



2021-12

발송일: 2021년 12월 17일

급성봉소위염 (Acute phlegmonous gastritis)

증례

58세 여자가 상복부 통증으로 응급실에 내원하였다. 상복부 통증은 내원 1개월 전부터 시작되어 집 근처 병원에서 투약하였으나 호전되지 않았고, 내원 1주 전부터는 악화되며 발열이 동반되어 타원 입원 하 Ceftriaxone과 Metronidazole을 투여하였다. 5일 후에도 발열 및 복통 지속되어 항생제를 Piperacillin/tazobactam으로 변경하였으나 호전이 없어 본원에 이송되었다.

환자는 2012년 제2형 당뇨병을 진단받고 경구혈당강하제를 복용 중이었으며, 협심증으로 2012년 경피적 관상동맥 중재술을 시행 받았었다. 내원 시 혈압 150/80 mmHg, 맥박 85회/분, 호흡 16회/분, 체온 37.3°C 이었다. 의식은 명료하였으나 급성 병색이었고, 상복부(epigastric area)에 압통 및 반발통이 있었다. 혈액검사에서 WBC 10,800/ μ L (호중구 81.9%, 혈색소 10.8g/dL, 혈소판 263,000/ μ L이었다. 전해질 불균형은 없었으며, TCO₂ 24.2 mmol/L, AST/ALT 14/14 mg/dL, BUN/Cr 15/0.67 mg/dL, CRP 1.34mg/dL 이었다. 상부위장관 내시경에서 위 점막 전반적으로 점막 부종이 관찰되었으며, 하체부 대만측에 2.5cm 크기의 황색 삼출물을 동반한 궤양성 병변이 관찰되었다 (Fig. 1). 궤양성 병변에서 배양 검사 및 조직 검사를 시행하였는데, 생검 검자로 궤양 병변을 뜯어 내자 고름이 새어 나오는 모습이 관찰되었다. 복부 CT에서 위 전반에 걸쳐 (주로 하체부 및 중체부) 부종성 위벽 비후가 관찰되었다 (Fig. 2). 혈액 배양 검사에서는 균주는 보고되지 않았으나, 조직 배양 검사에서 장내구균이 동정되었다. 조직 검사에서도 궤양과 함께 염증성 삼출물이 관찰되어 급성봉소위염에 합당하였다 (Fig. 3).

환자는 복통 호전될 때까지 금식과 항생제로 치료하였다. 내원 당시에는 반발통이 동반되어 수술적 치료를 고려하였으나, 활력 징후가 안정적이었고 보존적 치료로도 압통 및 반발통이 호전하

는 추세였다. 입원 중 며칠간 38.3°C 이상의 발열과 CRP 상승(7.85 mg/dL까지)이 지속되었으나 배양균이 동정된 후 Piperacillin/tazobactam + Teicoplanin으로 14일간 항생제로 치료하였고, 발열 및 복통이 호전되어 식사를 시작하였다. 첫 상부위장관 내시경 시행 후 12일 후 추적 내시경에서 궤양성 병변은 상당히 호전되었다. 발열 및 복통이 더 이상 없고, 혈액검사에서도 호전되어 퇴원 후 외래에서 경과 관찰 중이다.

