

위에 국한된 크론병 1예

은성의료재단 삼선병원 내과

황윤이 · 조용기 · 차재문 · 김경환 · 나일환 · 이동현
하홍성 · 김상현 · 송철수

A Case of Crohn's Disease Confined to the Stomach

Yun Yee Hwang, M.D., Yong Ki Jo, M.D., Jae Moon Cha, M.D., Kung Hwan Kim, M.D.,
Il Hwan Na, M.D., Dong Hyeon Lee, M.D., Hong Seong Ha, M.D.,
Sang Hyun Kim, M.D. and Chul Soo Song, M.D.

Department of Internal Medicine, Samsun Hospital, Busan, Korea

크론병은 구강에서 항문에 이르기까지 전 위장관에 발생할 수 있으며 드물지만 전체 환자의 0.5~4%에서는 위 또는 십이지장을 침범하는 것으로 보고된다. 위 또는 십이지장의 크론병은 다른 위장관에 크론병이 있는 환자에서 함께 관찰되는 것이 보통이며 단독으로 발생하는 경우는 매우 드물다. 진단은 적합한 조직으로 얻은 병리학적 소견으로 이루어지나 내시경적 생검의 어려움으로 임상양상, 내시경, 조직학적 소견 및 방사선학적 소견 등을 토대로 유사한 다른 질환들을 배제한 후 진단을 내릴 수 있다. 저자들은 특징적인 육아종을 관찰할 수 없었으나 임상소견, 내시경 및 방사선 소견에 근거하여 진단된 크론병 1예를 경험하여 문헌고찰과 함께 보고한다.

색인단어: 크론병, 위

서 론

크론병은 아급성 또는 만성의 비특이적 육아종성 괴사 및 반흔성 염증을 특징으로 하는 질환으로 구강에서 항문에 이르는 소화기 전 장관계에 발생할 수 있다. 특히 회장 말단부, 대장, 직장에 호발하고, 상부위장관에 침범하는 경우는 드물며, 대부분은 소장 및 대장에 크론병이 있는 환자에서 함께 관찰되는 것이 보통이다. 위 또는 십이지장에 단독으로 발생하는 경우도 보고되지만 이는 매우 드물다.¹⁻⁶ 상부위장관에 크론병이 발생하는 빈도는 전체 크론병 환자 중 약 0.5~4.0%이며, 최근에는 점차 증가하는 추세이다.^{6,9} 상부위장관에

서는 유문부와 십이지장에 가장 흔히 호발하며, 위체부에서도 관찰되나 위저부에서는 드문 것으로 보고되고 있다.¹⁰ 증상으로는 무증상으로부터 비특이적인 소화 불량 및 지속적이거나 간헐적인 복통, 열, 체중감소, 설사의 증상을 나타내며, 드물게는 상부위장관 출혈을 보인다.¹¹

확진을 위해서는 조직검사에서 육아종의 발견이 필요하다, 과거력 및 신체검사 소견, 방사선 소견과 내시경 검사 소견을 종합하여 진단을 내리기도 한다.^{7,8} 국내에서는 지금까지 크론병에 대한 보고는 있었으나, 위에 국한하여 발생한 크론병에 대한 보고는 없었다. 최근 저자들은 소장 및 대장에 크론병의 증거가 없는 환자에서 위에 국한된 크론병을 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

접수 : 2002년 8월 23일, 승인 : 2003년 2월 4일
연락처 : 황윤이, 부산광역시 사상구 주례동 193-5
우편번호: 617-718, 은성의료재단 삼선병원 내과
Tel: 051-310-9238, Fax: 051-323-3308
E-mail: yunee1@lycos.co.kr
2002년 춘계소화기내시경학회 포스터 전시됨.

증 례

61세 여자가 내원 2개월 전부터 시작된 상복부 통증,

소화불량, 전신쇠약 및 체중감소를 주소로 입원하였다. 평소 속쓰림으로 약물 복용 중이었으나 병원을 방문한 적은 없었다. 과거력 및 가족력에서 특이사항은 없었다. 내원 당시 혈압은 120/80 mmHg, 맥박 92회/분, 호흡 18회/분, 체온 37°C였으며, 의식은 명료하였고 만성 병색을 보였다. 결막은 창백했고 공막의 황달소견은 관찰되지 않았다. 흉부 청진 시 호흡음과 심음은 정상하였고, 복부 진찰소견에서 심와부에 압통이 있는 것 이외에는 반발 압통, 간비종대 및 촉진되는 종물은 없었다.

