

신장이식 후 발생한 신경이완제악성증후군 1예

¹중앙대학교 의과대학 중앙대학교병원 내과학교실, ²외과학교실, ³비뇨기과학교실, ⁴응급의학과교실, ⁵신경과학교실

*김채림¹, 남우진¹, 홍문기¹, 김도형¹, 김수현¹, 김향경², 차성재², 장인호³, 이동훈⁴, 신혜원⁵

신경이완제악성증후군은 항정신성 약물 투약 후 0.02-3% 가량에서 발생할 수 있는 치명적인 합병증이다. 특징적으로 의식변화, 근육강직, 고열, 자율신경계 기능장애 등이 나타날 수 있다. 사망률이 10-20%까지 보고되고 있어 조기진단과 의심이 필요하다. 항구토제 사용에 의한 신경이완제악성증후군의 보고는 있었으나 현재까지 신장이식 환자에게 보고된 예는 없었다. 41세 여자가 신장이식 후 사용한 palonosetron 사용 후 발생한 신경이완제악성증후군 1예를 경험하여 보고하고자 한다. 신장 이식전 특별한 정신과적 과거력 없는 자로 metoclopramide 투여 후 의식지하가 발생한 병력이 있었다. 수술 당일부터 구역감 및 복부 통증 있어 palonosetron 0.075 mg 정주 2차례, palonosetron 0.0015 mg/hr, fentanyl 15 ug/hr 사용하였다. 수술 다음날 38.5도가 넘는 고열 및 백혈구 16,800/mm³ 상승이 관찰되었으나, C-반응 단백질은 6.64 mg/L로 감염의 증거는 명확히 보이지 않았다. 수술 후 2일째, 40도 이상 고열이 지속되었으며 사지의 근육 강직이 나타나기 시작하였다. 환자의 의식상태는 혼미하게 바뀌었으며 심박수가 160회로 상승하였다. 호흡수가 감소하면서, 혈압이 65/45 mmHg 저하와 산소포화도저하 소견이 보여 기계호흡을 시작하였다. 백혈구 25,260/mm³이었다. 크레아틴인산활성효소는 248 IU/L이었으나 다음날 117,800IU/L로 상승했고, 미오글로빈 >1,000 ng/mL로 횡문근융해증도 확인되었다. DSM-IV 기준 상 신경이완제악성증후군 진단하였고 보존적 치료 위해 해열제와 저온 치료를 시작하였다. 또한 근이완제인 dantolene 200 mg 경구 치료를 7일간 시행하였다. 수술 10일째, 환자 각성상태로 근육강직도 호전되었으며 CPK, 혈압, 맥박 모두 정상화 되었다.

Polymyositis as presenting manifestation of rhabdomyolysis and proteinuria

Division of Nephrology, Department of Internal Medicine, Incheon St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea

*Kim Hyun Ho, Seok Joon Shin, Sung Jun Kim, and Hye Eun Yoon

A 41-year-old male presented with leg edema and weakness. Laboratory studies revealed rhabdomyolysis, proteinuria and hypoalbuminemia. Serum electrophoresis showed polyclonal gammopathy and urine electrophoresis showed abnormally restricted zone in beta region, which suggested non-glomerular cause of proteinuria. Despite of intravenous hydration and urine alkalinization, serum creatine phosphokinase (CPK) levels did not decrease and his leg weakness did not improved. The electromyography and nerve conduction study showed myopathy and anti-Jo-1 antibody was positive (>8.0). Muscle biopsy revealed findings consistent with polymyositis. After steroid therapy, CPK levels and proteinuria decreased and clinical symptoms improved. Although it is rare, polymyositis should be considered in patients with rhabdomyolysis and proteinuria, which does not respond to conventional fluid therapy.

