

홍순에 발생한 출혈성 궤양 병소의 증례보고 및 감별진단

전북대학교 치의학전문대학원 구강내과학교실¹, 전북대학교 치의학전문대학원 구강병리학교실²,
전북대학교 구강생체과학연구소³

이경은^{1,3} · 정원¹ · 조남표^{2,3} · 서봉직^{1,3}

홍순(red zone 또는 vermillion zone)은 해부학적으로 입술의 피부부위에서 구강점막으로 이행되는 부위로 선 구순염, 접촉 구순염, 구각 구순염, 형질세포성 구순염, 박탈성 구순염, 광선 구순염, 육아종성 구순염과 같은 염증성 질환으로 알려진 다양한 구순염과 감염성 질환, 양성 및 악성 종양, 다른 전신질환의 피부증상과 관련된 병소들이 나타난다. 본 증례에서는 홍순에 발생한 궤양성, 출혈성, 가피를 형성한 병소들에 대해 형질세포 구순염과 Stevens-Johnson syndrome(SJS)과 관련된 홍순 병소를 경험한 바 이를 보고하고자 한다.

주제어: 형질세포 구순염, 다형홍반, Stevens-Johnson syndrome, 출혈성 궤양병소, 홍순, 구순염

I. 서 론

입술은 해부학적으로 구강(oral cavity)의 위와 아래에 있는 잘 움직이는 주름으로 바깥쪽인 피부, 안쪽인 구강점막, 그리고 피부에서 점막으로 이행되는 점막피부경계부인 홍순(red zone 또는 vermillion zone)으로 이루어져 있다.^{1,2)}

조직학적으로 살펴보면, 입술의 피부 부위는 얼굴 피부와 같이 모낭, 피지선 및 땀샘이 있는데 반해, 구강점막 부위는 선조직 중에서 주로 소타액선을 가지고 있으며, 홍순은 구각부위에 약간의 피지선이 있는 것을 제외하고는 어떠한 부속물도 있지 않다. 이 중 홍순의 상피는 진성각화 중층 편평상피로 이루어져 각화되어 있지만, 얇으며, 모세혈관고리가 있는 긴 결

합조직유두가 있다. 따라서, 이러한 구조로 인해 홍순은 혈액이 표면 가까이까지 근접하게 되어 진한 붉은 색으로 보인다.²⁾

입술은 피부부위, 점막부위, 홍순으로 이루어진 하나의 독특한 해부학적 단위로 자유롭게 움직이는 연한 조직만으로 음식물 저작기능, 발음, 얼굴 표정에 의한 표현 등 많은 중요한 기능을 하며, 미용면에서도 아주 중요한 부위이다.³⁾

따라서, 입술에 병소가 발생할 경우에는 이러한 여러 기능에 영향을 미치므로, 작은 크기의 병소라도 생활에 불편함을 줄 뿐만 아니라 심미적인 이유로 환자의 심리가 위축되기 쉬울 것이다. 또한 입술의 병소는 다양한 원인들에 의해 발생할 수 있어 여러 상황을 고려해야 한다. 예를 들면 크론씨 병과 같은 전신질환 발생시 입술에 병소가 발현될 수 있으며, 바이러스 감염 등에 의해 나타날 수도 있고, 국소적 피부질환이나, 종양과 같은 국소적 단독 병소로 발생할 수도 있다.^{4,5)}

이에 저자는 최근에 홍순에 출혈성 궤양 병소를 경험한 바, 이를 증례보고하고, 이와 관련된 홍순의 병소에 대해 고찰해보고자 한다.

