

아메바성 대장염의 내시경적 소견

- 2 예 보고 -

이화여자대학교 의과대학 외과학교실

김 원 곤 · 박 응 범

= ABSTRACT =

Colonoscopic Findings of Amebic Colitits in 2 Cases

Won Gon Kim, M.D., Eung Bum Park, M.D.

Department of Surgery, Ewha Womans University, College of Medicine

Amebic colitis is an acute disease caused by organism *Entamoeba histolytica*. This disease is diagnosed with clinical symptoms, laboratory studies, and endoscopy with biopsy.

Now, we report the colonoscopic findings of amebic colitis. Colonoscopic findings are very variable.

There are punctate ulcer, pseudomembrane, pseudopolyp, and hemorrhage. Between above mentioned findings, punctate ulcers are found in almost all patients, except in asymptomatic patients. The lesion of the colon is very friable. So, involved tissue is bleeding with touch.

서 론

대장은 *Entamoeba histolytica*의 감염을 받는 장기 중 비교적 빈도가 높은 장기에 속한다¹⁾.

아메바성 대장염의 경우 항아메바 치료에 의하여 좋은 예후를 기대할 수 있으나 이의 진단에 있어서 기술적인 면이나 진단에 필요한 검사의 시기 등에 의하여 확진이 어려우며 이러한 경우 대부분의 다른 대장염과의 치료의 차이에 의하여 심각한 합병증이나 병의 악화를 초래할 수 있다^{2)~6)}.

이에 따라 정확한 진단, 즉 확진을 하는 방법은 검사실에서 *Entamoeba histolytica*의 낭포나 영양세포를 발

견하는 것이나 대장내의 병변을 직접 확인하여보는 것이 최선의 진단 방법이다. 이러한 방법에 있어 내시경을 통하여 대장내의 소견이나 병변에서의 생검, 또는 검사물의 채취를 시행할 수 있으며, 또한 이를 통하여 병변의 변화상태를 관찰하여 질병의 진행되는 경과를 알 수 있다.

이에 본 외과학교실에서 내시경검사를 시행하였던 두 환자에 대한 내시경적 소견에 대한 보고와 문헌적 고찰을 하는 바이다.

증 례

박 ○ 봉, 65세, 여자.

39 - 29 - 13.

주 소 : 발열 및 오한, 두통 및 요부동통, 점액상 설사
기 간 : 2 일.

가족력은 특기사항 없었으며, 기왕력상 25년전, 급성 충수염으로 충수 절제술을 받았으며 1년전부터 장염의 증상이 간혹 발생하여 대장 조영술을 받은 결과 특기 사항이 없어 증상이 발생할 경우 가끔 약물복용을 해 왔다.

병 력 : 본 65세 여자 환자는 입원 2일전부터 발열 및 오한, 두통 및 요부 동통, 점액상 설사가 있었으나 이급후증(tenesmus)의 증상은 없었으며, 약물복용후 증상이 악화되었다.

이학적 소견 : 입원 당시 체중은 50 kg이었고, 혈압 130/70 mmHg, 체온 37.6°C 맥박수 122회/분으로 빈맥을 보였으며 호흡수는 22회/분이었다. 구순과 설부는 약간 탈수되어 있었으나 다른 특기 사항은 없었고, 복부 소견상, 복부는 팽창되어 있지 않았으며 동통감각과민

현상은 없었다. 직장 지진 소견은 정상이었다.

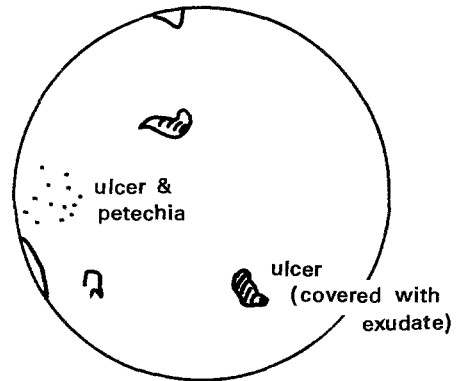
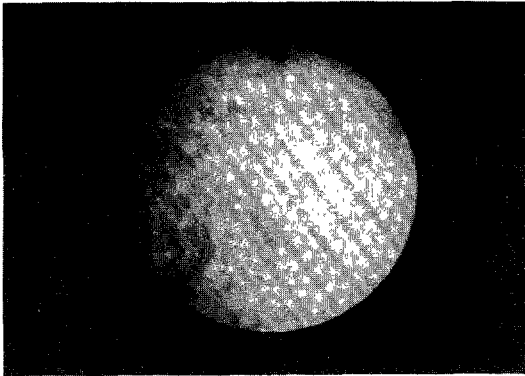
검사 소견 : 입원 당시 말초 혈액검사에서 혈색소 12.9 gm/dl, 혈구용적, 40.1% 백혈구 9500/mm³ 이며 대변 검사상 잠혈이 나타났으며, 간기능 검사에서 이상소견은 없었으며, 소변세균배양검사상 대장균이 자랐으며, 아메바항원검사는 1:256으로 나왔으며, 입원 2일째 시행한 대변검사서 아메바가 양성으로 나타났다.

