

11월 대한소화기내시경학회 교육자료

- 아메바 대장염 -

서론

이질 아메바에 의한 감염증은 무증상 보균, 대장염, 장외 감염으로 발현하며, 그 중 아메바 대장염은 감염자 중 10% 정도에서 발생한다고 알려져 있다. 과거에는 우리나라도 아메바 감염이 많이 발생하였지만 상하수도 공급 등 위생 상태가 개선됨에 따라서 발생률이 감소하여서 1980 년대에 약 2%, 2000 년대 이후에는 0.06% 정도로 알려져 있다.

아메바 대장염의 증상은 설사, 복통, 복부팽만감, 혈변 또는 점액변 등이 있다.

아메바 대장염은 염증성 장질환으로 오인되어 면역억제제를 투여하는 경우도 있고, 다른 감염성장염으로 오진되어 치료시기가 늦어지기도 한다. 드물게 치료 지연으로 인한 독성 거대결장이 발생하기도 한다.

임상 증상과 대장내시경 소견이 비특이적이어서 대장 궤양의 조직검사서 확진이 가능하며, 대변이나 혈청 항체검사로 진단에 도움이 되기도 한다.

아메바 대장염은 대장의 어느 부위라도 발생할 수 있지만, 맹장과 직장이 가장 호발하는 부위이며, 내시경 소견은 원형 또는 타원형의 궤양, 미란, 점막의 발적, 부종, 출혈 등 다양하게 나타나서 감염성 장염, 거짓막결장염, 염증성 장질환 등과 감별이 어려울 수 있다.

본 고에서는 아메바 대장염의 내시경 소견 및 진단, 치료에 대해서 기술하겠다.

증례

37세 남자가 2달 전부터 간헐적인 혈변이 발생하여 외래로 내원하였다. 환자는 4년 전 인체면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 투약 중이었다. 복통이나 뒤통은 없었고 혈변은 간간히 대변에 약간씩 묻어 나오는 정도라고 하였다. 장음은 정상이었고 복부에 압통은 없었다. 대장내시경 결과 맹장 부위에 쉽게 출혈하는 다수의 아프타형 궤양 소견이 보였으며(그림 1) 직장 부위에는 다수의 혈관확장 소견이 관찰되었다(그림 2). 직장과 맹장 사이에는 정상 점막 소견을 보였다.

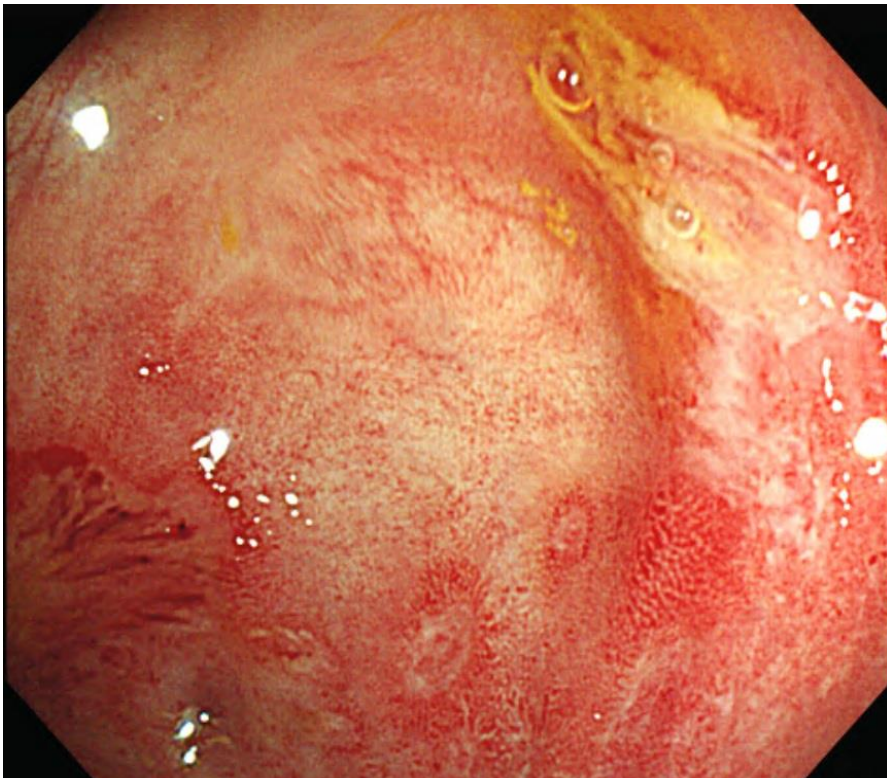
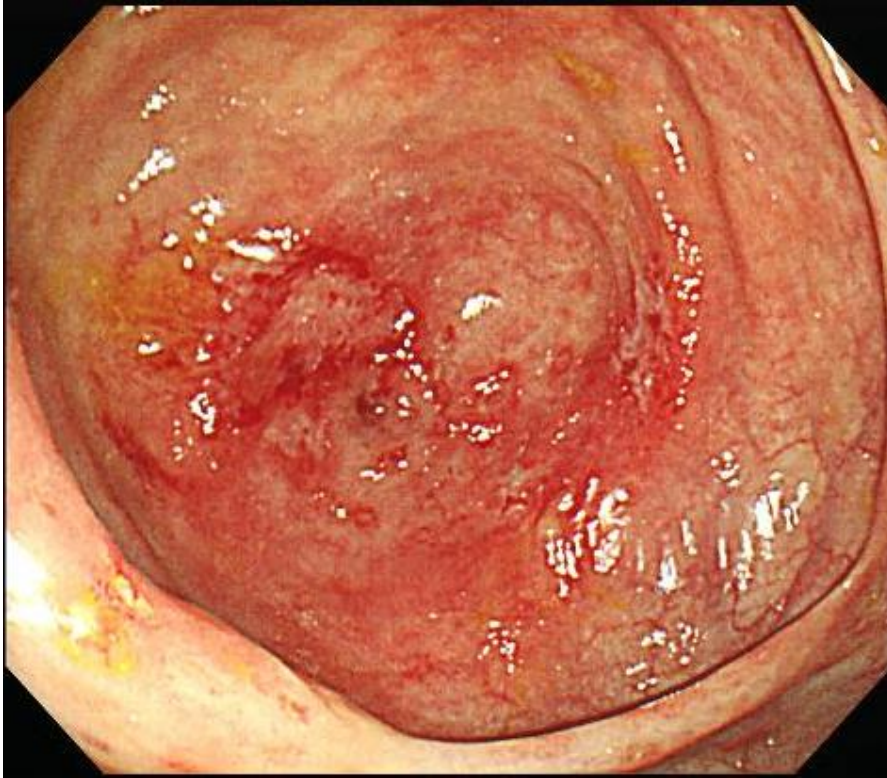