교신저자: 서봉직

전라북도 전주시 덕진구 덕진동 1가 664-14

전북대학교 치의학전문대학원 구강내과학교실

전화: 063-250-2054

Fax: 063-250-2058

E-mail: yonam@chonbuk.ac.kr

원고접수일: 2011-04-15

심사완료일: 2011-05-26

증례보고

1. 증례 1

1) 주소 및 병력

2011년 3월 21일 75세 여자가 입술이 헐고 피가 나는 것을 주소로 구강내과에 내원하였다. 2009년부터 알레르기성 천식으로 호흡기내과 치료를 받았으며, 2011년 2월 증상이 다시 발생하여 관련 약물을 복용하던 중 2월 말부터 입술이 헐고 출혈과 통증이 발생하였다. 내과 의원에서 입술병소에 대해 세균성 감염 치료 연고(Bactroban[®])를 사용하였으나 증상의 개선이 없어 내원하였다.

2) 임상검사 및 방사선 검사

임상검사 결과 아래 입술에 부종이 있었고, 통증을 동반한 궤양이 있었으며, 출혈이 존재하여 출혈성 가피(crust)가 형성되어 있었다(Fig. 1). 하악 전치부 순측 치은에 염증이 존재하여 중등도의 부종과 함께 측



Fig. 1. 초진일 입술 소견



Fig. 2. 국소 스테로이드 요법 후

진 시 통증을 호소하였다. 통증으로 인해 잇솔질이 되지 않고 있어 구강위생이 불량하였다.

파노라마 방사선 검사 결과 특이소견은 없었다.

3) 치료 및 경과

구강 내 소독 및 입술 병소의 소독을 시행하였고 불량한 구강위생의 개선을 위해 클로르헥시딘 양치 용액 (클로헥신[®])을 처방 하였으며 스테로이드 (Dexamethasone[®]) 양치 용액을 입술 부위에 거즈를 이용해 적용하도록 하였다. 일주일 간격으로 내원하여 소독을 받았으나 4월 8일 내원 시에도 여전히 입술의 궤양성 병소와 출혈성 가피가 형성되어 있었고 이와 함께 통증을 호소하였다(Fig. 2). 증상의 호전이 없어 외과적 처치를 위해 본원 구강외과로 의뢰하였고, 4월 8일 입술 병소 부위의 생검을 시행하였다. 생검 시행 후 환자는 항생제(Cefaclor[®]), 진통소염제(Dibrufen[®])를 복용하였다. 4월 15일 내원 시 입술의 염증성 병소와 출혈성 가피 모두 사라졌고 통증도 사라졌다(Fig. 3). 생검 결과, 상피층이 완전히 상실된 상태의 궤양 소견을 보였으며, 상피하부 고유판(lamina propria) 내에 형질세포의 조밀한 침윤이 관찰되었고 전체 50%정도로 추정되었다. 이외 조직구(histocyte)의 침윤이 많이 관찰되었으며, 경미한 호산구(eosinophil) 침윤도 관찰되었다(Fig. 4).

2. 증례 2

1) 주소 및 병력

2011년 3월 2일 33세 여자가 입안 전체가 헐은 것을 주소로 본원 피부과에서 의뢰되었다. 약 20일 전 고열로 의료원에 내원하여 urinary tract infection이 의심되어 항생제(ciprofloxacin), NSAID(Anyfen[®]), 제산제



Fig. 3. 생검후

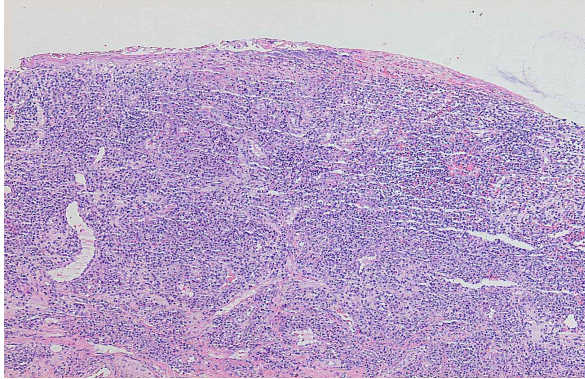


Fig. 4. 조직학적 소견(x100)



Fig. 5. 초진일 입술 소견

(Ulcermin[®])를 복용한 후 전신에 홍반성 반점과 구진이 발생하여 본원 피부과에 입원하여 Stevens-Johnson syndrome(SJS)으로 진료받고 있지만, 구강 내 병소의 개선이 없어 의뢰되었다. 눈도 따끔거리 뜨기가 어렵다고 하며, 소변 볼때도 따끔거리는 증상이 있다고 하였다. 과거력상 펜잘계통, 항생제(어떤 약인지는 모름) 복용 후 두드러기가 발생한 적이 있었다.

