

# 만성 박리성 치은염

윤정훈 · 최성호\*

연세대학교 치과대학 구강병리학교실, 치주과학교실\*

## I. 서론

박리성 치은염은 임상적으로 유리치은 및 부착치은의 미만성 홍반과 수포형성, 미란과 표피 탈락을 특징으로 하며, 치은 침범의 정도는 각기 다양하다. 만성 박리성 치은염은 하나의 독립된 유형의 질환이라기 보다는 여러 질환들의 비특이적인 임상적 발현임이 잘 알려져 있다<sup>1)</sup>. 박리성 치은염이란 용어는 Prinz<sup>2)</sup>와 Merritt<sup>3)</sup>가 만성 미만성 박리성 치은염 (chronic diffuse desquamative gingivitis)이라 명명한 것이 처음이며, 이 질환의 원인요소로는 만성적인 자극과 감염, 호르몬 장애, 영양결핍과 피부점막 질환 등이 거론되고 있지만, 피부질환 특히 면역 매개성 피부질환이 치은을 침범하여 발생한 임상적 용어로서 이해하고 있다<sup>4-7)</sup>.

저자들은 심상성 천포창(pemphigus vulgaris), 반흔성 유천포창(cicatricial pemphigoid) 및 편평태선(lichen planus)의 피부점막 질환에 의해 박리성 치은염의 형태로 나타난 3예의 병리 조직학적 및 면역 병리학적 소견을 문헌고찰과 함께 보고하고자 한다.

## II. 증례보고

### 1. 증례 1

환자는 40세 남자로 잇몸이 자주 헐어 본원에 내원하였다. 환자는 3년 전 입안에 좁쌀만 하게 허는 증상이 시작되어 혀와 몸, 손톱 발톱까지 이러한 증상이 나타나다가 2년 전 여름에 더욱 심해졌다고 한다. 그 후부터 모 대학 병원 피부과에 입원하여 치료 받은 경험이 있으며 항생제를 복용하면 많이 부드러워 지는 듯하다고 하였다. 그 외 특별한 약물에 대한 특이 반응이나 가족력 등은 없었다.

구강 검사에서 상, 하악 치은과 구개, 양측 협점막 등 거의 모든 구강 점막에 황백색의 궤양성 병변이 관찰되었다. 경계는 비교적 백색으로 잘 지어지며 그 하방 점막은 발적되어 있었다. 쉽게 출혈되는 양상을 보였으며 옆으로 밀면 잘 벗겨져서 Nikolsky 징후에 양성이었다(Figure 1).

병리조직학적으로 점막하 조직의 염증 세포의 침윤을 동반하며, 상피내 기저세포가 한 층으로 배열하고 있었고 위의 상피 층이 한 개 혹은 여러 개의 군집을 이루면서 떨어져 나가는 극세포해리(acantholysis)의 양상을 보이고 있었다 (Figure 2). 직접 면역형광 검사에서 IgG와 C3가 세포와 세포 사이에 침착되어 있어 심상성 천포창으로 진단하였다 (Figure 3).

### 2. 증례 2

57세 남자로 잇몸이 붓고 피가 나며 벗겨진다는

주소로 개인 치과에서 본원 치주과로 의뢰되었다. 이런 증상은 약 1년 전부터 있었다고 하며 벗겨진 부위가 쓰리고 심할 때는 물집이 생기고 터지면 아프다고 하였다. 환자는 폐결핵의 과거력이 있었고 항생제에 부작용이 있다고 하였다. 얼굴에 수포성 피부염이 있어 모 대학병원에서 약 2년간 치료받은 과거력이 있었다.

구강 검사에서 상, 하악 협측 치은에 홍반성 병소가 하얀 위막으로 덮여 있었으며 이 부위에 종창이 동반하였다(Figure 4). 환자는 스테로이드가 함유된 구강 함수제를 처방 받고 1주 후 다시 내원하였을 때 증상이 약간 호전된 것 같아 다시 구강 함수제를 처방하고 1주일 후 다시 내원하였다. 이 때는 좌측 협점막에 수포가 형성되었고 반대쪽도 수포가 터진 양상이 보였다. 유천포창, 천포창으로 추정하여 절개생검을 시행하였다.

병리조직학적으로 정상적인 점막상피가 점막하조직으로부터 분리되어 있고 미약한 염증소견이 있었다(Figure 5). 면역형광 검사에서 상피의 기저막을 따라 IgG, C3, Fibrinogen이 선상으로 침착되어 반흔성 유천포창으로 진단하였다(Figure 6).