그림 1. Colonoscopic findings. There are multiple variable sized shallow ulcers with peripheral hyperemia and exudates on the mucosa of the cecum and appendiceal orifice.

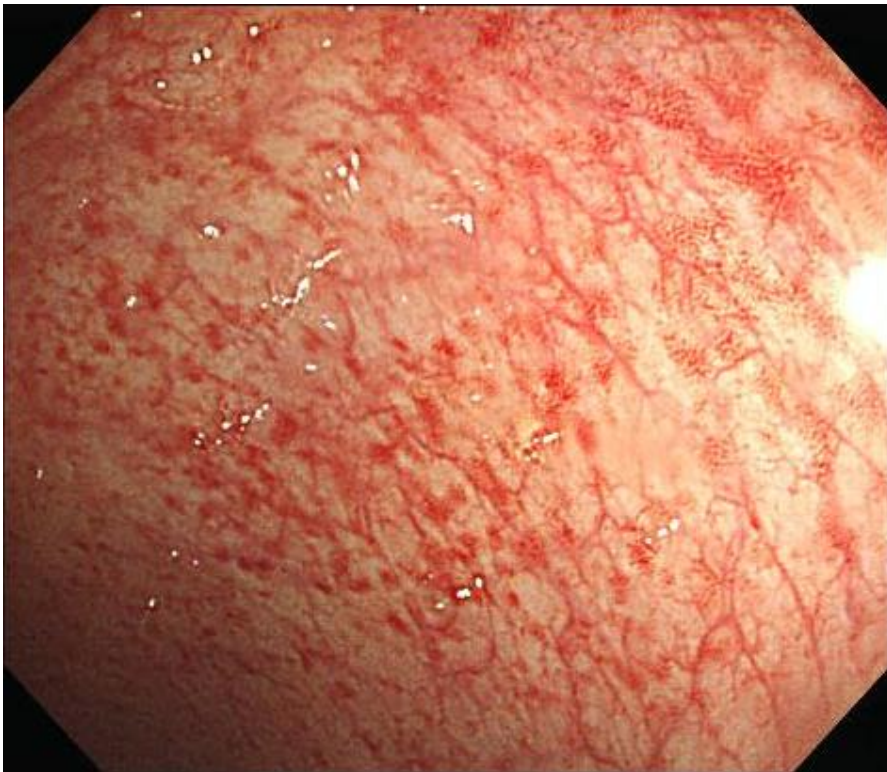


그림 2. Colonoscopic findings. There are diffuse multiple hyperemia with friability in the rectum.

맹장 부위 조직 생검에서 아메바의 영양형을 확인(그림 3)하여 아메바 대장염으로 진단하였다. Metronidazole 10일간 투여 후 호전되어서 외래 추적 관찰 중이다.

