

# 구강점막의 감염성 병소

전남대학교 치과대학 구강병리학 교실

조교수 최 홍 란

## 바이러스 감염

바이러스는 사람에게 감염을 일으키는 가장 단순하고 작은 미생물로서 DNA 바이러스와 RNA 바이러스로 구분된다. 바이러스는 생물의 종과 조직에 대한 특이성(친화성)을 가지므로 감염은 특정 바이러스에 대한 수용기를 가진 세포에 대해서만 가능하다. 바이러스 감염을 치료할 수 있는 약제는 많지 않으며 숙주의 면역계가 치료에 중요하다. 구강내에서 가장 흔히 나타나는 바이러스 감염은 헤르페스(herpes), 콕사키(coxsackie), 파포바(papova)바이러스가 있다.

### 1. 헤르페스 바이러스(Herpes Virus)

헤르페스의 바이러스로는 Herpes simplex virus-1(HSV-1 or HHV-1), Herpes simplex virus-2(HSV-2 or HHV-2), Varicella zoster virus (VZV or HHV-3), Epstein-Barr virus(EBV or HHV-4), Cytomegalovirus(CMV or HHV-5), Human Herpes Virus-6, 7(HHV6 and HHV-7) 등이 있다. 모든 헤르페스 바이러스는 상피세포 내로 들어가서 번식할 수 있다. 이중에서 세가지(HSV-1, HSV-2, VZV)는 향신경성(neurotropism)이며 다른 세가지(EBV, CMV, HH6)는 향림프성(lymphotropism)이다.

#### 1) 단순 헤르페스 바이러스(Herpes Simplex Virus)

보통 HSV-1은 구강, 안면, 눈에서, HSV-2는 성적 접촉을 통해 생식기와 허리 아래의 병소에서 관찰된다. 그러나 약 10%에서 HSV-2가 구강에서, HSV-1이 생식기에서 관찰된다. 일반적으로 피부의 상처를 통해 체내로 들어오는데 정상점막도 투과할 수 있는 것으로 알려져 있다.

바이러스는 말초신경을 감염시키고 국소 신경절로 이동하여 잠복하게 된다. 재활성은 정신적 압박, 외상, 추위, 일광, 위장장애, 발열, 생리주기 또는 면역계를 억제시킬 수 있는 여러 요인들에 의해 촉발되어 신경의 축삭을 따라 상피로 이동하여 나타난다.

#### (1) 급성 원발성 헤르페스성 치은구내염

대부분의 일차감염에서는 임상 증상이 거의 없으나 약 1% 정도가 뚜렷한 급성 증상을 보인다. 주로 어린 아이에서 나타나지만 성인에서도 간혹 나타난다. 가벼운 경우에는 다발성의 작고 얇은 궤양이, 심한 경우에는 크고 미만성인 백색의 궤양이 울퉁불퉁한 경계와 적색의 외륜(halo)의 형태로서 각화 또는 비각화 구강점막에 나타난다(그림 1, 2). 궤양은 치은에만 국한될 수도 있고 입술이나 입 주위의 피부, 비인두에서도 나타날 수 있다.

대부분 2-10일정도 지속되는 발열과 림프절종대, 근육통과 연하곤란이 나타난다. 증상이 오랜기간 동안 지속되는 경우는 면역억제환자에서 관찰되는데 악성 종양으로 화학요법을 받거나 장기이식 환자 그리고 AIDS환자에서 볼 수 있다. 이런 환자는 건강한 사람

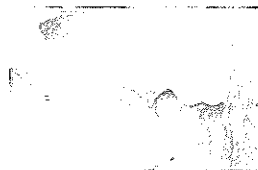


그림 1. 급성원발성 헤르페스성 치은구내염



그림 2. 급성원발성 헤르페스성 치은구내염

에서 보다 궤양이 더 크고 깊게 나타난다.

## (2) 이차 구강 단순 포진

병소의 위치에 따라 재발성 구순 헤르페스와 재발성 구내 헤르페스의 두가지 형태가 있다. 치과치료와 관련이 있고 작은 수포성 병소의 집합체로 나타난다.

