

내과 수의사의 재미있는 피부질환 이야기

기본에 충실하자, Back to the basic !!

송치윤

해마루 동물병원
수의내과학 석사

Cysong@haemaru.co.kr



본격적인 글 작성에 앞서 본 연재글은 학술기고글이 아니며 에세이 형식의 기고글임을 밝힙니다.

피부강의를 하러 가거나 국내외 학회에 참석할 때면 수의사들이 핸드폰 사진첩 안에 찍어둔 환자의 피부사진을 보여주면서 무슨 피부병 같냐, 나는 이리이러한 피부병 같은데 당신 생각은 어떻냐...등 다양한 질문을 하십니다. 사진 하나로 환자의 질환을 맞추라고 하다니...난감할 때가 한 두번이 아닌데 그럴 때 마다 저는 항상 반문하곤 합니다. “피부 기본검사는 해보셨나요?”. 하지만 대부분 피부기본검사를 아예 하지 않으셨거나 하더라도 꼼꼼히 하지 않고 일부만 진행하신 경우가 태반인 것이 사실입니다.

이미 수회에 걸쳐서 피부질환중 특히 장기화되고 만성화된 피부병일수록 육안소견에 의존하지 말라고 언급하였습니다. 시간이 지나면서 병변 자체의 모양도 바뀌고 환자가 해당부분을 건드리면 병변의 모양이 왜곡되기 때문에 육안소견은 헛점이 많다는 것이 그 이유였고요. 대부분 저에게 질문하시는 분들은 치료를 했음에도 반응이 없는, 오랜시간이 경과된 환자의 사진을 보여주시는 경우가 많고 따라서 저 또한 정확한 정보를 드릴 수 없는 경우가 더 많습니다.

아래의 사진(그림.1)은 모두 국소적인 원형탈모부가 주증이었던 환자입니다. 자 육안소견으로 아래의 환자들을 진단하고 치료계획을 수립하실 수 있으신가요? 어짜피 Cepha, Ketoconazole, PDS, Antihistamine을 각테일 하면 다 회복될 건데 왜 검사가 필요하냐구요? 그림 1의 좌측 케이스의 최종 진단명은 피부사상균증(Dermatophytosis) 였습니다. 말씀하신대로 산탄처방에 반응할 수도 있습니다. 항진균제가 들어가니까요. 하지만 진단 없이 Dermatophytosis로 진단

하고 약을 썼는데 반응이 없다면 치료되지 않는 이유가 약물용량이 부족한 것인지(일반적으로 산탄처방에 사용하는 항진균제 용량은 Dermatophytosis를 치료하기에 모자라는 경우가 많으니까) 아니면 진단이 잘못된 것인지 어떻게 구별할 수 있을까요? 우측 케이스의 최종진단명은 지난 시간에 다뤘던 Injection site alopecia 입니다. 따라서 흔히 저희가 사용하는 산탄처방에 반응하지도 않을 것입니다. 이전에 참가했던 해외학회에서 피부과 전문의가 했던 말이 갑자기 떠오르네요 “최고의 치료는? Diagnosis”.

여기에 저는 한마디 더 거두고 싶네요. “진단의 시작은? 피부기본검사”. 오늘 저는 본 기고글을 통해서 기본의 중요성, 특히 피부기본 검사의 중요성에 대해 이야기 해보려 합니다.



그림.1 원형 탈모부를 주증으로 내원했던 환자 케이스. 좌측케이스는 Dermatophytosis, 우측케이스는 5회에서 소개했던 injection site alopecia 였음

[Back to the basic Case #1]

자 시작은 저의 피부진료 역사상 스스로 가장 부끄러워 하는 케이스입니다.

환자는 2세령의 중성화 수컷 요크셔테리어 환자로 어렸을 때부터 있었던 만성적인 피부질환, 항생제에 반응하지 않는 피부질환을 주증으로 본원에 내원하였습니다.



그림.2 Case #1 환자의 내원당시 병변사진. 등쪽 전반과 꼬리의 심한 과각화증이 육안적으로 확인하였음.

문진상 태어났을 때부터 과각화증이 있었다는 보호자의 말을 철석 같이 믿었던 저는 아...드디어 말로만 듣던 선천성 각화이상질환 환자를 보는구나! 하는 케이스 욕심에 눈이 멀어 버립니다. 무려 이 환자에게 Hair plucking을 포함한 모든 감염체를 아우르는 피부기본검사를 전부 진행했고 검사결과는 All negative 였습니다. 육안적으로 보이는 과각화증에 소위 꽃혀버린 저는 추가적으로 갑상선 테스트등 기본적으로 과각화증을 유발할 수 있는 질환을 배제한 이후 피부생검을 진행했는데 검사결과는... 모낭충 이었습니다. 모낭충을 피부생검으로 진단한 내과전공자 이자 이차병원에서 피부를 담당하고 있는 수의사가 된거죠.

