

## 7월 대한소화기내시경학회 교육자료

### - 크론병의 상부위장관 침범 -

#### 서론

크론병은 입에서 항문까지 모든 위장관에서 발생할 수 있는 만성 염증성 장질환이다.<sup>1</sup> 상부위장관 내시경이 보편화되면서 크론병 환자에서 위십이지장에 대한 주의깊은 관찰과 조직검사가 가능해져 최근 크론병환자의 상부위장관 침범비율은 높게 보고되고 있다.<sup>2</sup> 최근 무증상 크론병 환자에서 상부위장관내시경 및 조직검사를 통한 상부위장관 침범 비율에 대한 전향적 연구에 의하면 16%의 크론병 환자가 내시경적 및 조직검사에서 병변을 보였으며 이 중 3분의 2는 무증상 환자였다.<sup>3</sup> 크론병 환자에서 상부위장관 병변이 증상을 일으키는 경우는 흔하지 않으며, 위 크론병은 주로 위의 전정-유문부를 침범하고 내시경소견이 발적, 결절변화, 궤양, 조약돌 점막, 협착 등으로 비특이 염증의 내시경 소견과 유사하여 진단하기가 쉽지 않다. 최근 유럽 크론병 가이드라인에서 소아 및 청소년기의 염증성 장질환 환자에서 크론병을 진단하기 위해 상부위장관 내시경을 권유하고 있으며, 성인에서도 크론병의 범위 및 이환부위를 확인하기 위해 상부위장관 내시경을 시행할 수 있다고 제시했지만, 무증상 크론병 환자에서 시행하는 상부위장관내시경이 도움이 되는지에 대해서는 아직 논란이 있다.<sup>4, 5</sup> 국내 크론병 진단 가이드라인에서 상부위장관내시경은 상부위장관 증상이 있는 경우에만 추천되고 있으나,<sup>6</sup> 국내에서는 상부위장관내시경이 국가암검진 프로그램에 의해 40세 이상 성인에서 정기적으로 시행되고 있어 다양한 상부위장관 크론병이 보고되고 있다.<sup>7-14</sup> 따라서 본고에서는 상부위장관 크론병으로 진단된 두 증례를 제시하고, 현재까지 알려진 상부위장관 크론병의 진단 및 치료방침에 대해 살펴보고자 한다.

#### 증례 1

##### 32세 여성 김O경

위의 미란(그림1a)에서 시행한 조직검사에서 헬리코박터 감염은 관찰되지 않았으며 만성염증소견을 보였고 십이지장의 미란(그림1b)에서 시행한 조직검사서 육아종을 동반한 만성염증소견을 보여 크론병의 상부위장관 침범을 진단하였다.