### 가) 재발성 구순 헤르페스

입술에 발생하며 재발성 단순 헤르페스 감염중 가장 호발하는 병소이다(그림 3). 장시간의 일광노출, 외상, 발열, 면역억제, 생리, 스트레스와 불안 등에 의해 잠복한 HSV가 활성화된 것이다. 액체가 찬 수포를 확인 할 수 있고 이들이 파열되어 궤양을 형성한 후 갈색의 딱지를 남긴다. 경험적인 요법으로 병소를 부드럽게 유지하고 더 이상의 확산과 이차적인 세균감염을 방지하기 위해 연고로 덮어주는 방법이 사용된다. 현재는 acyclovir같은 항바이러스 제제를 사용하기도 한다.

### 나) 재발성 구내 헤르페스



그림 3. 재발성 구순 헤르페스

구내 특정부위의 치과치료나 국소마취제 주입 후 발생하며 입술과는 달리 구내병소는 수포를 관찰하기 어렵다. 호발부위는 대구개 공 상부의 경구개이며 다음으로 윗니 및 부착치은, 특히 상악치은, 혀의 측면 등이다. 면역기능저하환자의 경우 구내병소는 훨씬 크고 깊으며, 발열과 림프절증(lymphadenopathy)을 동반하여, 급성의 원발성병소와 유사한 소견을 보인다. 다른 질환과 감별하여 환자가 갖고 있는 심각한 질환에 대한 우려를 없애주는 것이 치료법이다.

## (3) 헤르페스 표지

환자의 치료를 위해 구강 병소에 직접 손이 닿거나 자가 접촉에 의해 발생할 수 있다. 병소는 보통 수포성이거나 농포성이며 넓은 홍반으로 둘러싸여 있다. 통증이 심하며 고열, 액와나 팔에서 국소적 임파선증 등이 나타난다. 손의 병소는 매우 전염성이 강하므로

다른 사람과의 접촉을 막는 것이 필요하다.

## (4) 진단

진단은 보통 임상 소견으로 감별하며 증상이 분명하지 않을 때는 생검, 세포학적 도말표본, 바이러스 배양, 형광 염색, 혈청검사를 시행한다. 그러나 이들 대부분 파열되지 않은 수포를 필요로 하므로 유용하지 않은 경우가 많다.

## (5) 치료

일반적으로 바이러스 감염의 회복은 건강한 환자에서는 별 문제가 되지 않으나 면역 기능이 저하된 환자에서는 근본적인 치료가 선행되어야 한다. 일반적으로 구강 세척제나 진통제등 대증요법을 시행하고 이차 감염을 예방하기 위해 항생제를 사용할 수 있다. 항바이러스제는 acyclovir가 있다.

## 2) 바리셀라-조스터 (Varicella-Zoster) 바이러스

원발성 감염을 수두(varicella 또는 shingles), 재발성 병소를 대상포진(herpes zoster 또는 shingles)이라고 한다. 일차감염 후 바이러스는 국소 신경절에서 잠복하며 숙주의 면역계에 이상이 발생했을 때에 잠복하고 있던 신경을 따라 피부에 재발성 병소를 형성한다.

### (1) 바리셀라(수두)

수두는 아동기에 발생하며 발열, 두통, 권태감, 인후통 등의 증상을 보인다. 성인에서는 아동에 비해 증상이 심하며 간질성 폐렴으로 진행할 수 있다. 면역결핍 환자에서는 광범위한 확산으로 사망할 수 있다.

약 2주 정도의 잠복기가 지나면 피부에서 출혈성 반구진성 발진이 나타나며 권태감과 미열을 동반할 수 있다. 병소는 수포나 농포로 진행하고 파열되어 딱지를 만들게 된다. 구강에서도 나타날 수 있어 아프타성 궤양과 유사하게 보이나 통증은 심하지 않다. 피부의 병소는 이차감염을 받아 작고 움푹 파인 반흔을 남기기도 한다.

### (2) 대상 헤르페스

재발성 병소로 인구의 10-20%에서 나타나며 어떤



그림 4. 대상 헤르페스 : 안면



그림 5. 대상 헤르페스 : 구강

연령층에서도 나타날 수 있으나 고령자나 면역결핍 환자에서 호발한다. 특징적으로 수포성 발진이 감염된 말초신경을 따라 편측성으로 분포하는데 삼차신경절을 침범하면 편측성으로 안면과 상악, 하악, 구강병소가 나타난다(그림 4, 5). 점막병소는 수포가 쉽게 파열되어 분화구상의 궤양들로 나타난다. 2-3주간 지속되며 1개월이내에 치유된다.