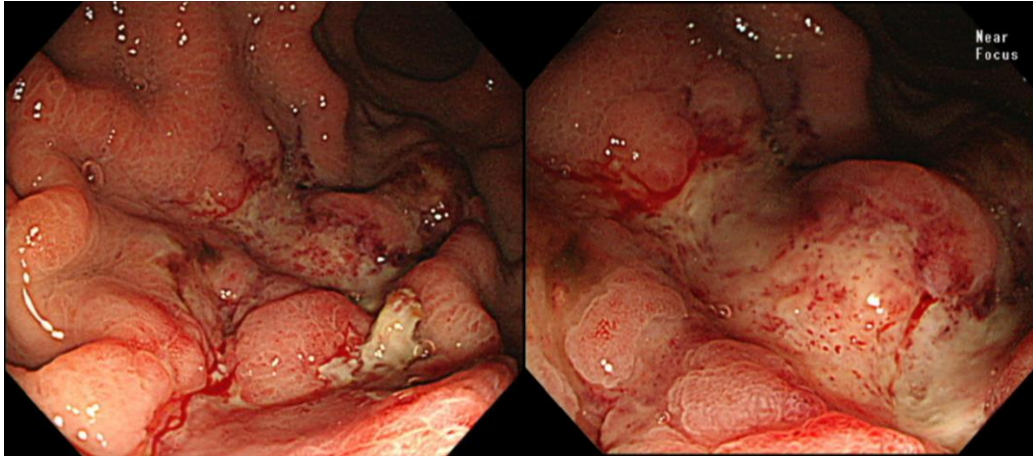


Figure 1. Upper GI endoscopy showed ulcerative change with edematous and hyperemic mucosal change in the gastric low body/greater curvature. With forceps biopsy pus flew out.



Figure 2. Abdominal computed tomography showed a diffuse wall thickening and edematous change at the whole stomach (especially low body and mid body).

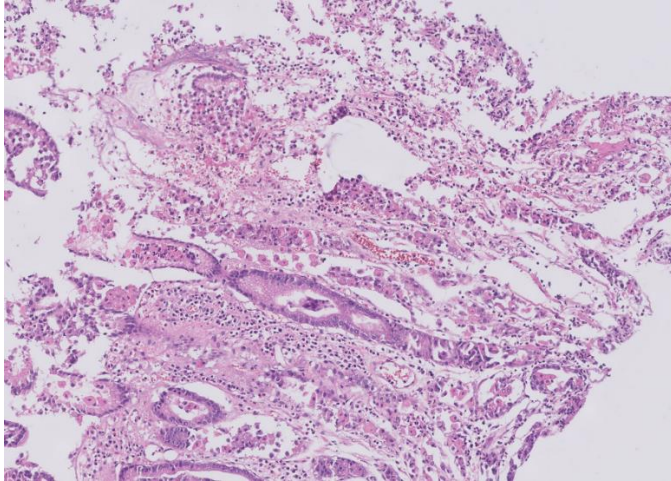


Figure 3. Histological examination showed an inflammatory exudate along with ulcer.

고찰

급성봉소위염은 위 점막하층 및 근육층의 세균성 감염으로 인해 위벽의 부종과 괴사를 동반하는 매우 드물고 치명적인 질환이다 [1]. 모든 연령에서 나타날 수 있으나, 50대-70대에 가장 흔하고, 남녀 비율은 2:1 정도로 보고된다 [2]. 임상 양상은 비특이적인데, 상복부 통증, 오심, 구토와 발열 같은 감염 징후를 나타낸다. 위벽이 괴사되면서 복막염으로 빠르게 진행할 수 있어서, 진단이 지연되거나 간과될 경우 사망률이 높다 [3,4]. 질병 경과 중 발열과 복부 압통 및 반발통과 같은 복막 자극 징후가 분명해지고 구토액이 농양으로 변하기도 한다 [5-7]. 급성봉소위염의 가장 흔한 원인균은 Streptococci로 약 70%에서 발견이 되며, Staphylococci나 Enterococci 등도 비교적 흔한 것으로 알려져 있다 [8]. 주로 위 생검 조직, 복수, 및 위액 배양 시에 동정된다 [1]. 본 증례에서도 비특이적인 상복부 통증과 압통 및 발열이었고, 내시경에서는 비전형적인 다발성 궤양의 소견이었으나, 생검 시 고름이 새어 나오고 조직 배양에서 장내구균이 동정됨으로써 진단하였다. 복부 CT는 진단에 매우 유용한데, 두꺼워진 위벽, 위벽 내 농양을 시사하는 저강도 음영이나 가스, 인접 장기로의 염증 파급 정도를 확인할 수 있다 [2]. 내시경초음파는 위벽 비후 정도와 염증 파급 정도를 판단하고 미세침흡인술 등으로 농양을 배농할 수 있다는 점에서 CT 보다 유용하다 [7].

