

식도 칸디다 증에서 발생한 자발성 점막하 식도 박리 1예

이승헌, 김선영, 윤경원, 이성우, 김성훈, 이재승, 박희승, 최성호, 박선자

부산 성모병원 내과, 고신대학교 내과학교실

A case of Spontaneous esophageal submucosal dissection on esophageal candidiasis.

Seung Heon Lee, Sun Young Kim, Kyung Won Yun, Seong Woo Lee, Sung Hoon Kim,
Jae Seung Lee, Hee Seung Park, Sung Ho Choi, Seun Ja Park

Department of Internal Medicine, Busan St. Mary's Medical Center, Kosin university college of medicine, Busan, Korea

Abstract

Spontaneous esophageal dissection is characterized by long lacerations of the esophageal mucosa with hematoma formation and severe chest pain or upper abdominal discomfort but without perforation. These injuries are not related to forceful vomiting or any other definable cause but are similar to those previously described as intramural esophageal rupture. Diagnosis of spontaneous esophageal dissection can readily be made radiologically and endoscopically. Since esophagogram the mucosal stripe or double-barreled sign is relatively common, so esophagogram is helpful for diagnosis. Early fiberoptic endoscopy is useful in establishing the diagnosis. Conservative management make a good result for treatment of spontaneous esophageal dissection. We experienced a spontaneous esophageal submucosal dissection on esophageal candidiasis in a 49-year-old man with chest discomfort and dysphagia, who had an uncontrolled diabetes for 30 years. This case was diagnosed as spontaneous esophageal dissection by endoscopy and esophagogram, and cured by conservative management with total parenteral nutrition. So We report this case with a brief review of the literatures.

Keyword : Spontaneous esophageal submucosal dissection, Candidiasis.

서론

자발성 점막하 식도 박리는 갑작스런 심한 흉통 또는 상복부 불편감을 호소하며 병리학적으로는 점막열창을 통하여 점막하층과 근육층 사이를 비교적 길게 박리 시키는 드문 질환으로 알려져 있다.¹⁾ 이 질환의 원인을 설명하기 위해 여러 가지 가설이 세워졌으나 아직까지 확립된 원인 기전은 없는 상태이

다. 일부 저자들은 이를 식도에 발생하는 Boerhaave 증후군과 Mallory-Weiss 증후군의 중간 형태로 여기고 있다.¹⁾ 그러나 이 질환의 진단은 식도 조영술상 특징적인 점막선조(mucosal stripe) 또는 이중관(double-barreled) 소견을 보이며 상부 위장관 내시경 검사로 비교적 쉽게 진단을 내릴 수 있다.^{1,2,3)} 다행히 대부분의 환자에서 보존적인 치료로써 좋은 결과를 나타낸다고 한다.^{4,5)} 일부의 드문 경우 외과적 치료가 필요할 수 있으나 저자들은 식도 칸디다증으로 치료받고 있는 환자에서 자발적으로 발생한 식도 박리 1예를 보존적 치료로 완치하였기에 보고하는 바이다.