아마 어렸을 때 면역력이 저형성된 상태에서 Juvenile onset localized form demodicosis로 시작했을 것입니다. 대부분의 이런 형태는 스스로 병변이 사라지지만 이 환자는 숙주의 면역만으로는 컨트롤 되지 않고 generalized form으로 진행, 이후 현재상태에 이르렀을 것이라 추정됩니다.

조직검사 결과 이후 보호자를 다시 만나서 조목조목 다시 문진을 진행했습니다. 남편분이 오시더니 태어날 때부터 그랬던 것은 아니라고 합니다. 데리고 와서 몇 달 안되서 과각화증이 진행된 것이지 선천적으로 그렇게 태어난 것은 아니라고. 보호자의 말 한 마디에 꽃힌 저는 배제를 위해서는 민감도가 높은 검사를 선택해야 된다는 대원칙을 스스로 깨버린 것이죠. 올바른 피부 기본검사를 진행했더라면, 피부소파



그림.3 아직도 부끄러운 Case #1 환자의 조직검사 샘플사진과 해당병변에서 검출된 모낭충

검사를 제대로 진행했더라면 보호자는 마취전 검사부터 피부생검까지 수십만원에 달하는 진료비용을 아꼈을 것이고 환자는 별다른 고통이나 마취 위성성을 감수하지 않고 쉽게 치료됐을 것 입니다.

[Back to the basic Case #2]

다음 케이스는 본원 안과에 백내장을 주증으로 내원했던 12세령의 중성화 수컷 말티즈 환자입니다. 안과선생님이 백내장 관련 진료를 하시다가 우안 홍체의 이상을 확인하고 종양을 의심, 수술을 진행하고 조직검사를 의뢰하여 Malignant melanoma로 확인된 케이스 입니다.



그림.4 케이스 1환자의 우안 종괴와 이 후 follow-up 과정에서 발생한 피부의 mass 유사 병변

수술은 잘 끝났고, 워낙 발생보고가 적은 종양형태의 환자였기 때문에 일정주기로 재발 여부등을 모니터링 중 영덩이와 기간에 그림2의 사진처럼 검은색의 mass 유사 병변이 발생하여 내과로 인계 되었습니다. Melanoma의 전이성 병변인지 여부를 확인하기 위해서 말이죠. 여담이지만 조직검사상 양성종이 나왔다고 하더라도 이중의 안전장치(주기적인 종양전이평가)를 설정해두시는 것이 좋습니다. 저자의 경우도 대형복강종양을 수술적으로 제거, 조직검사시 양성종으로 확인되었으나 동일 환자가 2달뒤에 호흡곤란으로 내원하여 흉부방사선 촬영시 여러 개의 전이성 폐결절이 발견되어 당황스러웠던 경우가 있습니다. 다시 본 환자로 돌아와서... 해당 부위는 소양감 없이 병변만 형성하고 있었는데, 주 피부병변은 Focal alopecia, Crust였으나 mass를 형성하고 있었기 때문에(그리고 이전에 안구내 악성종양으로 진단된 경력이 있었기 때문에) 종양의 전이 가능성을 고려 FNA를 진행하였습니다.

FNA상에서는 다행히도 종양의 전이증거는 없었으나 퇴행성 호중구가 확인되는등 염증성 병변으로 잠정진단되어 NSAIDs와 항생제를 처방하고 종괴의 크기가 줄어드는지 여부를 관찰해 보기로 하고 약처방을 했습니다.. 2주후 환자는 재내원 하였고 병변의 유의적인 개선은 없었습니다. FNA가

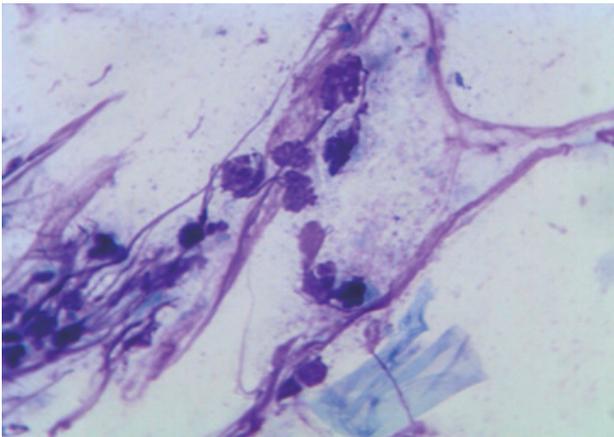


그림.5 병변부 FNA사진. 특별히 종양이 의심되는 세포는 관찰되지 않았고 퇴행성 호중구를 포함한 염증소견만 확인되었음

100%가 정확하진 않기 때문에 우선 종양일 가능성은 낮다고 (아니라고 말씀드리면 안됩니다)

