

호산구성 봉소염 1예

고신대학 의학부 피부과학교실

채영수, 박만규, 서기석, 김상태

A Case of Eosinophilic Cellulitis

Young Soo Chae, M.D., Man Kyu Park, M.D., Kee Suck Suh, M.D., Sang Tae Kim, M.D.

Department of Dermatology

Kosin Medical College, Pusan 602-030, Korea

= Abstract =

We report a case of eosinophilic cellulitis developed in a 54-year-old male.

He had a cellulitis-like erythematous plaque on the left thigh and an erosive and crusted bulla on the left ankle for 7 days. Histologic findings showed diffuse dense infiltration of eosinophils and characteristic flame figures in the dermis.

After taking prednisolone orally for 2 weeks, his skin lesions were improved almost completely.

I. 서 론

호산구성 봉소염(eosinophilic cellulitis)은 1971년 Wells¹⁾에 의해 “recurrent granulomatous dermatitis with eosinophilia”로 처음 보고되었으며, Wells증후군으로도 불리워진다.

^{1) 24-8-10} 본증은 임상적으로 흔히 봉소염 또는 담마진 비슷한 홍반성 판을 보이며, 조직학적으로 진피에 광범위한 호산구 침윤과 특징적인 화염상 무늬(flame figure)의 소견을 관찰할 수 있는 드문 질환이다.^{1) 2) 10) 11)}

국내에서는 서 등²⁾이 최초로 보고하였으며 박 등³⁾이 본 증의 드문 소견인 수포와 증식성 병변을 보인 예를 보고한 바 있다.

본 교실에서는 54세 남자에서 임상적으로 봉소염과 유사한 전형적인 호산구성 봉소염 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고한다.

II. 증 례

환 자 : 김 ○ ○, 54세, 남자.

초진일 : 1988년 8월 1일.

주 소 : 좌측 대퇴부 및 발목부위에 발생한 동통을 동반한 홍반성 판.

과거력 : 특기사항 없음.

가족력 : 특기사항 없음.

현 병력 : 내원 7일 전부터 좌측 발목부위에 약간의 동통을 동반한 홍반성 판이 발생하여 수시간 후 좌측 서혜부에도 유사한 병변이 생겼으며 발열 및 오한 등의 전신증상이 동반되었다. 3일간 개인의원 및 약국에서 치료받은 후 전신증상 및 피부 병변은 호전을 보였으나 곧 다시 재발하였다. 서혜부의 병변은 대퇴부 아래쪽까지 번져 더 심해졌으나, 내원시에는 발열 등의 전신증상은 없었다.

이학적 소견 : 림프절은 촉진되지 않았으며 체온도 정상이었다.

피부 소견 : 좌측 서혜부, 대퇴부에 비교적 경계가 뚜렷한 큰 홍반성 판을 보였고, 경계 부위에 다수의 소수포를 나타내었다(Fig. 1). 좌측 발목부위에는 중심부가 미란되어 있고 가피로 덮힌 수포성 병변이 관찰되었다(Fig. 2).

검사 소견 : 일반혈액검사에서 백혈구가 8,400/mm³이었고 이 중 호산구는 4%였으며, ESR은 정상범위였다.

병리조직 소견 : 대퇴부의 소수포 부위에서 시행한 피부 조직검사 소견상, 표피하 수포 및 진피 전반에 걸친 염증세포의 광범위한 침윤을 볼 수 있었다(Fig. 3). 진피에는 교원섬유가 호산구과립에 의해 덮혀서 특징적인 “화염상 무늬 (flame figure)”를 나타내었고, 특히 많은 호산구가 조밀하게 침윤되어 있는 것을 관찰할 수 있었다(Fig. 4).

치료 및 경과 : 3일간 항생제를 전신 투여했으나 병변은 호전되지 않았고 Prednisolone을 1일 60mg씩 5일간 경구투여 후 병변은 호전되기 시작하였다. 이후 Prednisolone을 서서히 감량하였으며 치료 2주후 피부병변은 거의 완전히 소실되었다. 치료후 5개월째 추적관찰중이나 피부 병변은 재발을 보이지 않고 있다.