교신저자 : 최 성 호

주소 : 부산광역시 남구 용호동 538-41번지 11번지

부산 성모병원 내과

TEL : 051-933-7114, FAX : 051-932-8600

E-mail : oneland@medimail.co.kr

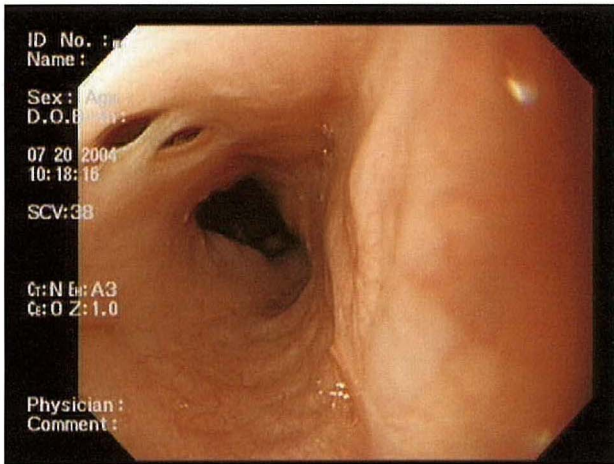


Figure 1. Endoscopy shows two mucosal inlet below UES

증 례

20년전 당뇨병 진단을 받고 약물치료 없이 임의로 식이조절을 통해 혈당을 조절하던 49세 남자 환자가 내원 7일전부터 지속된 상복부 동통, 연하 곤란과 경한 발열을 주소로 내원하였다. 내원 당시 키는 165 cm, 몸무게 48kg으로 체질량지수 17, 공복혈당 248 mg/dL이었다. 소변 검사에서 당이 검출 되었으며 당화혈색소 8.6%로 확인되었다. 상부 위장관 내시경상 다발성 위궤양 및 식도 칸디다증으로 진단되어 치료후 퇴원하였다. 퇴원 2일째부터 발열, 흉통, 상복부 불편감과 연하곤란이 발생되어 퇴원 6일후 다시 내원하였다. 내원 당시 시행한 진찰 소견에서 전신 상태는 비교적 양호하였으나 유동식에도 심한 흉통 호소하고 있었다. 혈압 120/80 mmHg, 분당 맥박수 72회, 호흡수 분당 20회, 체온 37.4℃, 공복 혈당 137 mg/dL로 확인되었다.

심전도 소견상 정상 동율동으로 관찰되며 흉부 X선 검사상 정상 소견 관찰되었다. 검사실 소견으로 백혈구 6190/mm³, 혈색소는 11.9 g/dL, 혈소판 147,000/mm³ 이었다. 혈청 생화학 검사와 전해질 검사, 혈액 응고 검사에서 정상 소견을 보였다. 소변 검사에서 당은 검출되지 않았으며 대변 잠혈 반응 검사는 음성으로 확인되었다. 상부 위장관 내시경 검사에서 칸디다증은 관찰되지 않았으나 상부 식도 괄약근 직하부에 두 개의 작은 구멍이 점막에 관찰되며, 그

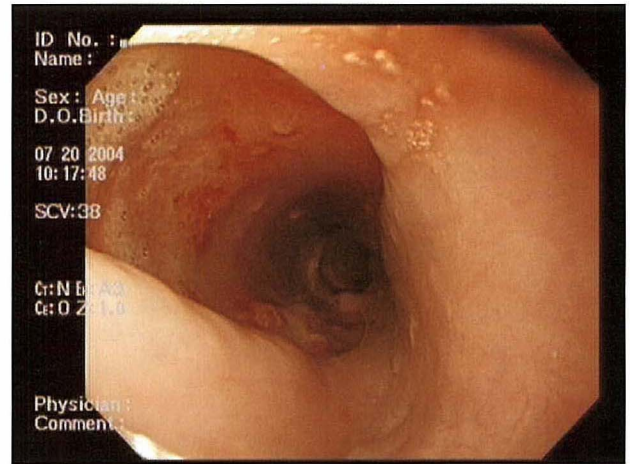


Figure 2. Endoscopy shows a large mucosal defect at low esophagus

아래부터 큰 궤양이 형성되어 내장의 1/3에서 2/3 정도에만 점막이 남아있었다(Fig. 1, 2). 흉부 컴퓨터 촬영과 식도 조영술 검사에서 상부 식도에서부터 중부 식도까지 약 7cm 가량의 두 개의 식도 강이 관찰되었고 식도 천공이나 기관식도 누출관의 소견은 없었다(Fig. 3, 4, 5).