X-선 검사 :

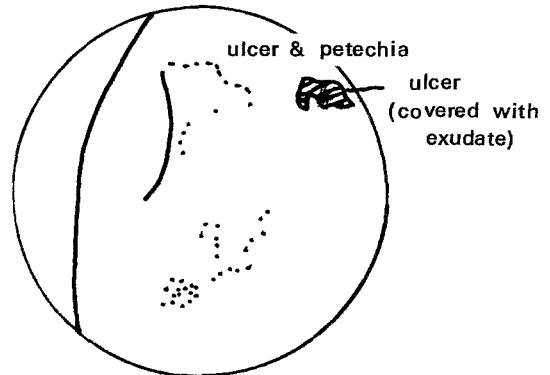
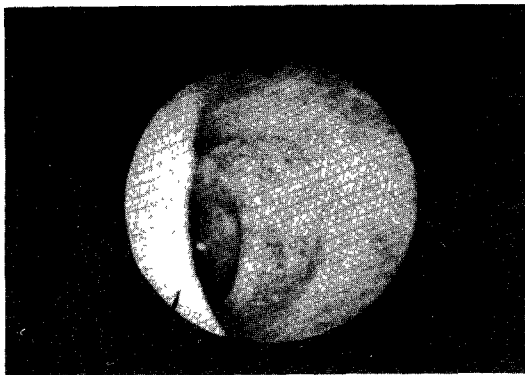
흉부 X-선 : 우측폐의 상엽에 미활동성의 섬유조직적인 병변이 나타났으며 심장의 좌심실부위가 약간 커져 있었다.

단순 복부 X선 : 특기 사항없었다.

내시경 검사 : 직장에서 상행결장에 걸쳐 전체적으로 홍반이 나타나 있으며, 부분적으로 자반이 보이고 있으며, 백색의 위막이 덮여 있었다. 생검소견은 궤양을 동반한 대장염이었으며 아메바의 낭포나 영양세포는 발견되지 않았다.



증례 1. 백색의 위막이 덮여있는 궤양과 전체적으로 자반이 나타나 있다.



증례 1. 백색의 위막이 덮여 있는 궤양과 반점상의 궤양 및 자반이 나타나 있다.

경과 : 입원 2일째부터 Metronidazol 을 2250mg씩 5일간 경구 투여하였으며 입원 4일째까지 점액상의 설사를 하였으나 그후 증상이 없어 입원 7일째 퇴원 하였다.

증례 2

이 ○ 중, 46세, 남자.

42 - 51 - 61.

주소 : 발열, 점액상, 혈액성, 수액상 설사, 복통.

기간 : 3일.

가족력과 기왕력은 특기 사항없었으며, 병력상 본 46세 남자 환자는 입원 5일전부터 상기도염의 증상이 있어 항생제를 포함한 약물을 임의로 경구복용하였으며 입원 3일전부터 발열과 점액상, 혈액성, 및 수액상의 설사가 있었고 이때 복통이 동반되었다.

이학적 소견은 입원 당시 체중은 75kg이었으며 혈압 110/80mmHg, 맥박 84회/분, 체온 37.8℃ 호흡수 20회/분이었고 피부건인성은 감소되어 있었고 결막은

정상이었고 구순과 설부는 경한 탈수현상을 보이고 있었다. 복부소견으로는 좌측 하복부에 동통감각과민현상이 있었으며 장운동은 감소되어 있었고 적장 지진상 점액성, 혈액성 및 수액상의 대변을 확인할 수 있었다.

검사 소견 : 입원 당시 말초 혈액검사에서 혈색소 18.9 gm/dℓ, 혈구용적 58.5%, 백혈구 7900/mm³이며 대변검사상 잠혈과 아메바가 발견 되었으며 간기능 검사상 SGOT 60mU/mℓ, SGPT 45mU/mℓ 이었으며 HB_sAg이 양성반응을 보였다.