말초혈액검사에서 백혈구 12,850/mm³ (호중구 80.3%, 림프구 12.5%, 호산구 0.4%), 혈색소 6.3 g/dL, 헤마토크리트 19.3%, 혈소판 763,000/mm³였으며, 혈청 생화학검사 및 요검사는 정상하였고, 대변검사에서 잠혈반응은 음성이었다. 단순 흉부 및 복부촬영에서 특이소견은 없었다.

입원 다음날 시행한 상부위장관 내시경검사서, 위각부에서 상부체부까지 소만부를 따라 불규칙하고 깊은 활동성 궤양이 종주하고 있는 것이 관찰되었고, 위전정부에는 아프타성 궤양이 관찰되었으며, 궤양 주위의 점막은 비후를 보이거나 덮고 있는 점막은 정상이었다(Fig. 1, 2). 악성 궤양의 의심하에 조직검사를 시행하였으며, 입원 2일째 시행한 상복부 단층촬영에서, 위체부의 비후소견을 보이며, 위체상부의 확장 소견을 보여 진행위암을 시사하는 소견이었다. 그러나 조직 소견에서 만성 염증 소견을 보여(Fig. 3) omeprazole 및 제산제를 투여하였다. 환자는 증세가 호전되지 않아 입원 7일째 상부위장관 내시경을 다시 시행하였으며 궤양의 모양에는 전혀 변화가 없었다. 이때 시행한 조직검사서서

도 만성 염증 소견이었다. 이후 시행한 상부위장관 조영술에서 위체상부에서 유문부에 이르는 불규칙한 모양의 궤양과 주위 점막의 자갈모양(cobblestone appearance) 및 위각부의 경직 소견이 관찰되었으며, 이어 시행한 소장 조영술 및 대장내시경검사에서는 이상소견이 관찰되지 않았다. 이에 저자들은 위에 발생한 크론병으로 의심하고 입원 14일째부터 하루 60 mg의 steroid를 경구 투여하였으며 투여 1주 후부터 증세 호전되었고, 투여 10일째 시행한 상부위장관 내시경검사서 궤양이 치유되고 있음을 확인하였다(Fig. 4). 치료



Figure 2. Endoscopic findings of the stomach. There are irregular margined ulcers on the lesser curvature of the lower body, but intervening mucosa looks normal.

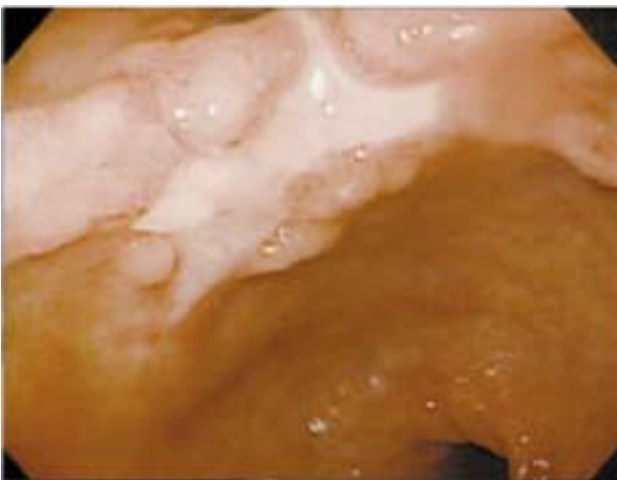


Figure 1. Endoscopic findings of the stomach. It shows irregular margined ulcers on the angle.

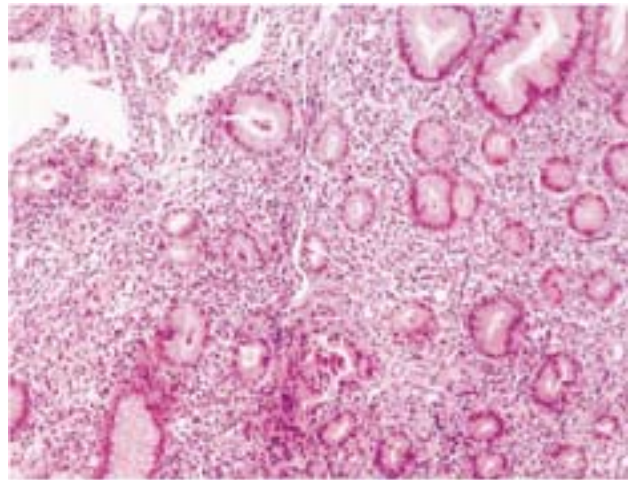


Figure 3. Microscopic finding. The biopsy specimen of gastric mucosa reveals diffuse infiltration of inflammatory cells on the lamina propria (H&E stain, ×100).



Figure 4. Endoscopic findings of the stomach. Ten days later, follow-up endoscopic finding shows a healing stage of ulcer on the lesser curvature of the lower body.