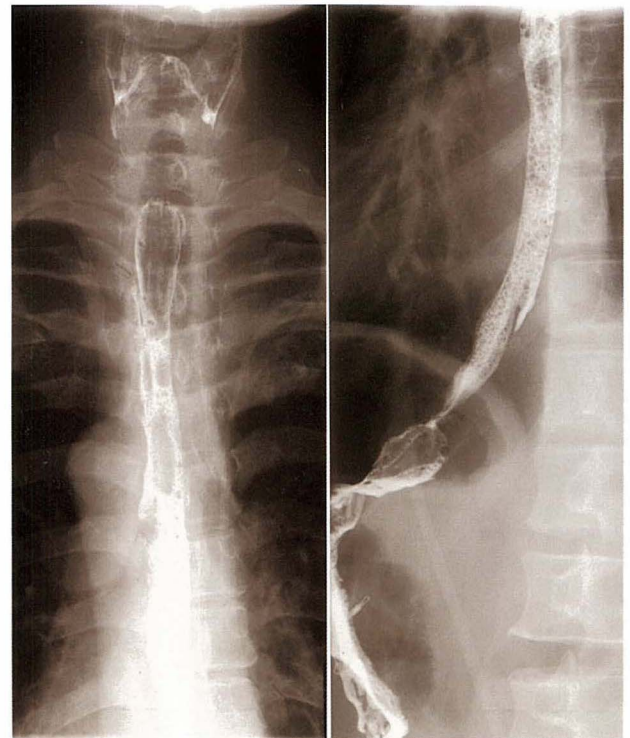


Figure 3. Esophagogram shows a large longitudinal filling defect in esophagus

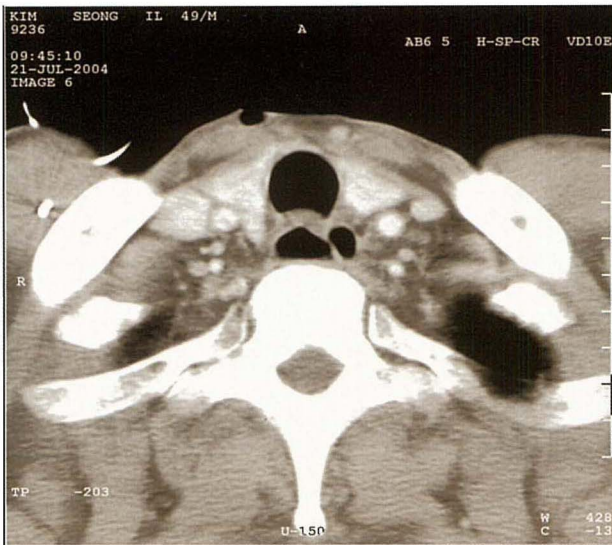


Figure 4. Chest CT shows a double lumen at upper esophagus

발열은 입원 다음날부터 소실되어 점막하 식도 박리증으로 진단하고 17일간 금식과 총비경구적 영양법으로 치료하면서 흉통과 상복부 불편감의 증세 호전되었고, 입원 20일째 내시경상 완치 소견 보여 퇴원하였다(Fig. 6).

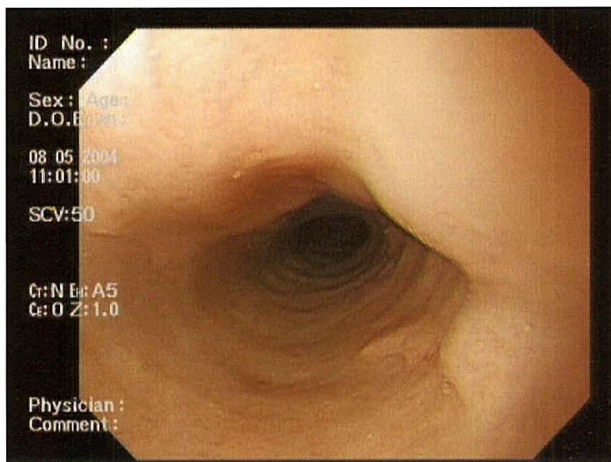


Figure 6. Follow up endoscopy shows that defected lesion is healed up with normal esophageal mucosa.

고 찰

식도에서 발생한 자발성 점막하 박리는 1968년 Marks와 Keef⁶⁾가 처음 보고한 드문 질환으로 식도

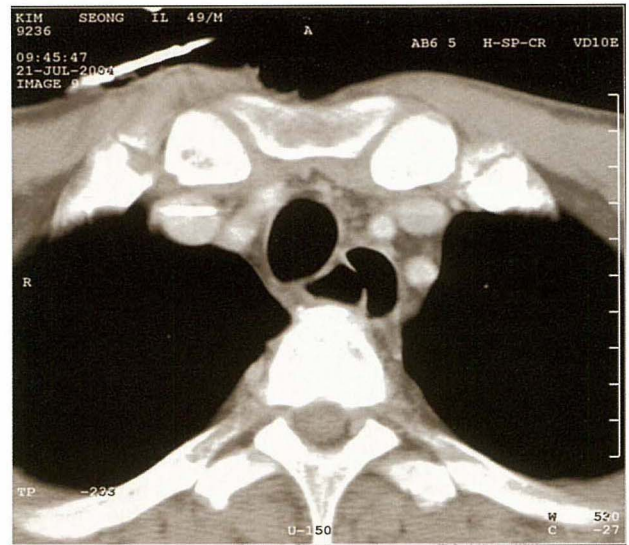


Figure 5. Chest CT shows a double lumen at low esophagus

천공 없이 타박 및 혈종형성에 의한 식도 점막층과 점막하층 사이의 벽내 파열로 특징 지워진다. 이 질환의 유사어로서 식도 벽내 혈종(intramural hematoma of the esophagus), 식도 벽내 파열(intramural esophageal perforation) 또는 식도 졸증(esophageal apoplexy)이 있다.