### 3. 증례 3

55세 여자가 잇몸이 헐어서 얼얼하고 아픈 것을 주소로 본원에 내원하였다. 통증은 특히 자극성 음식에 더 하다고 하였다. 환자가 이 증상을 느끼기 시작한 것은 약 9년 전부터로 이 병소로 개인 피부과 및 이비인후과에서 약물을 투여 받은 과거력이 있지만 증상이 완화된 적은 거의 없었다고 한다.

구강검사에서 상, 하악 전체 치은의 표피 탈락과 발적이 있으며, 특히 하악 좌, 우측 은협 이행부에는 불규칙한 적색의 미란성 병소가 관찰되었다. 미란성 병소의 테두리에 환상의 백색줄 무늬가 보였다(Figure 7). 임상병리학적으로 간 기능 검사와 혈당치는 정상범주에 속하였고, 피부에는 주목할만한 병소는 없었다.

병리조직학적으로 상피하 점막조직에 락타의 림프구 침윤이 보이며 상피의 신장과 과각화, 기저막

세포의 공포변성과 과사 소견이 관찰되어 편평태선으로 진단하였다(Figure 8). 면역형광 검사는 시행하지 못하였다. 병소부에 국소 스테로이드를 도포하고 prednisolone 30mg을 1주일간 투여하여 증상은 완화되었으나 병소는 소실되지 않았다. Triamcinolone acetonide 1ml를 1주 1회 3주간 병변내 주사를 시행하여 은협이행부 병소의 소실을 보여 주기적으로 관찰토록 하였다.

## III. 고찰

치은이 발적되고 치은상피가 박리되는 특이한 증상을 보이는 상태를 과거에는 퇴행성 병변의 의미로 치은증(gingivosis)이라 하였으나 요즈음에는 하나의 서술적 명칭으로 한 유형의 질환이라기 보다는 여러 가지 자극에 대한 치은의 반응 양상을 나타내는 현상으로 이해하는 것이 옳다<sup>1)</sup>. 그러므로 천포창, 반흔성 유천포창 및 편평태선과 같은 피부질환들이 박리성 치은염의 형태로 발현될 수 있다. 박리성 치은염은 설측에는 잘 나타나지 않고 협측에만 국한하는 경우가 많고, 여성에서 더 흔히 관찰되며 어느 연령층에서나 나타날 수 있지만<sup>4,7)</sup> 본 증례에서처럼 40세 이후 중년에서 더 잘 발생한다. Sklavounou와 Laskaris<sup>6)</sup>는 수포성 및 궤양성 피부질환 중 반흔성 유천포창의 63.6%에서, 편평태선의 25%, 심상성 천포창의 18.4%, 그리고 수포성 유천포창의 3.2%에서 박리성 치은염의 형태로 나타나는 것으로 보고하고 있다.

천포창은 피부와 점막에 수포를 형성하는 만성 수포성 질환으로 조직학적으로 상피세포와 상피세포 사이의 결합이 풀어지는 현상, 즉 극세포해리(acantholysis)를 특징으로 하는 질환이다<sup>7)</sup>. 대부분의 환자는 혈청내에 상피세포 표면에 존재하는 항원에 대한 자가항체를 가지고 있으며 이 자가항체가 천포창의 발병에 직접 관여한다는 점에서 대표적인 자가항체에 의한 자가면역질환이라 할 수 있다<sup>7)</sup>. 이중 심상성 천포창이 가장 흔한 유형으로 거의 모든 환자에서 구강점막에 미란이 발생하며 대부분의 환자는 구강내 병변이 첫 증상으로 나타난다. 환자에 따라서

는 오직 소수의 구강병소만이 국소적으로 발생된 후 수년간 악화와 호전을 거듭하면서 병세가 지속되는 예도 있고, 광범위한 피부병변이 치료로써 소실된 후에도 구강병소는 난치성 잔재 병소로 남아있는 경우도 있다<sup>9)</sup>. 대개 구강내 병변이 발생하지 4개월 후에는 피부에 수포가 나타나기 시작하며 얼굴, 체간, 서혜부, 액와부 등에 호발한다<sup>7)</sup>. 구강내 병변이 있는 경우 여러 가지 구강내 궤양을 일으키는 질환과 감별해야 한다. 즉 포진성 치은구내염, 다형홍반, 아프타성 구내염, 수포성 편평태선과 감별해야 하며 직접 면역형광 검사가 진단에 가장 정확한 방법이다<sup>1,3,4)</sup>. 본 증례 1에서도 조직학적으로 극세포해리를 볼 수 있었고 면역형광 검사에서 상피세포 사이에 IgG와 C3의 침착을 확인하여 확진할 수 있었다. 더욱이 전신적으로 피부질환이 발생하기 전에 초발병소인 치은병소로 진단할 수 있었다는 것이 중요한 임상적 의의라 할 수 있다.