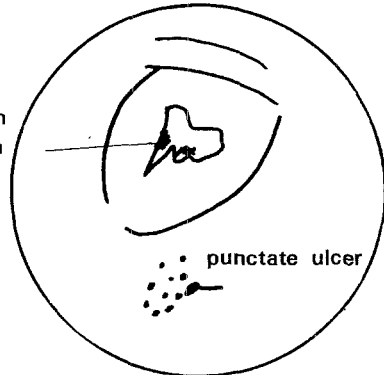
X선 검사 : 흉부 X선 소견과 단순 복부 X선 소견은 정상이었다.

간 주사(Liver Scan) 소견 : 간종대(Hepatomegaly)의 소견을 보였다.

내시경 검사 : 적장부터 맹장에 이르기까지 반점상의 궤양(Punctate ulcer)과 육아조직을 동반한 염증반응 소견이 산재되어 있었으며 특히 직장과 하행결장에 더 심하게 나타나 있었고 이 병변으로부터 생검을 실시한

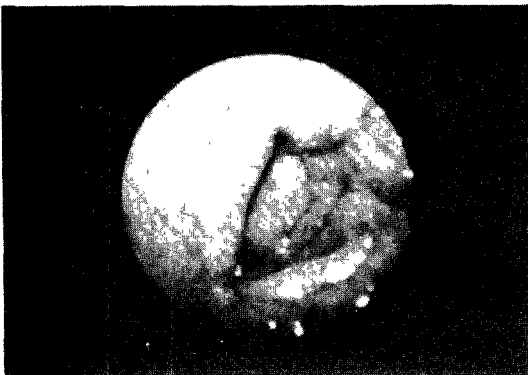


ulcer with granulation tissue

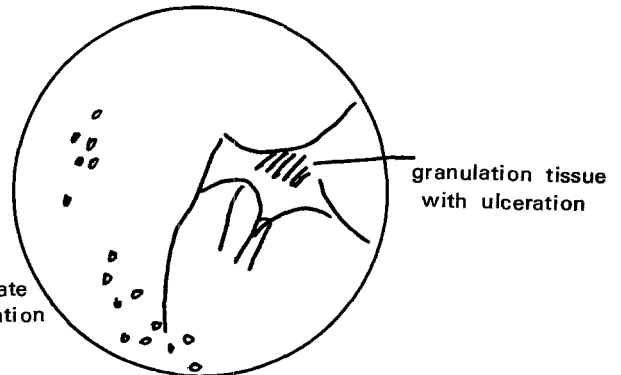


punctate ulcer

증례 2. ① 반점상의 궤양과 육아조직이 동반되어 있는 궤양이 보인다.

