영남의대학술지 제25권 제2호
*Yeungnam Univ. J. of Med.*
*Vol.25 No.2 p182-186, Dec. 2008*

□ 증례 □

# 급성 출혈성 대장염으로 오인된 궤양성 대장염 1예

문희정 · 장병익 · 김승범 · 이호찬 · 박재현 · 은종렬 · 김태년
영남대학교 의과대학 내과학교실

## Ulcerative Colitis Mimicking Acute Hemorrhagic Colitis

Hee-Jung Moon, Byung-Ik Jang, Sung-Bum Kim, Ho-Chan Lee,
Jae-Hyun Park, Jong-Ryul Eun, Tae-Nyeun Kim

*Department of Internal medicine,*
*College of Medicine, Yeungnam University, Daegu, Korea*

**-Abstract-**

Ulcerative colitis (UC) is a chronic inflammatory disorder of the gastrointestinal tract that affects the large bowel. Its etiology remains controversial. However, an infectious or immunologic origin is considered the primary cause. The onset of UC is typically slow and insidious, but some patients may present acutely with symptoms mimicking infectious colitis. We report a case of ulcerative colitis mimicking acute hemorrhagic colitis at initial presentation. A 60-year-old man was referred to Yeungnam University Hospital for bloody diarrhea and abdominal pain. Sigmoidoscopy revealed mildly edematous mucosa in the rectum and hyperemic mucosa with petechiae in the sigmoid colon. The patient was treated with antibiotics for several days, and his symptoms improved. However, after one month, his bloody diarrhea relapsed. Follow-up sigmoidoscopy revealed mucosal friability in the rectum and sigmoid colon. He was diagnosed with ulcerative colitis, and his symptoms were improved with mesalazine and a steroid enema.

**Key Words**: Ulcerative colitis, Acute hemorrhagic colitis

## 서 론

궤양성 대장염은 대장 점막의 만성적인 염증을 특징으로 하는 원인 불명의 만성 재발성

책임저자 : 장병익, 대구광역시 남구 대명동 317-1, 영남대학교 의과대학 내과학교실
Tel: (053) 620-3831, Fax: (053) 654-8386, E-mail: jbi@med.yu.ac.kr

염증 질환이다.[1] 발병 원인은 잘 모르나 유전적으로 민감한 개인에서 환경 요인과의 상호작용이 장 점막 면역계의 이상을 유발해서 발생하는 것으로 생각되고 있다.[2] 증상은 대개 서서히 진행하며 궤양성 대장염으로 진단받기까지 평균 9개월 정도가 걸린다.[3] 그러나 일부 궤양성 대장염 환자들은 좀 더 급성으로 발병하면서 감염성 대장염과 유사한 증상을 보이기도 한다.[1] 저자들은 증상과 내시경 소견에서 감염에 의한 급성 출혈성 대장염 양상을 보였던 환자에서 한 달 뒤 추적 내시경 검사로 궤양성 대장염을 진단한 예가 있어 궤양성 대장염의 진단에 있어 추적 관찰의 중요성을 강조하기 위해 증례를 보고하는 바이다.

## 증 례

60세 남자 환자가 10일 간의 복통과 설사로 내원하였다. 환자는 평소 특이 증상 없이 지내던 중 내원 10일 전부터 복통이 있으면서 하루에 10차례 정도 소량씩 묽은 변을 보았으며 간간이 혈변도 있어 외부 병원에 입원하여 항생제 치료를 하였으나 호전이 없어 본원에 내원하였다. 과거력에서 특이 병력은 없었으며 복용 중인 약물도 없었다. 이학적 검사에서는 체온은 38℃이었고 좌하복부에 압통이 있었으나 반발통은 없었으며 장음이 증가되어 있었다.

말초혈액 검사에서 백혈구 $12.03\times10^3$개/μL, 혈색소 11 g/dL, 혈소판 $475\times10^3$개/μL이었고 혈청 총 단백 5.7 g/dL, 혈청 알부민 2.75 g/dL로 약간 감소된 것 이외에 간기능 검사를 포함한 혈액검사와 소변검사에서 특이 소견이 없었다. 분변검사에서 백혈구와 적혈구가 관찰되었다. 단순 복부방사선 촬영에서 장 내 가스음영이 약간 증가되어 있었다. 복부 전산화 단층촬영에서 좌측 대장 병이 전체적으로 두꺼워져 있는 것 외에 특이소견은 없었다. S상 결장내시경에서 직장의 염증은 경미하였으며 S상 결장부터 점막 부종과 점상 출혈이 심해지는 소견이 보였다(Fig. 1). 조직검사에서는 만성염증과 함께 급성 음와염과 음와농양소견이 보였다(Fig. 2). 조직 배양검사에서는 장내 상재균인 *Enterococcus faecium*이 배양되었다.