Ⅲ. 고 찰

호산구성 봉소염(eosinophilic cellulitis)은 1971년 Wells¹⁰⁾에 의해 처음 기술되었으며 다양한 임상상을 나타내는 드문 질환이다.^{2,11)} 대부분 급성 봉소염이나 담마진과 유사한 홍반성 판을 나타내며,^{1,2,9-11)} 곤충교상, 접촉 피부염, 다형 홍반, 반상 경피증과 비슷한 병변을 가지기도 한다.^{2,6,11)} 또한 간혹 구진, 결절, 수포 및 증식성 판 등을 보이기도 한다.^{2,4,6,11)} 본 증은 사지와 체간에 호발하며, 피부 증상으로 흔히 심한 소양감이나 동통, 압통을 수반한다.^{1,2,10,11)} 전신증상은 잘 동반하지 않으나 발열, 관절통 등을 가질 수 있다.^{1,2,11)} 피부 병변은 수주동안 지속될 수 있으며 점차 쇠퇴되어 위축되거나 경화되고, 청녹색 또는 회색의 색조변화를 보이며 반흔없이 치유된다.^{1,2,3,10,11)} 그러나 치유 후에도 자주 재발하는 경향이 있다.^{1,2,10,11)} 흔히 환자의 과반수에서 말초혈액 호산구 증다증을 보이며 드물게 정상 범위인 경우도 있다.^{2,11)} 본 증례에서는 임상적으로 급성 봉소염, 접촉 피부염과 아주 유사하였고 말초혈액 호산구 증다증도 동반하지 않아 조직검사로 본 증을 진단할 수 있었다.

본 증의 조직 소견은 새로운 병변에서는 호산구가 전 진피에 조밀하게 침윤되어 있고 가끔 표피하 수포도 나타날 수 있으며, 더 오래된 병변에서 특징적인 화염상 무늬 및 육아종성 양상을 보인다.^{2,3,10,11)} 본 증례에서는 많은 호산구와 특징적인 화염상 무늬의 소견을 보였으나 명확한 육아종성 양상은 볼 수 없었다. 이는 시기적으로 초기에 피부 생검을 시행하였기 때문이라고 사료된다.

본 증을 하나의 독특한 질병체(disease entity)로 보는 데는 많은 논란이 있다. Schorr 등⁶⁾은 조직 소견에서 화염상 무늬의 소견을 보이는 것은 특이한 것이 아니고 여러 자극에 대한 비특이적인 반응 양상으로 나타나는 것이라 하면서 본 증이 하나의 독특한 질병이라는 것을 부정하였다. 그러나 Aberer 등¹⁾은 본



Fig. 1. Vesiculation at the border of cellulitis-like erythematous plaque on the left thigh.



Fig. 2. Erosive and crusted bulla on the left ankle.

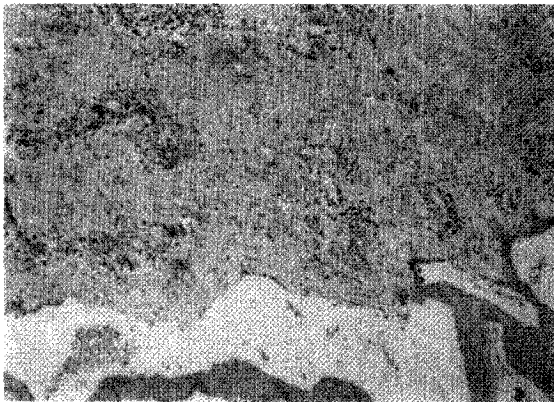


Fig. 3. Subepidermal vesicles and diffuse infiltration of inflammatory cells in the dermis (H & E stain, X40).

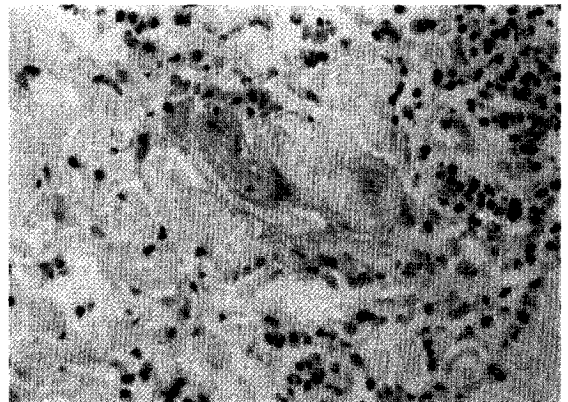


Fig. 4. Many eosinophils and characteristic flame figure in the dermis (H & E stain, X200).

증이 아주 특징적인 임상상과 전형적인 임상 경과 및 조직 소견으로 결정되는 하나의 뚜렷한 질병체라고 주장하였다.