2개월째 시행한 상부위장관 내시경 소견에서는 궤양이 거의 치유되었음을 확인할 수 있었다(Fig. 5). 현재 환자는 특별한 증세 없이 외래에서 관찰 중이다.

고 찰

크론병은 아급성 또는 만성적 비특이적 육아종성 괴사 및 반흔성 염증질환으로, 1932년 Crohn 등의 최초 보고 시는 회장말단부에만 국한된다고 하였으나 이후 전 장관계에서 발견됨으로써 지금은 구강에서 항문에 이르는 어떤 소화기관에도 발생할 수 있다고 알려져 있다. 남녀 성별에 관계없이 20대에서 30대에 가장 흔하며 회장 말단부, 대장, 직장에 호발한다. 원인은 확실하게 밝혀져 있지 않으나 현재까지 알려진 바로는 유전적인 소인이 있는 사람에게 환경적인 요인이 작용하여 발병하는 것으로 생각되고 있다.^{1,6} 상부위장관에 발생하는 크론병은 드물지만 1937년 Gottlieb 등이 십이지장의 크론병을 처음 기술하였으며, 위에 발생한 크론병은 1949년 Ross가 처음 기술하였다. 이후 상부위장관의 크론병은 점점 증가하는 추세로 전체 크론병 환자 중 0.5~4%로 추정되고 있다.^{8,12} 발생장소는 주로 위 유문부와 십이지장(특히 십이지장구부)이며 크론병으로 진단 시 80% 이상에서 다른 하부장관에 크론병을 가지고 있거나 병발하는 경우가 대부분이며, 상부위장관에 단독으로 발생하는 것은 매우 드물다. 국내에서도 회장말단부와 맹장에 발생한 크론병으로 진단받은 지 약 6년이 지난 후에 십이지장에 크론병이 발생한 보고와 위십이지



Figure 5. Endoscopic findings of the stomach. Two months later, previous ulcers are completely healed.

장 크론병을 진단 후 추적관찰 중에 회장 말단부 병이 생긴 보고가 있다.^{3,4,7,10} 상부위장관 크론병은 증상이 없이 우연히 발견된 것으로부터 출혈, 협착에 이르기까지 다양하며, Comfort 등이 기술한 증상으로는 첫째, 지속적이거나 간헐적인 상복부 통증으로 음식섭취에 의해 악화될 수 있으며, 체중감소, 오심과 구토가 동반된다. 둘째는 설사와 관련되며, 궤양성으로 나타나는 경우는 비록 단순 소화성 궤양과 감별이 어렵지만, 상복부통증 혹은 위정체로 인한 구토가 설사와 관련될 때는 상부위장관에 병발한 크론병을 고려해 보아야 한다고 하였다. 셋째는 위정체이며, 넷째로는 흡수장애로 인한 빈혈, 저지방혈증, 저단백혈증, 저칼슘혈증, 저프로트롬빈혈증 등의 증거를 보인다. 그 외 드물게는 상부위장관 출혈과 궤양염이 발생할 수 있다.^{10,11} 방사선 소견으로는 상부위장관조영술에서 초기에는 아프타성 궤양을 볼 수 있는데 다발성의 아프타성 궤양이 유문부나 위체부에 군집된 모습을 관찰하게 된다. 이후 점막의 부종과 비후 및 점막이 두꺼워짐으로써 가성계실(pseudo-diverticula)을 형성할 수 있고, 궤양과 결절성 점막으로 인하여 자갈 모양을 볼 수 있으며, 반흔과 섬유화로 협착이 오면 누두(funnel) 모양의 유문부를 보게 되는데 이를 Ram's horn 징후라 한다. 유문부, 십이지장에 병발된 경우에는 위유문과 십이지장 하행부 사이에 해부학적 경계가 사라짐으로써 긴 튜브모양을 하게 되는데 이것을 "PseudoBillroth 1" 징후라 한다. 하지만 위장에서 이러한 소견은 비특이적이므로 만성소화성궤양, 위염, 경성암, 호산구성 위장염, 양성 림프성 증식, 림프종, 그외 다른 육아종성 질환과 반드시 감별해야 한다.^{5,13,14} 상부위장관 내시경검사에서는 과립성 혹은 결절성 점막과 선상 혹은 아