특징적인 증상은 피부와 구강점막 모두에서 심한 통증을 보인다. 노인에서는 치유된후에도 통증을 보이는 포진후신경통(postherpetic neuralgia)을 보이며 일부 병소는 수개월에서 수년까지 과민상태로 남아있다. 면역결핍환자에서 병소는 더 깊고 광범위하며 통증은 만성화되고 지속적이며 때로 중추신경계를 침범하여 사망할 수도 있다.

### 3) 엡스타인-바 바이러스(Ebstein-Barr Virus, EBV)

성인의 70%정도가 엡스타인-바 바이러스를 가지고 있으며 감염된 환자의 타액을 통해 전염된다. 엡스타인-바 바이러스는 사람의 B 임파구에 친화성을 보이며 임파구를 이용해서 구인두나 비인두의 상피세포로 침입하게 된다. 감염성 단핵구증, 버킷림프종, 비인두암증의 원인으로 알려져 있으며 면역결핍환자에서 B세포 임파종과 모상백반증(Hairy leukoplakia)을 일으킨다.

#### (1) 감염성 단핵구증(Infected mononucleosis)

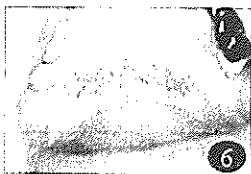


그림 6. 감염성 단핵구증

주로 젊은층에서 나타난다. 증상은 림프절증, 권태감, 인두염, 피로, 발열, 편도선 비대, 혈소판감소증, 비종대증(splenomegaly) 등이

나타난다. 구강에서는 연구개부에서 자발성의 점상출혈(petechia)이 나타난다(그림 6). 증상은 4-6주 정도 지속되나 림프절증과 경미한 피로 및 권태감은 수개월동안 지속된다.

진단은 임상소견과 이호성 항원검사의 양성반응, EBV 항원 등의 소견을 종합하여 한다. 치료는 휴식과 절대안정이 가장 효과적이다.

#### 4) 거대 세포바이러스(Cytomegalovirus)

거대 세포 바이러스는 타액, 모유, 소변, 정액 등에서 발견되며 혈액이나 장기이식 등으로 전염된다. 원발성 감염은 어린 아동에서 발생한다. 태생기에 모체로부터 감염되었을 때는 사산될 수 있다. 증상은 경미하며 인두염, 권태감, 발열, 림프절증 등이 나타난다. 심한 경우에는 간염, 폐렴, 혈소판 감소증, 뇌염 등을 유발한다. 면역억제 상태에서 재활성화되어 감염성단핵구증과 같은 증상을 나타낸다. 후천성면역결핍증 환자에서는 치명적이다.

### 2. 콕사키 바이러스(Coxsackie virus)

콕사키 바이러스는 RNA 바이러스이며 picornavirus과에 속한다. 콕사키 A와 콕사키 B의 두 형태가 있으며 각각 많은 아형(A1-A23, B1-B6)을 갖고 있다.

#### (1) 헤르판지나

공기 매개 비말(airborne droplet)이나 타액으로 전염되며 학교아동에서 유행성으로 발발할 수 있다. 환자는 보통 특정한 아형에 대해서만 영구적 면역을 얻게 된다.

증상은 일반적으로 경미하며 1주일 정도면 치유되므로 대부분 특별한 치료는 필요없다. 인후통과 연하장애를 호소하며 미열과 권태감이 동반될 수도 있다. 작은 수



그림 7. 헤르판지나

포성의 병소가 목젖 근처의 연구개와 편도의 전방부에 나타나며(그림 7) 구개의 전방부에는 병소가 나타나지 않으므로 다른 병소와의 감별에 도움이 된다.

(2) 수족구병

주로 1-5세의 아동에서 발생하며 전염성이 강하다. 먼저 홍반성의 기저를 가진 작은 수포가 손, 발바닥에 나타나며 1-2일 후에 구강점막에 수포와 궤양이 나타나는데 구강의 앞쪽에 국한되어 나타난다. 경미한 증상이 1-2주간 지속되므로 특별한 치료는 필요없다.

