고신대학교 의과대학 학술지 제19권 제1호
Kosin Medical Journal
Vol. 19. No. 1, pp. 113~117, 2004

복수를 동반한 호산구성 장염 2례

김신, 김유리, 하승인, 이지현, 임현정, 박무인, 박선자, 구자영, 이창연*

고신대학교 의과대학 내과학 교실, 소아과학 교실*

2 Cases of Eosinophilic Gastroenteritis with Ascites

Sin Kim, M.D., Yu Li Kim, M.D., Ha Seung In, M.D., Jee Hyun Lee, M.D.,
Hyun Jeung Lim, MD., Moo In Park, M.D., Seun Ja Park, M.D.,
Ja Young Koo, M.D., Chang Yeon Lee, M.D.*

*Department of Internal Medicine and Department of Pediatrics**
Kosin University College of Medicine, Busan, Korea

Abstract

Eosinophilic gastroenteritis is a rare condition of unknown cause characterized by peripheral eosinophilia. eosinophilic inflammation and various gastrointestinal symptom. Eosinophilic gastroenteritis is generally classified into three types according to the layer of gastrointestinal tract involved(mucosal type, muscularis type, serosal type) and the clinical manifestation are related to the site of involved gastrointestinal tract. Especially, serosal type is rarest form of them and occasionaly associated with asictes. We report 2 cases of eosinophilic gastroenteritis with ascites.

Key words : eosinophilic gastroenteritis, ascites

서 론

호산구성 위장관염은 흔히 접하기 어려우며 식도에서 직장까지 위장관이면 어디든지 침범할수 있고 원인은 아직 명확히 규명되지 않았으며 다양한 위장관 증상이 나타나는 질환이다.[1-2] 이 질환은 1920년 Konjetzny[3]가 위의 용종성 섬유종으로 보고한 것이 이 질병의 첫 보고로 인정되고 있으며 그후 1937년 Kaijer 등[4]이 호산구성 침윤이란 이름으로 3예를 논문으로 낸 이후 알려지기 시작하였다. 이후 여러 증례가 발표되었으며 점막형이 가장 흔하게 보고되었다. 1955년 Swartz등이 처음으로 복수가 동반된 이 병을 기술했으며 그후 많은 호산구성 장염이 있었으나 복수를 동반한 예는 상대적으로 드물었으며 저자들은 이번에 복수를 동반한 호산구성 장염을 2예 경험하여 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

교신저자 : 박 선 자
Tel. 051-990-6103, Fax. 051-248-5686.
E-mail: parksj6406@ns.kosinmed.or.kr

증례 1

환자 : 26세, 남자
주소 : 상복부 동통 및 구토
현병력 : 환자는 내원 5-6개월 전부터 간헐적인 상복부 불쾌감과 과식후 구토가 있었으며 내원 2개월전에는 개인 의원에서 위내시경 검사를 받고 특별한 이상이 없다는 이야기를 들었으나 간헐적으로 상복부 증상이 재발하면 수액치료후 좋아졌던 병력이 있었다. 그후 상복부 불쾌감 및 구토 및 갑자기 심해진 복부 팽만으로 본원 응급실로 내원하였다.
과거력 : 약물이나 음식에 대한 알레르기는 없었으나 어

릴때 봄이 되면 꽃가루 알르레기가 있어 기침을 하곤 하였다.

가족력 : 특이소견 보이지 않았음.

진찰소견 : 내원당시 혈압은 120/80 mmHg, 맥박은 분당 70회, 체온은 36.5^{0}C였다. 환자 키는 180cm, 61kg으로 마른편이었다. 흉부 시진상 특이 소견 없었으며 간비대등의 다른 소견은 보이지 않았으나 약간의 복부팽창 소견과 함께 이동둔탁음이 있어 복수가 있음을 알수 있었다.