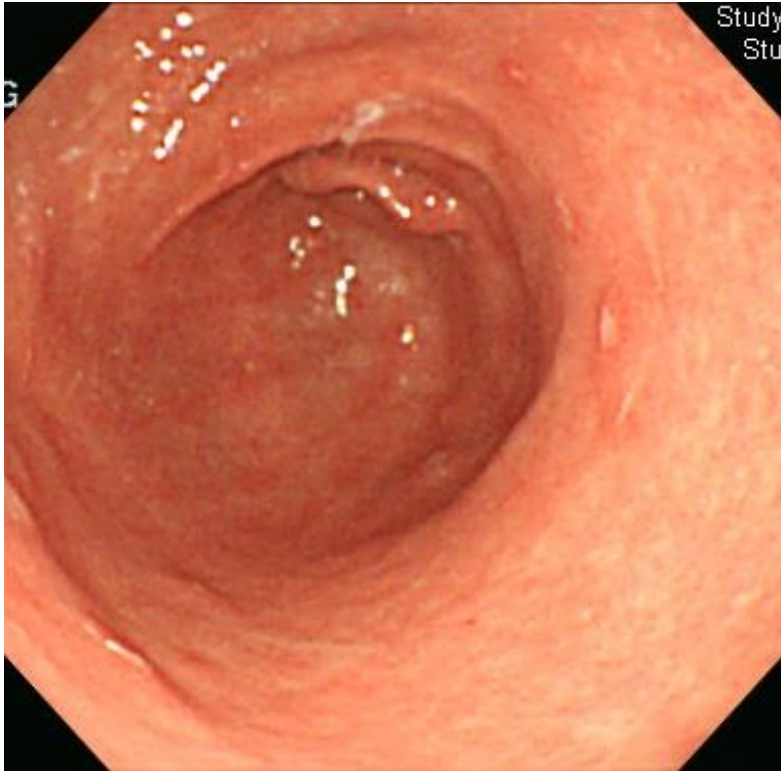


그림1a 위내시경 소견

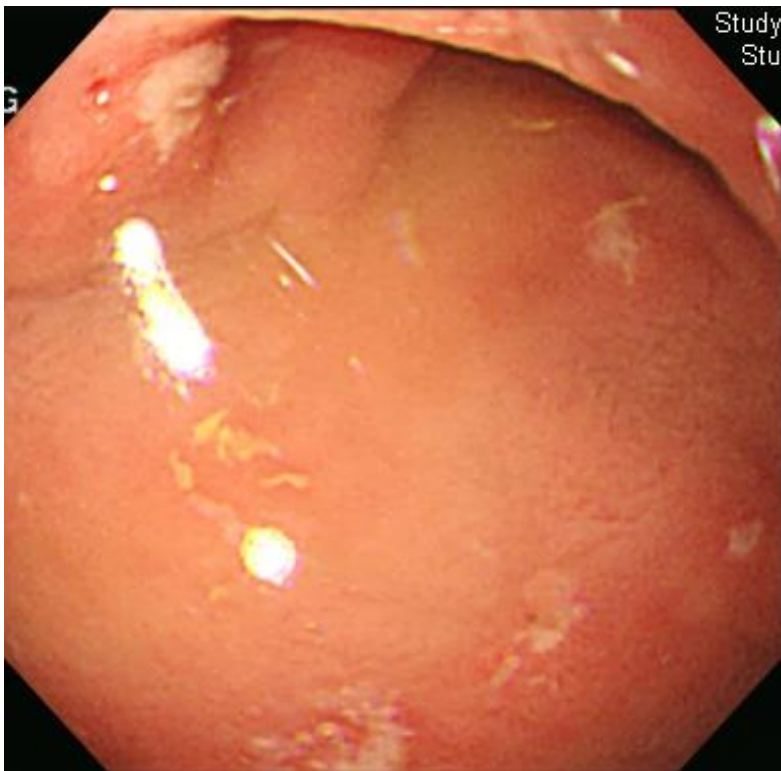


그림1b 십이지장소견

## 증례 II

### 35세 여성 장O경

십이지장에서 치유기 궤양 소견이 관찰되어 azathioprine으로 치료하였고 궤양이 치유된 소견을 보였다.

