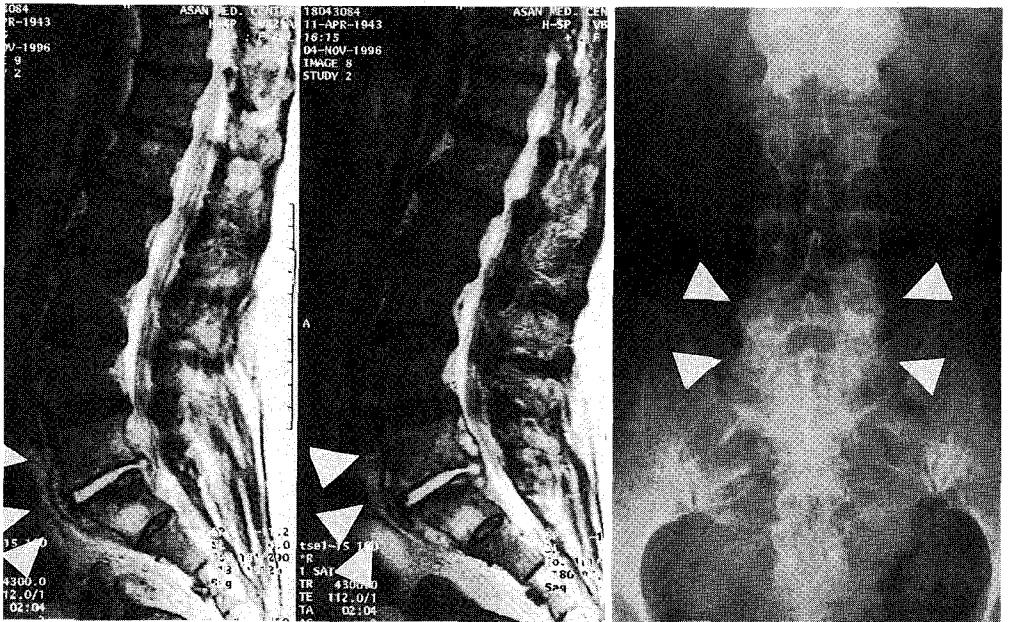


골 및 관절의 결핵



요추부의 일반 촬영에서 뼈의 경화성 변화가 의심될 뿐 특별한 병변을 보이지 않았으나 MRI촬영상 다섯번째 요추와 첫번째 천추부, 그 사이 추간원판의 염증과 그리고 그 주위 연부조직에 결핵으로 인한 농양의 형성을 확인할 수 있다.

■
최근 AIDS 환자가 증가함에 따라
결핵의 유병률이 증가하고
다른 폐외 결핵과
골 및 관절의 결핵도
점차 증가 추세를 보이고 있다.
■

골관 절 결핵의 발생빈도는 전체 결핵환자의 3-5%를 차지하고 있는 질환으로서 결핵균은 골 및 관절에 잠행성으로 매우 서서히 진행되는 염증을 일으킬 수 있다.

따라서 감염후 임상증세가 뚜렷해지기 까지 수년이 경과하는 경우도 흔하여 진단 당시 질병자체가 이미 진행된 것이 보통이다.

또한 엑스선상 조기 발견이 어렵고 폐 결핵이나 다른 부위의 결핵을 동반하지 않는 경우도 종종 있으며 특히 말단 관절에 발생한 경우 류마치스성 관절염으로 오진하여 치료가 지연되어 불구가 되는 경우가 많다.

최근 AIDS 환자가 증가함에 따라 결핵의 유병률이 증가하고 있으며 다른 폐외 결핵과 더불어 골 및 관절의 결핵도 점차 증가 추세를 보이고 있다.

임상 증상

결핵균에 의한 골 및 관절의 병변은 원발성으로 발병하는 일은 드물며 대부분 원발 병소로부터 혈행성으로 전파되어 어느 부위로나 감염될 수 있다.

이는 특히 어린이에서 감염 위험도가 높으며 주로 체중부하 관절의 이환율이 높아서 척추, 고관절, 슬관절 및 족부관절 등에서 발생하며 상지에는 드물다. 척추를 제외하고는 병변이 거의 단발성으로 발생한다.

발열, 야간 발열, 체중 감소의 전신 증상은 활동기 골관절 결핵 환자에서 나타날 수 있으나 없을 수도 있으며 진단 당시 약 반수이하의 환자에서만 활동성의 폐결핵을 보인다.

국소 동통이 가장 흔하게 발현되는 증상이며 이외 이환된 관절의 운동제한, 국소 종창, 근위축 및 관절의 변형 등을 관찰할 수 있다.