검사결과 : 입원시 말초 혈액 검사에서 백혈구 15,700/mm^3 (중성구 17%, 림프구 16%, 단핵구1%, 호산구 66%)이고 이중 호산구는 10,360/mm^{3}이었다. 혈색소 13.9 g/dL, 헤마토크리트 40.2% 혈소판 284,000/mm^{3}이었다. 혈청 생화학 검사는 정상범위였으며 소변검사에서 특이 소견 없었으며 대변검사에서는 잠혈반응은 음성이었으며 기생충란은 발견되지 않았다. IgE는 935.8 IU/ml(0-300)로 증가되어 있었으며 피부 알러지 검사에서 53개의 테스트 용액을 시험한 결과 4가지에 대해서 양성반응을 보였다.(콜라도스포름균 ++, 명아주 화분 ++, 북아메리카 집먼지진드기 +++, 유럽 집먼지 진드기+++)

복수천자에서 복수는 맑은 노란색이었으며 총단백 4.7 g/dL, 포도당 117 mg/dL, LDH 312 IU/L, ADA 9 U/L, 총백혈구 6,700/mm^3(다형핵구 1%, 림프구 8%, 호산구 91%)였다.

내월 2일째 시행한 상부위장관 내시경상에서는 몇 개의 작은 궤양의 흔적과 여러 개의 급성 미란이 위저부와 체부에 있었으며 50cc 정도 되는 노란 위액이 고여 있었다. 십이지장의 구부에는 미만성 충혈이 여러개의 헤마틴 반점들과 함께 있었으며 위저부와 체부의 여러 군데에서 무작위로 시행한 조직 검사상에서는 급성 미란성 위염이, 십이지장 구부에서 시행한 조직검사에서는 급성 십이지장염이 관찰되었다.

대장 내시경상에서는 말단 회장에서는 미만성의 약간 두꺼워진 점막이 관찰되었고 맹장과 상행결장과 횡행결장, 직장에서는 다발성의 반점형의 출혈성 병변이 관찰되었으며 침윤성 대장염이 의심되었으나 조직검사상에서는 만성의 비특이성 대장염으로 진단받았다.

복부 초음파 검사상에서는 복수가 있는 것이 관찰되었고 소장촬영검사에서는 소장의 전반적인 점막비후 소견을 관찰할수 있었으며 복부 전산화 단층 촬영상에서는 복수와 함께 소장과 대장의 벽이 부종과 함께 비후된 것을 관찰할수 있었다.

치료 및 경과 : 내원 2일째부터 스테로이드를 40 mg/day 사용였으며 곧 복수는 사라지고 상복부 통증 및 구토는 호전을 보였다. 퇴원시 백혈구는 9,470/mm^{3}로 검사 소견이 좋아졌으며 식사 양도 늘고 구토 등의 증상이 소실되어 스테로이드 감량후 외래에서 경과 관찰 중이다.

증례 2

환자 : 45세 남자

주소 : 식후 심한 포만감.

현병력 : 식후 포만감은 내원 1주일 전부터 생겼으며 점차 심해지는 양상이었고 증상이 계속되어 식사양이 줄고 몸무게가 조금씩 줄기 시작했다. 개인병원에서 위내시경을 시행하였고 내시경상에선 특이소견이 보이지 않았으며 코위영양관을 시행하고 증상이 좋아져 관을 빼고 퇴원하였으나 다시 증상이 악화되어 본원에 외래 통하여 입원하였다.

가족력 : 특이소견 없음.

과거력 : 5년전 기관지 확장증 진단을 받고 현재 투약 중임.

진찰 소견: 내원당시 혈압은 130/80 mmHg, 맥박은 분당 65회, 체온은 36.5'C 였다. 환자 키는 175cm, 70kg이었다. 흉부 진찰상 양쪽 폐에서 쌕쌕거림이 들렸으며 복부 소견상 특이소견이 없었으며 간비대, 복부팽만 등의 다른 소견은 보이지 않았다.