구강내과 내원 당시 환자는 구강 전체의 통증과 입술의 통증 및 가피로 개구를 하지 못하고, 음식섭취도 하지 못하였다.

2) 임상검사

얼굴 피부 및 전신에 걸쳐 가피가 형성되어 있었다. 입술에는 궤양이 형성되어 있었고 궤양 자극 시 출혈이 쉽게 발생하였으며, 출혈성 가피가 존재하고 있었다(Fig. 5). 통증으로 인한 개구제한을 호소하였으며 양측 협점막 및 경구개 부위에는 적색륜이 있는 미란이 존재하였다(Fig. 6). 혀는 전반적인 유두소실이 관찰되었고 촉진에 민감하였다. 구강 내 통증으로 인해 잇솔질이 어려워 구강위생 상태는 불량하였다.



Fig. 6. 초진일 구강내 소견

3) 치료 및 경과

입술에 존재하는 출혈성 가피를 제거하였고, 구강 내 포타딘 dressing을 시행하였다. 스테로이드(Dexamethasone[®]) 양치 용액 처방하여 입술 및 구강 내에 적용하도록 했다. 초진 후 매일 포타딘 dressing을 시행하였고, 3월 11일 내원 시 피부병소를 포함한 구강 병소의 통증이 거의 사라졌으며, 입술만 약간 통증이 존재하였다. 피부의 가피는 거의 제거된 상태였고, 입술의 궤양 및 출혈성 가피도 범위가 많이 축소된 상태였다. 구강 내는 더 이상 촉진에 민감하지 않

았고 홍반성 병소도 관찰되지 않았다. 동일하게 입술의 출혈성 가피를 제거하고, 구강 내 포타딘 dressing을 시행하였으며 이후 환자는 내원하지 않았다.

고찰 및 결론

홍순에는 화학적 구순염, 선 구순염, 접촉 구순염, 구각 구순염, 형질세포 구순염, 박탈성 구순염, 육아종성 구순염 등 원인에 따라 다양한 형태의 구순염과 단순포진, 칸디다 등의 감염성 질환, 멜라닌 반과 같은 색소성 질환, 점액낭종, 카포시 육종, 편평세포암 등의 양성 및 악성 종양, 다른 전신질환의 피부증상으로 인한 병소들이 나타날 수 있다.^{5,6)}

본 연구에서 제시한 증례들은 홍순(vermilion zone)

에 궤양성, 출혈성 병소가 존재하고 가피가 형성되어 있다는 공통점이 있어서, 동일 원인으로 발생한 병소로 착각할 수도 있다.

그러나, 첫 번째 증례의 경우 하악 전치부 순측 치은에 염증이 존재하고 촉진 시 통증을 호소하나, 이는 구강위생 불량으로 인한 치주염으로 생각되며 홍순 병소와는 연관성이 없는 것으로 여겨지므로 홍순에만 발생한 단독 병소로 생각된다. 그리고, 두 번째 증례는 전신에 홍반성 반점 및 구진과 함께 입술 및 구강내 병소가 존재하고, 피부 병소 발생과 입술 및 구강내 병소가 같은 시기에 발생한 것으로 보아, 입술의 병소는 피부 병소와 관련이 있는 것으로 생각된다. 따라서, 상기 증례들이 홍순(vermilion zone)에 궤양성, 출혈성 병소가 존재하고 가피가 형성되어 있다는 공통점은 있으나, 첫 번째 증례는 홍순만 발생한 단독병소로 여겨지며, 두 번째 증례는 SJS의 구강 내 발현이라고 생각되며 이에 대한 감별진단 및 고찰이 필요하리라 생각된다.

