

A case of AOSD in a Patient with Ankylosing Spondylitis Complicated with Recurrent MAS and PRES

가톨릭의대 서울성모병원

*한수진

Macrophage activation syndrome (MAS) is a fatal complication in rheumatic diseases including adult onset Still's disease (AOSD). Main therapy for MAS is high dose steroid, and recurrence of MAS during high dose steroid therapy is uncommon. Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) can accompany in several autoimmune diseases but PRES complicated in AOSD is rare. A 34-year-old female with a previous diagnosis of ankylosing spondylitis was admitted to our hospital with pneumonia. After pneumonia treatment, AOSD was newly diagnosed due to typical salmon color rash with high fever was observed, and arthralgia, splenomegaly, liver enzyme elevation were combined. A day after onset of AOSD, MAS was combined, and high-dose steroid therapy was administered (methylprednisolone (MPD) 500mg/day). PRES and recurrent MAS were accompanied in spite of maintaining high dose steroid (MPD 1mg/kg/day). Prior to the recurrence of MAS ferritin, CRP and LDH level were elevated and skin rash aggravated. MAS was controlled by increment of steroid dose and adding cyclosporine. This is the first time to report an AOSD case which was combined with PRES and recurrent MAS on the onset of the disease. Present case report shows that ferritin, CRP and LDH level can be used as early indicators of MAS recurrence.

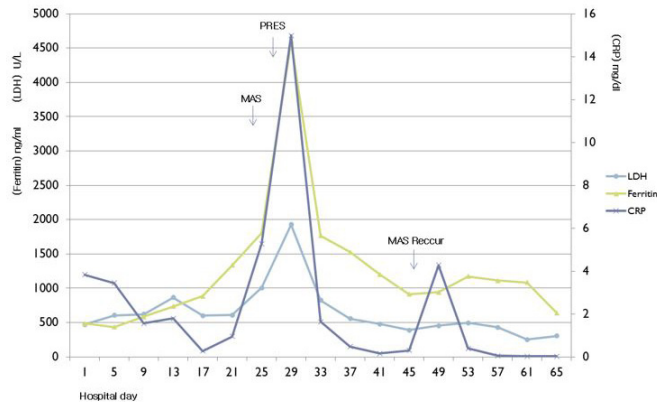


Figure 1. Clinical course during hospitalization.

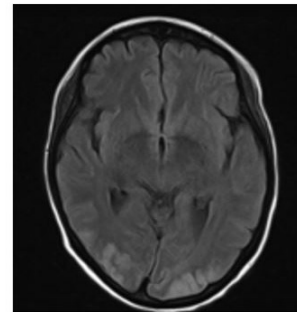


Figure 2. Multi-focal T2 high signal intensities involving both occipital lobes and both frontoparietal lobes with mainly vasogenic edematous changes on MRI, suggesting reversible posterior leukoencephalopathy syndrome(PRES).

치골 결합에 침범한 류마티스 관절염 1예

강동 경희대학교 병원

*양소영, 이상훈

배경: 류마티스 관절염은 관절 활막의 염증을 주된 특징으로 하는 전신 질환으로서, 류마티스 관절염의 관절 침범은 전신의 모든 관절에 가능하다. 주로 손, 손목, 발, 무릎, 발목의 작은 관절에 침범하며, 치골 결합에 침범은 거의 보고된 바가 없다. 본 저자들은 치골 결합에 침범한 류마티스 관절염에 대한 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다. **증례:** 환자: 60세 남자 주소: 우측 서혜부 통증 현병력: 환자는 내원 5개월 전 골프연습 및 웨이트트레이닝을 심하게 한 이후 발생한 우측 서혜부 통증으로 정형외과에서 진통 소염제를 복용해 왔으나 통증이 조절되지 않고 있었다. 과거력: 고혈압, 당뇨병 약물 복용 중이었으며, 3년 전 폐결핵으로 6개월 약물 복용 후 완치된 병력이 있다. 신체검사 소견: 환자는 활력징후는 정상하였고, 의식 명료하였으나 만성 병색을 보이고 있었으며, 림프 및 간비종대 등은 관찰되지 않았다. 흉부 청진에서 심음은 규칙적이었고 심잡음 없었으며 폐음은 정상이었다. 복부진찰에서 이상 소견은 관찰되지 않았다. 우측 서혜부, 우측 고관절, 좌측 손목 통증 부위 압통 호소하고 있었으며, 부종은 확인되지 않았다. 검사소견: 내원 당시 말초혈액검사서 백혈구, 혈소판은 정상이었으나, 혈색소가 9.9g/dL로 낮았다. 적혈구 침강속도는 87mm/hr, C-반응 단백질은 3.9mg/dL로 상승되어 전신 염증 소견이 관찰되었고, 류마티스인자 24.8 IU/mL, 항CCP 항체 259.2 U/mL로 양성 소견을 보였다. 방사선소견: PELVIS CT 검사에서 치골 결합의 골 미란 소견이 확인되었다. 경과 및 치료: 6주 이상, 손목관절과 치골결합을 침범한 관절염, 혈청 류마티스인자 양성, 높은 역가의 항 CCP 항체 양성, 혈청 염증반응물질 양상으로 2010년 ACR/EULAR 분류기준에서 총 7점으로 류마티스관절염으로 진단하였다. 증상 및 혈청 염증반응물질 호전, 악화반복으로 외래에서 비스테로이드 소염진통제 및 스테로이드 (prednisolone), 항류마티스약제(sulfasalazine, methotrexate), 면역억제제(tacrolimus)투여하였으며, 6개월 후 증상 악화로 생물학적제제(abtacept)를 투여하였다

