

1월 대한소화기내시경학회 교육자료

- 위 상피하 병변 모양의 방선균증 (Gastric actinomycosis) -

서론

방선균증은 구강, 위장관, 생식기관에 정상적으로 상주하는 그람 양성 혐기성 균인 *actinomyces* 종에 의해 발생하는 만성 화농성 육아종성 질환이다. *actinomyces israelii*가 사람에서 발생하는 방선균증의 주 원인균이다. 방선균증은 여러 신체 부위에 감염을 일으킬 수 있다. 구강 내 손상 점막이나 주위 조직을 침범하여 발생하는 경부 및 안면 부위의 염증이 가장 흔하다. 흡인에 의한 폐와 종격동 등 흉강내 감염도 흔하게 발생하며 복강내 감염은 드물게 발생한다. 78세 남자 환자에서 진단된 위 상피하 병변처럼 관찰되는 방선균증 1예를 소개하고자 한다.

증례

78세 남자 환자는 2개월 전부터 발생한 우상복부 통증을 주소로 병원을 방문하였다. 고혈압과 당뇨병의 과거력이 있으며, 복부 수술력은 없었다. 복부 CT에서 위 전정부와 맞닿은 4.3x 3.3cm 크기의 종괴가 관찰되었고, 종괴의 경계는 불분명하며, 복벽의 낭성 병변과 연결되어 있었다 (그림 1). 내원 당시 혈압과 맥박수는 정상 범위였으며, 체온은 36.9°C였다. 혈액검사서서 WBC 6800/uL, CRP 4.65 mg/dL였다. 위내시경에서 근위 전정부 대만에 중심부 작은 궤양이 있는 5 cm 크기의 정상점막의 상피하 병변이 관찰되었고 (그림 2), 중심부 궤양에서 시행한 조직검사 결과 궤양 이외의 상피하 조직은 관찰되지 않았다. 초음파내시경 검사 결과 고유근층에서 바깥으로 위치하는 경계가 모호한 약 5 cm 크기의 불균질한 저에코성 병변이 관찰되었고 (그림 3), 초음파 내시경 유도하 세침 흡인 검사 결과 다수의 포식 세포가 있는 급성 화농성 염증 소견이 관찰되었다. 복벽의 낭성 병변에서 흡인 세포 검사(aspiration cytology)를 시행하였고, 실모양의 균사체들이 모여 과립성 집락을 형성하는 황과립 (sulfur granule)이 관찰되어 (그림 4), 방선균증에 합당하였다. 미생물 배양검사서서 방선균은 관찰되지 않았다. 환자는 amoxicillin 2g을 하루 2회 경구 투여하면서 경과 관찰 중이다.

그림 1. 위전정부와 맞닿은 종괴가 복벽의 낭성병변과 연결되어 있다.

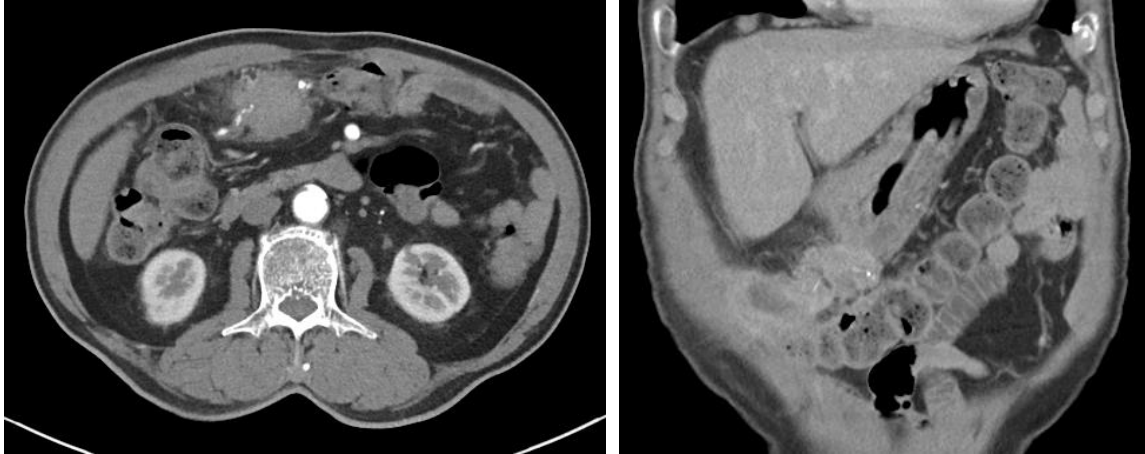


그림 2. 위 전정부에 중심부에 작은 궤양이 있는 상피하 병변이 관찰된다.

