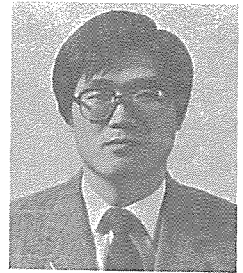


Ⅲ. Allergy, 교원병에 의한 점막질환

원광대학교 치과대학 구강진단학교실

조교수 한 경 수



1. 혈관부종(혈관신경성 부종)

Quincke부종이라고도 하며 급작스런 미만성 종창을 보인다. 종창의 본질은 부종성이고 다소 단단하며 손가락으로 압박을 가할때 함몰되지 않는(nonpitting) 양상을 보인다. 특히 관심을 요하는 경우는 혀, 구개수, 후두등에 발생하는 것으로서 갑작스런 호흡장애를 초래할 수 있다.

분류 및 원인

현재 일반적으로 유전성과 비유전성의 2가지 형으로 분류되고 있고 비유전성이 보다 흔히 발생하며 그중 70%이상에서 원인이 밝혀져 있지않다. 한편 Buckley와 Mathews의 원인에 따른 분류에서는 ① IgE mediated, ② Complement mediated, ③ Idiosyncratic reactions, ④ Idiopathic으로 구분되기도 한다. Cl esterase억제인자의 결핍을 보이는 흔하지 않은 유전형은 보체 매개형에 속하며 상염색체우성유전을 한다. 때로 알러젠검사에서 음식이나 약물이 발증원인으로 밝혀지기도 한다.

증상

임상증상은 형에 구분없이 대체로 유사하고 보통 안검, 혀, 구순등에 호발하며 소화관, 관절, 중추신경등 신체 어느 조직에서나 병발될 수 있다. 종창의 지속은 수시간에서 수일간이며 환자의 50%에서 전신적인 담마진이 동반된다. 부종성 종창의 부위는 경계가 불명확하고 염증성 발적이 없으며 때로 가벼운 소양증과 작열감등을 보인다. 재발은 흔하며 그 간격(inte-

rval)은 다양하다.

감별진단 및 치료

진단시 감염, 유육종증, Melkersson-Rosenthal증후군, 선성구순염(cheilitis glandularis), 육아종성구순염과 감별을 요한다. 이때 급작스런 발증과 재발성병력이 주요 감별요소이다. 치료는 일단 부종이 발생한 뒤는 선택약제로 antihistamine이 쓰이며 비유전성일 경우 가능하면 원인을 찾아내 제거하는 것이 필요하고 유전형은 발치술과 같은 외상성 처치에 의해서도 유발될 수 있으므로 예방적으로 epsilon aminocaproic acid와 같은 antifibrinolytic agent나 합성androgen을 투여하는 것이 효과적이 될 수 있다.



그림 1. 10세, 여아. 좌상 안검에 생긴 혈관신경성 부종. a:발작후 90분, b:다음날 아침, 20시간후, c: 3일 후부터 증상이 완화되기 시작하고, d:10일후에 쇠퇴되었다.

2. 알러지성 구내염

전신적으로 투여된 항원, 특히 약물의 알레르기 또는 독성효과로서 구강점막에 발생된 미만성 홍반성병소로 약물에 의한 다형홍반(약물성구내염), 혹은 태선양약물반응(약물에 의한 편평태선)이라고도 한다. 임상증상은 다형홍반이나 편평태선의 구강증상과 동일하며 상세한 병력조사에 의해 진단이 가능하다.

분류 및 원인

약물성구내염과 접촉성구내염으로 구분되고 있으며 약물성구내염의 경우 과민형, 또는 면역복합체형으로 생각되고 있다. 알레르기를 일으키기 쉬운 약물은 항생제, 진통제, 항불안약제, 국소마취제등이며 음식으로는 계란, 우유, 고등어, 식품첨가물등이다. 접촉성구내염은 지연형 과민반응에 의한 것으로 국소적으로 투여되거나 접촉되는 약제, 화장품등, 고무, 가죽, 니켈, 치과용레진등이 원인이 된다.

증상

즉시형은 항원이 투여된 후 수분내지 24시간 내에 발증하며 급성의 경과를 보인다. 다수의 수포와, 궤양, 홍반성병소를 보이며 고열의 전신증상과 피부병소등이 동반되기도 하며 구취, 동통, 작열감이 있고 음식섭취가 곤란하게 된다. 태선양약물반응이 있을 경우 백색구름모양의 점막병소와 홍반, 위막등이 나타난다. 지연형은 대개 48시간후에 발증하며 접촉부위에 국한성으로 소양감, 부종, 발적, 소수포, 습진등이 발생된다. 유형에 관계없이 구강점막 어느 곳에서도 일어날 수 있으며 구순, 혀, 협점막등에 특히 호발한다.