검사결과 : 입원시 말초혈액 검사에서 백혈구 28,790/mm^3 (중성구 34%, 림프구 15%, 단핵구 0%, 호산구 49%)이고 이중 호산구는 14,110 /mm^{3}이었다. 혈색소는 15.3 g/dL, 헤마토크리트 46.3%, 혈소판은 28,400/mm^{3}이었다. 혈청 생화학 검사는 모두 정상범위였으며 대변검사에서 기생충란은 발견되지 않았다. IgE는 286 IU/ml(0-300)이었으며 피부검사는 시행하지 않았다. 복부 초음파 검사상 복수가 있었으며 복부 전산화 단층 촬영상에서도 저명하게 보였다(Fig.1). 복수천자에서 복수는 맑은 노란색이었으며 총단백 5.2 g/dL, ADA 11 U/L, 총백혈구 14600/mm^3(다형핵구 1%, 림프구 14%, 호산구 85%)였다.

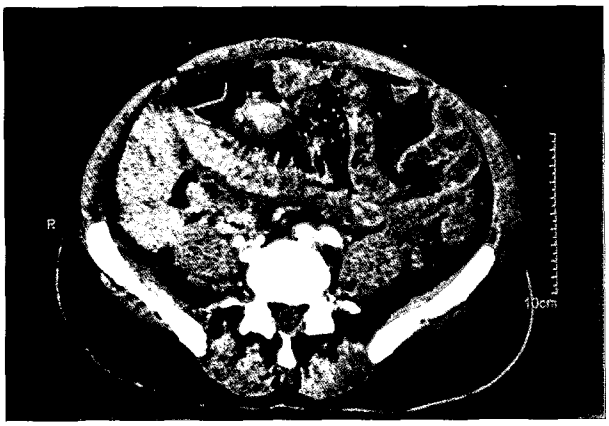

Fig. 1. CT finding of abdomen. Edematous bowel wall and ascites were seen.

내원 2일째 시행한 상부위장관 내시경상에서 위유문부에 다수의 만성 미란이 있었으며 십이지장 2번째 부분에서는 미만성의 부종을 띤 점막에 충혈성 변화가 동반되어 있어 침윤성 장염이 의심되었다(Fig. 2). 십이지장 구부를 포함하여 3군데 조직검사를 시행하였으며 3군데 모두에서 많은 호산구가 침착되어 있었으며 만성 활동성 위염, 만성 십이지장염, 만성 장염 소견을 보였으며 모두 호산구성 장염에 적합한 소견을 보였다(Fig. 3). 대장내시경, 소장 촬영술에서 특이소견 보이지 않았다.

Fig. 2. Gastrofiberoscopic finding. At duodenum, diffuse edematous and hyperemic lesions were noted.

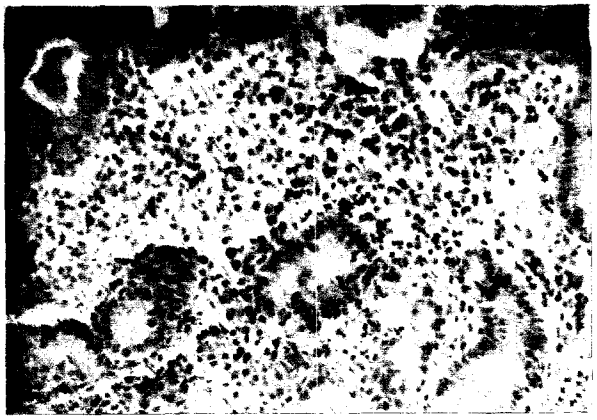

Fig. 3. Microscopic findings of gastrofiberoscopic biopsy. Chronic enteritis with massive eosinophilic infiltrations were noted (H&E stain, x200).

치료 및 경과 : 내원 6일째부터 스테로이드 40 mg을 사용하였으며 사용 3일후 백혈구가 10,540/mm^3(중성구 69%, 림프구 18.7%, 호산구 2.6%)로 검사 소견이 좋아졌으며 증상의 호전을 보여서 외래에서 스테로이드 감량하면서 경과 관찰중이다.