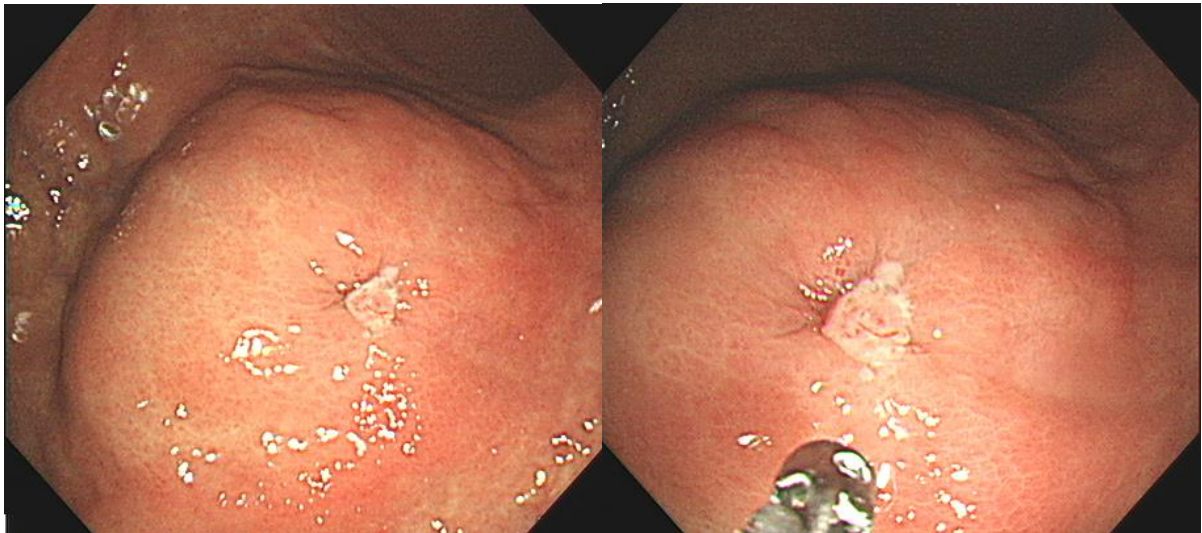


그림 3. 내시경 초음파에서 고유근층에서 바깥으로 위치하는 경계가 모호한 불균질한 저에코성 병변이 관찰된다.

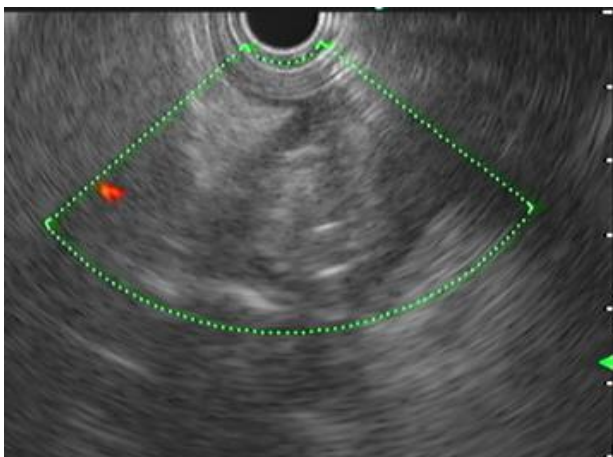
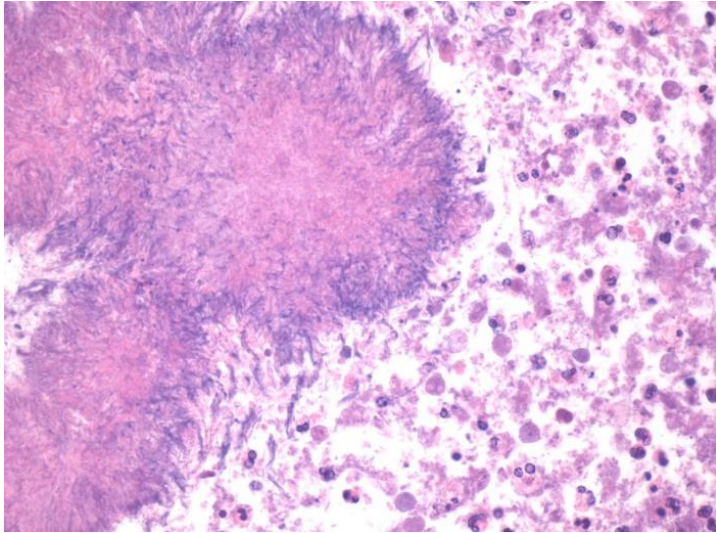