식도의 천공은 병인적인 관점에서 네 가지 범주로 나누어지며 기계 삼입조작에 의한 의인성이나 외부 이물질에 이차적으로 발생하는 후천성 전층 파열 및 후천성 벽내 파열이 있고, 심한 구역이나 구토에 동반되었거나 인과 관계가 명확치 않은 경우에 의한 자발성 전층 파열(Boerhaave 증후군) 또는 자발성 벽내 파열(자발성 식도 박리)을 들 수 있다. Kelly⁷⁾ 등은 직접외상이나 이물질 또는 기계 사용조작에 의하지 않는 파열을 내포하는 의미로 자발성이라는 용어를 사용하였다.³⁾

비록 이 질환의 병인론적 측면은 명확하지 않지만 2가지 가설이 있다. 첫 번째 가설은 점막하 출혈에 의한 혈종의 감압 과정에서 점막하면을 따라 식도 점막이 박리 된다는 것으로 이런 광범위하고도 갑작스런 식도 내막의 혈종형성은 혈소판 감소증이나 혈우병 그리고 항응고제를 투여 중인 환자에서 볼 수 있고, 또한 식도 정맥류 출혈의 치료로 내시경적 경화요법을 시행한 환자에서도 보고된 바 있

다.^{9,10,11,12)} 두 번째 가설은 식도 점막 파열이 선행되고, 이차적으로 점막하층의 박리가 일어난다는 것이다.⁵⁾ 본 증례의 경우 칸디다증에 의한 식도 점막 파열로 인한 이차적인 점막하층 박리가 일어난 것으로 생각된다.

흉부 통증과 경도의 토혈, 연하 곤란 등이 비교적 흔히 발생하며^{3,7,8,9)} Marks와 Keef⁶⁾는 연하통과 미열 그리고 현저한 ESR 상승이 주요한 증상 및 징후라고 주장하였다. 흉부 통증이 주된 증상이며, 등이나 목, 인후부로의 방사통이 흔히 있을 수 있다. 통증은 연하에 의해 더 악화되나 대개의 경우에 있어서는 흉골하 불쾌감으로 시작되어 20에서 30분 이내에 통증으로 증가하게 된다.⁸⁾

진단에 있어서 중요한 것은 Mallory-Weiss 증후군, 심근경색증 그리고 식도천공이나 박리성 대동맥류와 같은 수술적 치료나 응급처치를 요하는 질환과의 감별이다.^{3,8)} 진단은 식도 조영술, 상부 위장관 내시경, 또는 흉부 컴퓨터단층촬영으로 할 수 있다. 식도 조영술에서 이중관(double barreled) 또는 점막선조(mucosal stripe)가 보이며⁸⁾, 식도 내강의 바깥부위로 점막의 팽창과 조영제 충전이 특징적 소견이다. 상부 위장관 내시경의 주 소견으로 Steadmann 등¹⁾은 점막하 박리가 발생하는 부위가 위식도 연결부에서 병소의 위치가 먼 상부이며 점막 열상과 함께 윤상 인두부로부터 식도 원위부까지 긴 범위에 걸쳐 벽의 파괴가 동반되었고, 이후 다양한 정도의 협착이 있을 수 있다고 기술하였다. 흉부 컴퓨터단층촬영은 초기의 감별진단에 있어 종격동의 다른 종괴성 병변과의 구별에 있어 유용한 정보를 제공할 수 있다.¹⁾

Yeoh 등¹³⁾에 의하면 상부 위장관 내시경은 이미 손상 받은 식도에 손상을 가중시켜 점막하 박리를 악화시키거나 전층 파열을 유발하여 종격동염을 일으킬 수 있다고 하면서 상부 위장관 내시경 검사의 불필요를 주장하였고 Marks와 Keef⁶⁾도 내시경 검사가 이 질환에 있어서 해로울 수 있다고 경고하였지만, 본 증례와 같이 조심스럽게 시행한다면 정확하고 자세한 정보를 얻는데 도움을 줄 것이다.