이환 부위별 빈도는 척추 50%, 슬관절 20%, 그 외 고관절, 족관절, 대퇴부의 순이며 척추 결핵은 골관절 결핵 중

■
국조적인 동통을
많이 호소하고
신산통이나 급성 복부 질환을
의심하게 하는
방사성 동통도 일어난다.
■

가장 빈도가 높으며 특히 흉추와 요추에 잘 발생하고 드물게 경추에도 발생할 수 있다.

성인보다는 어린이에게 많으며 대개 질병의 초기에는 추간판에 감염되어 주위 추체에 파급되고 인접한 추체를 계속 침범한다.

병이 진행하면 침범된 추체는 계속되는 부하를 견디기 어려워 붕괴되므로 척추의 후만을 초래한다. 후만은 흉추에서 가장 현저하고 경추와 요추에서는 병이 상당히 진행하기 전에는 눈에 잘 띄지 않는다.

특정적으로 양의 차이는 있으나 모든 예에서 농양이 생겨 이것이 근막을 따라 아래로 흘러내려서 특정부위에 한냉성 농양이나 배농성 누공이 발생되는 수가 있다.

증세는 서서히 장기적으로 진행하며 발열은 없고 체중감소가 있다.

국조적인 동통을 많이 호소하고 신산통이나 급성 복부 질환을 의심하게 하는 방사성 동통도 일어난다. 보행장애가 있

으며 보행시 통증을 호소한다.

추체의 전방각형성으로 굽추가 되고 농양에 의한 압박, 건락화된 육아 조직과 후만이 심해짐에 따라 후방으로 돌출되는 골편과 추간 원판편으로 인하여 사지마비와 팔약근 마비 등이 올 수 있다.

방사선 소견으로는 초기에는 추간 원판편이 좁아지며 그 인접 척추체의 영상이 흐려지고 더 진행하면 척추체가 부식하고 불규칙해지며 척추체가 와해되어 후만증이나 측만증 등의 변형이 온다.

많은 환자에서 방추상 척추 주위 농양의 음영(4페이지 사진 참조)을 볼 수 있으며 특히 요추에 발생한 척추 결핵에서는 방대한 요근 농양의 음영이 관찰되는 수가 많다.

척추 이외의 결핵성 관절염은 체중 부하 관절에 단일 병변으로 발생하며, 이 경우도 초기 증상의 발현에서 진단에 이르기까지 대개 12개월 내지 36개월의 시간이 경과된다.

관련된 관절의 운동제한이 가장 흔한 증상이며 이외 관절의 종창, 만성 누공

의 형성 및 관절 주위 농양 형성 등이 발생한다.

진단

진단으로는 농에서의 결핵균 배양, 활액막액의 분석, 골주사 검사에서 열영역(hot area)의 증가 및 생검 등이 있으며 적혈구 침강속도의 증가가 진단에 도움을 줄수 있다.

확진은 농에서의 항산성균의 배양으로 결핵균을 증명하는 것이다. 특히 조직검사상 육아종증 관절염은 다른 마이코박테리움에 의해서도 가능하므로 반드시 배양으로써 인형결핵균을 확인해야 한다.

방사선 소견은 초기에는 정상으로 보일 수도 있으며 병이 진행함에 따라 관절강이 좁아지며 말기에는 심한 관절 파괴를 보인다.

치료

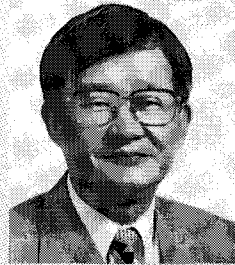
골 및 관절 결핵의 치료로는 보존적 요법과 수술적 요법이 있다.

보존적 요법은 항결핵제의 장기간 투여로, 통상 폐결핵 치료에 이용되는 1차 약의 4제 요법을 폐결핵의 단기 요법보다 긴 1년 정도를 치료하기를 권장하고 있다.

이외에 안정, 견인 및 석고를 이용한 병소부위의 고정 등이다.

항결핵제의 발달로 초기에 정확한 진단을 내려 치료하면 수술적 처치를 줄일 수 있다.

수술적 처치는 뼈의 손상으로 인한 신경학적 증상의 출현, 신경의 손상, 내과적 약물 치료에 저항을 보이는 경우 그리고 임상적으로 척추 결핵이 의심되거나 조직 검사로 결핵을 증명할 수 없을 때에 시행하며, 배농과 조직제거, 골이식을 동반하는 근치수술에 이르기까지 다양하다. †



김 원 동
울산의대 서울중앙병원 내과
대한결핵협회 학술이사