보호자에게 말씀드리고 비종양성 피부질환에 대한 감별검사를 진행해 보기로 하였습니다. 사실 이 때 저도 조금은 짝 짝한 마음이 남아 있었습니다 FNA가 100% 정확한 검사도 아닌데 내가 생각한 감별진단 목록에서 진단리스트가 나오지 않으면(진짜 종양이면) 괜히 시간만 끝나가 종양이 진행되게 방지하는 건 아닌가 하고 말이지요.

최대한 감별진단 목록에 대한 진단 검사를 한 번에 다 진행해 버려야 겠다고 생각했습니다. 피부질환의 감별이 힘든 상황이라면 우선적으로 감염성 피부질환 배제를 하신다고 생각하시면 되는데 감염성 피부질환 환자는 어떤 위치에 어떤 모양의 병변이 있는지를 보고 감별진단 목록을 좁힐 수 있고 거기에 해당하는 피부검사법을 선택하시면 된다고 말씀드린 것... 기억나시죠?

본 환자는 피부압착도말(Impression Smear)시 감염체가 확인되지 않았기 때문에 세균 감염은 잠정적으로 배제하였으나 퇴행성 호중구가 보이고 있었기 때문에 항생제 처방을 계획하였습니다. 곰팡이성 감염체중 말라세지아는 일반적으로 환자가 긁지 않는 이상 Crust를 유발하지 않고, 특히 털이 많은 등쪽에 병변을 만드는 경우가 드물기 때문에 배제하였고 피부사상균은 해당 위치에 Focal alopecia, Crust를 만들 수 있기 때문에 곰팡이 배양검사를 진행했습니다. 기생충성 피부질환 중 스케비는 호발부위와 치하지 않았고 특히 소양감이 없었기 때문에 가능성이 낮았고 모낭충은 해당 부위에 해당병변을 만들 수 있기에 피부소파검사(Deep skin scraping)를 진행했습니다. 피부 소파검사서 모낭충은 확인되지 않았고 곰팡이 배양은 1주일 뒤에 검사결과가 나오기

때문에 우선은 퇴행성 호중구에 대해 항생제 처방만 하고 1주일을 기다려 보기로 했습니다. 1주일 뒤 곰팡이 배양배지 2군데에서 모두 Dermatophyte를 지시하는 변화가 관찰되었고(그림 4) Terbinafine 경구제를 처방하고 2주만에 병변은 모두 소실되었습니다. 이 후 보호자가 임의로 약물을 중지하고 내원하지 않고 있는 상황입니다.



그림.6 좌측은 평판 DTM배지. 우측은 SDA 배지. 흔히들 DTM배지를 피부사상균증의 확진으로 생각하는 경향이 있으나 확진법은 SDA 배지에 배양 이후 현미경으로 Macroconidia를 찾는 것이다.

이 환자도 혹시나 하는 마음에 조직검사를 진행했다더라면 Case #1 환자처럼 불필요한 검사가 진행됐을 것입니다. 피부 기본 검사의 중요성을 다시 한 번 생각하게 해주는 케이스였죠. 눈은 부정확 합니다. 반드시 피부기본 검사를 통해 Rull-in, Rull-out이 진행되어야 할 것 입니다.

[Back to the basic Case #3]



그림.7 등쪽의 발적 증상을 주증으로 내원한 환자. 피부의 다른 부분에는 전혀 이상이 없었음

다음 환자입니다. 그림 7이 Case #3환자의 주병변이였습니다. 피부의 다른 부분은 전혀 문제가 없으나 다만 등쪽에 발적만 있는 상태였고 환자의 소양감은 없거나 매우 경미한 상태였죠. 병변은 Mass화 되지 않고 편평한 상태였고 그 흔한 구진(Papule)하나도 없었습니다. 환자가 소양감이 거의

없었기 때문에 보호자의 증언이 맞다면 해당병변은 찰과상(Excoriation)에 의한 발적도 아니었습니다. 처음 이 환자를 봤을 때 든 생각은... 뭘지?

전혀 감별진단 목록이 떠오르지 않더군요. 그래서 정말 말뿐이 아니라 기본에 충실하자라고 생각했습니다. 자... 머리 속에 유의적으로 딱 하고 떠오르는 감별진단이 없다. 모르면 감염성 피부질환부터 배제해야 하니까 우선 감염체 확인을 검사를 진행하자. 다만 확인을 위해 진행하는 검사이니 해당 감염체를 검출하기 위한 검사중 가장 민감도가 높은 검사를 선택하자 라고 말이죠.