첫 번째 증례처럼 홍순에만 병소가 존재할 경우 임상적으로 홍순에 발생하는 다양한 형태의 구순염과 감별진단 해야한다. 이러한 질환에는 화학적 구순염(actinic cheilitis), 접촉성 구순염(contact cheilitis), 박리성 구순염(exfoliative cheilitis), 선 구순염(cheilitis glandularis), 육아종성 구순염(cheilitis granulomatosa), 형질세포 구순염(plasma cell cheilitis) 등이 있다.^{4,6)}

화학적 구순염은 입술에 발생하는 만성 전암병소로 과각화, 홍반, 미란이 나타나고 햇빛에 과다 노출시 발생하는 것으로 알려져 있으며, 주로 노년에서 발생하는 것으로 알려져 있다.⁴⁾ Makopoulous 등의 화학적 구순염 환자에 대한 보고를 살펴보면, 남자가 92.3%, 여자가 7.4%였으며, 평균나이 53±11세이었고, 27명이 농부, 12명이 육외 노동자, 4명이 어부였다. 29.2%는 궤양이 없는 백색병소 양상이었고, 47.7%는 미란성, 궤양성 양상, 23.1%는 백색병소 또는 위축성 병소가 있는 미란성, 궤양성 병소 양상으로 나타났다. 그리고 모두 하순에서 발생하였다. 이중 11명에서 편평세포암종이 관찰되었고 9명은 초기검사 때 발견되었으나, 2명은 2년 정도 경과관찰 후에 악성 변화가 나타났다.⁷⁾ 박 등의 국내조사에서는 여성환자가 남자에 비해 4배 많았으며 모든 연령이 50세 이상이었으며, 평균연령이 65.3세였다. 모두 하순에서만 발생하였다⁸⁾ 치료는 햇빛 노출을 차단하고, 5-fluorouracil을 국소도포하거나, 심한 경우에는 외과적 절제와 생검을 시행한다.⁹⁾

접촉성 구순염은 접촉물질에 의한 알러지 반응으로 나타나는 입술의 염증성 질환으로 관련인자는 치약, 립스틱, 선크림, 조미료 등이다. 임상증상은 자극 후에 부종 및 홍반이 나타나며, 가피도 관찰된다. 세심한 병력청취가 원인을 밝히는데 기본이 되며, patch test로 원인물질을 밝힐 수 있다. 치료는 의심되는 물질을 모두 중단하고 국소적으로 스테로이드를 사용한다.^{4,9)}

박리성 구순염은 홍순에 지속적으로 박리와 가피가 형성되는 특이한 만성염증성 질환이다. 원인은 밝혀지지 않았으나, 가끔 입술 깨물기, 입술 빨기와 같은 습관에 의해 발생하기도 하며, 추운날씨나 매우 더운 날씨에 악화되기도 한다. 임상적으로 심한 박리가 발생하면서 표면이 민감해지고 발적되며 이러한 과정이 반복적으로 발생하면서 점차 두꺼워지고, 가피가 형성되면서 심리적 문제가 되기도 한다.^{4,9)} 치료는 보습제나 국소적 스테로이드 도포가 권유되나,⁹⁾ 스테로이드 도포 및 전신복용, 항생제 복용, 항진균제 복용 등에도 반응이 없는 증례도 보고되기도 한다.¹⁰⁾

선 구순염은 순측 소타액선에서 발생하는 드문, 만성 염증성 질환으로 과다분비와 도관 확장이 나타나며 주로 성인 남성에서 발생하고 원인은 알려져 있지 않다. 임상적으로 입술이 붓고 커지고 융기되고 구순변연을 따라 소타액선의 구멍(puncta)이 노출되어 구멍이 반점이나 구진처럼 보이기도 하고 소타액선에서 끈적한 물질이 배출되어 입술표면에서 마르게 되며 가피를 형성하기도 한다.⁴⁾ 치료는 스테로이드 국소요법이며, 진행된 경우는 외과적 절제 및 성형술이 필요하다.⁹⁾