감염으로 인한 급성 출혈성 대장염 진단 하

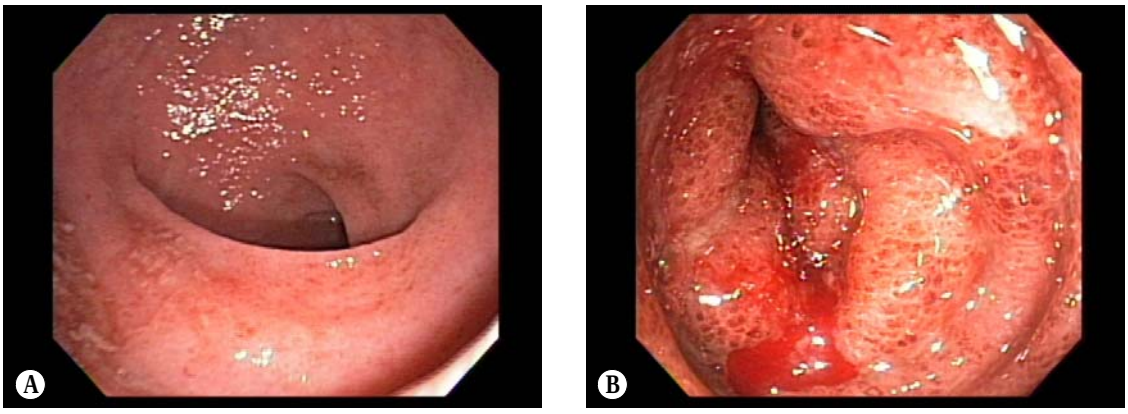


Fig. 1. Initial sigmoidoscopic findings. Rectum shows slightly edematous mucosa (A). Sigmoid colon showed edematous hyperemic mucosa with petechia (B).

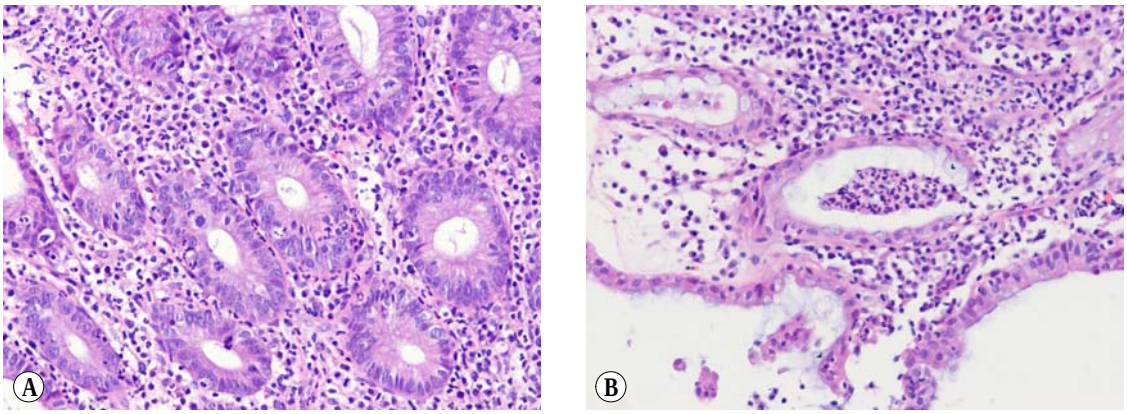

Fig. 2. Initial endoscopically biopsied sigmoid colon shows chronic inflammation with acute cryptitis (A) and crypt abscess (B) (Hematoxylin-eosin stain, ×200).

에 항생제 치료를 지속하였으며 입원 10일 째부턴 점차 설사와 복통이 호전되는 양상을 보여 퇴원하였다. 그러나 퇴원 후에도 가끔씩 복통이 있고 간헐적으로 점액변과 혈변이 소량씩 지속되어 한 달 뒤 재입원하였다. 말초혈액 검사에서 백혈구 $9.8\times10^3$개/μL, 혈색소 10.5 g/dL, 혈소판 $393\times10^3$개/μL이었고 혈청 ANCA 양성이었다. 분변검사에서 백혈구와 적혈구가 관찰되었고 *Clostridium difficile* toxin은 음성이었으며 세균배양검사에서도 음성이었다. S상 결장내시경에서 직장에서부터 혈관투시상은 소실되고 과립상 점막이 관찰되었으며 S상 결장에서는 점막의 부종과 삼출물이 관찰되었고 쉽게 출혈하는 경향을 보였다(Fig. 3). 조직검사에서는 림프형질세포가 점막하층에 침윤되어 있었으며 음와구조에 가벼운 변형이 있었고 음와염을 동반한 만성 대장염 소견을 보였다(Fig. 4). 이상의 소견을 종합하여 궤양성 대장염으로 진단하여 하루에 mesalazine 4 g씩 경구 투여하면서 스테로이드 관장을 시행하였다. 이후 증상은 호전되어 현재 mesalazine을 하루에 4 g씩 복용하면서 외래에서 추적관찰 중이다.

