

폐결핵 다음으로 흔한 결핵성 임파선염

● 글 서해숙(서울 서대문시립병원 결핵2과장)

폐 이외에서 발견되는 결핵 중 가장 흔한 형태를 꼽으라면 결핵성 임파선염을 들 수 있다. 최근 폐결핵은 계속 감소 추세인 반면에 결핵성 임파선염의 발생률은 과거와 비교하여 크게 줄어들지 않고 있다. 결핵성 임파선염(scrofula, 腺病)은 진료실에서 드물지 않게 볼 수 있지만 폐결핵에 비해 주의를 덜 기울이는 경향이 있다.

하지만 일단 피부 밖으로 임파선염이 터져 나오면 오랜 기간 동안 불쾌한 상처가 지속되고, 더 나아가 궤양이 형성되어 진한 신념새의 고름이 배출되는 지경이 되면 여간 치료하기가 성가시지 않다.

결핵성 임파선염은 수천 년 동안 인류의 역사와 함께 해온 질환이다. 히포크라테스(460~377 BC)가 살았던 시대까지 거슬러 올라가도 이미 그의 저서에서 임파선염에 대해 기술하였고, 헤로도투스(484?~425? BC)도 일반인들로부터 나병처럼 선염 환자를 강제로 격리하였음을 기록으로 남겼다. 중세에는 왕이 환자를 직접 만짐(royal touch)으로써 이 병이 치유되었다고 하여 King's evil로 불리워

지기도 하였다. 이에 대한 첫 일화는 496년도에 있었는데 프랑스의 클로비스 1세(Clovis I)가 세례를 받은 후 선염 환자를 만지자 그 선염이 감쪽같이 나았다는 데서 유래되었다. 또한 영국의 찰스 2세(Charles II)는 선염의 치료를 위해 9만 7백98번이나 선염 환자를 만졌다고 전해지고 있다.

17세기에는 오늘날 심장약으로 쓰이는 디기탈리스를 치료제로 사용하였고, 18세기에는 루골(Lugol) 용액이 치료에 시도되었다.

1846년 영국에서는 선염이 2세부터 15세 사이의 어린이들에게 대유행하여 이들 중 13만 3천 명을 조사한 결과, 24%에서 명백한 임파선염의 반흔 또는 커진 경부 림프절이 확인되었다고 한다.

하지만 본격적인 임파선염에 대한 연구는 19세기에 소의 우형 결핵균(Mycobacterium bovis)을 이 질환의 원인으로 처음 기술하면서부터 비롯되어, 1882년 로버트 코흐(Robert Koch)가 인형 결핵균을 발견함으로써 임파선염의 연구가 제대로 이루어지게 되었다.

90% 이상이 경부의 림프절에 집중

결핵성 임파선염이 침범하는 부위는 폐나 기관지 인근의 림프절, 복막 등 여러 곳이지만 그중에서도 90% 이상이 경부의 림프절에 집중되어 있다.

경부 임파선이 단독으로 커지는 경우보다는 여러 개가 한 곳에서 동시에 커지기도 하고 양측에 오는 경우도 흔하다. 소아에서는 주로 양측으로 오며, 심한 결핵에서는 신체 여러 곳의 림프절이 함께 비대해지곤 한다. 어른의 경우도 5%에서 목 이외 다른 부위의 임파선염이 동반된다. 발생 경로는 대부분이 다른 신체 부위에서 번식된 결핵균이 혈관이나 림프계를 통해 순환하다가 목의 임파선에 자리를 잡게 되어 발병한다.

경부 임파선염의 원인균은 대다수가 인

형결핵균(*Mycobacterium tuberculosis*)이고 드물지만 우형 결핵균, 비정형 결핵균(*Nontuberculous mycobacteria*) 등 다양한 결핵균에 의해 발생한다. 미국에서는 어른에 생기는 경부 임파선염의 95%는 인형 결핵균이 원인균이나, 소아에서는 92%가 비정형 결핵균이 원인균으로 알려져 있다.

남자보다는 여자에게 2배 정도 많이 발생

나이별 발생 빈도는 20대부터 40대에 서 가장 많지만, 어느 연령에서도 나타날 수 있다. 하지만 50세 이후에 목의 임파선이 크게 만져진다면, 반드시 폐암으로 인한 전이성 임파선 종창일 가능성을 염두에 두어야 한다. 성별로는 여자가 남자보다 2배 정도 많이 발생하고 종족간에도



그림 배레트

차이가 나서 아시아 지역 또는 미국 내 흑인 여성에게 많이 발생한다. 특히 요즈음에는 후천성 면역결핍증(AIDS) 환자에게서 결핵성 임파선염이 자주 관찰된다.

병리학적으로 관찰해 보면, 결핵균이 침범한 림프절 조직이 초기에는 반고체로 흐물흐물하게 되다가 점점 조직이 썩는 건락괴사가 진행되면, 해당 림프절 조직은 파괴되면서 주위의 조직을 압박하게 된다. 이로 인해 죽음에 이르는 경우는 드물지만 만성화되는 것이 보통이다. 더구나 림프절의 염증 치유가 늦어지면 서로 여러 개의 결절이 딱처럼 뭉쳐 이웃한 피부에 들러붙어 피부가 자주색으로 변하게 된다. 더 나아가 20%의 환자에게서는 그 중심부의 괴사로 인해 화농성 농양이 형성되고, 주위 조직이나 피부로 파열돼 바깥으로 연결되면 계속 고름이 배출되는 만성 누공이 형성된다.