(3) 급성 림프절성 인두염

용기된 황색 또는 백색의 구진이나 결절로 나타나며 궤양을 형성하지 않는다. 보통 다발성으로 나타나며 호발부위는 목젖, 연구개, 전방부 구협, 후방부 구인두 등이다. 병소는 1-2주간 지속되며 경미한 질환이므로 특별한 치료는 필요 없다.

3. 토가바이러스(Togavirus)

토가바이러스는 RNA 바이러스로 풍진 바이러스가 이에 속한다. 아동에서는 경미한 피부 발진만 일으키지만 임신초기의 태아에서는 심각한 발육장애를 유발한다.

(1) 풍진(Rubella, German Measles)

풍진은 상기도와 폐를 통해 감염된다. 피부에서 구진성 발진이 나타나며 1-2주간 지속된다. 임신부에게 감염되는 것이 가장 큰 문제이며 심각한 위험은 임신 20주까지 지속된다. 흔히 나타나는 선천성 기형으로는 청각소실, 실명, 심혈관계 이상 등이 있으며 심한 경우에는 유산, 사산될 수 있다.

아동기에 발생한 풍진은 증상이 경미하므로 특별한 치료는 필요 없다. 또한 백신이 개발되어 현재는 거의 발생하지 않으나 임신부는 예방적인 차원에서 예방접종이 필요하다.

4. 파라믹소바이러스(paramyxovirus)

RNA 바이러스이며 홍역과 볼거리를 일으키는 바이러스가 이에 속한다.

(1) 홍역

아동기의 발진성 질환으로 호흡기를 통해 전염되며 특징적인 홍반성 발진을 유발한다. 증상은 심한 두통과 발진, 광선공포증, 고열, 기침을 나타낸다. 구강점막에서 홍반으로 둘러싸인 백색의 구진이 협점막에 나

타나는 코플릭 반점(Koplik spot)이 보인다.

홍역은 생후 15개월 이후에 볼거리, 풍진과 함께 예방접종하므로 현재는 발생율이 낮다. 치료는 진통제, 수액공급, 안정 등의 대증요법이 사용된다.

(2) 볼거리 (유행성 이하선염)

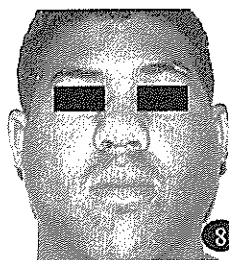


그림 8. 볼거리

타액이나 콧물을 통해 전염되며 타액선, 중추 신경계, 고환, 난소, 췌장 등으로 확산된다. 주로 이하선을 침범하여 한쪽 또는 양쪽의 이하선부위의 종창이 발생하고 두통, 발열, 권태감 등과 함

께 나타난다(그림 8). 종대된 타액선은 특히 식사시간에 통증이 심하다.

치료는 진통제 투여, 안정, 부드러운 음식 공급 등의 대증요법을 시행한다.

5. 인 유두종 바이러스 (Human Papilloma Virus)

인 유두종 바이러스는 파포마바이러스군에 속하고 크기가 50nm인 구형 비리온(virion)으로 이루어진 이중나선 DNA 바이러스이다. 상피 세포에 대한 친화성을 보이며 일부 아형들은 과증식성, 이형성 및 종양성 상피 병소들의 원인으로 알려져 있다.

(1) 편평 유두종

편평 유두종은 상피 기원의 양성 종양 중에서 가장 흔하며 연구개, 구협궁, 목젖 부위에 호발한다. 보통 단일 병소로 나타난다.

(2) 심상성 우체

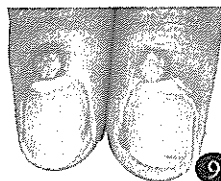


그림 9. 사마귀

피부에 발생한 경우에는 사마귀(wart)라고 부른다(그림 9). 흔히 어린이의 손과 손가락에 발생하는데 자가접종으로 구순, 경구개, 치은 등의 구강

점막으로 확산될 수 있다. 병소는 표면이 우체상 혹은 유두상을 보이고 결절의 형태로 나타난다. 일부 병소들은 저절로 소실되나 오래 지속되는 병소는 외과적으로 절제한다.

(3) 철퍽콘딜롬

생식기 혹은 성병 사마귀(genital or venereal wart)라고 부르는데 구강에서도 관찰할 수 있다. 구강 병소는 성적 접촉이나 자가접종으로 발생한다.