감별진단 및 치료

고정약진과의 감별을 요하며 이것은 특정항원이 투여될 때마다 피부나 점막의 특정부위에 홍반, 부종, 수포등이 국소적으로 나타나며 구강내 발현은 드물다. 약물성과 접촉성구내염의 감별을 위해 피부반응검사중 첩부시험(patch test)이 흔히 쓰인다. 치료를 위해 원인일 가능성이 있는 약물이나 식품등의 사용을 즉시 중단하고 스테로이드제, 항히스타민제, 비타민제

등을 투여해 전신, 혹은 국소증상을 개선하며 구강내 병소의 세정, 소독, 국소마취제등을 이용한 동통완화등을 병행한다.

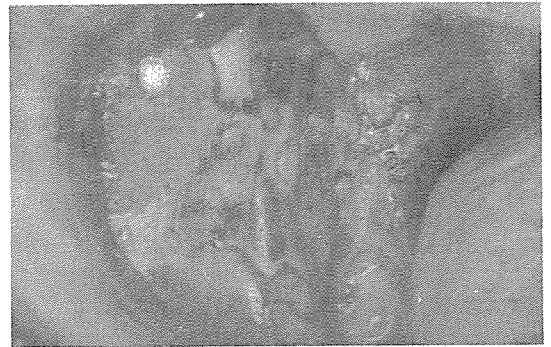


그림 1. 협점막부터 인두부에 걸쳐 발작, 미란, 위막, 출혈

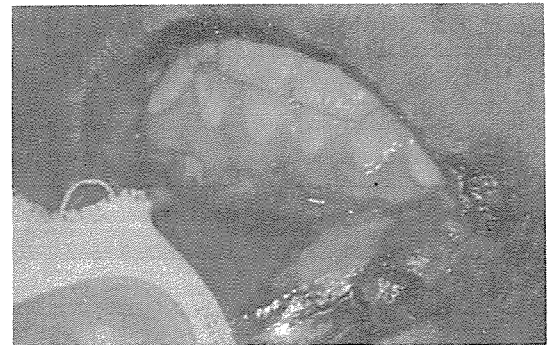


그림 2. 하구순점막, 전정부 점막의 미란, 위막, 상하순의 출혈, 혈가, 좌측 구각부 피부의 미란, 색소침착

3. 홍반성낭창

원인불명의 교원병(결체조직질환)으로 전신의 모든 기관을 침범할 수 있다. 이러한 전신성낭창에 반해 원판상 홍반성낭창(Discoid lupus erythematosus)은 피부나 점막만을 침범하며 예후가 좋은 양성질환이다. 여성에 호발하며 주로 40세이전에 최초 발병한다.

분류 및 원인

전신성 홍반성낭창(SLE)과 원판상 홍반성낭창(DLE)로 나누며 원인은 불명이나 SLE와 DLE는 공통된 원인요소를 가진다고 인정되며, 원인요소로는 내분비계의 특히 증가된 estrogen

en level등과 유전요소로서 자가항체와 면역결핍의 높은 발현율, 생화학적인 요소로서 tyrosine과 phenylalanine등과 같은 대사산물의 증가된 배설량 그의 바이러스요소등이 중요역할을 맡고 있다고 간주된다.

증상

SLE의 증상은 매우 다양하여 관절염, 관절통, 발열, 신장장애, 체중감소, 임파절 종창등이 빈도가 높고 구강증상으로는 홍반, 원판상발진, 궤양등이며 부종과 소출혈반을 볼 수 있다. 호발부위는 협점막, 구순, 구개이고 특징적인 피부병소는 안면의 접형홍반(butterfly rash)이다. DLE의 증상은 특징적 피부병변으로 고정성 국한적홍반, 인설(Scale), 낭상각전(follicular plugging), 모세혈관확장증등을 보이며, 구강증상으로는 희고 작은 반점이 섞인 홍반을 방사상의 백반이 둘러싸고 그 주위에 모세혈관이 확장되어 있는 원판상병변을 보인다. 입술병소는 처음에는 국한성 또는 미만성홍반을 보이며 진행되면 인설이 부착된 홍반과 색소침착, 균열, 가피등을 보이게 된다. 구강증상의 발현율은 유형에 관계없이 전 환자의 10~50%에서 나타나며 때로 구강병소만을 보이는 경우도 있다. 호발부위는 SLE와 같이 협점막, 구개, 구순, 치조점막등이다.

감별진단 및 치료

편평태선, 백반증과의 감별을 요하며 홍반성 낭창의 2가지 유형간의 감별도 필요하다. 특징적인 검사소견은 항핵항체(ANA)와 LE 세포의 검출로서 SLE환자의 99%에서 ANA에 양성반응을 보인다. DLE는 전형적인 증례를 제외하면 임상증상만으로는 감별이 어렵고 조직검사가 필요하다. SLE의 치료로는 전신적인 스테로이제 투여, 면역억제제, 항말라리아제등이 쓰이며, DLE는 일광에 조사되는 것을 피하고 스테로이드제를 사용한다.

