난치성 후부공막염에서 유리체강내 덱사메타손 임플란트 효과

The Effect of an Intravitreal Dexamethasone Implant for Refractory Posterior Scleritis

최승권^{1,2} · 최윤아^{1,2} · 김소희^{1,2} · 이재정^{1,2} · 변익수^{1,2} · 이지은^{1,2} · 박성후^{1,2}

Seung Kwon Choi, MD^{1,2}, Youn A Choi, MD^{1,2}, So Hee Kim, MD^{1,2}, Jae Jung Lee, MD^{1,2},
Ik Soo Byon, MD, PhD^{1,2}, Ji Eun Lee, MD, PhD^{1,2}, Sung Who Park, MD, PhD^{1,2}

부산대학교 의과대학 안과학교실¹, 부산대학교병원 의생명연구원²

Department of Ophthalmology, Pusan National University College of Medicine¹, Busan, Korea
Biomedical Research Institute, Pusan National University Hospital², Busan, Korea

Purpose: To report the effect of an intravitreal dexamethasone implant on refractory posterior scleritis.

Methods: The medical records of patients treated with an intravitreal dexamethasone implant for non-infectious refractory posterior scleritis were retrospectively reviewed, including age, sex, duration of follow-up, and presence of associated systemic diseases. The duration until relapse, changes in visual acuity, number of implants, and side effects associated with the implant were also analyzed.

Results: Seven eyes from five patients were included. The mean age was 73.2 ± 12.5 years (59-92 years). Although all patients had been treated with high-dose systemic steroid, and immunosuppressants were added, the posterior scleritis was poorly controlled. The duration from the diagnosis to the first dexamethasone implant was a mean of 8.2 months (3-27 months). The scleritis was well controlled in all eyes until at least 2 months (2-5 months) after inserting the implant. An average of 2.1 (total of 15 times in the seven eyes) implants were inserted. No complications related to the implant were observed other than a temporary increase in intraocular pressure in one eye.

Conclusions: Intravitreal dexamethasone implants were an effective treatment option for refractory posterior scleritis.

J Korean Ophthalmol Soc 2021;62(3):322-328

Keywords: Choroid fold, Dexamethasone, Posterior scleritis

공막염은 공막을 침범하는 염증질환이다. 통증과 충혈, 결막부종을 동반하며, 세극등현미경검사에서 공막혈관의 확장과 공막부종이 관찰될 때 의심할 수 있다. 공막염은 원인에 따라 감염성과 비감염성은 다시 전신질환과 연관되어

나타나는 경우와 전신질환과의 연관성을 찾지 못하는 경우로 나눌 수 있다. 또한 침범된 공막의 범위에 따라 전부공막염, 후부공막염으로 구분할 수 있다.¹ 후부공막염은 맥락막주름, 시신경부종, 맥락막삼출, 장액망막박리 등이 관찰되며, 전체 공막염 중 낮은 비율을 차지한다고 보고되었다.^{2,3} 후부공막염은 황반침범이 흔하여 중심 시력저하 위험이 높고, 점안약만으로는 조절되지 않는다.³ 전신 스테로이드 및 면역억제제를 포함한 장기간 치료가 필요한 경우가 많다.³ 합병증과 치료 효능 사이의 균형이 중요하다.⁴

비감염성 공막염이 후극부를 침범한 경우는 전신 스테로이드와 면역억제제가 1차 선택 약제이다. 하지만 재발 혹은

■ Received: 2020. 3. 18. ■ Revised: 2020. 6. 19.

■ Accepted: 2021. 2. 24.

■ Address reprint requests to **Sung Who Park, MD, PhD**
Department of Ophthalmology, Pusan National University Hospital, #179 Gudeok-ro, Seo-gu, Busan 49241, Korea
Tel: 82-51-240-7957, Fax: 82-51-242-7341
E-mail: oph97@naver.com

* Conflicts of Interest: The authors have no conflicts to disclose.

