

Henoch-Schönlein purpura 치료 중 발생한 대량 하부 위장관 출혈 1예

계명대학교 의과대학 내과학교실

강민경 · 홍윤석 · 김동춘 · 이경인 · 이주엽 · 박경식 · 황재석

=Abstract=

A case of massive lower gastrointestinal bleeding that developed during treatment of henoch-schönlein purpura

Min Kyoung Kang, M.D., Yoon Seok Hong, M.D., Dong Choon Kim, M.D.,
Kyung In Lee, M.D., Ju Yup Lee, M.D., Kyung Sik Park, M.D. and Jae Seok Hwang, M.D.

Department of Internal Medicine, Keimyung University School of Medicine, Daegu, Korea

Henoch-Schönlein purpura (HSP) is characterized by the classic tetrad of purpura, arthralgia, abdominal pain, and renal involvement. It is common in childhood, but may also occur in adults and can be accompanied by severe complications. Gastrointestinal (GI) bleeding is one type complication and if it occurs, usually develops during an active inflammatory stage. We experienced a case of 45 year-old man with Henoch-Schönlein purpura who showed massive GI bleeding during steroid treatment. At the first visit of the patient, an upper GI endoscopy and colonoscopy revealed severe hemorrhagic ulcers in the duodenum and terminal ileum. After treatment with high dose corticosteroid, the lesions improved. However, at 21 days after the first visit, hematochezia developed and angiography showed active bleeding at the ileocolic branch of the superior mesenteric artery. Successful hemostasis was performed with embolization. One must consider that delayed GI bleeding may occur during improvement of the initial GI lesions in an HSP patient. (Korean J Med 72:S175-S180, 2007)

Key Words : Purpura, Henoch Schönlein, Gastrointestinal Hemorrhage

서 론

Henoch-Schönlein purpura (HSP)는 소혈관의 침범을 특징으로 하는 전신성 질환으로 피부 자반, 관절통, 신장염, 복통이 흔한 증상이다. 이 질환은 소아에서 발생 빈도가 높으나, 성인에서도 드물게 발생할 수 있다. 위장관 침범의 경우 십이지장과 소장이 잘 침범되고 복통이 가장 흔한 소견이며, 심한 경우 드물지만 출혈성 위장관염의 형태로 나타날 수 있다¹⁻⁴⁾.

출혈은 일반적으로 질환의 급성기에 주로 나타나고^{1,2)} 치료에 의한 호전을 보이는 중 발생하였다는 보고는 아직 없다. 저자들은 보통으로 내원한 HSP 환자에서 스테로이드 치료로 호전을 보이던 중 발생한 대량 출혈 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고한다.

증 례

환 자 : 권○현, 45세 남자
주 소 : 미만성 복통과 관절통

• Received : 2006. 4. 28

• Accepted : 2006. 8. 9

• Correspondence to : Kyung Sik Park, M.D., Keimyung University Dongsan Medical Center, 194 Dongsan-dong, Daegu 700-712, Korea
E-mail : seenae99@dsmc.or.kr



Figure 1. Lesions of Skin : Purpura is shown on both the feet and trunk.

현병력 : 내원 1개월 전 만성 부비동염 및 비강 내 용종으로 이비인후과에서 수술 후 투약 중이었으며 내원 1주일 전부터 점점 악화되는 미만성 복통과 관절통으로 응급실에 내원하였다.

과거력 : 5년 전 만성 B형간염과 당뇨병을 진단받았으나 추적관찰 및 치료받지 않은 상태였다.

가족력 : 특이사항 없음.

신체검사 소견 : 활력징후는 혈압 140/90 mmHg, 맥박 68회/분, 체온 36.3°C, 호흡 20회/분이었다. 환자는 급성 병색을 보였으나 의식은 명료하였다. 결막은 창백하지 않았고 공막에 황달 소견은 없었다. 폐와 심장의 청진소견은 정상이었으며 복부진찰에서 상하 복부 전반에 걸쳐 약간의 압통이 동반되었으나 반발통은 없었다. 양측 하지, 둔부 및 등쪽 체부에 다수의 홍반성 자반이 관찰되었고(그림 1), 다발성 관절통을 호소하였으나 부종은 없었다.

