

Acute erythroleukemia (AML M6) in a rheumatoid arthritis patient during low dose methotrexate

The Hospital for Rheumatic Diseases, Department of Internal Medicine*, Department of Laboratory Medicine**, Hanyang University, Seoul, Korea

Byung-Ryul Choi, Myung-Ju Ahn*, Woong Soo Lee**, Hye-Soon Lee, Wan-Sik Uhm, Tae-Hwan Kim, Sang-Cheol Bae, Dae-Hyun Yoo, Jae-Bum Jun.

Low dose methotrexate (MTX) is a safe and effective drug in rheumatoid arthritis (RA). MTX used in RA can cause significant bone marrow suppression, and there are a few reports describing the development of acute leukemia during MTX therapy in RA. We experienced a RA patient developing acute erythroleukemia during MTX therapy. **CASE:** A 68-year-old woman with an 11-year history of RA was presented with bicytopenia. In 1992, she was diagnosed as RA. In 1997, she visited our hospital because of multiple joint pain. Rheumatoid factor was 175 IU/ml. She was treated with MTX (7.5-10mg/week) and maintained a relatively inactive disease state. In routine laboratory follow-up in May 2003, white blood cell count was 4,900/mm³; hemoglobin 9.6 g/dL; platelet count 71×10³/mm³; erythrocyte sedimentation rate 79 mm/h, and C-reactive protein 1.16 mg/dL. MTX was discontinued at a cumulative dose of 1702.5 mg. Peripheral blood smears revealed 11% immature cells. Bone marrow aspiration showed a markedly increased proportion of erythroid series (76%) with pronormoblast reaching 7.2%. The erythroid immature cells were positive in PAS stain. Cytogenetic studies showed a normal karyotype of 46 XX. According to FAB classification, she was diagnosed as acute erythroleukemia. Whether MTX is a contributing cause of acute leukemia or not in RA patients is unknown. As MTX in RA is widely used, data collection on acute leukemia cases during MTX therapy is needed to assess the hematologic safety of MTX in RA.

헤르페스바이러스 감염에 동반된 독성 표피 박리증(Toxic Epidermal Necrolysis) 증례 1 예 인제대학교 상계백병원 내과

※김민근, 이지선, 강경필, 한성훈

Stevens-Johnson 씨 증후군 및 독성 표피 박리증은 광범위한 점막 및 표피의 박리성 병변을 특징으로 하며, 그 원인으로 는 약물, 바이러스 감염, 림프종, 백혈병, 방사선 등이 있다. 약물중에는 설파제, 항생제, 항경련제(phenytoin, phenobarbital, carbamazepine), 비스테로이드 소염진통제, 알로퓨리놀, 항결핵제 등이 있다. 류마티스 관절염으로 약 물을 복용중인 환자에서 헤르페스 바이러스 감염이 동반되어 발생한 독성 표피 박리증은 국내에 보고된 바가 없어 이에 보고하는 바이다.

증례: 63세 여자환자로 3일전부터 시작된 열과 오한, 악화되는 피부병변을 주소로 내원하였다. 환자는 1년 전부터 류마 티스 관절염으로 개인의원에서 치료하다 내원 1개월 전부터 본원에서 hydroxychloroquine 과 celecoxib 복용을 시작하였 다. 환자는 평소 자주 등산을 다니며 등산로에 있는 옷나무에 스킨 적이 있었는데, 내원 2주전 경 양 팔에 가벼운 가려 움증을 동반한 피부병변이 일부 생겼다가 저절로 좋아졌다. 내원 1주전부터 양 팔에서 시작되어 머리, 목, 얼굴, 상반 신으로 번져가는 양상의 가려움증을 동반한 홍반이 발생하여 내과외래를 방문하였고, 이에 피부과에 의뢰되었다. 피부과 진료 후부터 경미한 열감과 오한이 있어 약국에서 구입한 해열제를 복용하였다. 내원3일전 아침, 열과 오한 증세 호전 없고 피부 병변도 더 심해져 응급실로 내원하였다. 내원시 환자는 양 팔과 안면, 목, 체부에 걸쳐 다발성 홍반성 구진 및 농포가 있었고 입주변의 수포성 병변과 안검부종을 보였다. 혈액검사 소견은 혈색소 11.3g/dL 백혈구 20,310/uL 혈소 판 293k/uL이었다. 제 2병일째 환자의 배부에서 수포형성 및 표피박리가 나타나 체간부에서 사지로 점차 진행되는 양상 보여 전신 소독 및 격리, 항생제 치료, 수액공급과 함께 면역 글로블린을 투여하였다. 검사소견에서 헤르페스바이러스 IgM, IgG 항체가 모두 양성이었고 내원시 농포에서 미생물검사상 Coagulase음성 포도상구균이 배양되었다. 병력상 약물 또는 다른 원인과의 인과관계가 불분명하여 헤르페스바이러스에 의한 독성 표피 박리증으로 진단하였고, 대증치료 후 환 자는 증상 호전되어 퇴원 및 외래 관찰 중이다.