© 2021 The Korean Ophthalmological Society

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

약제 부작용으로 1차 약제만으로 조절이 어려운 경우가 많다. 저자들은 난치성 증례들에서 유리체강내 텍사메타손 임플란트 0.7 mg (Ozurdex[®]; Allergan, Irvine, CA, USA)을 사용하였고, 우수한 경과를 확인하였다. 1차 약제로 조절되지 않는 비감염성 후부공막염에서 텍사메타손 임플란트를 치료 대안으로 제안하고자 한다.

대상과 방법

2013년 1월부터 2020년 1월까지 본원 안과에서 비감염성 후부공막염으로 진단된 환자들 중 유리체강내 텍사메타손 임플란트 주사를 투여 받은 환자들의 의무기록을 후향적으로 분석하였다. 본 연구는 헬싱키선언(Declaration of Helsinki)을 준수하여 본원의 임상연구윤리심의위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인(승인 번호:2003-005-088)을 받았다.

문진을 통해 통증을 확인하였고, 세극등검사에서 결막 충혈 및 부종, 공막 혈관의 확장과 부종을 관찰하여 공막염을 진단하였다. 안초음파검사에서 T-sign이 관찰되는 경우 후부를 침범한 것으로 판단하여 후부공막염으로 진단하였다. 개회충, 독소플라즈마, 매독, 결핵 등은 혈액검사를 통해 확인하였고, 스테로이드에 대한 반응 및 병의 진행 양상에 근거하여 비감염성으로 판단하였다. 안저검사 및 형광안저혈관조영에서 망막염 혹은 망막혈관염이 관찰되는 경우는 제외하였다. 치료 후 공막염의 재발은 통증, 세극등검사, 안저검사, 빛간섭단층촬영(DRI OCT Triton; Topcon Medical Systems, Tokyo, Japan)으로 평가되었다.

나이, 성별, 질병의 발생 시점, 초기 증상, 경과 관찰 기간, 전신질환과의 연관성 등을 포함한 환자의 병력을 분석하였다. 사용된 스테로이드와 면역억제제의 종류와 용량,

합병증 발생 여부를 분석하였다. 임플란트 삽입 후 재발 없이 유지되는 기간과 임플란트 투여 횟수를 분석하였고, 치료 전 후의 시력변화를 logarithm of the minimum angle of resolution (logMAR) 시력으로 변환하여 분석하였다. 텍사메타손 임플란트와 관련한 안압상승과 백내장 발생에 대해 분석하였다.

후부를 침범한 공막염으로 진단된 후 초기 치료로 Ibuprofen 400 mg 3회/일 및 kg당 1 mg의 경구 스테로이드를 복용하였고, 이후 경구 스테로이드를 천천히 감량하였다. 조절이 충분하지 않다고 판단되는 경우 메토크세이트 7.5-10 mg/주, 혹은 사이클로스포린 200 mg/일을 추가하였다. 전신 스테로이드와 면역억제제 치료에도 공막염이 호전되지 않거나 합병증이 발생하여 치료가 어려운 경우, 전신 스테로이드 및 면역억제제 경감 치료 중 재발하는 경우에 유리체강내 텍사메타손 임플란트 주사를 시행하였다.

유리체강내 텍사메타손 임플란트 주사는 포도막염 치료에 준하여 시행하였다. 점안마취 후 5% povidone iodine으로 눈 주위와 결막낭을 소독하고 개검기로 안검을 벌린 후 약물이 탑재된 22게이지 주입기를 사용하여 수정체 안에서는 각막윤부로부터 4 mm, 인공수정체 안에서는 3 mm 떨어진 상이측 부위 섬모체 평면부로 삽입하였다. 공막염으로 인한 발적이나 공막 얇아짐이 보이는 곳은 피하여 주입하였다.