육아종성 구순염은 갑작스런 구순의 증대가 호전과 악화를 반복하여 만성적인 구순증대의 형태를 보이는 질환으로 1945년 Miescher가 처음으로 기술하여 Miescher's cheilitis라고도 한다.³⁾ 임상적으로 통증이 없는 미만성 구순 부종이 나타나고, 치료는 스테로이드 국소도포, 병소내 주입, 전신요법 등이 권유되나,⁹⁾ 스테로이드 요법에 반응하지 않은 육아종성 구순염을 metronidazole로 치료한 경우도 보고되었다.¹¹⁾

형질세포 구순염은 진피 위쪽에 형질세포가 띠 형태로 침윤되어 있는 것이 특징인 드문 염증성 질환으로 임상 양상은 일반적으로 경계가 비교적 명확하고, 편평하거나 약간 융기된, 미란성 플라그나 패취 양상으로 나타난다. 그러나, 이러한 과정이 반복되면 궤양과 함께 입술이 두꺼워지거나 갈라지며, 가피가 형성되고 촉진에 민감해져 음식섭취 시 민감해질 수 있

다.^{4),12)} 조직학적으로 표피 과각화증이나 세포간 부종이 나타날 수 있으며, 일반적인 피부 염증성 질환에서 보기 힘든 소견인 상부 진피의 조밀한 형질세포 침윤이 특징적으로 나타나고 형질세포외에 림프 조직구, 호산구들의 침윤이 관찰될 수 있다.¹³⁾ 그리고 진피에 침윤되는 형질세포는 lambda 사슬보다는 kappa 사슬을 주로 분비하는 세포로 구성되어 대부분 IgG와 IgA를 생산하는 것이 보고되었다. 이러한 형질세포의 침윤은 보통 천포창, 골수의 형질세포종, 광선 각화증, 편평세포암 등에서도 유사하게 나타난다.¹⁴⁾

형질세포 구순염의 원인은 아직 밝혀지지 않고 있으며, 특별성으로 발생하며⁴⁾ 저절로 소실되지 않고 치료에 저항적인 경우도 있어 치료는 다양한 방법으로 시행된다. 스테로이드 국소도포나 tacrolimus 국소도포에 효과가 없어 스테로이드 병소내 주입으로 효과가 있었다는 보고¹⁵⁾가 있는 반면, clobetasol propionate와 같은 높은 역가의 스테로이드 국소도포가 효과가 좋았다는 보고도 있다.¹⁶⁾ 반면 스테로이드 국소도포가 효과가 없어 전신투여 치료에 좋은 반응을 보였다는 보고도 있다.¹²⁾

첫 번째 증례의 임상양상을 살펴보면, 궤양이 존재하였고 치유과정에서 약간의 용기 양상으로 나타났고, 출혈성 가피가 형성되어 있었다. 이에 이상의 임상소견을 바탕으로 감별진단해보면, 특정 물질과 접촉한 병력이 없고 만성적인 병소이므로 접촉성 구순염이 배제되며, 가피가 형성된 것으로 선 구순염과 혼동될 수 있으나, 선 구순염은 눌렀을 때 끈적끈적한 액체가 나오는 특징이 있어 이번 증례와는 관련이 없는 것으로 생각할 수 있다. 화학적 구순염은 위축성, 미란성, 백색병소가 특징적이며, 박리성 구순염은 상피가 벗겨지는 양상이 특징적이므로 배제할 수 있으며, 육아종성 구순염은 입술의 전반적인 부종이 특징이므로 이번 증례와 관련성이 없는 것으로 생각된다. 형질세포 구순염의 경우 만성화가 되면 궤양과 함께 가피가 형성되는데 이번 증례와 유사한 양상이며, 무엇보다도 이번 증례의 조직학적 소견을 살펴보면, 상피하부 고유판(lamina propria) 내에 형질세포의 조밀한 침윤과, 이외 많은 조직구 침윤과 경미한 호산구 침윤이 관찰되어 형질세포 구순염으로 진단내릴 수 있다. 이번 증례에서도 유사한 조직학적 소견이 관찰되었으나, 면역조직학적 염색을 통해, 형질세포가 kappa 사슬을 주로 분비하는 세포로 구성되어 있는지, 항체 종류가 무엇인지 평가하기 위한 면역염색이 행해지지 않아 아쉬운 점이 있다. 이번 증례의 경우 치료에서는 스테