만약 감염체가 발견되지 않으면 육안상 excoriation과 유사한 병변이니까 스테로이드를 짧게 써보고 환자에게 옷을 입혀서 excoriation을 완전히 배제하자(보호자가 환자를 24시간 보고 있는 것은 아니니까). 만약 여기서도 배제가 된다면 그 때 피부형 혈관육종등을 포함해 흔하지 않은 질환에 대한 감별을 위해 skin biopsy까지 진행하자고 보호자에게 이야기 했습니다. 결과는 모낭충(Demodicosis)이었습니다. 모낭충이 발생할 수 있는 부위였지만(사실 털이 있는 부분은 모두 모낭충이 발생할 수 있는 부위이긴 합니다) 그 흔한 탈모(Alopecia)나 딱지(Crust)하나 없는 모낭충이라니... 선생님들은 저 환자가 오면 모낭충을 바로 떠올릴 수 있으신가요? 대부분의 수의사가 저와 같은 생각을 할 꺼라 생각합니다.

[Back to the basic case #4]



그림.8 Case #4환자의 병변부.

8세령의 중성화한 수컷 비숄프리지 환자가 본원에 레퍼되어 내원하였습니다. 주증은 지간사이의 심한 소양감. 너무 간지러워서 발가락을 씹어대는 바람에 피가날 정도라며 수개월간 엘리자베스 카라를 하고 있던 상황이었습니다. 소양

감을 보이는 유일한 부분은 지간이었으며 다른 피부부위에는 전혀 소양감이 없었고 피부병변도 없었습니다.

처음 내원할 당시 사실 저는 대수롭지 않게 생각했었습니다. 지간부 소양감이라고? 말라세지아겠지. 지간을 펴 보았습니다. 보통 일반적인 말라세지아 감염은 발가락 사이의 web에서 발생하기 때문입니다. 말라세지아 감염시 발적(Erythema)과 비듬(Scale)이 주 병변부인데, 본 환자는 전혀 발적이나 비듬이 없었습니다. 육안상 전혀 유의적인 감염체의 증거가 없었던 거죠. 혹시나 하고 말라세지아 과증식 확인을 위한 Tape stripping을 진행해 봤습니다. 결과는 그림 9에 보시는 것 처럼 말라세지아가 검출되었습니다.

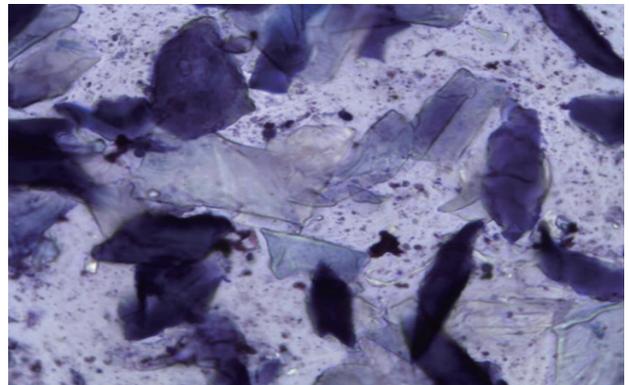


그림.9 Tape stripping 후 염색한 사진. 100배시야에서 다수의 말라세지아가 발견되었음. 본 현미경 사진에서 명확히 보이는 말라세지아는 몇 개이지만 미동나사를 조절하여 주변필드의 초점을 맞추었을 때 추가적인 말라세지아가 관찰됐다.

(이 환자의 경우 web 말고도 nail bed에도 다수의 말라세지아가 관찰되었으며 실제 심각한 소양감은 nail bed에서 발생한 감염때문이라고 생각됨) 물론 지간사이에서 발생한 말라세지아가 본 환자처럼 지간사이에 육안병변을 동반하지 않고 과증식되어 있는 경우는 매우 드뭅니다. 하지만 본 환자 처럼 예외적인 경우도 있었다는 것을 기억하셨으면 합니다.

이번 연제에서 몇 가지 케이스만 소개했지만 개인적으로 아직도 와... 피부 기본검사 하길 잘했다라고 생각하는 경우가 제법 흔합니다. 얼마전에 친구이자 지금 대학병원에서 피부과 팀장을 하는 친한 친구와 만나서 이야기 하는데 그 친구도 똑 같은 말을 하더군요.

저희는 점쟁이가 아니라 scientist입니다. 반드시 진단에 기초한 치료를 해야합니다. 그럼 다음회에서 더 재미있는 피부 질환으로 인사드리도록 하겠습니다. ♡