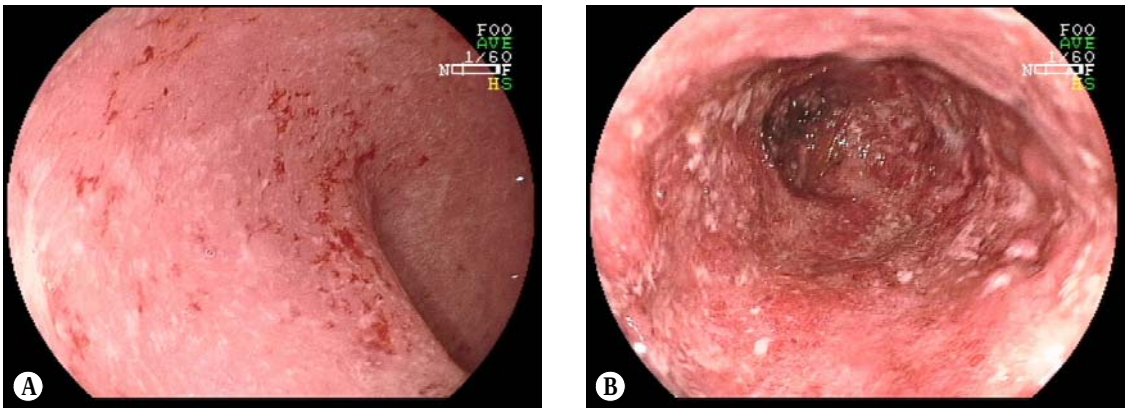

Fig. 3. Follow up sigmoidoscopic findings. Rectum shows granular mucosa with loss of vascularity and friability (A). Sigmoid colon shows edematous mucosa with friability and whitish exudate (B).

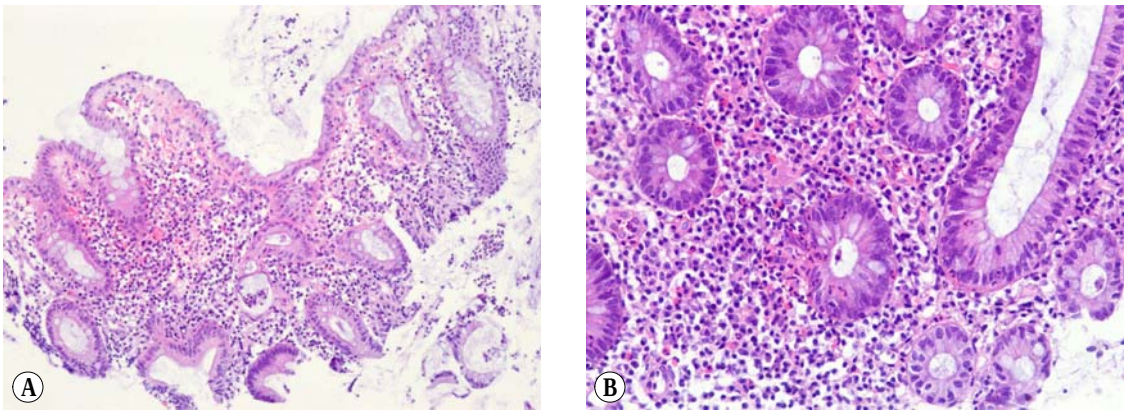


Fig. 4. Follow-up endoscopically biopsied sigmoid colon shows chronic colitis and mild crypt architectural distorsion (A) and lymphoplasma cells infiltration at lamina propria and cryptitis (B) (Hematoxylin-eosin stain, ×200).

## 고 찰

궤양성 대장염은 다양한 증상으로 나타나게 되는데 흔한 증상은 설사, 혈변, 점액변, 뒤무직, 복통 등이다. 심한 경우에는 발열과 체중감소가 현저할 수도 있다. 증상은 질환의 범위에 따라 정도가 달라진다.[4] 그러나 내시경에서 활동성 질환의 병변을 보이더라도 무증상인 경우도 있다. 또한 궤양성 대장염은 대개 서서히 발병하여 환자가 병원을 방문하기 전 수주 또는 수개월동안 증상이 있었던 경우가 대부분이다. 증상이 발병하고 나서 궤양성 대장염으로 진단받기 까지 중앙 기간은 대략 9개월 정도이나[3] 어떤 환자들은 감염성 대장염과 유사한 증상을 보이면서 훨씬 더 급성으로 발병하기도 한다.