로이드 사용은 적절하였으나, 국소 도포에 효과가 없는 형질세포 구순염의 경우 스테로이드 국소주입, 전신요법 등으로 효과가 있다는 보고가 있어 이를 시행해보지 못한 점이 미흡했으나, 생검 및 외과적 처치로 호전을 보였으므로 약물에 반응이 없는 경우 외과적 처치가 추가적 치료법으로 제안된다.

두 번째 증례의 경우 고열이 발생하여 항생제와 NASID를 복용한 후 피부에 홍반성 반점과 구진이 발생하고 가피가 형성되었으며, 눈, 입술과 구강 같은 점막부위에서도 병소가 발생하였다. 입술 병소와 피부병소가 같은 시기에 발생하였고, 입술과 구강은 궤양성 병소와 가피가 형성되어 있으며, 피부과에서 SJS로 진단받은 것으로 보아, 홍순의 병소는 다형홍반과 관련된 질환을 의심할 수 있다.

다형홍반(erythema multiforme, EM)과 관련 질환은 피부 발적과 점막의 홍반 및 궤양성 병소가 특징인 면역기원성 염증성 질환이다. 피부 병소는 특징적 과녁(classic target) 병소 혹은 홍채(iris) 병소와 전형적 과녁(typical target) 병소, 비전형적 과녁병소가 나타난다. 특징적 과녁 병소는 홍반성 반점 또는 구진의 양상이며, 전형적 과녁(typical target)은 직경이 3cm 이하의 규칙적이고 둥근 모양의 경계가 뚜렷하고 중심보다 약간 약한 두 개의 홍반성 링이 있는 것을 가리키고, 비전형적 과녁은 전형적 과녁과 유사하나, 경계가 불분명한 병소를 가리킨다.^{17),18)} 입술 병소는 붓고 갈라지고, 출혈되고, 가피가 형성되는 것이 특징적이며, 구강내 병소는 비각화점막 특히 전방부에서 두드러지며, 미란성의 넓은 수포가 발생하고 궤양을 형성한다.¹⁷⁾

다형홍반과 관련 질환은 EM minor(EMm), EM major(EMM), Stevens-Johnson syndrome(SJS), toxic epidermal necrolysis(TEN)으로 분류하고 단일 질환으로 여기고, 임상증상의 정도에 따라 분류해 왔다.¹⁹⁾ 그러나, 최근에는 임상증상, 환자 통계, 잠재적 원인에 따라 EM과 SJS, TEN을 구별해야 한다는 논란이 있다. 일반적으로 다형홍반 분류는 피부병소가 없는 구강 EM만의 증례들이 발표되기도 하나,²⁰⁾ 피부에서의 특징적인 모습과 분포가 EM의 필수 조건이라고 생각하여 피부병소의 양상에 따라 다음과 같은 분류를 제안하고 있다.¹⁹⁾

1) EM minor(EMm) : 피부에 전형적 또는 용기된 과녁병소가 존재하고 피부병소가 피부표면에 10%로 이하로 존재한다. 점막관련병소는 드물며 만약 존재한다면 구강점막에 심한 홍반, 미란, 궤양이 발생

하며, 가끔 구강점막에만 발생하는 경우도 이에 해당된다.