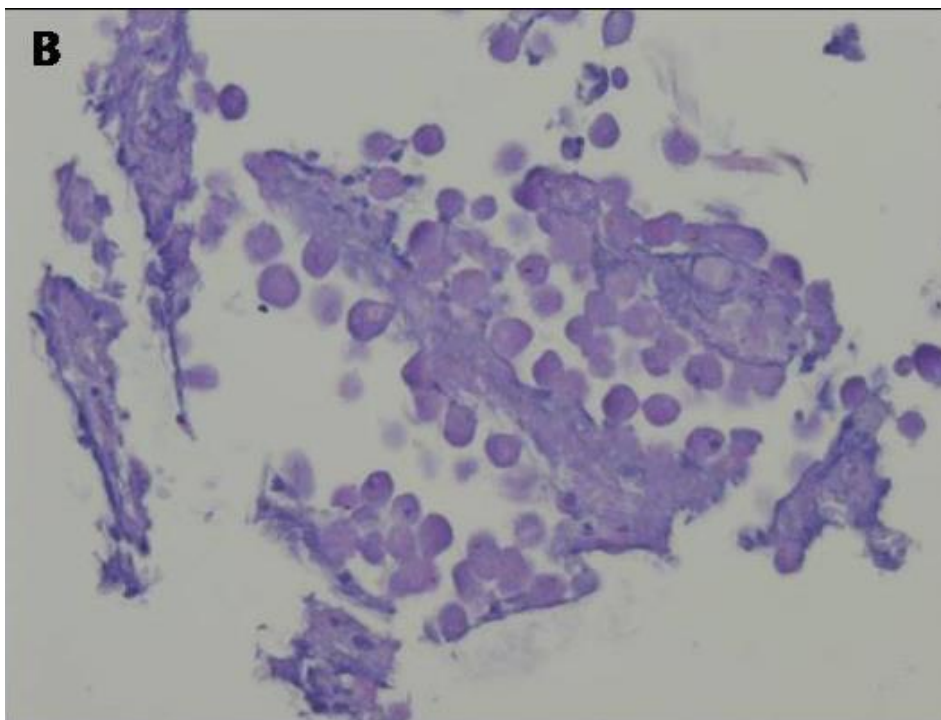
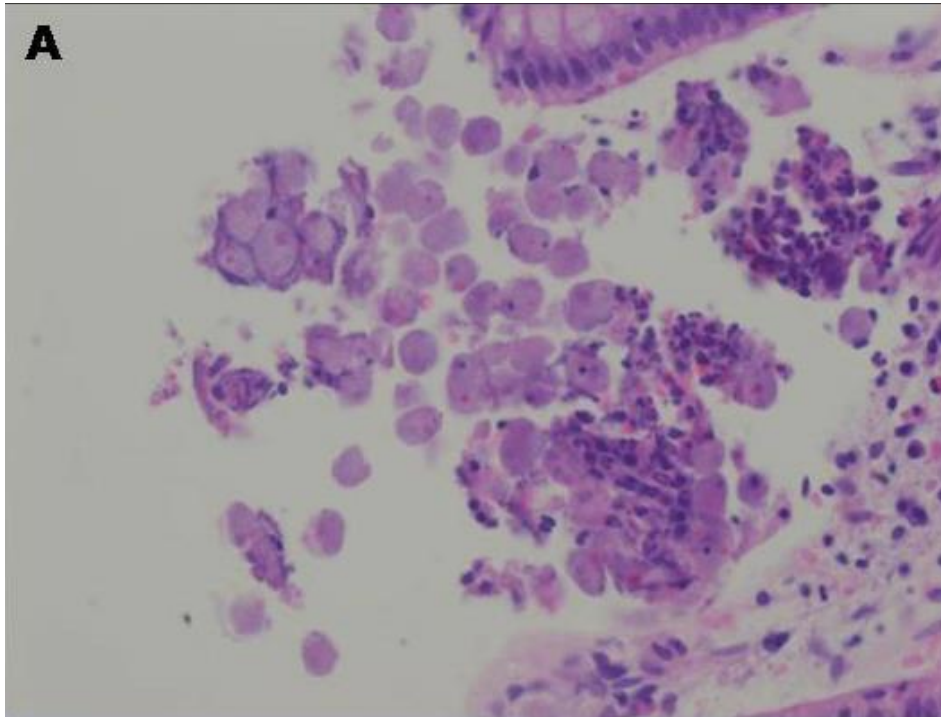


그림 3. Microscopic findings. (A) Trophozoites of *E. histolytica* containing RBCs (H&E stain, x400). (B) Strong PAS stained trophozoites are noted (PAS stain, x400).