결 과

5명 7안(남성 1명, 여성 4명)이 포함되었고, 평균 나이는 73.2세(59-92세)였다. 1명은 류마티스 관절염이 진단되었고, 4명은 공막염과 관련된 전신질환이 확인되지 않았다. 3명은 양안에 공막염이 발생하였고, 2명은 단안에 발생하

Table 1. Demography and previous medication

Case	Sex	Age (years)	Side	Systemic medication		
				Loading	Maintain	Reason for interruption
1	M	59	Left	PDS 40 mg/day MTX 5 mg/weak	PDS 5 mg/day MTX 5 mg/weak	Anemia Hepatotoxicity Uncontrolled DM
2	F	73	Right	PDS 50 mg/day MTX 7.5 mg/weak	PDS 5 mg/day MTX 15 mg/weak	Anemia Cushing syndrome
3	F	92	Left	IV PDS 250 mg/day MTX 5 mg/weak	PDS 5 mg/day MTX 5 mg/weak	Gastrointestinal trouble
4	F	82	Both	PDS 60 mg/day	PDS 5 mg/day MTX 10 mg/weak	Cushing syndrome
5	F	77	Both	PDS 60 mg/day MTX 7.5 mg/weak	PDS 40 mg/day MTX 7.5 mg/weak	Poor controlled scleritis

M = male; PDS = prednisolone; MTX = methotrexate; DM = diabetes mellitus; F = female; IV = intravenous.

였다. 양안에 공막염이 발생한 3명 중 2명은 양안 모두 유리체강내 텍사메타손 임플란트 주사로 치료하였고, 1명은 시력이 좋은 좌안에만 유리체강내 텍사메타손 임플란트를 사용하였기에 좌안이 대상에 포함되었다.

5명 7안 모두 첫 내원에서 충혈 및 통증을 호소하였다. 7안 중 4안에서 전방 염증 세포가 확인되었다. 1안은 +3, 3안은 +1의 염증 세포가 관찰되었다. 7안 모두 빛간섭단층 촬영 및 안저검사에서 맥락막주름이 확인되었다. 경한 유리체 흐림이 2안에서 관찰되었다. 텍사메타손 임플란트 투여 전 경구 제제만으로 치료했던 평균 8.2개월(3-27개월) 동안, 평균 2.25회 재발하였다. 4명(80%)에서 약제 부작용이 관찰되었다(Table 1).

유리체강내 텍사메타손 임플란트 삽입술은 평균 2.1회(2-3회, 총 15회) 시행하였고, 투여 전 최대교정시력은 평균 logMAR 0.75 ± 0.47 (0.4-1.4), 마지막 방문에서 측정된 최대교정시력은 평균 LogMAR 0.38 ± 0.35 (0-1.2)였다. 유리체강내 텍사메타손 임플란트 삽입술 후 7안 모두에서 재발이 관찰되어, 텍사메타손 임플란트를 재주입하였다. 첫 주입 후 재발이 관찰되기까지의 평균 기간은 3.4개월(2-5개월)이었다(Table 2). 7안에서 유리체강내 텍사메타손 임플란트 첫 투여 후 평균 18.4개월(5-42개월), 마지막 주사 후 평균 12개월(2-38개월)을 관찰 중이고, 7안 모두에서 경구 제제 없이 안정적으로 유지되고 있다. 전체 경과 관찰 기간은 평균 31.5개월이었다(7-68개월).

1안에서 첫 주입 후 일시적 안압상승이 관찰되어 안압하강제로 조절하였다. 이후 추가 주사에서는 안압상승이 관찰되지 않았다. 7안 중 3안은 백내장수술이 시행된 상태였고, 나머지 4안 중 3안은 유리체강내 텍사메타손 임플란트 삽입 후 백내장수술을 시행하였고, 1안은 관찰 기간 중 의미 있는 백내장 변화가 확인되지 않았다.