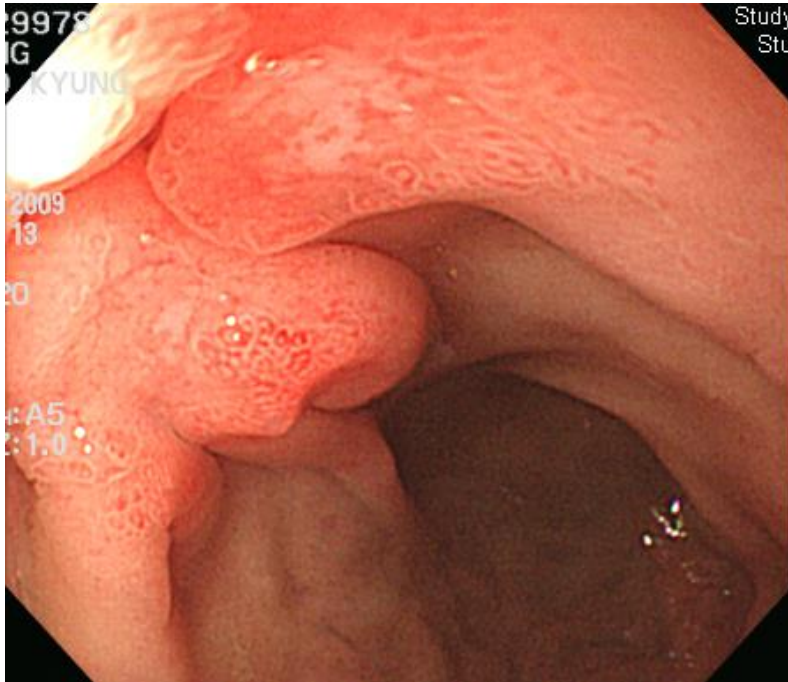


그림2a 내원 당시 십이지장소견

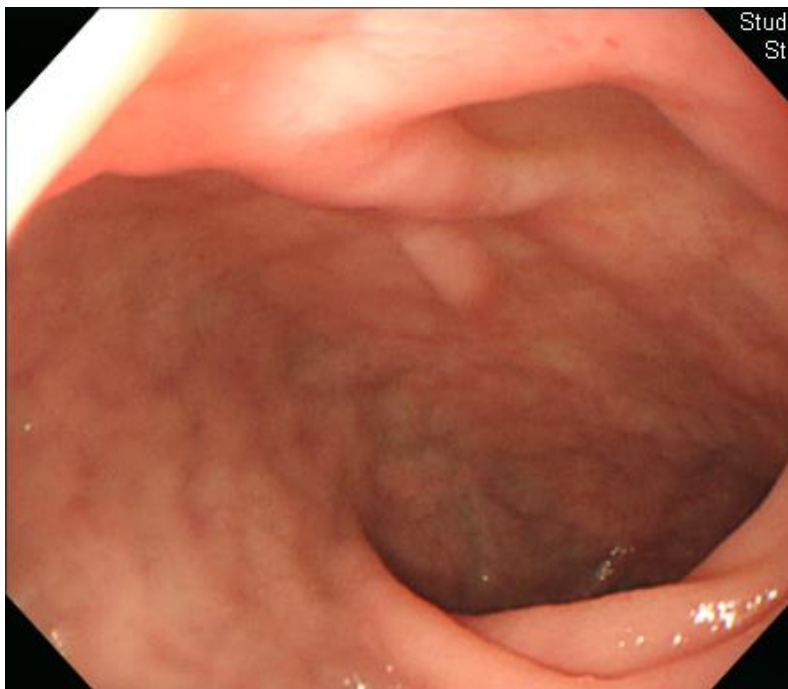


그림2b Azathioprine 치료 후 십이지장소견

## Mini-Review

상부 위장관 크론병의 조직학적 특징은 *H.pylori* 감염이 없는 환자에서 부분적인 활동성 염증으로 국한적인 임파조직구성 염증과 유사한 소견을 보여서 국한성위염(focal enhanced gastritis)이라 명명되었으며 이러한 국한적인 염증을 보이는 경우 크론병의 가능성이 높았다는 보고가 있다.<sup>2, 12</sup> 또 다른 크론병의 소견인 육아종(granuloma)은 비교적 작은 상피양조직구의 모임으로 위장관의 점막보다는 점막하, 장막하 등에 분포하므로 내시경에 의한 발견은 9% 정도로 낮지만, 그 특이성이 높아서 진단에 유용하게 쓰일 수 있다. 내시경 검사에서 정상으로 보이는 부위에서도 조직검사를 시행하면 크론병에 특이적인 국한성 위염이나 육아종이 관찰되는 경우가 많다.<sup>2, 3, 12</sup>

Yokota등은 크론병 환자에서 상부 위체부의 소만부와 분문부에서 규칙적인 미란이나 고랑이 횡으로 가로지르며 종주하는 두꺼운 점막주름 형태의 병변을 발견하고 대나무 마디모양 병변(Bamboo Joint-like appearance, 그림3)으로 명명하였다.<sup>15, 16</sup> 국내에서도 이러한 대나무 마디모양 병변은 크론병 환자의 47.6%에서 발견되었으나 궤양성대장염이나 비염증 장질환 환자에서는 각각 3.6%, 0.1%에서만 발견되어 *H.pylori* 감염율이 높은 국내에서도 대나무 마디모양 병변이 크론병에 특이한 소견으로 제시된바 있다.<sup>9</sup>