그림 4. 실모양의 균사체들이 모여 과립성 집락을 형성하는 황과립 (sulfur granule)이 관찰된다 (H&E x400).



Mini-Review

복부 방선균증의 발생 위치는 충수 돌기, 맹장, 및 대장이 가장 흔한 부위이며, 식도, 간, 담도, 췌장에도 발생할 수 있으나, 위 내의 강한 산도로 인해 위 방선균증은 매우 드물다. 방선균은 정상 점막은 침입하지 못하며, 병을 일으키기 위해서는 점막의 손상이 필요하다. 대부분 복부 수술, 특히 담낭과 대장 수술 후에 잘 발생하고 선행 요인으로 급성 충수돌기염, 대장계실염이나 소화성궤양에 의한 천공, 이물, 종양, 자궁내 장치 등이 있다. 본 증례는 복부 수술이나 위장관 천공의 과거력은 없었으나 위내시경에서 보이던 중심부 작고 깊은 궤양은 과거에 천공이나 누공이 존재했을 가능성을 나타낸다. 위 방선균증의 임상 증상으로 경한 발열, 상복부 통증, 체중 감소, 위장관 출혈 등이 있다. 특징적인 영상 소견이나 내시경 소견은 없으며, 악성 종양, 침윤형 점막 병변, 상피화 병변 및 궤양성 병변 등 다양한 양상으로 관찰된다.

본 증례처럼 상피화 병변으로 관찰되어 내시경 초음파를 시행한 예는 극히 드물며 위의 궤양성 병변에서 내시경 초음파를 시행한 증례를 보면 비대해진 위벽내 불균질한 저에코성과 무에코성 병변으로 관찰되었다. 화농성 염증 반응이 주로 점막하층에서 발생하므로 일반적인 내시경 조직 검사에서는 비특이적인 염증 변화로 나타난다. 따라서 진단의 어려움으로 수술 후 진단되는 경우가 많다. 확진은 균 배양과 조직 소견으로 이루어진다. 균 배양은 혐기성 환경에서 2-4주의 시간이 필요하고 배양이 어렵다. 따라서 조직소견에서 가는 실 모양의 방선균이 서로 붙어 과립상의 집락을 형성하는 황과립(sulfur granule)을 증명하여 진단한다. 방선균증의 치료는 약물 치료만으로도 효과적이지만 상당수에서 이차성 섬유화를 동반하므로 장기간의 치료가 필요하다. 고용량의 페니실린 G나 아목시실린을 6-12개월 사용하며, 감염된 조직을 외과적으로 적절하게 절제한다면 치료 기간을 3개월로 줄일 수 있다.

증례 및 리뷰: 박종규 (울산의대 강릉아산병원 소화기내과)

Key Words: Actinomycosis; Actinomyces; Stomach

참고문헌

1. Valour F, Senechal A, Dupieux C, et al. Actinomycosis: Etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. *Infect Drug Resist* 2014;7:183-197.
2. Lee SH, Kim HJ, Kim HJ, et al. Primary gastric actinomycosis diagnosed by endoscopic biopsy: Case report. *Gastrointest Endosc* 2004;59:586-589.
3. Al-Obaidy K, Alruwaili F, Al Nemer A, et al. Primary gastric actinomycosis: Report of a case diagnosed in a gastroscopic biopsy. *BMC Clin Pathol* 2015;15:2.
4. Kang JY, Kim H, Lee KH, et al. A case of primary gastric actinomycosis. *The Korean Journal of Medicine* 2009;77:27-30.