

해외에서 유입된 난형열말라리아 1예

안양생병원 내과

*김종욱, 고두현, 김태형, 이주영

난형열말라리아는 사하라 이남 아프리카와 서태평양 일부 지역에서 주로 발생하는 것으로 알려져 있으며, 국내에서는 매우 드물어 현재까지 3건의 해외유입 사례만 보고된 바 있다. 저자들은 해외에서 유입된 난형열말라리아 1예를 경험하였기에 이를 보고하고자 한다. 기저질환 없는 21세 여자가 2주 전부터 열감과 두통이 있어 내원하였다. 환자는 3개월 전 동아프리카 우간다에 1달간 체류하였고, 당시 mefloquine을 예방적으로 복용하였다. 또한 1년 전과 6개월 전 각각 라오스와 인도를 방문한 적이 있었다. 내원 당시 체온은 38.0℃이었으며 신체검사상에서 다른 이상은 발견되지 않았다. 혈액검사상에서 혈색소 11.1 g/dL, 혈소판 48,000/mm³, 알부민 3.1 g/dL, LDH 504 U/L이었으며, C-반응단백과 프로칼시토닌은 각각 85.5 mg/L, 3.05 ng/mL였다. 말라리아 신속항원검사는 음성이었으나 말초혈액 도말검사상에서 말라리아 원충이 관찰되었다. 초기에 열대열말라리아를 의심하여 5일간 artesunate 정맥투여 후 환자의 상태가 호전되어 3일간 artesunate/pyronaridine을 경구투여하였다. 이후 중 감별을 위해 의뢰한 중합효소연쇄반응검사에서 난형열말라리아 단독감염으로 확인되어 primaquine을 2주간 추가로 투여하였다. 4개월 후 추적 시행한 말초혈액 도말검사상에서 말라리아 원충은 더 이상 관찰되지 않았다. 난형열말라리아 발생지역으로의 방문객들이 증가하고 있으므로, 말라리아가 의심되는 환자에서 철저한 병력청취를 통한 여행력의 확인 및 중합효소연쇄반응검사를 통한 정확한 중 감별이 필요하겠다.

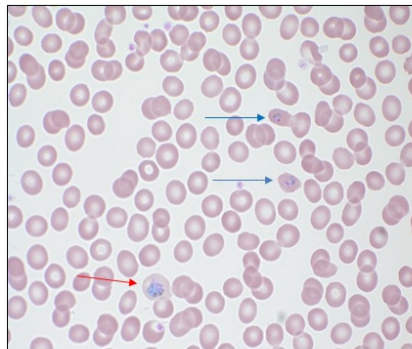


Figure A : Wright-Giemsa stained peripheral blood smear (magnification, x1000). Ring-shaped trophozoites (blue arrows) and a schizont (red arrow) in enlarged red blood cells with fimbriated margin.

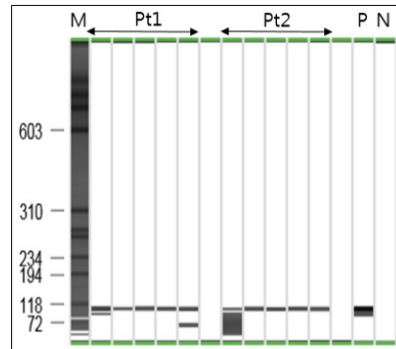


Figure B : *Plasmodium* spp. typing PCR. Only *P. ovale* DNA was detected from the patient's blood. M, DNA size marker; Pt1, Pt2, patient's samples in duplicate; P, positive control; N, negative control.

Mycobacterium abscessus Peritonitis in an Immunocompetent Host without Predisposing Conditions

순천향대학교 의과대학 내과학교실, ¹순천향대학교부천병원 감염내과, 순천향대학교 의과대학 내과학교실, ²순천향대학교서울병원 감염내과, ³순천향대학교 의과대학 내과학교실, 순천향대학교천안병원 감염내과

*신동우¹, 박세윤², 유시내³, 김 탁¹, 이은정², 전민혁³, 추은주¹, 김태형²

Mycobacterium abscessus, a part of the family of rapidly-growing non-tuberculous mycobacterial (NTM) species, is now an issue in the area of health-care-associated infections. A typical cases of peritonitis caused by *M. abscessus* would be the peritoneal catheter-associated infection among in patients with end-stage renal disease on peritoneal dialysis. We report a unique type of community-acquired primary *M. abscessus* peritonitis that has become manifest in an immunocompetent patient without any predisposing history such as trauma or a healthcare procedure. **Case report:** A 57-year-old man visited our hospital with a reported month-long history of abdominal pain. He denied past history on trauma, surgery, medical or surgical procedure or acupuncture. The computerized tomography (CT) showed an abscess in abdominal cavity. As the suspicious finding was thought to be an ordinary bacterial intra-abdominal infection originating from enteric bacteria, he was treated with doxycycline for 32 days, followed by ciprofloxacin for nine days. Despite implementation of antibiotic therapy, the patient's complaints of abdominal pain persisted. A follow-up CT was done and showed that the size of the abscess had actually increased. A laparoscopic wide excision was performed as a salvage intervention. Intra-operative specimen revealed granulomatous inflammation with abscess formation. *Mycobacterium abscessus* grew in culture in fourteen days. A combination of antibiotics, including amikacin (IV 1000mg, once a day), imipenem (500mg, four times a day) and clarithromycin (500mg, twice a day) for twelve weeks was given, and the patient then experienced decreased abdominal pain. Resolution of the abscess was also documented by follow-up CT, after twelve weeks of treatment. Additionally, clarithromycin (500mg, twice a day) alone was used as maintenance therapy for eight months. Although quite uncommon, this unique case of *Mycobacterium abscessus* peritonitis calls for a requisite mycobacteria culture of surgical specimens obtained by any clinician caring for any patient found to have a spontaneous intra-abdominal infection.