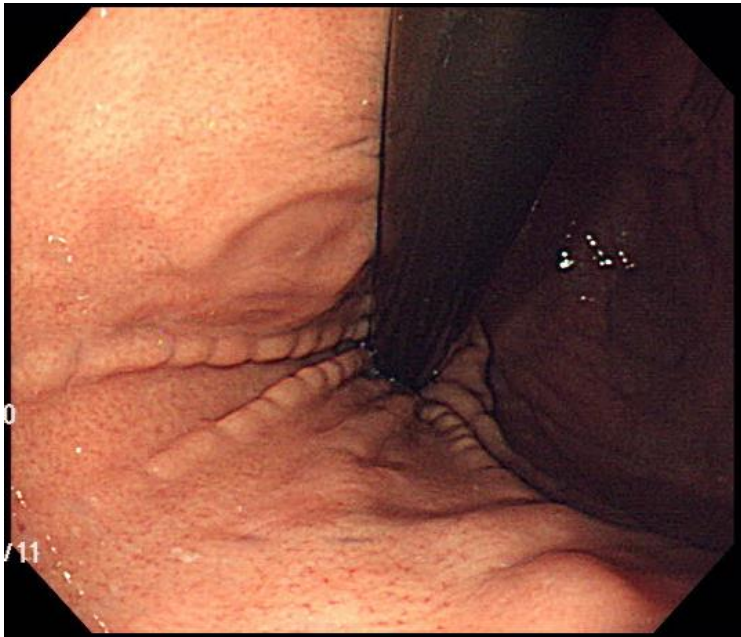


그림3. Bamboo Joint Like appearance

십이지장에 발생한 크론병은 상복부 통증, 출혈, 체중감소으로 발현되는 경우가 많으며 내시경적으로 미란으로 보이는 경우가 많으나, Kerckring's fold의 점막손상으로 notching 소견(그림4)을 보이는 경우 특이적으로 판단한다.<sup>8</sup>

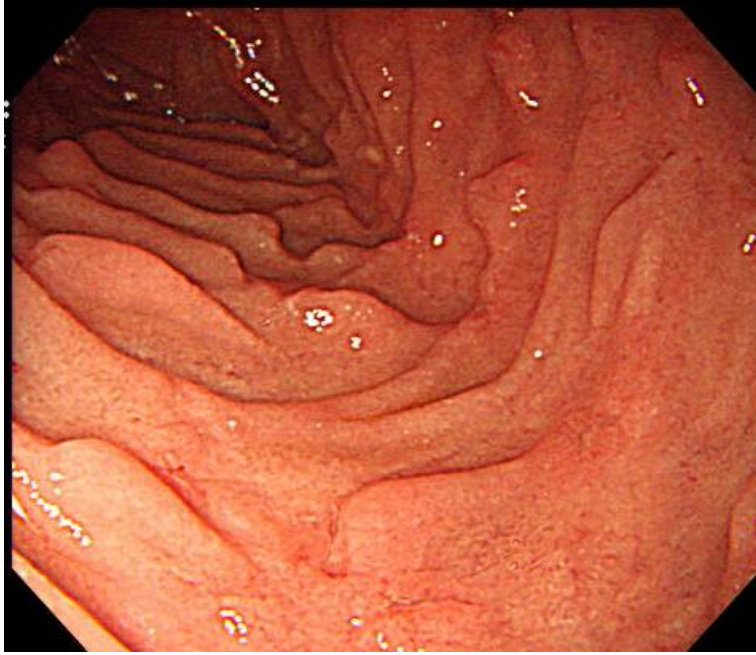


그림4. Typical mucosal defects on top of the Kerckring's folds, called 'notching'

크론병 치료 가이드라인에 따르면 식도 및 위, 십이지장 크론병은 예후가 불량한 것으로 생각되지만, 흔하지 않기 때문에 치료약제에 대한 연구가 충분하지 않다.<sup>17</sup> 통상적인 관해 유도에 사용하는 약제(corticosteroids, azathioprine, 6-mercaptopurine)에 프로톤펌프 억제제를 추가하여 치료하는 것이 일반적이며, 최근 난치성 십이지장 크론병 환자에서 infliximab에 의해 치료된 케이스도 보고되었다.<sup>10</sup> 십이지장을 침범한 크론병은 때때로 협착을 일으키며, 협착에 의해 위장관 폐쇄 증상이 발생하면 풍선 확장술이나 수술이 필요할 수 있다.<sup>11, 14, 17</sup>