- 2) EMM: 피부병소가 존재하고 적어도 2군데의 점막 부위에서 병소가 발생하고, 피부병소가 전체 피부 표면에 10%이하로 존재하나 EMm보다 좀 더 심각한 형태이다.
- 3) SJS : 전형적인 과녁병소보다 비전형적인 편평한 (flat) 과녁병소와 반점이 존재하고 피부 표면에 10%이하로 존재하나, EMM보다 증상이 심하고 EM과 달리 감기증상과 비슷한 전신증상이 전구증상으로 존재한다. 점막의 여러 부위에 병소가 발생하고 반흔이 생길수 있다. 피부병소가 10~30%이며 SJS/TEN이라고 진단된다.
- 4) TEN : 경계가 불분명한 홍반성 반점과 편평한 병소가 특징적이고, 표피분리가 특징이다. 광범위한 자반성 반점이나 편평한 비전형적 과녁병소가 피부표면에 30%이상 발생하거나, 넓은 표피 sheet가 10%이상 발생 시 진단된다.

유발인자는 EM은 주로 감염과, SJS와 TEN은 약물과 관련된 것으로 알려져 있다. 관련 감염인자는 바이러스(herpes virus, adenovirus, enterovirus, hepatitis virus), 세균(*mycoplasma pneumoniae*, *streptococcus*, *mycobacterium tuberculosis*), 진균(*coccidioidomycosis*, histoplasmosis)등이며, 약물은 항생제(cefuroxin, amoxicillin-clavulanate, ciprofloxacin), sulfonamide, anticonvulsant, phenobarbital, oxycam, NASIDs등이다.^{18,19,21)}

치료는 관련 약물을 중단하고 관련된 감염을 치료한다. 항바이러스제를 사용할 수 있으며, *mycoplasma pneumoniae*가 관련된 경우는 항생제를 투여한다. EM 자체를 위한 특별한 처치는 없으며, 진통제와 수액요법이 필요할 수 있다. corticosteroid는 증거가 부족함에도 불구하고 일반적으로 사용되며, EMm에는 국소요법에도 반응할 수 있다. EMM, SJS, TEN에는 스테로이드 전신요법이나, azathioprine 같은 면역억제제로 치료 한다.¹⁷⁾

두 번째 증례의 경우 의뢰된 당시 피부에 가피만 형성되어 있었으나, 피부과 진료기록부를 참고하면, 약물을 복용한 후 몸 전체의 피부에 홍반성 구진성 병소가 발생하였고, 눈, 입술, 생식기 부위의 세 군데의 점막부위에 병소가 발생한 것으로 보아 SJS로 진단할 수 있고 입술 및 구강병소는 이와 관련된 병소로 여겨진다. 전신 피부질환과 관련된 구강병소라 할

지라도, 전신요법으로 치료를 시행하여 호전이 없는 경우에는 스테로이드 국소요법 및 병소부위 소독 등으로 증상 호전에 도움이 될 수 있음을 알 수 있었다.

이상으로 홍순에 발생한 출혈성 궤양성 병소를 통해 감별해야할 사항에 대해 고찰해보았으며, 형질세포 구순염의 경우 외과적 처치를 통해 증상이 호전될 수 있음을, 전신 피부질환과 관련된 병소는 전신요법을 하더라도 국소요법을 통해 증상의 호전에 도움이 될 수 있음을 알게 되었고, 이에 홍순에 관련된 병소에서 치과외사의 역할은 중요하리라 사료된다.

