호소하며, fixed airway obstruction이 있을 시 연골 침범 확인 등 본 질환에 대한 추가적인 감별을 고려해야 할 것이다.

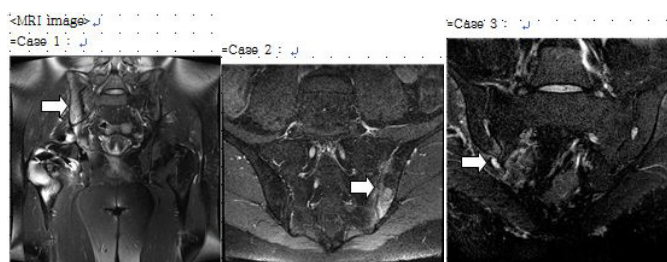


Symptomatic sacroiliitis in systemic lupus erythematosus: 3 case series

서울성모병원 류마티스 내과

*김태우

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a multisystem autoimmune disease, and lupus arthritis usually present as fleeting polyarthralgia or non-erosive peripheral arthritis. Active sacroiliitis is rare in SLE. Herein, we describe 3 cases of sacroiliitis occurrence in SLE patients with high disease activity, and successful treatment with intra-articular steroid injection. **Case 1:** A 42-year-old female SLE patients presented low back pain. When she suffered low back pain, her SLE activity was increased (decreased complement level, increased anti DNA Ab titer, bicytopenia). Conventional radiography showed no bony lesion, but magnetic resonance imaging (MRI) showed bone marrow edema in Rt. iliac bone. Pain disappeared after intra-articular steroid injection. **Case 2:** A 29-year-old male SLE patients presented left pelvic pain. When he had pelvic pain, SLE activity was increased (increased Anti DNA Ab titer, bicytopenia). MRI revealed active sacroiliitis on the left side. He was treated with CT guided intra-articular steroid injection. **Case 3:** A 36-year-old female SLE patients presented right pelvic pain with SLE flare up (low complement, high anti DNA Ab titer, bicytopenia, increased proteinuria). MRI revealed active sacroiliitis in right side. Pelvic pain was well controlled by intra-articular steroid and lidocain injection. **Discussion:** In our cases, all patients met the American College of Rheumatology (ACR) criteria for SLE, but they did not fulfilled the Assessment in Ankylosing Spondylitis (ASAS) criteria for axial spondyloarthritis. Although active sacroiliitis is rare in SLE patients, it could be accompanied when SLE is flared up. In present case series, sacroiliitis was well controlled by intra-articular steroid injection. From these cases, we suggest sacroiliitis could be one form of lupus arthritis and physicians should consider occurrence of sacroiliitis and check sacroiliac joint MRI, when SLE patients suffers from low back or pelvic pain. And local steroid injection should be considered as treatment option in SLE patients with acute sacroiliitis.



| | Case 1 | Case 2 | Case 3 |
|--|-------------|-----------|-----------|
| C3/C4 (mg/dL) | 65/14.2 | 81/16.6 | 53.8/11.2 |
| Anti-dsDNA (IU/mL, normal range < 7.0) | 142.8 | 52.6 | 12.13 |
| Protein/Creatinine ratio | 0.80 | 0.44 | 8.4 |
| HLA-B27 | Not checked | negative | negative |
| Sacroiliitis grade (mNY criteria) | grade 0/0 | grade 0/0 | grade 0/0 |
| MRI Bone marrow edema on SI joint | (+) Rt. | (+) Lt. | (+) Rt. |
| SLE diagnosis to sacroiliitis (years) | 21 | 9 | 14 |