결론적으로 크론병 환자에서 의미있는 상부위장관 침범의 정의 및 치료방침에 대한 추가적인 연구가 필요하며, 증상이 동반되는 경우 적극적인 치료를 통해 합병증의 발생을 예방할 수 있겠다. 또한, 국내 크론병 환자가 증가하고 있는 상황에서 국가암검진 사업으로 시행되는 정기적인 상부위장관 내시경 검진에서 우연히 발견되는 상부위장관의 크론병 병변이 증가할 가능성이 높아 내시경 시행의사들의 관심이 필요하다. 마지막으로 *H.pylori* 유병률 및 위암 발생률이 높은 국내에서 상부 위장관 크론병의 정확한 유병률과 합병증 발생 비율을 알기 위해 진단과 치료에 대한 학회 차원의 전향적인 연구가 필요하고 생각한다.

- ✓ 증례 및 리뷰: 이창현 (서울대학교병원 강남센터 소화기내과)
- ✓ 사진 제공: 김영호 (성균관대의대 삼성서울병원 소화기내과)  
은창수 (한양의대 구리병원 소화기내과)



## 참고 문헌

1. Abraham C, Cho JH. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 2009;361:2066-78.
2. Parente F, Cucino C, Bollani S, et al. Focal gastric inflammatory infiltrates in inflammatory bowel diseases: prevalence, immunohistochemical characteristics, and diagnostic role. *Am J Gastroenterol* 2000;95:705-11.
3. Annunziata ML, Caviglia R, Papparella LG, et al. Upper gastrointestinal involvement of Crohn's disease: a prospective study on the role of upper endoscopy in the diagnostic work-up. *Dig Dis Sci* 2012;57:1618-23.
4. Annese V, Daperno M, Rutter MD, et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2013;7:982-1018.
5. Van Assche G, Dignass A, Panes J, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2010;4:7-27.
6. Ye BD, Jang BI, Jeon YT, et al. Diagnostic Guideline of Crohn's Disease. *Korean J Gastroenterol* 2009;53:161-176.
7. Hong CH, Park DI, Choi WH, et al. The Clinical Usefulness of Focally Enhanced Gastritis in Korean Patients with Crohn's Disease. *Korean J Gastroenterol* 2009;53:23-28.
8. Joung YH, Lee DG, Kim HJ, et al. Crohn's Disease of the Upper Gastrointestinal Tract: Endoscopic and Histologic Characteristics and Prevalence of Helicobacter pylori Infection. *Korean J Gastrointest Endosc* 2003;27:1-9.
9. Kang MS, Park DI, Park JH, et al. Bamboo Joint-like Appearance of Stomach in Korean Patients with Crohn's Disease. *Korean J Gastroenterol* 2006;48:395-400.
10. Kim YL, Park YS, Park EK, et al. Refractory Duodenal Crohn's Disease Successfully Treated with Infliximab. *Intest Res AID - 10.5217/ir.2014.12.1.66 [doi]* 2014;12:66-69.
11. Kwon SW, Lee JH, Park YN, et al. Isolated Duodenal Crohn's Disease: A case report. *J Korean Surg Soc* 1999;56:602-607.
12. Yoo C, Lee BI, Choi KY, et al. Pathological Findings of Crohn's Disease in the Stomach. *Korean J Pathol* 2006;40:269-273.
13. Hwang YY, Jo YK, Cha JM, et al. A Case of Crohn's Disease Confined to the Stomach. *Korean J Gastrointest Endosc* 2003;26:146-149.
14. Kim HK, Ryu SY, Kim HY. Isolated Crohn's Disease of Stomach A case report and review of the literature. *J Korean Surg Soc* 1998;55:290-295.
15. Yokota K, Saito Y, Einami K, et al. A bamboo joint-like appearance of the gastric body and cardia: possible association with Crohn's disease. *Gastrointest Endosc* 1997;46:268-72.
16. Hokama A, Nakamura M, Ihama Y, et al. Notched sign and bamboo-joint-like appearance in duodenal Crohn's disease. *Endoscopy* 2008;40 Suppl 2:E151.
17. Ye BD, Yang SK, Shin SJ, et al. Guidelines for the Management of Crohn's Disease. *Korean J Gastroenterol* 2012;59:141-179.