거친 표면을 갖는 하나 혹은 다수의 핑크색의 기저 부위가 넓은 구진으로 나타나거나, 기저 부위가 잘록한 유두상 병소로서 나타난다. 구강 병소는 대부분 구순, 구강저, 설 측면과 복면, 협점막, 연구개와 같은 비각화 점막에 발생한다.

작은 병소는 외과적으로 절제하고 큰 병소는 레이저를 이용한 제거술이 필요하다. 흔히 재발이 관찰된다.

박테리아(세균)감염

1. 연쇄상구균(Streptococcus)

연쇄상구균은 그람 양성균이며 혐기성 세균이다.

(1) 인두염/편도선염

베타 용혈성 연쇄상구균에 의해 일어나며 5세-15세의 어린 환자들에게 주로 일어난다. 고열, 목의 통증, 불쾌감, 경부 임프절 이상, 두통등의 증상이 나타날 수 있다. 모든 점막에서 홍반이 발생하고 연구개에서 점상출혈이 관찰될 수 있다. 그러나 인두염과 편도선염은 여러 종류의 바이러스에서 발생할 수 있으므로 치료하기 전에 감별이 필요하다.

(2) 성홍열

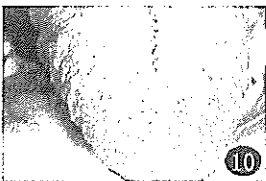


그림 10. 성홍열

베타 용혈성 연쇄상구균에 의해 발생하며 세균성 독소가 혈관벽에 영향을 미쳐 피부발진을 일으키는데 특히 얼굴에 잘 나타난다. 구강에서 부종과 산재성 점상 출혈을 보이며 혀는 딸기혀

(strawberry tongue) 양상을 보인다(그림 10).

치료는 급성 사구체 신염과 류마티스열로 진행되는 것을 방지하는 것이다. 치과 시술시 “이급성 세균성 심내막염”이 발생할 수 있으며 이런 환자는 치과 치료를 받기전에 항생제의 예방적 전투약이 요구된다.

2. 포도상구균(Staphylococcus)

무균 시술이 안된 경우에 외과 수술후에 급성 감염의 원인이 된다. S. aureus는 농가진, 급성 골수염에서 관찰된다. 농가진은 개인위생이 소홀한 아동에서 상처를 자주 긁을 경우 구강 주위 피부에서 발생한다.

3. 마이코박테륨

호기성 세균이며 산소생성 환경에서 증식한다. 결핵과 나병이 이에 속하며 발생율이 크게 감소하였으나 면역 결핍 증후군의 증가와 함께 결핵이 다시 증가하고 있다.

(1) 결핵

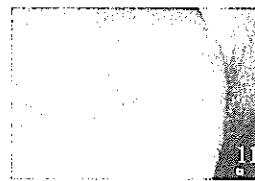


그림 11. 결핵

결핵은 공기 매개성 비말을 통해 전염되며 몸안에서 대식세포에 탐식되어 인접조직으로 확산된다.

구강병소는 전신 결핵을 가진 환자의 35%에서 발견되는데 경화된 변연부가 있는 만성 궤양(그림 11)을 보이고 경부 임프절에 종창을 보인다. 골조직이 감염되면 골 내부에서 만성 골수염으로 진행되어 부골을 형성하기도 한다.

저항균주의 발생을 피하기 위해 isoniazid와 rifampin을 혼합해서 사용하거나 isoniazid와 rifampin, pyrazinamide를 혼합해서 사용하며 장기간동안 치료한다.

4. 트레포네마 필리디움

나선형 구조의 그람 음성균으로 인체 밖에서 생존수 없으며 사람들사이에서 전파되는 균이다. 병원균은 Warthin-Starry 염색법, 암시야 조명, 형광염색 및 자외선조명법등을 이용하여 관찰한다.

(1) 매독

매독은 (1)일차매독 (2)이차매독 (3)삼차(후기)매독으로 진행할 수 있는데 치료하지 않은 경우에는 차례대로 진행하게 된다.