고 찰

호산구성 위장관염은 조직 병리학적으로 호산구의 장내 침윤, 소화기 증상, 말초 혈액의 호산구 증가가 특징인데 1961년 Ureles 등[5]이 국소형과 미만형으로 나누어서 설명하기 시작하였으며 1970년 Klein 등[6]이 장관내 호산구의 임상병리학적인 침윤부위에 따라서 3가지, 즉 점막형(type I), 근층형(type II), 장막형(type III)으로 구분하였으며 각기 나타나는 임상 양상이 다름을 제시하였다. 이중 우리가 접한 2례는 장막형에 속하며 말초혈액의 호산구 증가와 더불어 복수가 생기며 복수의 호산구 증가가 저명하여 중요한 진단의 실마리가 되었다.

먼저 점막형은 식욕부진, 구토, 복통 등의 증상이 주로 나타나며 점막에 혈액 출혈이 있어 철 결핍성 빈혈이 발생할 수 있고, 단백질 손실과 흡수 장애가 보이는 가장 흔한 형태이다.[7-9] 근층형은 위의 유문부나 소장에 주로 발생하며 유문부 폐쇄나 장폐색을 보일수 있으며 장천공을 보이는 경우도 있다고 보고되고 있다. 장막형은 비교적 드물며 복수 및 복막염의 증상을 보일 수 있으며

복수내 호산구 증가로 인하여 진단되는 경우가 종종 있다.[9-10]

그러나 진단이 쉽지만은 않은데 말초 혈액에서 호산구가 증가하는 질환은 다른 여러 조건에서도 일어날수 있거니와 호산구가 증가하지 않을 수도 있다. 실제로 Klein 등[6]은 6-60%에서 호산구가 증가한다고 보고하였으며 박 종훈 등[9]이 보고한 국내 증례 9예에서도 6예에서만이 말초 혈액에서 의미있는 호산구 증가증이 있었으므로 호산구가 증가하지 않는 경우도 있음을 알 수 있다.

수술을 시행한 경우 혹은 내시경 생검후 조직 병리 소견으로 진단되는 경우가 많으며 많은 증례에서 호산구성 장염을 의심하였으나 확진을 위해 혹은 다른 병과의 감별을 위해 수술을 하였으며 그 결과 조직검사에서 진단된 경우도 많았다.

Katz 등[7-8]은 내시경 조직검사로 진단한 6예를 보고하였으며 수술하지 않고서도 내시경적으로 생검을 하여 진단할 수 있음을 강조하였다. 1973년 goldberg등은 근층형과 장막형에서는 내시경적 조직검사가 점막 고유층보다 더 깊게 조직을 떼어내기 힘들기 때문에 위음성으로 나올 수 있고 장막형에서는 복수와 함께 복막염을 동반하므로 복막 개복술이나 복막 천자 생검으로 진단할 수 있다고 하였다.

감별해야할 질병으로는 위장관벽에 다량의 호산구 침윤을 나타낼 수 있는 질환들이 모두 속하며 대표적인 것들이 염증성 섬유화 용종, 결절 다발 동맥염, 림프종, 위암, 크론병, 과호산구 증후군 등이 있다.

원인은 아직 확실히 밝혀지지 않았으며 Katz 등[7-8,11]이 호산구성 위장관염 환자에서 알레르기의 과거력이 있는 것을 지적하면서 면역계통의 문제를 제시하였으나 Leinbach 등[12]은 호산성 위장염 환자에서 의심되는 특정 음식을 제외시키고 일시적인 호전을 관찰하였으나 곧 다시 재발한다고 하였으며 Caldwell 등[13]은 면역글로불린, 면역 보체, 등의 면역인자들이 정상인 호산구성 위장관염 환자를 발표하며 면역학적 문제로 인한 발생한다는 가설을 부인했다. Samter 등[15]은 이 질환이 비특이적인 자극에 대해서 장기 과민성 염증 반응을 일으키고 호산구가 침윤된다는 염증설을 주장하여 주목받고 있다.

