

알레르기 내과 증례

2014801014 박용희

환자: 김오우 51/F, ○○○○○○○○

4년 전 이비인후과와 정형외과에서 비스테로이드성 항염증제(NSAID)를 사용한 후 심한 결막충혈, 비출혈, 콧물 및 재채기 증상이 나타난 적이 있어 약물 과민 반응이 의심되어 검사 및 진단을 위해 2016년 10월 4일 외래를 내원한 환자입니다.

환자는 4년 전 감기로 개인 이비인후과에서 처방 받은 약을 복용하고 약 15분 후 눈이 붓고 코가 막히는 등의 증상이 있었고 그 당시 Brufen이 원인이라고 들었다고 하였습니다. 그 후 개인 정형외과에서 trigger finger 수술(A1 pulley release)을 받으면서 diclofenac 주사를 맞았는데 또 15분 정도 지나서 앞이 안 보일 정도로 심한 결막 충혈과 비출혈로 인한 코막힘, 콧물과 재채기 증상이 나타나 한국병원 응급실을 방문하였고, 응급실에서 dexamethasone과 peniramine을 사용한 후에 증상이 호전되었다고 하였습니다. 응급실 방문 당시 가슴이 답답한 증상이나 호흡 곤란은 없었다고 하였습니다. 이후 환자는 약물 과민 반응에 대한 우려로 진통제를 사용하지 않고 지내 왔습니다.

과거력 상 환자는 44세에 폐경한 이후 3년간 호르몬 치료를 받았으며, 47세 경부터 감기약을 먹으면 알레르기 증세가 조금씩 약하게 나타났다고 하였습니다. 그리고 그 이전(20대 후반 ~ 30대)에는 식당 종업원을 하면서 생긴 근육통으로 인해 약국에서 진통제를 사서 먹은 적이 있었지만 특별한 증상은 없었다고 하였습니다. 이 외에 환자에게 천식 증상이나 음식 알레르기, 꽃가루 알레르기 등 알레르기 증상을 경험한 적은 전혀 없었으며 환자의 가족 중에도 천식 환자나 알레르기가 있는 분은 없었습니다.

사회력 상 환자는 전혀 흡연을 하지 않으며, 음주는 매일 소주 기준으로 2~3잔 정도 마신다고 하였습니다.

NSAID에 대한 과민성 이외에 환자에게 IgE 매개 rhinitis나 aspirin과 같은 NSAID에 의한 asthma가 동반되어 있는지 확인하기 위해 외래에서 검사한 CBC test 결과, ESR은 12로 정상 범위 내에 있었고 (참고치: 여성 0~20), Absolute eosinophil count도 266으로 정상 범위 내에 있었습니다. 그리고 total IgE는 169kU/l로 증가 (참고치: 113 이하)하였고 ECP test는 2.41ng/mL로 정상 범위 내에 있었으며 (참고치: 성인 ≤24.00), phadiatop test는 양성이었습니다. Phadiatop test 양성 소견은 이 환자가 주위 환경의 흔한 흡입 allergen에 과민성이 있음을 시사하며 증가된 total IgE level이 이를 뒷받침하고 있습니다.

따라서 이 환자는 주위 환경에서 발견되는 흔한 allergen에 대한 IgE 매개 민감성이 있는 동시에 ibuprofen, diclofenac 등의 NSAID 특이체질인 것으로 생각됩니다. 하지만 환자가 천식이나 알레르기 증상은 호소하지 않았기 때문에 NSAID 특이체질에 중점을 두고 향후 계획을 세웠습니다.

메모 포함[c1]: 증상이 빠른 시간에 나왔고 응급실 방문한거 보면, 당시 angioedema로 인한 호흡곤란 등이 동반되었을 수도 있을 것 같은데, 특별히 이에 대한 언급은 없었나봐요?