검사실 소견 : 내원 당시 말초혈액검사서 백혈구 $10,270/\text{mm}^3$ (호중구 90%), 혈색소 17.4 g/dL, 적혈구 용적 52.5%, 혈소판 $139,000/\text{mm}^3$, CRP 8.8 mg/dL, 적혈구 침강속도 2 mm/hr, prothrombin time 10.4초, aPTT 23.8초였다. 혈청 전해질검사서 Na 137 mEq/L, K 4.3 mEq/L, Cl 98 mEq/L였고, 혈청 생화학검사서 혈당 179 mg/dL, 총 단백 6.5 g/dL, 알부민 3.5 g/dL 총 빌리루빈 1.4 mg/dL, AST 26 IU/L, ALT 16 IU/L, BUN 23 mg/dL, Creatinine 0.9 mg/dL였다. 소변검사서 단백 10 mg/dL, 잠혈 반응 양성, 적혈구 0-1/HPF, 백혈구

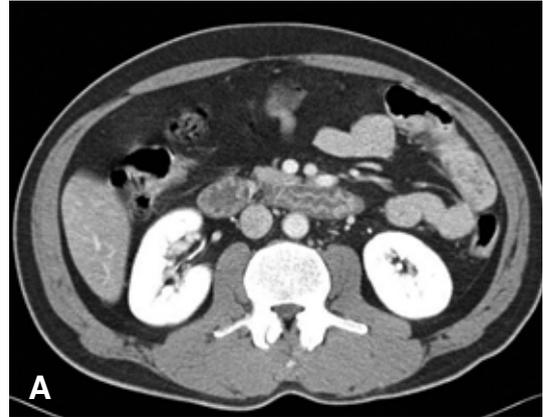


Figure 2. Abdominal CT scan. (A, B) The CT shows mucosal thickening of the duodenal 3rd and 4th portion and terminal ileum.

0-1/HPF, 요당 100 mg/dL이었고, 대변검사서 잠혈 반응 양성이었다. 면역화학검사서 IgG/IgA/IgM 704.3/328.2/114.7 mg/dL, 면역혈청검사서 항핵항체 음성, C3/C4 101.1/25.5 mg/dL이었다. B형간염 바이러스검사서 HBs Ag/Ab (+/-), HBe Ag/Ab (-/+)였고 HBV DNA는 17,837 copy/mL였다.

방사선 소견 : 흉부 X-선 검사는 정상이었고, 복부 컴퓨터단층촬영에서 십이지장 하행부 및 원위부 회장에 심한 장관벽 비후 소견이 관찰되었다(그림 2A, 2B).

내시경 소견 : 상부(그림 3A) 및 하부(그림 3B) 위장관 내시경검사서 광범위한 점막부종, 삼출액, 출혈 등을 동반한 급성기 궤양이 십이지장 하행부 및 말단 회장에 관찰되었다.

조직 병리학적 소견 : 하지의 피부에서 실시한 조직

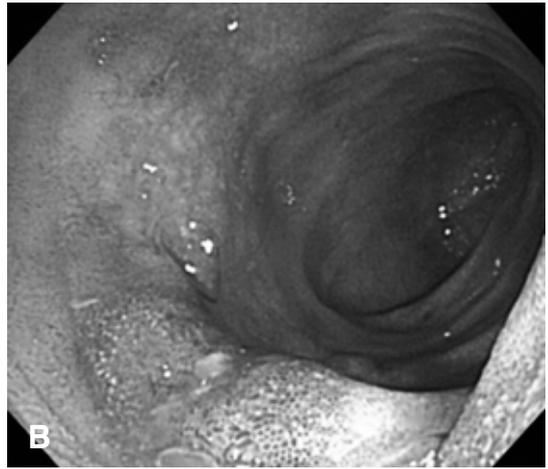
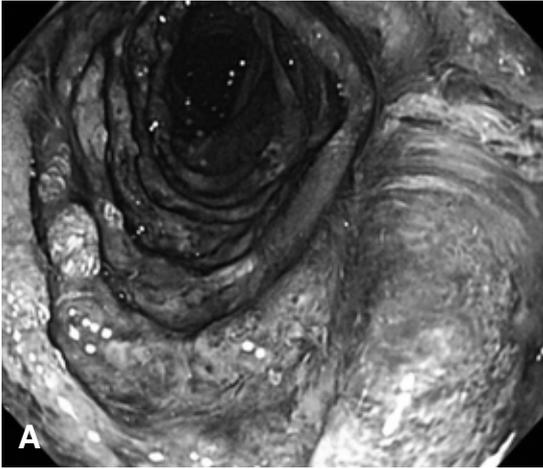


Figure 3. (A) Upper GI endoscopy shows diffuse mucosal necrosis with hemorrhage at the descending duodenum. (B) A colonoscopy shows severe erythema with several superficial ulcers at the terminal ileum.

