

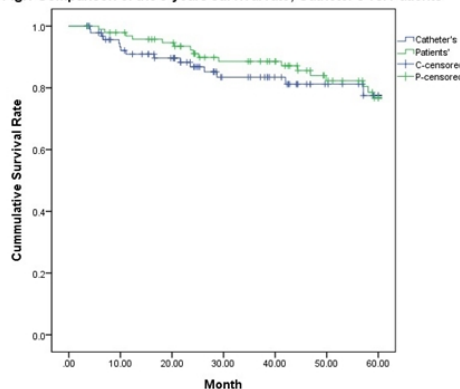
## 경피적 삽입술 후 도관 길들이기 없이 복막투석을 시작한 도관 및 환자의 장기 생존율

건국대학교병원 신장내과

\*고영경, 신원재, 임재호, 천웅, 박정환, 이종호, 조영일

**목적:** 유도천선을 사용하여 경피적으로 도관을 삽입하면, 기존의 surgical implantation 방법과는 달리 2-3주 동안의 도관 길들이기 기간(break-in period) 없이도 바로 복막투석을 시작할 수 있으며, 문제되는 합병증은 없음을 저자들은 보고한 바 있다(Perit Dial Int 2007;27:179-183). 본 연구에서는 이 방법으로 복막투석을 시작한 환자들에서 도관 및 환자의 장기 생존율을 조사하였다. **방법:** 2005년 1월부터 2014년 12월 사이에 본원에서 신장내과 의사가 국소마취 하에 유도천선을 사용하여 경피적으로 도관(Tenckhoff catheter)을 삽입한 후 도관 길들이기 없이 바로 복막투석을 시작한 모든 환자의 의무기록을 후향적으로 조사하였고, 도관의 technical failure 및 환자 생존율을 분석하였다. **결과:** 대상환자는 96명 (나이 56.7±13.0세, 남자 60.4%, 당뇨 69.8%)이었다. 환자를 최대 5년까지 관찰하였으며, 평균 추적기간은 44.3±18.1개월이었다. 관찰종료 시점을 기준으로 복막투석을 지속하고 있는 환자는 43명(44.8%), 혈액투석으로 전환 26명(27.1%), 사망 12명(12.5%), 신이식 8명(8.3%), 전원 7명(7.3%)이었다. 도관의 technical failure가 원인이 되어 복막투석을 중단한 경우는 15명(15.6%)였으며, technical failure의 원인은 터널 감염/복막염이 13명(86.7%), encapsulating peritoneal sclerosis가 2명(13.3%)이었다. 도관의 생존율은 1년, 2년, 3년, 4년, 5년이 각각 90.9%, 86.8%, 83.8%, 81.2%, 77.5%였고, 환자 생존율은 각각 96.8%, 91.1%, 88.6%, 84.0%, 76.7%였다(Fig-1). Technical failure와 관련된 위험인자로 유의한 것은 도관관련 감염이었다(HR 20.6; 95% CI 2.71-157.74). **결론:** 유도천선을 사용하여 경피적으로 도관을 삽입한 후에 도관 길들이기 없이 바로 복막투석을 시작한 환자의 도관 생존율 및 환자 생존율은 우수하다.

Fig.1 Comparison of the 5-years survival rate; Catheter's vs. Patients'

A case of peritoneal dialysis-associated peritonitis caused by *Agromyces mediolanus*

Division of Nephrology, Department of Internal Medicine Presbyterian Medical Center, Jeonju, Korea

\*Ju hwan Oh, Min woo An, Hyun kwon Ju., Na Yun Kang, A Young Cho, In O sun, Kwang Young Lee

**Introduction:** *Agromyces mediolanus* (*A.mediolanus*) is an unusual pathogen in human infection. No case of peritoneal dialysis (PD)-associated peritonitis by *A.mediolanus* has been reported. This is the first case report of PD-associated peritonitis by *A.mediolanus* in the world. We describe a case of PD-associated peritonitis by *A.mediolanus* that was cured after catheter removal. **Case:** A 59-year-old man who had been treated with CAPD was admitted to our hospital because of turbid peritoneal effluent accompanied by constant diffuse abdominal pain. The patient had an exit-site infection with purulent secretion. The laboratory findings showed PD peritonitis: the white blood cell (WBC) count of the peritoneal effluents was 1157/mm<sup>3</sup> with a neutrophil predominance (91.3%). Cefazolin and ceftazidime were given intraperitoneally per day. The peritoneal WBC decreased, but the patient's clinical condition didn't improve on the 5th day after starting intraperitoneal antibiotics. Culture of the peritoneal dialysate revealed *Agromyces* species, which was susceptible to meropenem, imipenem, vancomycin, but resistant to ceftriaxone. Thus, we changed antibiotics to intraperitoneal vancomycin and meropenem on the 5th day. Despite the intraperitoneal antibiotics for 4 days, the patient's abdominal pain persisted and the peritoneal WBC count became elevated. Therefore, we removed the PD catheter and the patient was switched to hemodialysis on the 9th day. Vancomycin and imipenem was continued for another 2 weeks and the patient's clinical condition improved. The patient has been maintained on hemodialysis. **Conclusions:** There is no previous report of peritonitis associated with *A.mediolanus* in a CAPD patient. In this case, we used intraperitoneal cefazolin and ceftazidime and changed to vancomycin and imipenem according to the result of peritoneal dialysate. However the patient improved after removal of catheter. Therefore, early removal of the PD catheter in *A. mediolanus* related peritonitis without prompt reaction to antibiotic therapy should be considered.