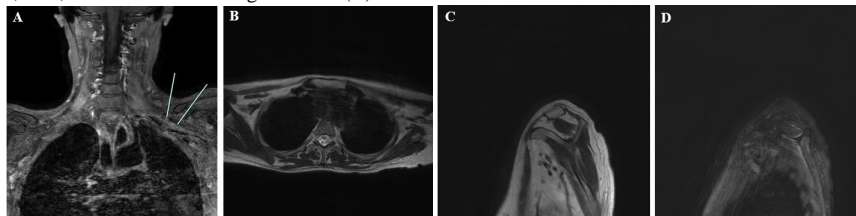


Brachial plexopathy associated with overlap syndrome (SLE, Systemic sclerosis, Dermatomyositis)

가톨릭의과대학교 서울성모병원 류마티스내과

*이수영, 김문영, 박성환

Brachial plexopathy(BP) is a disorder affecting the nerve networks around the brachial plexus, most commonly caused by trauma. It may also be associated with infection, inflammation, malignancy, or rarely, rheumatic disease. Recently, we experienced a patient who showed acute asymmetric upper limb weakness, finally diagnosed BP. Moreover, this occurred while being treated with methylprednisolone(MPD) 1.5 mg/kg/day for the treatment of systemic lupus erythematosus(SLE) flare with nephritis. The 41 year-old female, who had an overlap syndrome (SLE, Systemic sclerosis, Dermatomyositis) with interstitial lung disease, initially visited emergency room with dyspnea. At first, moderate amount pericardial effusion with mild left ventricular (LV) systolic dysfunction are shown, and markers associated with SLE were appropriated for disease activity aggravation. The level of proteinuria also increased markedly than previous measurements. Hence, we started high dose intravenous steroid and cyclophosphamide pulse therapy for the treatment of lupus nephritis. Several weeks later, pericardial effusion, LV function, and SLE disease status were improved with decreased protein/creatinine ratio. On the 28th day of hospitalization, she suddenly complained of a progressive weakness on left upper extremities without pain and sensory deficit. At the time, there was no trauma or viral/bacterial infection. Plain x-ray showed nonspecific findings, so we performed EMG and found left incomplete BP mainly involving upper and middle trunk (possibly preganglionic lesion). MRI was also appropriate to interpret it as BP. Finally, we diagnosed her as idiopathic BP with overlap syndrome and restarted high dose steroid therapy (MPD 3.0 mg/kg/day) for several weeks. She was discharged with oral steroid medication with partially recovered motor function. Figure: Coronal T2FS (A) shows mild segmental swelling with increased T2 signal intensity(SI) of all three trunks of Lt. brachial plexus. Axial T2WI (B) shows subscapularis(SSC) and infrasupinatus(IST) muscle atrophy, and sagittal T2W1 (C) shows suprasupinatus(SST) and IST muscle atrophy. High SI of SST, SSC, and IST muscle on Sagittal T2FS (D).

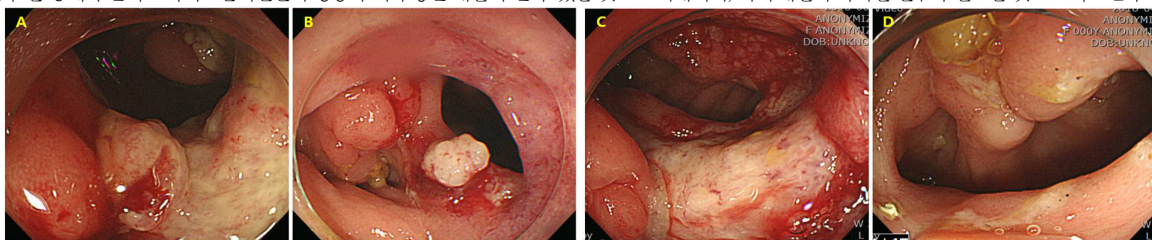


Adalimumab에 내성을 보인 베체트 장염에서 5-아미노살리실산 병용 후 호전된 증례

고신대학교 복음병원

*진술

서론: 베체트 병은 원인 불명의 만성 전신성 혈관염의 일종으로 다양한 임상 양상을 나타낼 수 있는데, 특히 위장관계를 침범하는 경우 심각한 합병증을 동반할 수 있기 때문에 적극적인 치료가 필요하다. 저자들은 adalimumab에 불충분한 반응을 보인 난치성 베체트 장염 환자에서, 5-아미노살리실산 사용 후 뚜렷한 호전을 보인 예를 경험하였기에 보고한다. **증례:** 베체트 병으로 치료 받던 21세 여자가 우하복부 통증으로 병원에 왔다. 복통은 식후에 악화되었고 간헐적으로 소량의 혈액이 묻어나는 양상을 보였다. 신체진찰에서 우하복부에 압통이 있었지만, 반발통은 관찰되지 않았다. 혈액검사서 적혈구침강속도와 C-반응단백이 증가되어 있었다. 복부 CT, 대장내시경 및 조직검사서 베체트 장염에 합당한 소견 보여 고용량 글루코코르티코이드와 설파살라진을 사용 후 호전이 관찰되었지만, 피부 부작용으로 설파살라진은 2개월 사용 후 중지하였다. 스테로이드 감량 중에 복통과 염증이 악화되어 infliximab을 투여하였으나, infliximab 도 피부발진 등의 부작용으로 adalimumab으로 교체하였다. Adalimumab 치료에 부분 반응을 보이던 중 재악화되어 추가한 메토크세이트에 반응이 없었지만, 이후 5-아미노살리실산 병용 투여 후에 뚜렷한 임상적 호전이 관찰되었고, 메토크세이트를 중지한 후에도 현재까지 지속적으로 안정적인 상태를 유지하고 있다. **고찰:** 베체트 장염은 내시경을 통한 전형적인 궤양을 육안으로 확인하는 것이 진단에 가장 중요하며, 복통 이외에도 혈변, 설사, 누공 그리고 발열 등의 다양한 증상들이 동반될 수 있는데, 고식적인 베체트 병 치료 약제에는 반응이 없는 경우가 흔하다. 최근 항-TNF 제제가 베체트 장염의 치료에 사용되면서 뛰어난 효과가 입증되었다. 하지만 반응률은 약 45% 정도로 반 수가 넘는 환자에서는 여전히 난치 상태이고, 이를 해결하기 위해 더 많은 다양한 시도가 필요하다. 항-TNF 제제에 부족한 반응을 보이는 경우 본 증례와 같이 5-아미노살리실산의 병용 투여가 좋은 대안이 될 수 있을 것으로 기대되며, 이에 대한 추가적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.



A. 치료 전, B. Infliximab 사용 후, C. Adalimumab 사용 중 악화, D. 5-아미노살리실산 병용 후