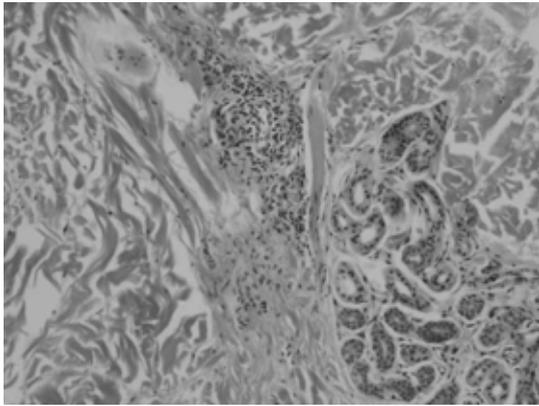


Figure 4. Pathological findings. A skin biopsy shows numerous inflammatory cells deposited around the small vessel, compatible with leukocytoclastic vasculitis. (H&E, $\times 100$).

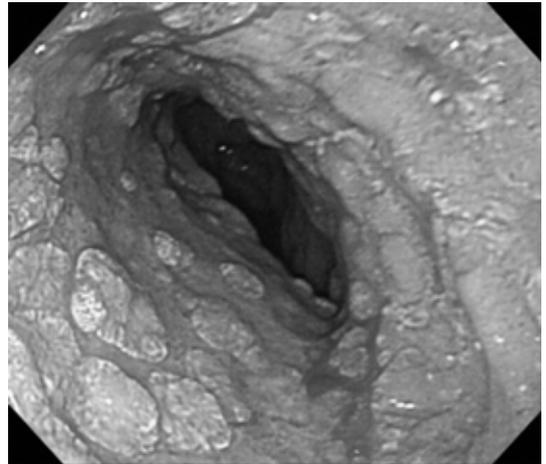


Figure 5. Follow-up upper GI endoscopy. An upper GI endoscopy performed on the 13th hospital day shows marked improvement.

검사에서는 출혈을 동반한 혈관염 소견이 관찰되어 성인 HSP로 진단하였다(그림 4).

치료 및 경과 : 입원 5일째부터 고용량 스테로이드(Methysol[®] 75 mg/day)를 정주하였고 투약 3일째부터 복통 및 관절통이 호전되어 경구용 스테로이드(prednisolone 60 mg/day)로 전환하였다. 입원 14일째 시행한 상부 위장관 내시경검사에서 십이지장 병변이 호전되어(그림 5) 스테로이드를 감량(prednisolone 50 mg/day)하면서 퇴원하였다.

퇴원 7일째 복통, 관절통 증상 없이 심한 혈변으로 응

급실에 내원하였다. 내원시 혈압은 100/70 mmHg, 맥박 112회/분, 체온 36.2℃, 호흡 24회/분이었고, 말초혈액검사에서 백혈구 $9,240/\text{mm}^3$, 혈색소 9.4 g/dL, 적혈구 용적 27.8%, 혈소판 $230,000/\text{mm}^3$, prothrombin time 10.1초, aPTT 23.8초이었다. 응급으로 시행한 복부 컴퓨터단층촬영에서 최초 병변 부위는 호전을 보였으나, 초기 병변과 다른 부위의 원위 회장으로부터 조영제 유출이 의심되어 혈관조영술을 시행하였다. 회장동맥 분지에서 활동성 출혈을 확인하고 코일 색전술로 지혈하였다(그림 6A, 6B).