프타성(aphthous) 궤양이 종종 함께 나타나며, 진행된 경우 협착 등을 볼 수 있다. 확진을 위해서는 조직생검에서 육아종(granuloma)의 발견이 필요하지만 내시경적 생검을 시행하여 얻은 조직은 점막에만 국한되므로 대부분 비특이성 염증변화만이 관찰되며 육아종은 위장관의 점막보다는 점막하, 장막하, 근층간막(intermuscular septa), 근위림프절(regional lymph node)에 분포하므로, 내시경에 의한 육아종의 발견은 단지 7~16%밖에 되지 않는다고 보고되고 있다.¹⁵ 따라서 임상양상 및 내시경 및 조직학적 소견, 방사선학적 소견 등을 토대로 유사한 다른 질환들을 배제한 후 진단할 수 있다.¹³ 상부위장관에 발생한 크론병의 치료는 다른 하부장관계의 크론병과 동일하게 steroid나 sulfasalazine의 내과적 치료 및 보존치료를 하게되나 대량 출혈, 점진적인 협착과 폐색, 광범위한 누공이 생기면 수술적 방법이 필요하다.^{5,8} 일반적으로 상부위장관에 발생한 크론병은 하부장관계에 발생한 경우보다 예후가 좋은 것으로 되어 있다.⁸ 저자들은 소장 및 대장에 크론병의 증거가 없는 61세 여자 환자에서, 위내시경 조직검사에서는 특징적인 육아종을 관찰할 수 없었으나 임상소견, 내시경 및 방사선 소견에 근거하여 크론병으로 진단하고 steroid 사용으로 현저한 임상증상 및 내시경소견의 향상을 보였기에 위에 국한된 드문 크론병으로 진단하고 문헌고찰과 함께 보고한다.

ABSTRACT

Although Crohn's disease is usually found in the ileum and colon, it can be located in the whole gastrointestinal tract from the oral cavity to the anus. The frequency of gastroduodenal Crohn's disease is rare and is reported to range between 0.5% and 4.0% in Crohn's disease. And when Crohn's disease does involve the upper gastrointestinal tract, there is nearly always concomitant disease in the small bowel and colon. Very rarely, isolated Crohn's disease of the stomach and duodenum may occur. Definite diagnosis requires histologic confirmation, however, endoscopic biopsies often fail to reveal granuloma. Thus, if absence of definite histologic findings, combining clinical, radiologic and endoscopic findings suggest this condition. We experienced a first case of Crohn's disease confined to stomach and reported with review of the literature. (**Korean**

J Gastrointest Endosc 2003;26:146-149)

Key Words: Crohn's disease, Stomach

참 고 문 헌

1. 홍 일, 김홍근, 이성구 등. Crohn's disease 1예에 대한 임상보고. 대한소화기내시경학회지 1986;6:35-38.
2. Scully C, Cochran KM, Russell RI. Crohn's disease of the mouth: an indicator of intestinal involvement. Gut 1982;23:198-201.
3. 최병렬, 김창수, 김재훈 등. 위암으로 오인된 위십이지장 크론병 1예. 대한소화기내시경학회지 1999;19:817-822.
4. 김금정, 김영관, 동석호 등. 십이지장에 발생한 크론병 1예. 대한소화기내시경학회지 1993;13:79-82.
5. Fielding JF, Teye DK, Beton DC, Cooke WT. Crohn's disease of the stomach and duodenum. Gut 1970;11:1001-1006.
6. Frandsen PJ, Jarum S, Malmstrom J. Crohn's disease of the duodenum. Scand J Gastroenterol 1980;15:683-688.
7. Tootla F, Lucas RJ, Bernacki EG, Tabar H. Gastroduodenal Crohn disease. Arch Surg 1976;111:855-857.
8. Nugent FW, Roy MA. Duodenal Crohn's disease: an analysis of 89 cases. Am J Gastroenterol 1989;84:249-254.
9. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MR. An audit of gastroduodenal Crohn disease: Clinicopathologic features and management. Scand J Gastroenterol 1999;34:1019-1024.
10. Alcantara M, Rodriguez R, Potenciano JL, Carrobes JL, Munoz C, Gomez R. Endoscopic and bioptic findings in the upper gastrointestinal tract in patients with Crohn's disease. Endoscopy 1993;25:282-286.
11. Kim US, Zimmer-man MJ, Weiss M. Massive upper gastrointestinal hemorrhage associated with Crohn's disease of the stomach and duodenum. A case report. Am J Gastroenterol 1973;59:244-249.
12. Dancygier H, Frick B. Crohn's disease of upper gastrointestinal tract. Endoscopy 1992;24:555-558.
13. Levine MS. Crohn's disease of the upper gastrointestinal tract. Radiol Clin North Am 1987;25:79-91.
14. Marshak RH, Maklansky D, Kurzban JD, Lindner AE. Crohn's disease of the stomach and duodenum. Am J Gastroenterol 1982;77:340-341.
15. Korelitz BI, Waye JD, Kreuning J, et al. Crohn's disease in endoscopic biopsies of the gastric antrum and duodenum, Am J Gastroenterol 1981;76:103-109.