참 고 문 헌

1. 김명국 저. 머리 및 목 해부학. 재개정판, 서울, 의치학사, 1995, p376.
2. 황성명 등 역. 구강조직학. 서울, 과학서적센터, 1991, p393, p424, p 428.
3. Calhoun KH, Stienberg CM. Surgery of the lip. New York, Thieme, 1992, p1-11.
4. Rogers RS 3rd, Bekic M. Diseases of the lips. Semin Cutan Med Surg 1997 Dec;16(4):328-36.
5. Gu Y, Williams M, Poh CF. How do I evaluate a patient with a swollen lip? J Can Dent Assoc 2010; 76:a92.
6. Klaus W. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th ed., New York, McGraw-Hill Medical, 2008.
7. Farrier JN, Perkins CS. Plasma cell cheilitis. Br J Oral Maxillofac Surg 2008 Dec;46(8):679-80.
8. 신혜원, 강명승, 고주연, 노영석. 국소 Pimecrolimus로 치료한 형질세포 입술염 1예. 대한피부과학회지 2008; 46(8):1061-1064.
9. Aiba S, Tagami H. Immunoglobulin-producing cells in plasma cell orificial mucositis. J Cutan Pathol 1989 Aug;16(4):207-10.
10. Tseng JT, Cheng CJ, Lee WR, Wang KH. Plasma-cell cheilitis: successful treatment with intralesional injections of corticosteroids. Clin Exp Dermatol 2009 Mar;34(2):174-7.
11. 최희창, 박현정, 오신탉, 박철중, 변대규, 조백기. 형질세포 구순염 8예의 임상 및 병리조직학적 고찰. 대한피부과학회지 2003;41(2):174-178.
12. Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. Oral Dis 2004 Jul;10(4):212-6.
13. 박현수, 최정철, 전덕규. 구순의 피부병변에 대한 임상적 고찰. 대한피부과학회지 2003;41(9):1187-1192.
14. Laskaris, George. Color atlas of oral diseases. 3rd ed., New York, Thieme, 2003, p88-92

15. Mani SA, Shareef BT. Exfoliative cheilitis: report of a case. J Can Dent Assoc 2007 Sep;73(7):629-32.
16. 배정민, 김미연, 박영민, 김형욱. 단순 선구순염의 1예. 대한피부과학회지 2006;44(6):763-765.
17. Scully C, Bagan J. Oral mucosal diseases: erythema multiforme. Br J Oral Maxillofac Surg 2008 Mar;46(2):90-5.
18. Al-Johani KA, Fedele S, Porter SR. Erythema multiforme and related disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007 May;103(5): 642-54.
19. Katz J, Livneh A, Shemer J, Danon YL, Peretz B. Herpes simplex-associated erythema multiforme (HAEM): a clinical therapeutic dilemma. Pediatr Dent 1999 Sep-Oct;21(6):359-62.
20. 홍승주, 강승우, 안종모. 구강에 발생한 급성 및 만성 궤양성 병소의 치료 : 증례보고. 대한구강내과학회지 2009 ;34(1):55-62.
21. Sanchis JM, Bagán JV, Gavaldá C, Murillo J, Diaz JM. Erythema multiforme: diagnosis, clinical manifestations and treatment in a retrospective study of 22 patients. J Oral Pathol Med 2010 Nov;39(10):747-52.

ABSTRACT

Case Reports and Differential Diagnosis of Hemorrhagic Ulcerative Lesions on the Vermilion Zone

Kyung-Eun Lee^{1,3}, D.D.S.,M.S.D.,Ph.D., Won Jung¹,D.D.S.,
Nam-Phy Cho^{2,3}, D.D.S.,M.S.D.,Ph.D. Bong-Jik Suh^{1,3}, D.D.S.,M.S.D.,Ph.D.

*Department of Oral medicine¹, Department of Oral pathology²
School of Dentistry, Chonbuk National University
Institute of Oral Biosciences³, Chonbuk National University*

The vermilion zone of the lips is mucocutaneous junction between the skin and the oral mucosa of lips. Diseases of the vermilion zone may be related to a local or systemic condition, and can be manifestation of a systemic disease. In this cases, we introduced patients with hemorrhagic, ulcerative lesions on the vermilion zone and reported plasma cell cheilitis and lesion of the vermilion zone related to Stevens-Johnson syndrome(SJS).

Key words: Plasma cell cheilitis, Stevens-Johnson syndrome, Erythema multiforme, Hemorrhagic ulceration, Vermilion zone, Cheilitis