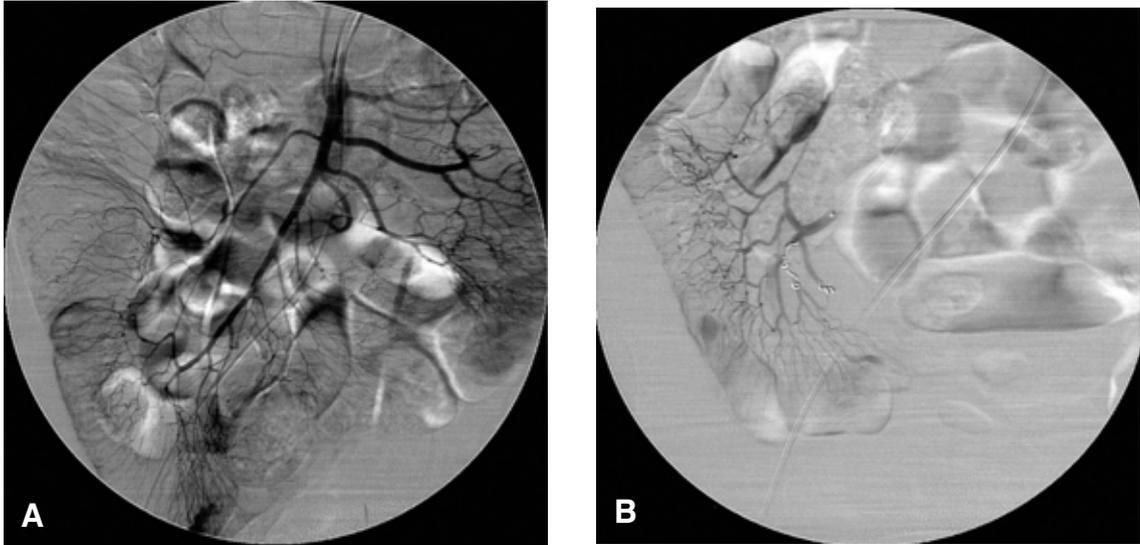


Figure 6. Angiography. (A) An SMA angiogram shows contrast extravasation in the ileocolic branch. (B) After coil embolization, bleeding was controlled.

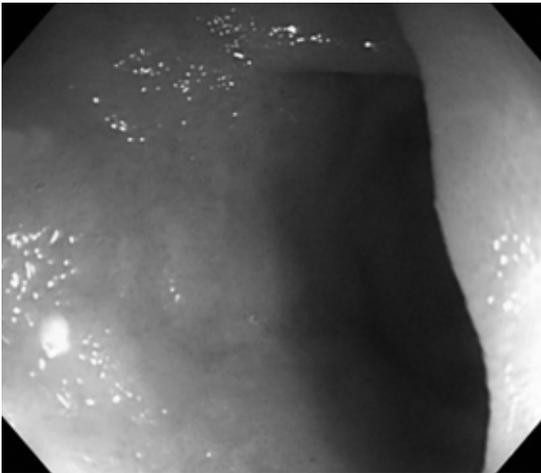


Figure 7. Follow-up colonoscopy. Previous colonic lesions such as ulcer and mucosal bleeding were improved.

색전술을 시행한 다음날 병변의 확인을 위해 시행한 추적 대장내시경 검사에서 최초 내원 당시의 말단회장 병변은 관찰되지 않았다(그림 7).

환자는 이후 스테로이드를 1개월에 걸쳐 감량 후 중단하였으며 현재까지 특별한 증상 없이 추적관찰 중이다.

고 찰

HSP는 후모세관 세정맥을 침범하는 급성 염증성 질환으로 피부자반, 관절염, 신장염, 복통과 위장관 출혈 등을 유발하며 원인은 아직까지 명확히 밝혀진 것은 없다. 영아에서 성인까지 모든 연령에서 발병할 수 있으나, 주로 10세 이하의 소아에서 발생빈도가 높은 것으로 알려져 있다^{1, 3, 4}.

위장관 증상은 소아의 2/3, 성인의 1/3 정도에서 동반되는데, 복통이 전 복부에 나타날 수 있으며, 압통은 존재하나 근육 강직은 없고, 설사와 구토, 혈변 등을 보일 수 있다. 혈변은 잠혈성인 경우가 많으며 육안적 혈변을 유발하는 대장병변에 대한 보고는 드물지만 발생 시 부위는 주로 공장이나 회장이었다^{5, 6}. 이번 증례도 내원 당시 압통을 동반한 미만성 복통이 주 증상이었고, 육안적 혈변 없이 현미경적 혈변만 있었다. 그 외 드물게 장중첩증, 마비성 장폐색증, 장관경색, 소장천공, 장관누공, 위막성 장염, 과민성 대장염, 지방변, 급성췌장염 등이 합병증으로 발생할 수 있다⁷.