본 증의 원인 및 발생기전은 아직 확실히 알려져 있지 않으나 Wells 등¹¹⁾은 면역 복합체에 대한 세포 반응이나 여러 항원에 대한 과민반응에 의해 생길 것이라 하였다. 이러한 견해는 본 증에서 말초혈액과 조직에 알레르기 반응의 지표로 알려진 호산구가 많이 나타나고 면역 글로불린과 보체가 병변부위에서 검출되어지는 사실로 설명되어질 수 있으며,^{2, 3, 11)} 본 증이 여러 다양한 자극이나 원인 인자에 대한 하나의 반응(reaction)일 것이라는 Schorr 등⁶⁾과 Fisher 등²⁾의 관점과 일치하는 것이다. Peters³⁾ 등은 간접 면역 형광 검사에서 호산구의 major basic protein(MBP)이 화염상 무늬에서 관찰될 수 있으며, 본 증의 발생에 중요한 역할을 할 것이라 하였다. 또한 서 등⁹⁾과 박 등⁴⁾은 본 증의 H&E 염색 slide를 형광 현미경으로 검경한 결과 호산구의 탈과립이 본 증의 발생에 중요한 역할을 할 것이라는 것을 시사하였다. Stern 등⁸⁾도 전자현미경으로 화염상 무늬를 검사한 결과, 교원 섬유소의 피사는 볼 수 없었고 교원 섬유소가 유리 호산구 과립으로 덮혀 있다고 하였다. 화염상 무늬의 형성에 호산구가 관여한다는 또 다른 증거로 Wong 등¹²⁾은 호산구에서 주로 분비된다고 알려진 Leukotrienes C₄와 D₄의 농도가 병변 부위에서 증가되어 있다는 것을 발견하였다.

본 증의 유발 인자로써는 약제, 곤충 교상, 수술 및 피부사상균 감염 등이 있으며,^{1, 2, 6, 10, 11)} Shishiba 등⁷⁾은 ELISA검사를 사용하여 필라리아 감염에 의해 유발된 두 증례를 보고한 바 있다. 그러나 본 증례에서는 특별히 원인이 될 수 있는 인자를 찾지 못하였다.

본 증의 치료는 부신피질 호르몬 전신 투여가 가장 효과적이고^{1, 2, 3, 10, 11)} 일부 환자에서 Dapsone의 투여로 호전되었다고 하며,^{1, 2)} 부신피질 호르몬과 Dapsone의 병용요법으로 호

전을 보인 예도 있다.¹⁾ 항생제에는 잘 반응하지 않으며¹¹⁾ 특별한 치료없이 자연히 좋아지기도 한다.^{1, 2, 10, 11)} 본 증례에서는 급성 봉소염의 의진하에 항생제를 3일간 전신 투여하였으나 호전을 볼 수 없었고 호산구성 봉소염으로 진단된 후 부신피질 호르몬을 경구 투여하였다. 치료 시작 2주후 피부 병변은 거의 완전히 소실되었다.

IV. 결 론

본 교실에서는 54세 남자에서 임상적으로 급성 봉소염과 유사한 전형적인 호산구성 봉소염 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하였다.

REFERENCES

1. Aberer W, Konrad K, Wolff K : Wells' syndrome is a distinctive disease entity and not a histologic diagnosis J Am Acad Dermatol 18 : 105, 1988.
2. Fisher GB, Greer KE, Cooper PH : Eosinophilic cellulitis(Wells' syndrome). Int J Dermatol 24 : 101, 1985.
3. Lindskov R, Illum N, Weismann K and Thomsen OF : Eosinophilic cellulitis : Five cases Acta Derm Venereol (Stockh) 68 : 325, 1988.
4. 박만규, 서기석, 김상태 : 수포와 증식성 병변을 보인 Wells 증후군 1 예. 대피지 26 : 236, 1988.
5. Peters MS, Schoeter AI, Gleich GJ : Immunofluorescence identification of eosinophil granule major basic protein in the flame figures of Wells' syndrome. Br J Dermatol 109 : 141, 1983.
6. Schorr WF, Tauscheck AL, Dickson KB and Melski JW : Eosinophilic cellulitis.

litis(Wells' syndrome) : Histologic and clinical features in the arthropod bite reactions. J Am Acad Dermatol 11 : 1043, 1984.

7. Shishiba T. Harada S, Matsuda H : Two cases of eosinophilic cellulitis
Proceedings of the 5th Korea-Japan Joint Meeting of Dermatology, 1987, PP 298-300.

8. Stern JB. Sobel HJ. Potchford JP : Wells' syndrome : Is there collagen damage in the flame figure? J Cutan Pathol 11 : 501, 1984.

9. 서재일, 김한욱, 박은희, 임철완 : 호산구성 봉소염(Wells 증후군) 1예.

대피지 23 : 842, 1985.

10. Wells GC : Recurrent granulomatous dermatitis with eosinophilia
Trans St Johns Hosp Dermatol Soc 57 : 46, 1971.

11. Wells GC. Smith NP : Eosinophilic cellulitis Br J Dermatol 100 : 101, 1979.

12. Wong E. Greaves MW. O'Brien T : Increased concentrations of immunoreactive leukotrienes in cutaneous lesions of eosinophilic cellulitis Br J Dermatol 110 : 653, 1984.