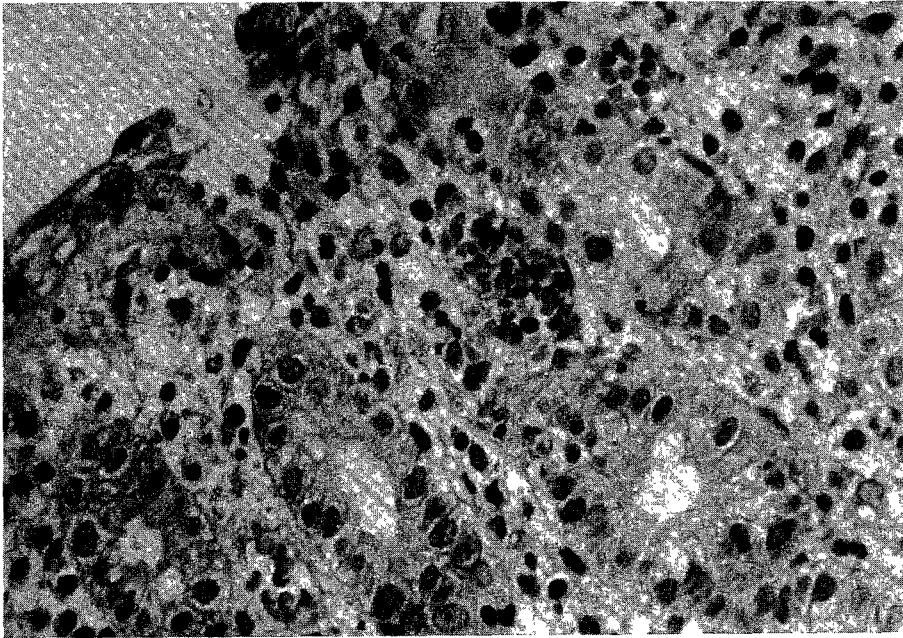


punctate ulceration

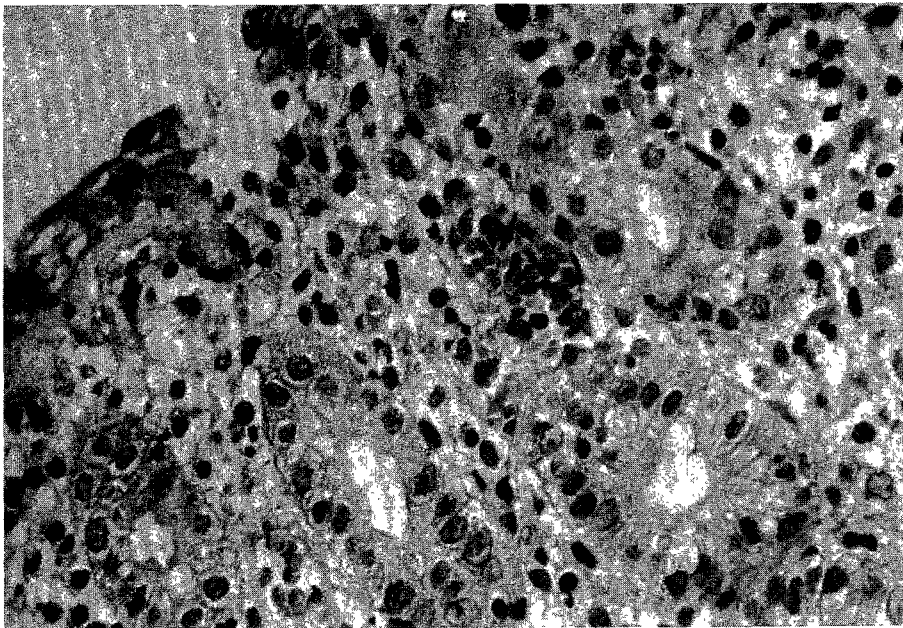


granulation tissue with ulceration

증례 2. ② 전체적으로 반점상의 궤양이 보이며 육아조직을 동반한 궤양이 보인다.



증례 1. 현미경 소견 염증세포와 부분적인 출혈의 소견을 보인다.(Hematoxylin-Eosin 염색, 400 ×).



증례 2. 염증세포가 보이며 점막에 궤양 현상을 보이고 있다. (Hematoxylin-Eosin 염색 400 ×).

결과 아메바의 낭포나 영양세포는 발견되지 않았으며 병리학적 소견상 비특이성 염증반응을 나타냈다.

고 안

경과 : 입원 2일째 부터 Metronidazol 2250mg을 9일간 경구투여하였으며 입원 8일째부터 설사가 호전되어지고 입원 11일째 증상이 호전되어 퇴원하였다.

아메바성 대장염이 의심되는 경우, 확실한 진단에 도움이 되는 방법은 환자의 대변을 대장에서 직접 채취

하거나 조직의 생검에서 *Entamoeba histolytica*의 낭포나 영양세포의 식혈현상을 발견하는 것이며 이때 내시경을 통한 대장의 육안적 소견이 도움이 되는 것이다¹¹⁾.

이상의 증례에서도 볼 수 있듯이 아메바성 대장염의 내시경적 소견으로 궤양은 맹장과 상행결장에 잘 나타나는 것으로 되어있으며 하행결장, S-결장, 직장의 순으로 잘 나타난다¹¹⁾. 이러한 궤양의 형태를 보면 원형의 것으로부터 선형을 나타내는 것도 있으며 특히 반점상으로 나타나는 것의 크기는 대체로 수 mm에서 2~3cm 이상의 것도 있음¹¹⁾ 크기가 커짐에 따라 궤양의 단부위(edge)에서 잠식현상을 보이며 궤양이 주위에는 팽창된 점막이 고리를 형성하여 싸고 있는 형태를 볼 수 있다¹¹⁾.

그외의 아메바성 대장염의 내시경적 소견은 매우 다양하여 1975년 Bernstein 등은 아메바성 대장염시 대장에 생긴 위용종(pseudopolyp)에 대하여 보고하였으며¹¹⁾ 1977년 Maynard는 점막층의 팽대에 의하여 나타나는 mucocele의 형태, 궤양이 생기기 전의 상태에서 작은 농양을 보고하였으며¹²⁾, 1974년 Pittman 등은 취약한 조직에 홍반이 나타나거나 반점출혈이 있는 경우에 대하여 보고하였다¹³⁾.

그 외에는 1980년, Ivan A. Friedrich 등에 의하여 위막을 형성하는 경우도 보고되었으며⁸⁾ 회색의 위막이 보이는 경우는 특히 점막의 궤사가 심하게 있음을 알 수 있다¹²⁾.