일반적으로 상부위장관 내시경 검사에서는 주로 십이지장 하행부에 대장내시경 검사에서는 주로 에스자결장 과 직장에서 표재성 미란과 궤양, 점막과 점막하 출혈, 말적 부위의 융합, 점막 부종 등이 관찰되는 경우가 많

으나 사실상 위장의 어느 부위에서나 이러한 소견이 관찰될 수 있다^{2, 8, 9)}. 이번 증례도 내시경검사에서 십이지장 하행부 및 말단 회장에 출혈성 궤양 및 부종이 관찰되는 전형적인 임상양상을 보였다. 또한 HSP 환자에서 내시경 검사에서 나타난 부위의 조직검사를 실시하면 면역형광 염색을 통해 IgA, fibrinogen, C3, C4 침착과 혈관염을 관찰할 수 있다¹⁰⁾. 일반적으로 HSP는 예후가 좋은 편으로 특별한 치료 없이 완치되기도 하나 신장침범이나 심한 위장관 증상이 있다면 스테로이드를 사용하거나 혈장 교환술을 실시하기도 한다. 부신피질 호르몬은 72시간 이내에 복통을 약화시키는 효과가 있으며 소장 중첩증의 발생을 줄인다는 보고도 있다¹¹⁾. 이 환자도 내원 당시 심한 복통을 호소하였으며 내시경 검사에서 심한 출혈성 궤양 소견이 관찰되어 스테로이드 치료를 시도하였다. 대부분 육안적 혈변은 심한 혈관염에 의해 점막과 점막하 혈관이 손상되어 질환의 급성기에 주로 발생하나^{2, 8, 9)} 이번 증례에서는 초기 병변의 점차적인 회복이 확인된 회복기에 심한 육안적 혈변이 발생하였다. HSP는 전신을 침범하는 혈관염이며 1/3 정도의 환자에서 재발할 수 있으나 주로 신장을 침범하는 경우가 많고 위장관의 재발은 드물다. 또한 이 질환이 위장관의 부위별로 시차를 두고 침범되었다는 보고는 없으므로 일주일 뒤 발생한 회장동맥에서의 출혈이 HSP의 경과나 치료와 관련된 것인지 다른 원인에 의한 것인지는 불확실하다. 스테로이드 투약에 의한 출혈도 고려해볼 수 있겠으나 비스테로이드성 항염증 약물(nonsteroidal antiinflammatory drugs, NSAIDs)과 달리 스테로이드가 장 점막출혈을 유발한다는 보고는 아직 없었다. 스테로이드 투약 환자에서 위출혈의 위험에 관해서는 위험을 높인다는 보고도 있었으나¹²⁾, 상반된 연구결과들도 있었는데^{13, 14)}, 최근 캡슐내시경과 소장내시경에 의해 NSAIDs 유발 소장출혈의 존재가 입증된 것처럼¹⁵⁾ 스테로이드 사용 환자에서도 이런 검사 방법들을 이용한다면 출혈과의 연관성을 확인할 수도 있겠으나 추가적인 연구가 필요하다. 이 환자에서는 스테로이드 사용 후 복통이 완화되고 상부 내시경 검사에서 이전의 병변이 모두 호전된 것으로 보아 스테로이드 치료가 효과적이었다고 여겨지며, 출혈 발생 후 스테로이드를 계속 사용하였음에도 불구하고 더 이상의 출혈은 없었고, 추적 내시경 검사를 이용해 관찰 가능하였던 범위 내에서 위 또는 장 점막의 이상소견이 관찰되지 않았던 점으로 보

아 이번 증례에서 질환의 호전 중 발생한 하부 위장관 출혈이 스테로이드에 의해 유발되었을 가능성은 높지 않아 보인다.

일반적으로 하부 위장관 출혈과 관련된 질환으로 게실출혈, 치질 등의 항문질환, 혈관이형성증, 허혈성 대장염, 염증성 대장염, 중앙 질환 등이 있으나¹⁶⁾ 이 환자에서는 초기 진단 시 대장내시경 검사만 시행하고 소장내시경에 대한 검사는 실시하지 않았으므로 회장 동맥의 출혈이 HSP와 독립적인 다른 질환에 의한 출혈이었을 가능성도 배제할 수 없다.

이번 증례는 위장관을 침범한 HSP 환자에서 스테로이드를 이용한 초치료를 통해 호전 중인 상태에서 발생한 대량 출혈의 예로 소장내시경이나 캡슐내시경 등의 추가 검사가 이루어지지 않아 출혈의 원인을 정확히 규명할 수 없었다는 제한점이 있지만 위장관을 침범하는 HSP 환자에서 스테로이드 치료를 통한 증상과 육안 소견의 호전기에도 대량의 위장관 출혈이 발생할 수 있으며 이와 관련된 사항들에 대한 연구가 필요함을 시사한다.