일차매독은 접촉부위에서 국소화된 병소로 나타나며 '하감'이라 한다. '하감'은 생식기에 주로 생기며 구강주변과 입안에서도 관찰할 수 있다. 이차매독은 초기감염 후 2-6개월에 발생한다. 이차병소는 피부와 점막에서 발생하며 반점상, 유두상, 여포상, 편평 반점상, 편평유두상, 농포성, 결절양, 점막 반점 형태 등 다양한 양상을 보인다. 삼차 매독은 말기 매독이라고도 하며 초기병소가 성공적으로 치료된 경우라도 발생할 수 있다. 주로 중추신경계와 심혈관계에서 발생한다. 구강 점막에서 발생한 '고무종'은 코, 구개, 혀를 파괴시킬 수 있다.

가장 심한 합병증은 임신중 태아에서 발생한 것으로 선천성매독이라 한다. 치료는 장기간 약효가 지속되는 페니실린이 사용된다.

5. 방선균

(1) 안면경부 방선균증

안면경부 방선균증은 사람에서 정상적으로 공생하는(내인성) 미생물에 의한 병소이다. 병원균은 대부분 혐기성이며, 그람 양성인 *A. israelii*이 관여한다. 안면경부, 복부, 흉부, 피부와 생식기에서 관찰되며 이중에서 50% 이상이 안면경부에서 발생한다.

안면경부 방선균증의 병원균은 편도선와, 우식치아, 치석침착 부위에 존재한다. 발치, 개방성 치수염, 치근단 감염 같은 상처가 있는 경우에 감염의 위험성이 크다. 감염후에는 급성염증반응이 일어나며 연조직에서는 부종과 심한 통증이 발생한다. 골조직으로 확산되어 골수염을 일으키고 피부표면에 누공으로 배농되어 국소적 결절을 형성하는 연조직 농양이 생긴다. 누공의 형성과 치유가 다발성으로 반복되므로 연조직의 임상소견을 턱방선균증(lumpy jaw)이라 한다. 누공으로 배농되어 방출된 삼출물은 '유황과립(sulfur granule)'이라 하며 *A. israelii* 집락을 나타낸다.

진균증(Mycosis)

1. 칸디다증(Candidiasis)

모든 칸디다속은 정상적으로 공생관계를 유지하며 구강에서 상주하는 균이나 숙주의 면역계가 변화되면 기회감염을 하게된다. 칸디다속에는 여덟가지 종류의 종이 있는데 이 중에서 *Candida albicans*가 가장 우세하다.

점막 표면에서 발생하며 다양한 임상 소견을 보인다. 대략적으로 백색과 밝은 붉은색으로 구분할 수 있는데 일반적으로 백색 병소는 붉은색 병소에 비해 문지르면 쉽게 벗겨진다.

치료는 유발요인을 확인하여 개선하고 감염부위는 항진균제를 이용하여 국소적 및 전신적으로 치료한다.

(1) 급성 위막성 칸디다증(아구창)

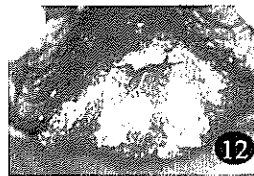


그림 12 아구창

급성 위막성 칸디다증은 신생아에서 흔히 관찰되며 특징적으로 구강에서 백색응결물 혹은 크림과 같은 성긴 반점으로 나타난다(그림 12).

백색 반점은 설암이나 거즈로 쉽게 벗겨지며 하방의 점막은 붉고 쉽게 출혈된다. 칸디다증을 유발하는 원인은 장기간 항생제 혹은 전신적 스테로이드 사용, HIV감염, 방사선 치료에 의한 만성 구강 건조증, 쇼그렌 증후군, 당뇨병 등이다. 진단은 위막에서 세포도말 검사후 PAS 염색을 하게되면 균사가 붉은색으로 관찰되므로 확진할 수 있다.

치료는 항진균제를 사용하며 대부분 1-2주 이내에 치유할 수 있다. 바로 치유되지 않는 환자는 심하게 면역 억제된 상태이거나 다른 종의 칸디다를 가지고 있는 경우이다.

(2) 위축성(홍반성) 칸디다증

대부분 잘 맞지 않는 의치를 장착하고 있거나 의치상이 불결하거나 또는 계속 의치를 사용하는 경우에 발견되므로 '의치궤양(denture sore mouth)'이라고 부르는 사람도 있다. 구개에서 흔히 관찰되는데 전

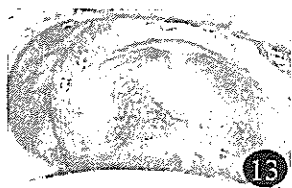


그림 13. 의치계양

나 심한 과민성을 호소한다.