Reiner 등은 위막(Pseudomembrane)에 대하여 조직학적으로 궤사된 점막과 섬유소 및 염증세포들이 혼합되어 나타나는 Diphtheric형의 위막과 삼출성의 막으로 구성된 Croupous형으로 구분하였으나 아메바성 대장염의 경우는 두 형태 모두 있을 수 있다^{8) 10) 11) 12) 9)}.

아메바성 대장염에 있어 다른 질환들과 감별하여야 하는 또 다른 내시경적 소견으로 아메바종(ameboma)이 있다. 이것은 궤양이 더 깊은 층에까지 침식하여 염증반응이 더 심하게 나타나며 동시에 배상적으로 육아조직이 형성되어 나타나는 경우로 염증세포와 섬유아세포로 구성된 것이다^{14) 15) 16)}. 이러한 아메바종이 있는 경우 궤양은 불규칙한 형태를 나타내며 궤양의 기저부는 점막근층까지 잠식하기도 하며 궤양의 수도 단독으로 나타나기도 한다. 특히 후자와 같은 경우 종양과의 감별진단이 필요하다^{14) 15)}.

이상과 같이 아메바성 대장염의 내시경적 소견은

1) 분리되어 있는 원형 또는 선형의 궤양이 직장에서부터 맹장에 이르기까지 어디에나 존재할 수 있으며 한정된 부분에만 존재하기도 한다.

2) 궤양의 크기는 수mm정도에서 2~3cm 이상의

것도 있다.

3) 아메바성 궤양인 경우 팽창된 점막의 고리에 의하여 궤양의 단이 싸여있다.

4) 궤양의 단부위에서 잠식현상이 있어 궤양의 단면이 마름모꼴을 이룬다.

5) 조직이 취약하여 쉽게 출혈이 유발되며 반점출혈을 볼 수 있다.

6) 궤양과 궤양사이의 점막은 정상상태를 유지한다.

7) 궤양은 백색 또는 황색의 삼출액으로 덮여있다.

8) 빈도는 낮으나 위용종, 또는 아메바종의 소견을 나타내는 경우도 있다.

9) 아메바종의 경우, 단독으로 존재하는 궤양도 있는 경우가 있으며, 이러한 아메바종의 경우 형태가 불규칙하기도 한다.

결 론

저자들은 최근 이화대학병원 외과학교실에서 실시한 아메바성 대장염에 대한 내시경적 소견을 문헌적 고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

- 1) Marvin, H.S.: Gastrointestinal disease, Philadelphia, S. B. Saunders Co. 1983; , 988.
- 2) Andrew, G.P.: Can we diagnosis amebiasis? Gastroenterology. 1982; 83: 1319.
- 3) Vajrabukka, T.: Fulminating amebic colitis: a clinical evaluation, Br. J. Surg. 1979; 66: 630.
- 4) Wig, J.D.: Toxic dilatation of complicating fulminant amebic colitis, Br. J. Surg. 1981; 135.
- 5) Johnston, J.H.: Intestinal amoebiasis for 36 years, Postgraduate Med. J. 1980; 56: 802.
- 6) Wei-Jao Chen: Colon perforation in amebiasis, Arch. Surg. 1971; 103: 676.
- 7) Herriet Blumeneranz: The role of endoscopy in suspected amebiasis, Am. J. Gastroenterology 1983; 78: 15.
- 8) Friedrich, I.A.: Necrotizing amebic colitis with pseudomembrane formation, Am. J. Gastroenterology 1980; 74: 653.
- 9) Pittman, F.E.: Studies of human amebiasis: clinical and laboratory findings in eight cases of acute amebic colitis, Gastroenterology. 1973, 65: 581.
- 10) Junper, K.: Acute amebic colitis, Am. J. Med

1962; 33 : 377.

- 11) Bernstein, L.H. : Colonic pseudopolyps in association with amebic colitis, *Gastroenterology*: 1975; 68 : 786.
- 12) Maynard, III E.P. : Colitis with toxic megacolon in a 47-year-old woman, *New England J. Med.* 1977; 297 : 322.
- 13) Pittman, F.E. : Sigmoidoscopic and colonic mucosal biopsy findings in amebic colitis, *Arch. Pathol.* 1974; 97 : 155.
- 14) Kaushik, S.P. : Amebic granuloma : an experimental study, *Am. J. Gastroenterology.* 1977; 68 : 84.
- 15) Kaushik S.P. : Amebic granulomas of the large bowel, *Intern. Surg.* 1973; 58 : 715.
- 16) Morgan C.N. : Amoebiasis : some difficulties of diagnosis, *Br. Med. J.* 1944; 2 : 721.