증례 1

간독성, 빈혈, 혈당조절 장애 등으로 충분한 용량의 약제

Figure 1. Ocular images of the left eye of patient 1. Fundus photo images (A, C) and corresponding scanning plane images of optical coherence tomography (B, D) before implant insertion. Fundus photos (A, C) and optical coherence tomography (B, D) images show choroid folds related with uncontrolled posterior scleritis. Fundus photo (E) and optical coherence tomography (F) images after the dexamethasone implant show the well-controlled scleritis. Black arrows indicate the scanning area of optical coherence tomography.

Table 2. Effect, duration, and complication of dexamethasone implant

Case	Side	Initial VA	VA at last visit	Number of injections	Recurrence after 1st injection (M)	Follow up months after 1st injection (M)	Complication
1	Left	0.1	0	2	4	42	IOP elevation
2	Right	1	0.2	2	5	23	
3	Left	1.4	1.4	3	2	38	
4	Right	0.6	0.3	2	2.5	7	
4	Left	1.4	0.7	2	2.5	7	
5	Right	0.4	0.1	2	3	5	
5	Left	0.4	0	2	5	7	

VA = visual acuity; M = months; IOP = intraocular pressure.

사용이 어려워, 공막염이 조절되지 않았다(Fig. 1). 발병 4개월 후 유리체강내 덱사메타손 임플란트를 삽입하였고 공막염은 조절되었다. 4개월 후 재발하여 2번째 주사를 시행하였다. 이후 4년간 재발 소견은 관찰되지 않았다.

증례 2

타병원에서 경구 스테로이드 및 사이클로스포린 제제로 조절되지 않아 전원된 환자였다. 초기 고용량 스테로이드 사용으로 공막염은 조절되었으나 쿠싱증후군과 빈혈이 동반되어, 스테로이드 감량 후 유지 용량에서 재발하였다. 유리체강내 덱사메타손 임플란트를 삽입하였고 한 달 뒤 맥락막주름 소실이 확인되었다(Fig. 2). 첫 주사 5개월 뒤 맥락막주름이 악화되는 양상이 보여 두 번째 유리체강내 덱사메타손 임플란트 주사를 시행하였다. 두 번째 주사 후 후부공막염은 조절되었고, 이후 18개월 동안 공막염 관련 치료를 시행하지 않았고, 안정적으로 유지되었다.

Figure 2. Ocular images of right eye of patient 2. Anterior photo (A) shows the diffuse scleritis accompanied with episcleral vessel engorgement and chemosis. Ultrasonography (B) shows sub-tenon fluid accumulation with thickened sclera. Wide fundus photo (C) and optical coherence tomography (D) show the choroid folds. Black arrows indicate the scanning area of optical coherence tomography.

증례 3

위장관 장애로 모든 종류의 경구 약제 복용에 어려움을 호소하였다. 양안 공막염이 조절되지 않고, 이후 우안 망막 박리가 발생하여 공막두르기, 유리체절제술, 실리콘 기름 주입을 시행하였다. 좌안도 공막염이 조절되지 않아 좌안 유리체강내 덱사메타손 임플란트주입술을 시행하였고, 공막염 조절을 확인한 후 백내장수술을 시행하였다(Fig. 3). 40개월 동안 덱사메타손 임플란트 3회 주사를 시행하였다. 첫 주사 40개월 후 뇌혈관질환으로 사망하였다.

증례 4

유지 용량에서 재발하여 약제 감량이 어려웠고, 쿠싱증후군 의심 소견이 관찰되었다. 양안 덱사메타손 임플란트 주입 후 양안 모두 호전되었다. 2.5개월 후 양안 모두 재발 소견이 보여 두 번째 주사를 시행하였고 주사 후 5개월 후 까지 추가 약제 없이 안정적으로 유지되었다(Fig. 4).

증례 5

류마티스 관절염을 동반한 양안 후부공막염 환자였다. 고용량 단기 부신피질호르몬 사용 후 조절되었으나 유지 용량에서는 재발하였다(Fig. 5). 좌안 덱사메타손 임플란트를 시행하였고, 효과가 우수하여 6주 후 우안도 주사하였다. 양안 모두 첫 주사 3개월 후에 두 번째 주사를 시행하였다. 두 번째 주사 후 2개월까지 공막염은 조절되어 안정화된 상태로 유지되고 있다.