궤양성 대장염은 만성염증성 질환이지만 발병 직후에는 염증의 초기, 급성기가 있으며 이 초기 내시경소견으로는 부종, 발적, 혈관투견소실, 출혈성(friability), 미란 등이 보이며 이 소견은 일반 급성장염 소견과 매우 비슷하기 때문에 한 번의 내시경검사만으로 궤양성대장염으로 진단할 수는 없다.[5] 점막의 혼탁과 혈관투견 소실은 점막고유층의 림프구와 비림프구가 분화한 형질세포의 침윤으로 부종이 와서 나타나는 소견이며 질병과 관계없이 장 점막에 염증이 발생하면 국소적으로 혈류흐름이 증가하여 발적이 나타난다. 또한 점막에 궤양이 생기게 되면 저절로 출혈이 생기거나 접촉할 경우 출혈이 생긴다. 또한 조직 생검 소견도 질환별로 차이가 없이 거의 유사하다. 이렇게 급성기 염증소견은 반드시 궤양성 대장염의 특징적인 형태는 아니며 특히 급성 감염성 장염과 감별이 어려우므로 이런 내시경 소견을 관찰했다면 감별진단을 위해 분변의 세균학적 검사를 시행해야 한다. 궤양성 대장염과 감별해야 할 감염성 병원체로는 *Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Clostridium difficile, Entamoeba histolytica, Mycobacterium tuberculosis*, Virus 등이 있다.[6] 그러나 병원체가 검출되지 않았다고 해서 즉시 궤양성 대장염으로 진단하는 것은 문제가 있으며 내시경

소견으로 궤양성 대장염과 급성 장염을 감별하기 위해서는 경과관찰이 중요하다.

최근의 한 비교대조군 연구에서 감염성 장염이 있었던 경우 염증성 장질환의 발병 위험도를 두 배 정도 증가시킨다는 보고가 있었다.[7] 발병 위험도는 궤양성대장염에서보다 크론병에서 더 높게 나타났고 감염 후 일 년 이내에 위험도가 높았다. 그러나 감염 원인이 밝혀지든 그렇지 않았든 간에 위험도에는 차이가 없었으며 이는 염증성 장질환의 유발요인이 어떤 특정 병원체가 아니라 장관 염증 그 자체와 관련이 있다는 것을 의미하였다.

본 증례에서는 처음 입원 당시 분변 배양검사에서 병원성 세균이 검출되지는 않았으나 경험적 항생제 투여로 발열, 설사, 혈변 등의 임상 증상이 호전되어 급성 감염성 장염으로 진단하였다. 그러나 추적 관찰하던 중 증상이 재발하여 한 달 뒤 다시 시행한 내시경 소견에서 활동성 궤양성 대장염의 소견을 보이고 혈청학적 검사에서 ANCA가 양성이었으며 mesalazine과 스테로이드 관장에 증상의 호전을 보여 궤양성 대장염으로 진단하게 되었다. 이 환자에서 이미 존재하던 무증상의 궤양성 대장염이 감염으로 인해 증상이 나타나게 되었는지 아니면 감염이 궤양성 대장염의 직접적인 유발요인이 되었는지는 명확하지는 않다. 급성 혈성 설사를 보이는 경우 감염성 대장염인지 궤양성 대장염인지 감별하기 위해서는 추적 내시경 검사를 시행하고 임상 경과를 관찰해야 할 것으로 생각된다.

## 참 고 문 헌


1. Su C, Lichtenstein GR. Ulcerative colitis. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editors. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2006. p.2499-516.
2. Satsangi J, Jewell DP, Bell JI. The genetics of inflammatory bowel disease. Gut 1997 May; 40(5):572-4.
3. Pimentel M, Chang M, Chow EJ, Tabibzadeh S, Kirit-Kiriak V, Targan SR, et al. Identification of a prodromal period in Crohn's disease but not ulcerative colitis. Am J Gastroenterol 2000 Dec;95(12):3458-62.
4. Both H, Torp-Pedersen K, Kreiner S, Hendricksen C, Binder V. Clinical appearance at diagnosis of ulcerative colitis and Crohn's disease in a regional patient group. Scand J Gastroenterol 1983 Oct;18(7):987-91.
5. 최규용. 궤양성대장염(Ulcerative colitis, UC)의 내시경 소견. 대한소화기내시경학회 세미나 1998; 19:47-54.
6. Nikolaus S, Schreiber S. Diagnostics of inflammatory bowel disease. Gastroenterology 2007 Nov;133(5):1670-89.
7. Gascía Rodríguez LA, Ruigómez A, Panés J. Acute gastroenteritis is followed by an increased risk of inflammatory bowel disease. Gastroenterology May;130(6):1588-94.