Mini-Review

아메바 감염은 *Entameba histolytica*에 의해 발생하며, 전세계적으로 매년 5천만 명이 발생하고 5만 명 가까이 사망한다고 알려져 있다. 감염자 중 10% 만이 장관 감염을 일으키며 1% 미만에서 장외 감염이 발생하여서 간, 폐, 심낭, 피부, 뇌 등으로 전이하여 농양을 일으킨다고 알려져 있다. 멕시코, 중남미, 인도, 동남아시아, 동남아프리카 등 열대, 아열대 기후를 가진 지역에 주로 발생한다.

아메바 감염의 발생은 주로 비위생적인 환경에 의하지만, 우리나라에서는 선진국처럼 유행지역으로의 여행, 성매개접촉, 면역억제상태, 집단시설 거주 등이 중요한 위험 요인으로 알려져 있다.

아메바 대장염의 증상은 비특이적이거나 혈변이나 점액변이 동반되어서 대장내시경 및 조직 검사를 통해 진단되는 경우가 많다. 병리 소견은 다양하며 점막의 비후, 삼출 내 아메바, 전반적인 점막염증에 동반된 국소 궤양, 점막하층까지 진행된 플라스크 모양의 궤양, 장벽의 괴사와 천공 등으로 관찰될 수 있다. 활동성 대장염의 경우에도 조직 검사에서 아메바의 영양형을 발견하는 것은 2/3 정도로 알려져 있어 진단이 어려울 수 있다.

대변에서 아메바를 관찰하는 것은 60% 이하의 민감도를 가지며, 혈청 아메바항체검사에서는 급성기에 70% 이하, 회복기에서는 90% 정도이지만 과거 감염인지 현성 감염인지 감별이 되지 않는 단점이 있다. 급성기에 대변 및 혈액에서 *E. histolytica* 특이항원 검사를 시행하면 각각 90%, 65% 정도의 민감도를 보인다.

대장내시경에서 2~10mm 직경의 다수의 원형 또는 타원형의 궤양이나 미란 형태로 잘 나타나며 점막의 발적, 삼출, 부종, 출혈 등 다양한 형태로 관찰될 수 있다. 궤양의 주변에 부종이 있으면서 점막 삼출이 동반되면 문어 빨판 같은 모양으로 보이며 거짓막 결장염과 감별이 어려울 수도 있다. 드물게 종양 형태의 병변으로 나타나는 경우가 있으며, 이것은 아메바에 의한 국소 염증의 결과로 괴사 조직이 종괴를 형성하는 것으로 아메바 종(ameboma)라고 한다. 2012년도에 Nagata 등의 보고에 의하면 맹장의 병변, 다발성 병변, 점막 삼출이 아메바 대장염을 예측하는 중요한 내시경 소견이라고 하였다.

치료는 7~10일 동안 Metronidazole을 경구 복용한다. 그 후에 장관 내에 남아있는 아메바를 제거하기 위해 Paromomycin을 7일 또는 Diloxanide를 10일 동안 추가로 경구 복용하여야 하지만 국내에서 구하기 어렵다는 단점이 있다.

진단이 늦어지거나 염증성 장질환으로 오인하여서 스테로이드를 투여 시 독성 거대결장으로 진행할 수 있다. 독성 거대결장의 경우 40% 이상의 사망률을 보이므로, 광범위 항



생제 처치와 더불어 대장절제술, 장루 조성술 등을 병행하여야 한다. 따라서 아메바 대장염의 내시경 소견을 잘 숙지하여 적절한 치료를 하는 것이 중요하다고 하겠다.

- ✓ 증례 및 리뷰: 이상헌 (인제의대 부산백병원 소화기내과)

참고 문헌

1. Haque R, Huston CD, Hughes M, et al. Amebiasis. N Engl J Med 2003;348:1565-1573.
2. Nagata N, Shimbo T, Nakashima R, et al. Predictive value of endoscopic findings in the diagnosis of active intestinal amebiasis. Endoscopy 2012;44:425-428.
3. Stanley SL Jr. Amoebiasis. Lancet 2003;361:1025-1034.
4. Ozdogan M, Baykal A, Aran O. Amebic perforation of the colon: rare and frequently fatal complication. World J Surg 2004;28:926-929.
5. Kim HS, Lee JH, Choi YH, et al. Examination for helminth eggs and protozoan cysts in fecal samples from healthy Korean adults, 2000~2006. Korean J Med 2009;77:741-749.
6. Nagata N, Shimbo T, Akiyama J, et al. Risk factors for intestinal invasive amebiasis in Japan, 2003-2009. Emerg Infect Dis 2012;18:717-724.
7. Moon G, Park JB, Paik CH, et al. Clinical characteristics of amebic colitis as diagnosed by using colonoscopic findings. J Korean Soc Coloproctol 2006;22:357-362.
8. Cheong ES, Jo YJ, An SB, et al. A case of seroid treated amebic colitis misdiagnosed as eosinophilic colitis. Korean J Gastrointest Endosc 2011;43:42-46.