Figure 3. Ocular images of left eye of patient 3. Anterior photo (A) shows severe cataract, posterior synechiae and scleritis in the left eye. Anterior photo (B) and wide fundus photo (C) after cataract surgery and dexamethasone implant show well located intraocular lens and well controlled scleritis.

Figure 4. Ultrasonography and optical coherence tomography images of patient 4. Ultrasonography in the right eye (A) and in the left eye (B) before the implant show sub-tenon fluid accumulation with thickened sclera. Optical coherence tomography images in the right eye (C) and in the left eye (D) show choroid folds related with the uncontrolled scleritis. After dexamethasone implant, choroid folds nearly disappear in optical coherence tomography images in the right eye (E) and in the left eye (F).

Figure 5. Ultrasonography (A) and anterior photos (B, C) in left eye of patient 5. Ultrasonography (A) before the implant shows thickened sclera with sub-tenon fluid collection. A photo (B) before the implant shows edematous sclera with vessel engorgement. At two months after dexamethasone implant, there is no inflammation sign in a photo (C).

고 찰

유리체강내 텍사메타손 삽입물은 수용성 부신피질호르몬인 텍사메타손을 저용량으로 수개월 동안 서서히 방출하는 생분해성 삽입물로, 유리체강내 트리암시놀론에 비해 더 오랜 기간 작용한다고 알려져 있다.⁵ 텍사메타손은 강력한 항염증 효과를 가지고 있어 비감염성 중간포도막염, 후부포도막염의 치료제로 사용되고 있다. 유리체강내 텍사메타손 임플란트 삽입술은 국소적으로 스테로이드 농도를 높게 유지할 수 있어 스테로이드를 포함한 항염증제의 전신 사용 용량을 줄일 수 있으며, 약효는 최대 6개월 지속될 수 있다고 알려져 있다.⁶

후부공막염의 치료는 후부포도막염과 크게 다르지 않아 후부포도막염에 효과적인 텍사메타손 임플란트 삽입술이 후부공막염에도 효과적인 것이라 예상할 수 있다. 후부공막염에서 텍사메타손 임플란트 주입에 관한 문헌은 Dubey et al⁷의 증례 보고가 유일하다. 후부공막염 치료를 위해 면역억제제를 사용하였으나, 폐에 기회 감염이 발생하여 유리체강내 텍사메타손 삽입술을 시행한 후 후부공막염이 성공적으로 조절되었다고 보고하였다.

텍사메타손 삽입의 대표적 부작용은 백내장과 안압상승이다.⁵ 본 연구에서는 유리체강내 텍사메타손 임플란트 주사와 관련하여 15회 주사 중 1회에서 일시적 안압상승이 관찰되어 안압하강제를 일시적으로 사용하였고, 같은 눈의 2차 주사 후에는 안압상승이 관찰되지 않았다. 본 연구에 포함된 환자들은 고령이어서 백내장 유발은 중요한 합병증으로 고려되지는 않았다. 백내장수술이 시행되지 않은 4안 중 3안에서는 텍사메타손 임플란트 전부터 상당한 백내장 변화가 관찰되어 백내장수술을 시행하였고, 나머지 1안은 의미 있는 백내장 진행이 관찰되지 않았다.

후부공막염은 안저검사 및 빛간섭단층촬영에서 맥락막주름이 관찰되는 것이 특징적이며, 안초음파에서 T-sign을 보일 때 진단할 수 있다.^{2,3} 연구에 포함된 5명 7안에서 빛간섭단층촬영에서 뚜렷한 맥락막주름을 확인할 수 있었고, 적절한 치료 후에는 맥락막주름이 소실되는 것을 확인할 수 있었다. 안초음파는 후부공막염의 진단에는 유용하지만 치료 반응을 미세하게 평가하는 것은 제한적이라는 보고에 따라,² 진단 후 경과 관찰에는 활용하지 않았다. 후부공막염으로 진단된 7안 모두에서 빛간섭단층촬영에서 맥락막주름이 확인되었다. 또한 임플란트 후 후부공막염의 호전과 재발 소견 역시 빛간섭단층촬영을 통해 확인할 수 있었다. 빛간섭단층촬영은 후부공막염을 진단하고 경과를 관찰하는 데 유용하다고 생각된다.