치료로는 알레르기를 일으키는 음식을 피하는 방법, 약물요법, 수술요법 등이 있으며 점막형의 경우 스테로이드 투여로 효과가 좋다는 보고가 있다.[9,14] 근층형의 경우 아주 심할 경우에는 장폐쇄나 천공이 생길 수 있으며 재발이 많아 수술하는 경우가 보고되고 있으며 요즘은 스테로이드 병합요법이 재발을 줄일 수 있는 것으로 알려져 있다.[10] 현재로는 내과적으로 치료가 근간을 이루고 있고 계속적인 재발이 있을 경우 수술을 하는 것이 추세다.[9-10,14]

본 증례에서 두 증례 모두에서 복수와 말초혈액검사에서 호산구가 높아 호산구성 장염을 진단할 수 있었으며 확진을 위한 복막 개복술이나 복막 천자 생검은 시행하지 않았다. 스테로이드 투여후 증상의 호전이 있었으며 현재 외래에서 스테로이드 용량을 줄여가며 경과를 지켜보고 있는 중이다.

요 약

저자들은 복수가 생긴 다양한 소화기 증상을 나타내는 2명의 환자들에게서 복수와 말초혈액검사에서 호산구 증가를 통해서 호산구성 위장관염을 진단하고 스테로이드를 사용 후 호전을 보인 2예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참고문헌

1. Paulbinskas AJ : Eosinophilic cystitis. Radiology 75:589-599, 1960
2. Kerstein MD, Gudjonsson B, Lewis J : Eosinophilic cholecystitis. Am J Gastroenterol 66:349-352, 1976
3. Konjetzny GE : Beitr Klin Chir 119:53-61, 1920
4. Kaijsar R Zur Kenntnis, der Allergischen Affektionen, des verdaujngskunais von Stundpunki, des Chirurgan aus : Eosinophilic gastroenteritis. Arch Klin Chir 188:366-412, 1974
5. Ureles AL, Alochibaja T, Locico D, Stabins SJ : Idiopathic eosinophilic infiltration of the gastrointestinal tract, diffuse and circumscribed. Am J Med 30: 899-909, 1961
6. Klein NC, Hargrove RI , Slrisenger MH, Jeffries GH, Eosinphilic gastroenteritis. Medline(Ballimore) 49:299-319, 1970
7. Katz AJ, Goldman H, Grand RJ : Gastric mucosal biopsy in eosinophilic(allergic) gastroenteritis. gastroenterology. 73:705-709, 1977

8. Katz AJ, Twaqrog FJ, Zeiger RS, Falchuk ZM : Milk sensitive and eosinophilic gastroenteropathy. Allergy Clin Immunol. 74:72-79, 1984
9. 박종훈, 권준, 김경희, 이관식, 박효진, 문영명, 최홍재 : 특발성 호산구 침윤성 위장관질환의 임상적 고찰. 대한소화기병학회잡지 21:264-276, 1989
10. 유창연, 최영길, 김상효 : 맹장의 호산구성 위장염 1예. 대한소화기병학회지 22:971-974, 1990
11. Higgins GA, Lamm ER, Yutzy CV : Eosinophiilic gastroenteritis. Arch Surg 92:476-483, 1966
12. Bersma RJ.F ,Meuwissen SGM, Velzen DV : Perforation of the small intestine due to the eosinophilic gastroenteritis. Am J Gastroenterol 79:442-445, 1984
13. Cadwell JH, Mcklyian HS, Hurtabise DE : Eosinophilic gastroenteritis with obstruction gastroenterology 74:825-829, 1978
14. 서진, 강성봉, 신석우, 강한철 : 호산구성 위장염 5예의 임상고찰. 대한외과학회지 33:739-746, 1988
15. Samter TG, Alstou DF, Kurlandre GJ : Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract. Am J Clin Pathol. 45:420-436, 1966