급성봉소위염은 1862년 처음 기술되었으며, 병태생리학적으로는 주로 세균이 점막하층으로 침입하여 점막과 장막으로 증식 및 확산하여 발생한다. 위험 인자에는 과도한 음주, 면역 저하 상태 (HIV 감염, 영양결핍, 당뇨, 류마티스 관절염, 만성신부전, 카포시육종, 다발성골수종, 백혈병, 만성

부신피질 호르몬제 사용)[1] 위 내시경 절제술 등이 제시되었다.[9] 또한, 내시경적 조직검사 이후 발생 [10], 내시경초음파를 이용한 흡인 검사 후 발생 [11], 내시경점막절제술 및 점막하박리술 후 발생한 예들이 보고되었다 [12]. 병변의 범위에 따라 미만형과 국소형으로 분류되며 [13,14], 미만형은 국소형보다 흔하며 위강 확장 및 위벽 천공을 유발할 확률 및 사망률(각각 10% 대 54%)이 더 높고 [15], 국소형은 위점막 충혈 및 미란, 궤양, 괴사 또는 출혈을 특징으로 한다.

치료는 감염 부위의 수술적 절제 및 광범위 항생제 (3세대 cephalosporin+metronidazole 또는 piperacillin/tazobactam 또는 carbapenem 등)의 충분한 투여가 가장 효과적이다. 최근 항생제의 발달로 중증 환자가 아닌 경우 보존적 치료만으로 완치된 예들도 보고되나, 보존적 치료에 효과가 없으면 빠른 수술적 치료가 사망률을 낮출 수 있다.

참고문헌

1. Miller AI, Smith B, Rogers AI. Phlegmonous gastritis. *Gastroenterology* 1975;68:231–238.
2. Nomura K, Iizuka T, Yamashita S. Phlegmonous gastritis secondary to superior mesenteric artery syndrome. *SAGE Open Med Case Rep* 2015;1:1–6.
3. Min SY, Kim YH, Park WS. Acute phlegmonous gastritis complicated by delayed perforation. *World J Gastroenterol* 2014;20:3383–7.
4. Kim KH, Kim CG, Kim YW, et al. Phlegmonous gastritis with early gastric cancer. *J Gastric Cancer* 2016;16:195–9.
5. Paik DC, Larson JD, Johnson SA, et al. Phlegmonous gastritis and group A streptococcal toxic shock syndrome in a patient following functional endoscopic sinus surgery. *Surg Infect (Larchmt)* 2010;11:545–9.
6. Kato K, Tominaga K, Sugimori S, et al. Successful treatment of early-diagnosed primary phlegmonous gastritis. *Intern Med* 2015;54:2863–6.
7. Kim HS, Hwang JH, Hong SS, et al. Acute diffuse phlegmonous esophagogastritis: a case report. *J Korean Med Sci* 2010;25:1532–5.
8. Seidel RH, Burdick JS. Gastric leiomyosarcoma presenting as a gastric wall abscess. *Am J Gastroenterol* 1998;93:2241–4.

9. Ajibe H, Osawa H, Yoshizawa M, et al. Phlegmonous gastritis after endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer. *Therap Adv Gastroenterol* 2008;1:91–95.
10. Bron BA, Deyle P, Pelloni S, Krejs GJ, Siebenmann RE, Blum AL. Phlegmonous gastritis diagnosed by endoscopic snare biopsy. *Am J Dig Dis* 1977;22:729–733.
11. Itonaga M, Ueda K, Ichinose M. Phlegmonous gastritis caused by endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration (EUS-FNA). *Dig Endosc* 2012;24:488.
12. Lee BS, Kim SM, Seong JK, et al. Phlegmonous gastritis after endoscopic mucosal resection. *Endoscopy* 2005;37:490–493
13. Aviles JF, Fernandez SJ, Barcena R, et al. Localized phlegmonous gastritis: endoscopic view. *Endoscopy* 1988;20:38–9.
14. Sood BP, Kalra N, Suri S. CT features of acute phlegmonous gastritis. *Clin Imaging* 2000;24:287–8.
15. Kim GY, Ward J, Hennessey B, et al. Phlegmonous gastritis: case report and review. *Gastrointest Endosc* 2005;61:168–74

(박진화, 아산병원 소화기내과)