

허혈성 대장염으로 발현한 류마티스 혈관염 1예

성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 내과학교실

이창근*, 고재현, 서기현, 안홍준, 차훈식, 김진식, 김제준, 고은미

류마티스 관절염 시 동반되는 혈관염은 임상적으로 의미가 적은 허혈성 괴사로부터 생명을 위협하는 절박까지 다양한 임상상을 지닌다. 부검 시 류마티스 관절염 환자의 25%에서 혈관 병변이 관찰되지만 임상적으로 현저한 혈관염은 류마티스 관절염 환자의 1% 미만으로 알려져 있으며, 이러한 환자들에게서 위장관 침범은 20% 미만으로 보고되고 있다. 위장관 류마티스 혈관염은 흔하지 않지만 발생하면 종종 치명적이며 모든 크기의 혈관을 침범할 수 있지만 대부분 소혈관을 침범하는 것으로 알려져 있다. 위장관 출혈, 복강 내 출혈, 허혈성 궤양, 소장 혹은 대장 경색, 장천공 등이 보고되고 있지만 아직까지 국내 보고는 없다. 저자들은 류마티스 관절염 환자가 복부 통증을 주소로 내원하여 허혈성 대장염으로 진단하고 약물 치료와 보존적 치료를 시행하였으나 반응하지 않아 부분적인 장절제로 치료한 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례: 류마티스 관절염으로 치료 받아오던 59세의 남자 환자가 내원 1개월 전부터 경한 하복부 통증이 생기고 내원 5일 전부터 구토, 발열, 오한감이 있어 인근 병원에서 치료를 받았으나 증상 호전 없이 본원 응급실로 내원하였다. 환자는 8년 전 중수 돌기염으로 중수 절제술을 시행하였고 4년 전 류마티스 관절염으로 진단 받고 본원 외래에서 methotrexate, 지용당의 prednisolone, 비스테로이드성 항염제로 치료를 받고 있었다. 내원 당시 혈압은 120/80 mmHg, 맥박수는 분당 63 회였고, 체온은 36.5°C였다. 환자는 만성 병색이었으며 복부 진찰상 장음은 약간 감소하였고 하복부에 중등도의 압통은 있었지만 반발 압통은 없었다. 말초 혈액 검사상 혈색소, 백혈구 수, 혈소판 수는 정상하였고, 일반 생화학 검사상 알부민 2.7 g/dl, amylase/lipase 46/67U/L였으며, CRP 1.25 mg/dl, ESR 96 mm/hr였고 대변 장혈 반응상 양성 소견 소견 보였다. 류마티스 인자는 408 U/ml (정상치 0-20)로 상승되어 있었다. 혈청 HBsAg, anti-HCV, p-ANCA, c-ANCA, ANA는 모두 음성이었다. 혈청 C3 88.9 mg/dl (정상치 88-201), C4 26.50 mg/dl (정상치 16-47)로 정상이었다. 직장 내시경상 항문연에서부터 20cm에서 30cm에 걸쳐 다수의 미란이 관찰되었고 조직 검사에서는 만성 염증 소견만 관찰되었다. 복부 전산화 단층 촬영에서는 상행 결장에서부터 직장까지 점막하 부종을 동반한 미만성 결장벽 비후 소견이 관찰되었고 소장과 장간막 혈관은 정상이었다. 허혈성 대장염으로 장정 진단하고 스테로이드 정주와 금식 등의 보존적 치료를 시행하였으며 1개월 후 시행한 추적 직장 내시경상 미란이나 혈착은 관찰되지 않았으며 추적 복부 전산화 단층 촬영에서 결장벽 비후 소견은 호전되었다. 발병 2개월에 발열, 기침, 객담 등의 증상이 발현되어 해당 결핵균 검사상 폐결핵으로 진단되었으며 항결핵 요법을 시작하였다. 하복부 통증이 지속되고 추적 복부 전산화 단층 촬영에서 경한 미만성 결장벽 비후 소견이 다시 관찰되어 시행한 혈관 조영술상 큰 혈관에는 특이 소견이 관찰되지 않았다. 하복부 통증은 스테로이드 정주요의 증감에 따라 악화과 완화를 반복하였고 발병 4개월 후 추적 복부 전산화 단층 촬영에서 맹장에서부터 하행 결장에 걸쳐 결벽 비후가 관찰되었고 스테로이드 정주요를 증가하고 azathioprine을 추가하였으나 하복부 통증은 여전히 지속되어 발병 5개월에 부분 장절제술과 회장누공 설치술을 시행하였다. 병리 검사상 점막 층과 점막하 층에 미만성 부종과 출혈, 근육 층에 공포화 등 허혈성 대장염에 합당한 소견이 관찰되었다. 수술 후 환자는 별다른 합병증 없이 퇴원하였으며, 현재 azathioprine, 비스테로이드성 항염제, 경구 스테로이드로 특이 사항 없이 수술 후 1년째 외래 치료중이다.