치료는 현재까지의 보고에서처럼 대부분의 환자에서 보존적 치료로 예후가 양호하였다.^{1,5,13,14,15)} 보존

적 치료로는 금식과 수액 공급 그리고 제산제 치료 등이 효과적이라고 보고되었다. 증상은 대개 수일 내에 호전이 되고, 연하통이나 연하곤란 등의 증상이 소멸되면 조심스럽게 경구 섭취를 시작할 수 있다. 수술적 치료는 거의 필요치 않으나 Kelly 등⁷⁾은 지속적인 병변의 결손으로 개흉술이 필요했다고 한다. 수술이나 내시경적 치료는 병변의 자연소실이 일어나지 않고, 점막결손이 지속되거나, 천공에 의한 종격동염이 생긴 경우 또는 점막 괴편이 형성된 경우에 필요하다.^{2,3,16)}

추적 식도 조영술은 일주일 후 그리고 필요하면 그 이후에도 시행하여야 하며, 식도 내압 검사로 치료 후에 있을 수 있는 병소의 협착에 의한 연하장애를 추적 평가하여야 한다.

요 약

저자들은 식도 칸디다증에서 자발적으로 발생한 식도 박리 1예를 금식과 총비경구적 영양법으로 합병증 없이 치료하였기에 보고하는 바이다.

참고문헌

1. Steadman C, Kerlin P, Crimmins F, et al. : Spontaneous intramural rupture of the oesophagus. Gut 31 : 845-849, 1990
2. Murata N, Kuroda T, Fujino S, Murata M, Takagi S, Seki M. : Submucosal dissection of the esophagus : a case report. Endoscopy 23 : 95-97, 1991
3. Shimada T, Kimura K, Higashi K, Maeda K, Obata S, Shido T. : Spontaneous submucosal dissection of esophagus. Intern Med 32 : 795-797, 1993
4. Kee WJ, Ok JL. : Extensive spontaneous submucosal dissection of the esophagus : long-term sequential endoscopic observation and treatment. Gastrointest Endosc 55 : 262-265, 2002

5. Phan GQ, Heitmiller RF. : Intramural esophageal dissection.
Am Thorac Surg 63 : 1785-1786, 1997
6. Marks IN, Keet AD. : Intramural rupture of the oesophagus.
Br J Med 3 : 536-537, 1968
7. Kelly DL, Neugebauer MK, Fosberg RG. : Spontaneous
intramural oesophageal perforation. J Thorac Cardiovas Surg
63 : 504-508, 1972
8. Kerr WF. : Spontaneous intramural rupture and intramural
haematoma of the oesophagus. Thorax 35 : 890-897, 1980
9. Shay SS, Berendson RA, Johnson LF. : Esophageal
hematoma. four new cases, a review, and proposed etiology.
Dig Dis Sci 26 : 1019-1024, 1981
10. Oldenburger D, Gundlach WJ. : Intramural esophageal
hematoma in a haemohiliac. An unusual cause of
gastrointestinal bleeding. JAMA 237 : 800, 1977
11. Ashman FC, Hil MC, Sba GP, Diaconis JN. : Esophageal
hematoma associated with thrombocytopenia. Gastrointest
Radiol 3 : 115-118, 1978
12. Back YT, Yu ZM, Cho JY, Kim JG, Lee CH. : Intramural
hematoma of the esophagus; unusual complication of
esophageal variceal sclerotherapy. Korean J Intern Med 3 :
92-94, 1988
13. Yeoh NT, McNicholas T, Rothwell-Jackson RL, Goldstraw
P. : Intramural rupture and intramural haematoma of the
oesophagus. Br J Surg 72 : 958-960, 1985
14. Hartigan JD, Connolly TJ, Holthaus J, Kelly GJ, Kennedy
NP. : Spontaneous intramural dissection of the esophagus. J
Clin Gastroenterol 11 : 481-483, 1989
15. Hanson JM, Neilson D, Pettit SH. : Intramural oesophageal
dissection. Thorax 46 : 524-527, 1991
16. Scully RE, Mark EJ, McNeely WF, McNeely BU. : Case
records of the Massachusetts General Hospital(Weekly
clinicopathological exercises. Case 44-1989. A 74-year-old
women with subxiphoid pain and narrowing of the
seophagus.) N Engl J Med 321 : 1249-1259, 1989