

Recurrent rhabdomyolysis and myoglobinuric acute renal failure in a patient with polymyositis

Division of Nephrology, Department of Internal Medicine, St Vincent's Hospital, The Catholic University of Korea, Suwon, Republic of Korea

*Seok Min Hyun, Hyung Wook Kim, Joung Ran Choi, See Jin Jang, Yoon Sik Chang, Byung Kee Bang and Cheol Whee Park

Introduction: The kidneys are generally spared in polymyositis. We report on a 57-year-old woman with Polymyositis presented rhabdomyolysis and myoglobinuria, as a result oliguric AKI which required hemodialysis. **Case:** 57-year-old woman visited with posterior neck pain and weakness in both extremities, decreased urine output and dark-colored urine. She had no strenuous exercise history, no alcohol or drug abuse history. Lab findings were increased serum creatinine (maximum 4 mg/dl), CK (5,369 IU/L) and Myoglobin (4,346 ng/ml). Tc-99m-MDP Bone scan shows slightly increased uptake in calf muscles with reserved urinary activity. After hydration and bed rest, patient's renal impairment and muscle strength gradually improved. After discharge, she visited again with severe pain on both thighs and swelling on both upper arms, weakness on both extremities. Myoglobinuria, serum creatinine 4.4mg/dl, potassium 6.8 mEq/L, CK 50,470IU/L, Myoglobin 63,559 ng/ml, CK-MM 33,269 ng/ml, AST 1,238IU/L, ALT 647 IU/L, LDH 7,070 IU/L were observed. Muscle biopsy shows Polymyositis. EMG shows profuse fibrillations with sharp waves and low-voltage polyphasic units. Follow-up Tc-99m-MDP Bone scan demonstrated increased uptake in various muscles without urinary activity, suggesting AKI due to non-traumatic rhabdomyolysis. Hemodialysis was done due to oliguria and hyperkalemia didn't respond to supportive care. After starting steroid therapy, symptoms gradually improved. Discussion: The patient was confirmed Polymyositis with muscle biopsy and the EMG. Usually, Polymyositis has a gradual progression and rarely presents as an acute episode. Fewer than 10 cases of Polymyositis-induced AKI have been reported, and it is uncommon for Polymyositis patients with AKI which requires hemodialysis. Early recognition and treatment is essential to minimize renal damage. In conclusion, diagnosis of Polymyositis (or Dermatomyositis) must be considered in patients with recurrent non-traumatic rhabdomyolysis and myoglobinuric AKI.

정상 신기능 환자에서 NSAIDs 투여 후 발생한 양측성 신피질 괴사 1예

¹의정부성모병원 신장내과

*나도현¹, 김민아¹, 최보미¹, 김영옥¹, 윤선애¹, 김영수¹

서론: 양측성 신피질괴사는 급성신부전의 드문 원인으로 병리학적 기전은 명확하지 않지만 신피질의 허혈성 손상에서 기인하며 산과적 원인, 폐혈증, 외상, 약제, 복강내 출혈, 췌장염 등에 의해 발생한다. 일반적으로 수술 후 발생한 급성신부전은 급성 세뇨관괴사로 가역적인 신기능의 회복을 보인다. 본 증례는 수술 후 발생한 양측성 신피질괴사로서 50% 이상에서 말기신부전을 초래한다는 점에서 다루고자 한다. **증례:** 내원 2주 전 복강경하 담낭절제술 시행한 여자환자가 빈혈 및 복통으로 내원하여 복강내 혈종 진단되어 복강경하 혈종제거술을 시행하였다. 기저질환 없는 환자로 수술 전후 활력징후는 안정적이었고 농축적혈구 2 pint 수혈하였다. 술후 제3병일째 갑작스러운 무뇨와 혈청 크레아티닌 상승으로 신장내과로 의뢰되었다. 혈액검사서 총백혈구 16,740/mm³, 혈색소 8.8 g/dl, 혈소판 61,000/mm³, CRP 23.5 mg/dl, 혈액요소질소 63 mg/dl, 혈청 크레아티닌 6.21 mg/dl이었다. 또한 양측 흉수증가, 하지부종이 관찰되었다. 담낭절제술 이후 복통으로 경구 비스테로이드 항염증제(NSAIDs)를 복용하였고 술후 제2병일째 정맥내 NSAIDs가 투약되었다. 조영증강 복부CT 시행하였고, 양측 신피질의 조영감소와 신수질 및 신피막의 조영증가 소견이 보여 양측 신피질괴사에 부합한 소견이었다. 즉시 혈액투석을 하였고 외래에서 1개월째 유지투석하며 경과관찰 중 이다. **고찰:** 본 증례는 기저질환이 없고 신기능 저하의 위험요인이 적은 환자에서 술후 NSAIDs 투여에 의하여 발생한 것으로 추정되는 양측성 신피질 괴사의 사례이다. 입원 환자에서 갑작스러운 무뇨가 발생할 경우 증례와 같이 양측성 신피질 괴사나 신동맥 폐쇄 등을 감별하기 위한 적극적인 진단적 접근이 필요할 것으로 사료된다. 또한 신기능 정상인 환자에서도 NSAIDs 투여시 주의가 필요할 것이다.