류마티스 관절염과 동반된 궤양성 대장염 1예

한양대학교 류마티스병원 의과대학 내과학교실

송용호*, 심승철, 장대국, 고희관, 김태환, 전재범, 정성수, 이인홍, 배성철, 유대현, 김성윤

류마티스 관절염에서 위장관 질환의 동반은 여러 원인을 생각해 볼 수 있다. 즉, 약제에 의한 대장염, 장관에 국한된 혈관염, 류마티스 질환과 동반된 교원성 대장염, 그리고 여러 감염원에 의한 대장염을 포함한다. 또한, 위장관 증상 발현과 연관된 다발성 관절염의 경우, 류마티스 관절염에서 위장관 증상의 출현인자 염증성 장질환의 말초 관절염의 발병인자의 감별진단이 그 문제점으로 대두되고 있다. 일반적으로, 장병성 관절염(enteropathic arthritis)의 경우 그 양상이 변형 및 파괴가 동반되지 않고 류마티스 인자 양성률이 높지않다는 점으로 어느 정도 감별이 되지만, 염증성 장질환과 연관된 관절염의 18%까지 골미란이 관찰된다고 보고하고 있다. 그러나, 류마티스 관절염과 염증성 장질환의 동반이 아직까지 전 세계적으로 보고가 드물며, 저자들은 동반된 상기 두 질환을 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례: 40세 여자환자로 1년 전부터 시작된 측두하악관절의 기능장애로 개인치과의원에서 별다른 진단받지 못한 상태로 치료받던 중 5개월전부터 시작된 우측 근위부지관절의 동통성 종창으로 내원하였다. 내원 당시 환자는 만성 병색을 띄었고 양측 근위부지관절에 약간의 국소 미열을 동반한 부종소견을 보였다. 활력징후는 정상하였고 검사상 백혈구 5600/mm³, 헤모글로빈 13.3 g/dl, 혈소판 225,000/mm³, 항핵항체 양성(speckled type, level 2), 류마티스 인자 411 IU/ml, C-반응 단백 0.13mg/ml 소견을 보였다. 골방사선 검사상 골반, 수부, 족부 소견은 정상이었다. 환자는 수부 관절염소견과 조조강직, 3개 이상의 관절 침범, 류마티스인자 양성소견으로 1987년 미국 류마티즘학회 진단기준에 부합하여 hydroxychloroquine(HCQ) 400mg/day와 nabumetone 1.0g/day으로 치료를 시작하였다. 치료 시작 후 1개월이 지나면서 상반신에 약제에 의한 두드러기 증세가 발생하여 소염제사용을 중단하였고 HCQ로만 경과 관찰하던 중 1년이 경과하면서 3차례 직장출혈과 동반된 이금후증(tenesmus)으로 직장 내시경검사를 시행하였다. 검사상 치핵이나 치루는 없었으며, 항문에서 5cm 상방까지 미만성, 연속성의 발적과 미란이 관찰되었고, 표면에 심실물이 부착되어 있었다. 조직생검상 점막의 파괴소견과 점막하 조직의 다형핵백혈구 세포의 침착을 보였고 소여포 농양(crypt abscess)을 관찰할 수 있었다. 상기 소견으로 궤양성 직장염으로 진단하여 국소 mesalamine 좌약투여와 함께 HCQ으로 현재 더 이상의 직장출혈은 없는 상태로 외래추적관찰 중이다.

이와 같이, 류마티스 관절염 환자에서 하복부 통증과 설사를 동반한 위장관 증상이 있을때 서두에서 언급하였던 질환들과 더불어 류마티스 관절염에 연관된 궤양성 장염에 대해서도 한번쯤 염두에 두어야 하며, 향후 이러한 두가지 질환의 연관성 및 유발요인에 대한 많은 보고가 필요하리라 생각된다.