McCluskey et al²의 연구에서 후부공막염에서 시력저하

는 약 50.3%에서 발생하는 것으로 보고하였다. 안전수치 이하의 시력저하가 약 10.2%에서 발생하였고, 특히 50세 이상의 환자에서 시력저하 위험이 높다고 보고하였다. 본 연구에 포함된 환자의 평균연령은 77세(59-92세)로 비교적 고령이었고, 유리체강내 텍사메타손 주사 전 최대교정시력(logMAR)의 평균은 0.75였고, 최종 방문 당시의 최대교정시력(logMAR)의 평균은 0.38이었다. 후부공막염의 경우 약 28-44% 정도에서 전신질환이 연관된 것으로 보고되었고^{2,8} 본 연구에서는 5명 중 1명(20%)에서 류마티스 관절염이 동반되었다.

본 연구에서 경구 약제의 부작용 및 잦은 재발로 유리체강내 텍사메타손 삽입을 시행하였다. 경구 약제로 조절이 어려운 경우 사용될 수 있는 다양한 생물학적 제제가 보고되어 있다. Tumor necrosis factor- α 의 단일 클론 항체인 infliximab^{9,10}을 이용한 치료가 대표적이며, rituximab,¹¹ Tofacitinib,¹² Anakinra¹³ 등이 사용된 증례들이 보고되었다. 텍사메타손 임플란트는 생물학적 제제에 비해 전신부작용 위험이 적고 상대적으로 가격이 저렴하다는 장점이 있다.

Lavric et al¹⁴은 114증례의 후부공막염에 대해 분석하였고, 치료 시작 후 평균 210일 정도에 관해가 이루어졌다고 보고하였고, 이 중 36.6%에서는 이후 재발되었다고 하였다. 본 연구에서는 3명 3안의 경우 관해가 이루어진 것으로 판단되며, 이후 경과 관찰 기간 동안 재발이 관찰되지 않았다. 2명 4안의 경우에는 관해가 이루어지지 않은 것으로 판단된다.

본 연구는 후향적이며, 단일 기관의 5명 7안을 대상으로 한 대조군이 없는 연구였기에 추가 연구를 통한 검증이 필요하다. 또한 치료 후 경과 관찰에서 안초음파검사가 이루어지지 않은 점은 제한점이다. 하지만 드문 질환으로 알려진 후부공막염 환자들 중 기존 치료 방법으로 조절되지 않은 환자들을 대상으로 하였기에 연구의 의의가 있다고 생각한다.

후부공막염의 일차 치료는 경구 스테로이드와 경우 면역억제제이다. 하지만 일차 치료로 조절되지 않는 경우 텍사메타손 임플란트 삽입술은 유용한 치료 대안이 될 수 있다.

REFERENCES

- 1) Ramenaden ER, Raiji VR. Clinical characteristics and visual outcomes in infectious scleritis: a review. Clin Ophthalmol 2013;7: 2113-22.
- 2) McCluskey PJ, Watson PG, Lightman S, et al. Posterior scleritis: clinical features, systemic associations, and outcome in a large series of patients. Ophthalmology 1999;106:2380-6.
- 3) Gonzalez-Gonzalez LA, Molina-Prat N, Doctor P, et al. Clinical features and presentation of posterior scleritis: a report of 31 cases.