통증 없이 천천히 진행되며 전염력은 없어

결핵균에 의해 침범된 임파선은 수 주에 걸쳐 통증 없이 천천히 진행되어 점점 커지다가 우연히 발견되는 경우가 대부분이다. 무통증은 설혹 림프절에 건락화가 진행하였거나 괴양이 생긴 시점에도 이어진다. 림프절을 만지면 고무처럼 물렁물렁하거나 단단함 등 다양한 촉감을 느낄 수 있다. 이외에 체중이 감소하거나 열감, 식욕 저하, 피로감 등 전신증상이 동시에 나타나기도 한다. 하지만 폐결핵처럼 호

흡기 전염이 안 되므로 타인에 대한 전염력은 없다.

결핵성 임파선염의 진단은 건락성 농양에서 채취한 고름으로 균을 염색 및 배양하거나 조직 검사를 함으로써 확진된다. 즉 이 방법들을 통해 결핵균을 발견하거나 결핵에 합당한 육아종성 변화가 관찰되어야 한다. 특히 경부 임파선염은 결핵균 이외의 다른 미생물(바이러스, 클라미디아, 세균, 곰팡이 등), 종양(림프종, 육종, 호즈킨병, 전이성 암종)으로도 유발될 수 있고 드물지만 약물 반응, 사르코이드증, 비특이적 반응성 증식 등 다양한 질환에 의해서도 나타날 수 있기 때문에, 이들과의 감별을 위해 반드시 배양 검사를 실시해야 한다.

그외 자세한 문진이나 진찰이 이루어져야 하고 이밖에 흉부 엑스선 촬영이 유용한 단서를 제공할 수 있다. 특히 80%이상의 소아에서는 흉부 엑스선상에 폐결핵이 관찰되기 때문에 진단을 용이하게 할 수 있다. 성인은 이보다 적어 폐결핵과 동반되는 경우는 30%를 넘지 않는다. 외국에서는 90% 이상에서 양성 반응을 보이는 투베르쿨린 반응 검사가 가장 안전하고 확실한 진단 방법이지만, 우리나라에서는 BCG 접종으로 인해 판독에 제한이 뒤따른다.

결핵성 임파선염의 진단이 계속 모호할 때는 림프선 조직을 아예 완전히 적출하는 절제 조직 검사가 행해져야 한다. 그

이유인즉 불완전한 생검이 이루어질 경우에는 예외없이 궤양이나 누공이 생기기 때문이다. 절제된 결절의 단단한 부위는 배양 및 현미경 검사를 위한 조직편으로 이용하고 말랑말랑한 건락화된 부위는 결핵균의 도말검사를 위해 염색을 실시한다. 그 외에 결핵성 임파선염의 유행 지역에서는 경부 림프절을 주사기의 침을 이용한 흡입 생검으로 세포 검사 및 배양 검사 그리고 투베르쿨린 반응 검사를 종합하여 진단을 내리기도 한다.

치료에 대한 반응은 좋은 편

치료 원칙은 폐결핵 치료와 동일하며, 치료에 대한 반응은 좋은 편이다. 많게는 25%의 환자에서 치료과정중에 오히려 기존의 임파선이 커지거나 반대편에 새로 생기기도 하고 심지어 누공이 만들어지는 곤혹스러운 경우도 경험한다.

하지만 이 경우에도 결핵 약제를 바꾸지 않고 꾸준히 투약하면 호전되는 경우가 대부분이다. 약제 복용시에는 3가지 또는 4가지의 결핵 약제를 복용해야 하는 병합 처방이 원칙이며, 결핵 약제로는 아이나, 리팜피신, 피라진아미드로 구성된 기본 약제에 스트렙토마이신 또는 마이암부톨을 추가하기도 한다. 결핵약을 복용하는 기간은 6개월에서 길게는 18개월까지 개인차가 클 수 있다.

간혹 빠른 경과를 보이지 않으면서 농양을 형성했을 때 부신 피질 호르몬을 투

여하여 누공형성을 억제하는 도움을 받을 수 있다.

한편 농양이 생긴 경우 반복적으로 고름을 주사기로 뽑는 효과에 대해서는 아직 이견이 있지만, 수술 필요성을 줄인다는 주장이 우세하다.

결핵약제를 투여함에도 계속 악화되면 드물게 외과적 절제술이 시도되기도 한다. 그렇지만 누공으로 계속 고름이 배출이 되는 이 경우에도 수술보다는 결핵 약제의 투여를 더 중요시해야 한다. 즉 외과적 절제술은 결핵 약제만으로 더 이상 치료가 어렵거나 커진 림프절이나 회농성 농양으로 생활에 큰 지장을 초래할 때에만 신중히 고려하는 차선책인 셈이다. 그리고 수술시에는 항상 침범된 림프절 및 주변 조직의 완전한 절제가 원칙이다.

임파선염 치료가 다 끝난 후에도 약 10~20%의 환자에서는 새로운 림프절이 생기거나 기존 림프절의 직경이 10mm 이상 커질 수 있다. 이러한 현상은 치료 종결 시점에서 6개월 내에 가장 많이 관찰된다. 그러나 실제로 림프절을 검사해보면 무균 상태로 밝혀져 재발이 아닌 경우가 대부분이다.

또한 치료 후에도 5~30%의 환자들에게서 반흔 형성이나 섬유화된 림프절이 목에서 계속 만져질 수 있으며, 후에 엑스선을 촬영해보면 석회 침착의 양상으로 계속 관찰되기도 하지만, 크게 염려할 필요는 없다. †