요 약

Henoch-Schönlein purpura (HSP)는 자반증, 관절통, 복통, 신장 침범 등 여러 장기를 침범하는 급성 염증성 질환으로 영아에서 성인까지 어느 연령에서나 발생할 수 있으며, 성인에 발생하는 경우 혈관염이 가장 심한 급성 염증기에 대개 나타나며 치료를 통한 회복기에 발생하였다는 보고는 아직 없다.

저자들은 복통으로 내원한 45세 남자 HSP 환자에서 스테로이드 치료로 호전 중인 상태에서 대량 하부위장관 출혈 1예를 경험하였다. 소장내시경이나 캡슐내시경 등의 추가 검사가 이루어지지 않아 대량 출혈의 원인을 정확히 규명할 수 없었다는 제한점이 있지만 위장관을 침범하는 HSP 환자에서 스테로이드 치료를 통한 증상과 육안적 소견의 호전 중에도 출혈의 발생 가능성에 관심 및 세밀한 관찰이 필요하다.

중심 단어 : Henoch-Schönlein purpura, 위장관출혈

REFERENCES

- 1) Tizard EJ. *Henoch-Schönlein purpura*. Arch Dis Child 80:380-383, 1999
- 2) 김건우, 한승우, 서재석, 남언정, 강영모. 성인 Henoch-

- Schönlein Purpura의 출혈성 위장관염. 대한내과학회지 68:628-637, 2005
- 3) 김장섭, 박명배, 정태원, 나하연. Henoch-Schönlein 증후군 195예의 임상적 관찰: 소아와 성인의 임상적 보고. 대한내과학회지 26:948-957, 1983
 - 4) Allen DM, Diamond LK, Howell DA. *Anaphylactoid purpura in children (Schoenlein-Henoch sSyndrome): reveiw with a follow-up of the renal complications. Am J Dis Child 99:833-854, 1960*
 - 5) 최지훈, 염주진, 조은영, 김상욱, 김태현, 최석채, 윤기중, 나용호. Dapsone으로 치유된 하부장관 출혈이 동반된 Henoch-Schönlein 자반증 1예. 대한소화기학회지 39:424-428, 2002
 - 6) Siskind BN, Burrell MI, Pun H, Russo R Jr, Levin W. *CT demonstration of gastrointestinal involvement in Henoch-Schönlein syndrome. Gastrointest Radiol 10:352-354, 1985*
 - 7) 권은희, 김성진, 나민아, 정유석, 이동원, 이수봉, 광임수. 성인 Henoch-Schönlein 자반증의 임상적, 병리학적 고찰. 대한내과학회지 65:323-334, 2003
 - 8) Bailey M, Chapin W, Licht H, Reynolds JC. *The effects of vasculitis on the gastrointestinal tract and liver. Gastroenterol Clin North Am 27:747-782, 1998*
 - 9) Pore G. *GI lesions in Henoch-Schönlein purpura. Gastrointest Endosc 55:283-286, 2002*
 - 10) Morichau-Beauchant M, Touchard G, Maire P, Briaud M, Babin P, Alcalay D, Matuchansky C. *Jejunal IgA and C3 deposition in adult Henoch-Schonlein purpura with severe intestinal manifestations. Gastroenterology 82:1438-1442, 1982*
 - 11) Rosenblum ND, Winter HS. *Steroid effects on the course of abdominal pain in children with Henoch-Schönlein purpura. Pediatrics 79:1018-1021, 1987*
 - 12) Nielsen GL, Sorensen HT, Mellekjoer L, Blot WJ, McLaughlin JK, Tage-Jensen U, Olsen JH. *Risk of hospitalization resulting from upper gastrointestinal bleeding among patients taking corticosteroids: a register-based cohort study. Am J Med 111:541-545, 2001*
 - 13) Carson JL, Strom BL, Schinnar R, Duff A, Sim E. *The low risk of upper gastrointestinal bleeding in patients dispensed corticosteroids. Am J Med 91:223-228, 1991*
 - 14) Bianchi Porro G, Pace F. *Ulcerogenic drugs and upper gastrointestinal bleeding. Baillieres Clin Gastroenterol 2:309-327, 1988*
 - 15) Fortun PJ, Hawkey CJ. *Nonsteroidal antiinflam-matory drugs and the small intestine. Curr Opin Gastroenterol 21:169-175, 2005*
 - 16) Strate LL. *Lower GI bleeding: epidemiology and diagnosis. Gastroenterol Clin North Am 34:643-664, 2005*