4. Sjögren증후군

쇠그렌증후군은 1933년 Sweden의 안과 의사 Henrik Sjogren이 최초 보고한 질환으로 눈선과 타액선의 분비장애로 인한 건조증과 중증 결



그림 1. 전신성 홍반성 낭창의 안면에 있어서의 접형홍반. 구순부에는 인설(scale)을 수반하는 홍반이 보인다.

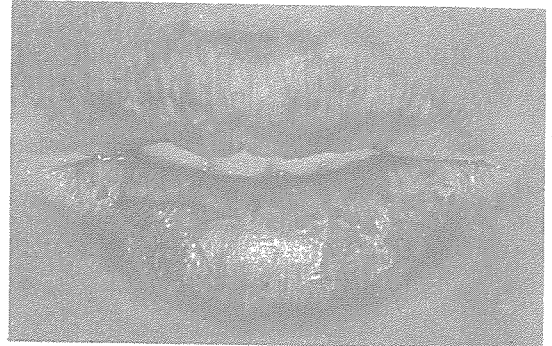


그림 2. 원판상 홍반성 낭창의 구순부 병변. 주로 하순의 곳곳에 홍반을 동반한 백반이 보이고, 일부에 인설이 부착되어 있다.

체조직질환을 병발한다. 여성에서 압도적으로 빈발하며 호발연령은 40대 이후이다.

분류 및 원인

일반적으로 원발성(primary)형과 속발성(Secondary)형의 2가지로 구분되며 한때 Mikulicz's disease로 불려진 질병형태는 원발성 Sjögren증후군의 국소형태로 간주되고 있다. 원발성형은 일차적으로 눈선과 타액선의 장애를 가져오며 와분비선만을 침범한다. 속발성형은 결체조직질환을 포함하는 눈선과 타액선의 병변을 말하며, 2가지형의 발생빈도는 유사하다. 속발성형에서 나타나는 결체조직질환은 환자의 약50%에서 보이는 류마티스양관절염(RA)과

그의 SLE, 공포증, 다발성근염등이다.

원인이 확실치않으나 변형된 면역반응이 일차적 내적요인으로 생각되며, 많은수의 비정상 항체(타액선관항원에 대한 항체)와 병발하는 교원병(결체조직질환)으로 인해 이질환을 자가면역질환으로 간주케한다.

증상

눈의 건조증과 함께 인두, 후두, 코의 건조증을 보이며 여성환자의 경우 적은빈도에서 질내 건조감을 호소한다. 중요한 증상은 구강건조증(xerostomia)으로 거의 모든 환자가 심하게 호소하고 있다. 이로 인해 구강점막의 위축성변화, 혀의 유두소실과 매끈함, 충치발생율의 증가, 저작 및 연하의 곤란함, 이차적 칸디다증, 이하선종창등과 시력감퇴, 전성 각결막염, 다발성관절통이 나타난다.

감별진단 및 치료

Sjögren증후군으로 의심되는 환자들의 누선(lacrimal gland)기능을 알아보기 위해서 시행되는 검사는 ① Schirmer test ② Break-up time test ③ quantitative rose-bengal dye test등이 있으며 타액선기능의 검사를 위해서는 ① parotid flow rate ② 타액선생검 ③ 타액선 섬광촬영술(scintigraphy)등이 있으며 3가지중 2가지 이상의 검사에서 비정상소견을 나타내면 진단이 가능하다. 감별을 요하는 질환으로는 만성·이하선염, 약제중독, 알콜중독등이다.

치료는 대증요법에 준하며 저하된 분비기능의 이차적영향을 최소화하는데 있다. 건조증에

대하여는 인공의 눈물 및 타액대치제를 사용하며 치아에 대해서는 도포용불소를 쓰고 전신적 교원병을 가지고 있을때는 스테로이드제, 면역억제제등을 사용한다.



그림 1. Sjögren증후군의 설병변. 설유두가 위축 소실되어 혀가 매끈하게 되어 있다. 또 구각 미란도 인정된다.

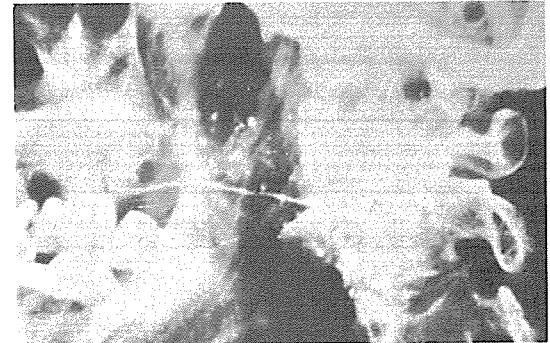


그림 2. 이하선의 조영 방사선 사진. 선 실질부에 파립상의 음영이 보인다.

사무실 이전 안내

대한치과의사협회지 대행기관인 현대의학사 사무실을 다음과 같이 이전하오니 양지하시기 바랍니다.

○이전일자 : 1988. 10. 13.

○이전장소 : 중구 인현동 2가 192-30 (신성상가 Apt. 504호) ☎ 100-282

Tel. 266-8398/277-8867