- Ocul Immunol Inflamm 2014;22:203-7.
- 4) Corti M, Palmero D, Eiguchi K. Respiratory infections in immunocompromised patients. Curr Opin Pulm Med 2009;15:209-17.
 - 5) Hunter RS, Lobo AM. Dexamethasone intravitreal implant for the treatment of noninfectious uveitis. Clin Ophthalmol 2011;5:1613-21.
 - 6) Tomkins-Netzer O, Taylor SRJ, Bar A, et al. Treatment with repeat dexamethasone implants results in long-term disease control in eyes with noninfectious uveitis. Ophthalmology 2014;121:1649-54.
 - 7) Dubey N, Minija CK, Shanmugam MP. Intravitreal dexamethasone implant in a case of recurrent posterior scleritis. J Vitreoretin Dis 2017;1:84-7.
 - 8) Akpek EK, Thorne JE, Qazi FA, et al. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. Ophthalmology 2004;111:501-6.
 - 9) Murphy CC, Ayliffe WH, Booth A, et al. Tumor necrosis factor α blockade with infliximab for refractory uveitis and scleritis. Ophthalmology 2004;111:352-6.
 - 10) Kim DH, Wee WR, Lee JH, Kim MK. A case report of intractable scleritis effectively treated with infliximab. J Korean Ophthalmol Soc 2008;49:1690-5.
 - 11) de Fidelix TS, Vieira LA, de Freitas D, Trevisani VF. Biologic therapy for refractory scleritis: a new treatment perspective. Int Ophthalmol 2015;35:903-12.
 - 12) Paley MA, Karacal H, Rao PK, et al. Tofacitinib for refractory uveitis and scleritis. Am J Ophthalmol Case Rep 2019;13:53-5.
 - 13) Bottin C, Fel A, Butel N, et al. Anakinra in the treatment of patients with refractory scleritis: a pilot study. Ocul Immunol Inflamm 2018;26:915-20.
 - 14) Lavric A, Gonzalez-Lopez JJ, Majumder PD, et al. Posterior scleritis: analysis of epidemiology, clinical factors, and risk of recurrence in a cohort of 114 patients. Ocul Immunol Inflamm 2016;24:6-15.

= 국문초록 =

난치성 후부공막염에서 유리체강내 덱사메타손 임플란트 효과

목적: 난치성 후부공막염에서 유리체강내 덱사메타손 임플란트 효과를 보고하고자 한다.

대상과 방법: 스테로이드와 면역억제제로 조절되지 않아 유리체강내 덱사메타손 임플란트로 치료한 비감염성 후부공막염 환자의 의무 기록을 후향적으로 분석하였다. 나이, 성별, 경과 관찰 기간, 전신질환과의 연관성 등을 포함한 환자의 병력을 분석하였다. 임플란트 삽입 후 재발 없이 유지되는 기간과 시력 변화, 임플란트 투여 횟수를 분석하였고, 덱사메타손 임플란트와 관련한 안압상승에 대해 분석하였다.

결과: 5명 7안이 포함되었다. 평균 나이는 73.2 ± 12.5 세(59-92세)였다. 7안 모두에서 빛간섭단층촬영에서 맥락막주름이 관찰되었다. 5명 모두에서 초기에는 고용량 전신 스테로이드로 조절하였고, 면역억제제를 추가하였다. 잦은 재발과 약제 부작용으로 조절이 원활하지 않아 평균 8.2개월(3-27개월) 후 덱사메타손 임플란트 삽입을 결정하였다. 투여 후 7안 모두에서 최소 2개월 이상(2-5개월) 공막염은 잘 조절되었다. 7안에서 총 15회(평균 2.1회)를 주입하였고, 1회에서 일시적 안압상승이 발생한 것 외 합병증은 발생하지 않았다.

결론: 전신 스테로이드와 면역억제제로 조절되지 않는 후부공막염에서 유리체강내 덱사메타손 임플란트는 유용한 치료 대안이 될 수 있다.

〈대한안과학회지 2021;62(3):322-328〉

최승권 / Seung Kwon Choi

부산대학교 의과대학 안과학교실
Department of Ophthalmology, Pusan
National University College of Medicine