

대장의 하부장관출혈과 거대세포바이러스 대장염이 합병된 궤양성대장염 1예

가천의대 부속김병원 소화기내과·해부병리과**

유종현*, 박종재·김선숙·박동균·김유경·강동훈·최덕주·박현철·조현이**·김주현

궤양성대장염 환자에서 대장의 하부장관출혈 빈도는 약 2.2%로 드물고 응급수술의 적응증이 된다. 저자들은 하부장관 출혈을 주소로 내원한 스테로이드 및 cyclosporin 무반응성 중증 궤양성대장염 환자에서 대장의 반복적 하부장관출혈로 수술후 거대세포바이러스 대장염 동반이 확인된 1예를 경험하였기에 이를 보고하는 바이다.

중례: 환자는 37세 남자로 하부장관출혈을 주소로 내원하였다. 6년전부터 간헐적인 설사와 혈변이 있어 왔으며 2개월전부터 점점 더 심해지고 입원 당일 대장의 하부장관 출혈이 발생되어 지방병원에서 수혈후 전원되었다. 입원 당시 생체징후는 정상하였고 이학적검사상 경도의 복부압통이 관찰되었으나 반발통은 없었고 하지부종이 있었다. 검사실 소견은 혈액소 12.2 g/dl, 헤마토크리트 37.9%, 백혈구 $13900/\text{mm}^3$, 적혈구침강속도 40 mm/hr, 알부민 2.3 g/dl 이었고 신기능검사는 정상이었다. 대장내시경 검사상 맹장과 회장말단부를 제외하고 결장을 포함한 전대장에 걸쳐 점막홍반, 부종, 미세한 과립상 등이 관찰되었고 표재성 혹은 심재성의 종주형 궤양이 미만성으로 주로 우측결장에 동반되어 활동성 궤양성대장염을 진단할 수 있었고, 대장 바륨조영술에서도 활동성 궤양성대장염에 합당하였다. sulfasalazine과 prednisolone투여중 입원 10일째 하부장관출혈 소견이 있어 시행한 대장내시경 검사에서 특별히 호진된 소견은 없었으며, 상행결장 궤양부에 혈관출혈과 분출성출혈이 있어 전기용고소작술로 지혈후 sulfasalazine과 prednisolone 용량을 증량하였고 재출혈 소견 없어 입원 23일째 퇴원하였다. 외래 1주 추적관찰중 재출혈로 전기용고소작술을 반복하고 수술을 권유하였으나 거부하여 cyclosporine 정맥투여 (4mg/kg/day)를 시도하기로 결정하였다. 7일간 투여후 부작용은 관찰되지 않아 경구투여로 교체하여 퇴원후 혈중농도를 300-400ng/ml로 유지하면서 추적관찰 하였다. 이후 환자의 증상은 일부 호전되었으나 4주후 대장의 하부장관출혈로 내원하여 시행한 응급 대장내시경 소견에서는 궤양성병변의 현저한 호전소견은 보이지 않고 직장, 상행결장 궤양부에 활동성출혈 소견 있어 내시경적 지혈후 일반외과로 전과되어 전대장절제술 및 J맹장 회장항문합합술을 시행하였다. 절제된 대장은 전장이 110cm로 장관벽이 전반적으로 얇아져 있으며 상행결장부터 상부 직장에 이르는 광범위한 궤양과 함께 국소적으로 발진된 점막이 남아있는 양상을 보였다. 현미경적 소견에서는 상부 근육층에 이르는 궤양과 함께 주변점막의 심한 염종세포침윤 및 crypt abscess가 관찰되었다. 또한 전형적인 거대세포바이러스 봉입체가 점막혈관의 내피세포 및 점막 고유층의 섬유 아세포에서 관찰되어 거대세포바이러스 대장염 동반을 확인할 수 있었다. 환자는 수술후 재출혈 소견은 보이지 않았고 현재 외래 추적관찰 중이다.

베체트장염의 임상상 및 내시경소견

인제대학교 의과대학 서울백병원 내과학교실

박재선*, 정원중, 강기혁, 문정섭, 전영빈, 유 권, 이윤우

목적 : 베체트병은 아프타성 구강궤양, 음부궤양 및 안구부염을 주증상으로 하는 원인불명의 만성적, 전신질환으로 10-60%에서 위장관계 증상을 동반한다. 전형적인 베체트장염은 주위와 경계가 명확한 깊은 궤양으로 알려져 있으나 비전형적인 다양한 내시경 소견을 보일 수 있어 진단시 주의를 요한다. 저자 등은 베체트병에서 장염의 임상적, 내시경적 특징을 알아보고자 본 연구를 시행하였다. 대상 및 방법 : 1996년 1월부터 1998년 6월까지 인제의대 서울백병원에서 베체트병으로 진단된 250명중 소화기증상으로 대장내시경검사를 시행한 23명에서 후향적으로 임상상과 내시경소견을 알아보았다. 결과 : 1) 전체 환자 250명중 소화기증상은 23명 (9.2%)에서 있었고, 소화기증상 환자에서 시행한 대장내시경검사상 10예(43%)에서 이상소견을 보였다. 2) 내시경검사상 베체트장염으로 확진된 10예의 남녀비는 9:1, 평균연령은 41.5세 이었으며 주증상은 복부동통 8예, 설사와 흑색변 각각 1예이었고, 검사실소견상 빈혈 및 CRP증가가 각각 5예(50%), ESR증가가 2예(20%)이었다. 3) 대장내시경검사상 병소위치는 회장판, 회장말단부, 맹장이 각각 3예, 상행결장 1예, 병소양상은 궤양 9예, 장누공 2예, 협착, 게실 각 1예, 병소개수는 단발성 8예, 다발성 2예로 10예 모두에서 국한성으로 관찰되었으며 병소깊이는 심부궤양 6예, 얕은궤양 2예, 아프타성 1예이었다. 그리고 병변주위 점막은 발적 6예, 정상 4예, 결절상 1예이었고 병소경계는 4예에서 부드럽고, 4예에서 불규칙하였다. 4)수술적 치료를 받은 4예 모두에서 술후 재발성 궤양을 보이고, 위치는 문항 근위부 3예, 원위부 1예이었다. 5) 병변부 조직검사를 시행한 8예에서 비특이적염증 5예, 혈관염 3예를 보였다. 결론 : 베체트병에서 소화기증상이 있을 때는 적극적인 내시경검사를 요하며 병변 소견이 다양하여 진단시 임상소견과의 연관성을 고려하고 수술후 재발이 흔하여 치료에 신중을 기해야할 것으로 사료된다.