메모 포함[c2]: 이 이력은 환자한테 해당 질환을 진단 받은적이 있다고 물어본 건가요? 아니면 해당 질환과 관련된 증상을 물어본 건가요? 기본적으로 환자-의사 간 대화는 진단명을 위주로 하는게 아니라, 증상을 위주로 되어야 되요. 환자한테 계절마다 코나 눈이 간질 간질한 증상이 있는지? 이런식으로 물어봐야 해요. ~~ 특히나 선생님은 아직 학생이기 때문에 진단명으로 이야기하기 보다는 해당질환의 key symptom을 위주로 물어보는게 더 좋을 것 같아요.

메모 포함[c3]: Phadiatop test의 임상적 의미는 무엇인가요?

우선 환자의 과거 병력을 고려했을 때 NSAID 특이체질이 강력히 의심되므로 환자가 사용할 수 있는 NSAID가 무엇인지 확인하여 알아둘 필요성이 있습니다. 따라서 다음 번 외래 방문에서 NSAID 특이체질 환자들도 사용 가능할 확률이 높은 COX-2 inhibitor (Celecoxib) provocation test를 시행할 계획을 세웠습니다. 또한 환자가 NSAID 특이체질을 정확히 확인하고자 한다면 aspirin provocation test를 할 수도 있겠으나 Celecoxib을 사용할 수 있는 것으로 밝혀진다면 그것을 사용하고 그 외의 NSAID는 회피하면 되므로 굳이 필요하지 않다고 생각합니다. 그러나 환자에게 추후 coronary event 등이 발생하여 aspirin을 반드시 사용해야 하는 상황이 온다면 그 때 aspirin provocation test를 하고 필요한 경우 desensitization을 고려해볼 수 있습니다.

일주일 후 환자는 다시 외래를 방문하여 Cox-2 inhibitor provocation test를 하였습니다. Celecoxib 200mg을 복용하고 PFT를 한 결과 Celecoxib에는 AERD 및 그 외 다른 과민성을 나타내지 않았습니다. 따라서 환자에게 진통소염제가 필요한 경우 Celecoxib을 사용하도록 하고 Aspirin 및 acetic acid 계열 진통소염제, propionic acid 계열 진통소염제는 모두 회피하도록 교육하였습니다.

총평: 군더더기 없이 잘 쓴 것 같아요. 수고 많았어요~~

2 - 3 progression 가
가 progression

,

메모 포함[MK4]: 잘 썼어요. 이 환자에서 aspirin/NSAIDs 과민증 가능성이 떨어지면 aspirin 또는 의심원인약제에 대한 provocation test를 시행하는 게 맞아요. 근데 이 환자는 diclofenac 주사제 등 culprit agent가 상당히 명확해보이기 때문에 유발검사를 추가로 하지는 않았습니니다.

메모 포함[MK5]: 항상 학생 선생님은 약어가 아니라 full term을 쓰는 게 더 좋을 것 같네요.

메모 포함[MK6]: 여기서 중요한 건, 이전 환자가 약제를 복용했을 때 어떤 증상이 나왔는지를 미리 알고 있고, 유발검사를 했을 때 이 증상이 나오는지에 focus를 맞춰서 확인하면 됩니다.

메모 포함[MK7]: NSAIDs에는 몇가지 계열의 약제들이 있어요. 이 환자의 경우에 acetic acid 계열 및 propionic acid 계열을 언급했던 이유는 환자의 history에서 증상을 유발한 것으로 보이는 약제가 acetic acid 계열 및 propionic acid 계열이기 때문이에요.

그럼 coxib 계열의 약제를 제외한 다른 약제의 경우에는 어떠한 것이냐?가 중요한데, acetic acid 계열 NSAIDs와 propionic acid 계열 NSAIDs는 분자 구조가 비슷해서 cross-reactivity를 보이는 것이 아니라 약 자체의 function과 관련되어 증상이 나오기 때문에 다른 대부분 약제들 또한 다르게 생겼지만 약리기전은 유사할 것이라고 가정하기 때문에, coxib 계열 이외의 약제는 모두 제한하는 게 맞다고 판단을 내린 겁니다.