(3) 만성 증식성 칸디다증

대부분 점막 백색반이나 반점으로 나타나므로 '칸디다 백반증' 이라고도 한다. 교합선을 따른 협점막에 가장 호발한다. 때로는 붉은색 배경에 하얀 구진을 보이는 반점(speckled) 백반증 또는 홍반증과 유사하게 나타나기도 하는데 이는 전암병소와 감별이 필요하다.

(4) 구각염

구각염은 구순의 양측성 만성 감염이며 위축과 선상열구가 특징적이다. 구각염은 치아손실, 마모, 오래된 의치상에 의한 수직교경 상실환자에서 볼 수 있다. 병소가 단독으로 발생하기도 하지만, 구강내 급성 위막성 혹은 위축성 병소와 동반하기도 한다. 박테리아에 의한 이차감염이 일어날 수 있는데 복합적으로 치료해야 한다.

(5) 정중능형설염

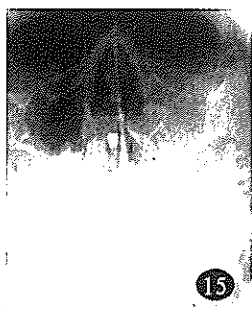


그림 14. 정중능형설염

정중능형 설염은 혀의 배측 정중부에 나타난다. 과거에는 발육결핍으로 생각하여 치료하지 않았다. 방치할 경우에 병소는 점차 커져서 만성 과증식성 칸디다증의 특징인 붉은색의 결절성 과증식 병소로 진행된다(그림

14). 어떤 환자는 혀의 병소 맞은편인 구개부위 정중선상에 병소가 발생하기도 한다.

반적으로 위축성 조직의 붉은 부위로 나타난다(그림 13). 증상은 작열감과 뜨겁거나 차가운 음료, 매운음식에 노출시 동통이

(6) 만성 점막피부 칸디다증

점막, 피부, 손톱에 발생하는 지속적이고 고질적인 칸디다증을 가리킨다. 대부분의 환자들은 내분비 이상 혹은 면역 결핍을 보인다.

2. 아스페르질루스증(Aspergillosis)

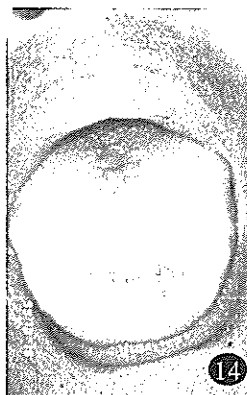


그림 15. 아스페르질루스증 : 방사선 소견

칸디다증 다음으로 흔히 발생하는 기회감염 질환이다. A. fumigatus와 A. flavus는 가장 흔히 발견되는 종이다. 감염은 면역이 저하되어 있는 AIDS 환자나 면역억제제를 사용하는 장기이식 환자에서 주로 관찰된다. 보통 폐에서 발견되며 균구(fungus ball)를 형성한다. 구강에서는 구개, 코, 상악동이 감염된다(그림 15). 감염부위에 종창이 관찰되고 골이 파괴되어 방사선상에서 치밀한 방사선 불투과성 양상을 보인다. 병소는 안구저까지 확장되어 시각장애를 초래할 수도 있다.

치료는 부골과 괴사조직을 제거하고 항진균제를 사용하는데 선행 질병소인들이 개선되어야 예후가 좋다.

3. 점막균증(Zygomycosis, Mucormycosis, Phycormycosis)

기회감염 질환이며 인체의 어디서나 발생하지만 코, 상악동, 안면중양부에 주로 영향을 미치는 경우를 rhinocerebral zygomycosis라고 한다. 이 질환은 인슐린 저항성 당뇨병, 중증의 면역저하환자와 쇠약한 환자에서 발생한다. 병원균은 혈관에 침입하여 주요 혈관을 막는 경향이 있어 허혈성 괴사, 괴저, 조직의 큰 손실을 초래한다.

치료는 아스페르질루스증 치료와 유사하여, 외과적 소파술, 암포테리신 B의 항진균제 투여, 그리고 선행 질병소인을 개선시키는 것이다.