반흔성 유천포창은 피부나 점막의 기저막 성분에 대한 자가항체를 가지며 주로 점막에서 수포 및 미란성 병변을 나타내는 만성질환이다. 즉, 기저막 하부에서 IgG와 같은 면역반응물의 침착이 초래되고, 보체활성의 기전에 의해 수포성 병변이 발생된다<sup>7,8)</sup>. 과거에는 양성 점막 유천포창(benign mucous membrane pemphigoid)으로도 불리웠지만, 반흔형성과 함께 점막증상이 심한 경우도 있기에 통상 반흔성 유천포창이라 한다. 가장 흔히 발생하는 부위는 구강점막으로 약 95%의 경우에서 발견되며, 다음이 안점막으로 약 80%의 환자에서 침범될 수 있다<sup>9)</sup>. 구강병소의 경우 초기에는 흔히 잇몸을 중심으로 박리성 치은염의 소견을 보이며, 다른 부위의 점막 또는 피부에서의 병변이 발생됨이 없이 구강점막에만 국한되어 지속하는 경우도 있고, 안부, 인두, 비강등의 점막에서도 동시에 또는 연속하여 병변이 발생할 수도 있다<sup>7,9)</sup>. 안부에 병변이 발생할 경우에는 안부점막과 결합조직의 위축을 초래할 수도 있으며 심하면 실명이 초래될 수 있다. 이러한 점막 병변은 인두, 식도, 비강, 후두, 성기점막 등에서도 5-30%의 빈도로 나타날 수 있다<sup>9)</sup>. 치료는 비교적 가벼운 증상에는 국소적으로 부신피질 호르몬제의 도포 또는 점적, 병변내

주사로 치료할 수 있다. 그러나 비교적 심한 증상을 보일 경우에는 대량의 prednisolone을 투여하거나, azathioprine, cyclophosphamide, dapsone 등 다른 면역억제제를 병용할 수도 있다<sup>1,5,7,9)</sup>. 그러므로 필요에 따라서는 안과 및 외과적 처치를 함께 받도록 하여 실명이나 식도 유착과 같은 합병증을 예방하기 위한 노력이 필요하다. 반흔성 유천포창은 박리성 치은염의 형태로 가장 잘 나타나는 피부질환이다. 따라서 박리성 치은염을 주스로 내원한 환자의 경우에 감별진단에 가장 우선 순위에 둘 필요가 있으며 본 증례 2에서와 같이 치은 조직의 병리조직 검사 및 직접 면역 형광 검사와 함께 구강내 및 구강외 병소에 대한 주의 깊은 임상적 관찰이 필요하다고 생각된다.

편평태선은 비교적 흔한 만성 피부점막 질환으로 아직 정확한 원인이 밝혀져 있지 않지만, 조직학적으로 과민반응과 비슷하여 국소적인 면역반응의 이상에 의한 것으로 추정하고 있다<sup>8,10,11)</sup>. 구강 편평태선이 간질환과 연관성이 있다는 보고가 많아 환자에 대한 문진시 간질환 유무를 확인하는 것이 필요하며, 그외 당뇨나 고혈압이 관련이 있다는 보고도 있고 연관성이 없다는 연구도 있다<sup>10,11)</sup>. 구강 편평태선은 피부병변과는 달리, 더 오래 지속되며, 더 다양한 형태를 보인다. 임상적으로 망상형, 반상형, 위축형, 수포형과 미란형으로 구분한다. 불편감의 증상은 대부분 위축형과 미란형에서 동반한다<sup>9-11)</sup>. 이중 위축형 편평태선이 부착치에 발생하면, 밝은 적색으로 보이며 통증이 있어 임상적으로 박리성 치은염이라 한다. 본 증례 3에서도 위축형 편평태선이 치은을 침범한 것으로 생각하였고 이와같이 치은 뿐 아니라 은협이행부를 침범하는 경우 병의 경과가 더 오래 끌 수 있을 가능성도 있다. 현재까지 특별한 효과를 보이는 약제는 없지만 스테로이드가 가장 효과적인 것으로 알려져 있다. 국소 스테로이드에 효과가 있는 환자가 있는 반면, 심하거나 지속되는 병변을 가진 환자에는 전신 스테로이드 치료나 또는 병변내 주사요법이 필요할 수도 있다<sup>7,10,11)</sup>. 구강 편평태선 환자에서 캔디다증이 동반하여 병발할 수 있기 때문에 항진균제가 증상 완화에 필요하거나 도움이 될 수

있다<sup>10)</sup>. 본 증례 3처럼 편평태선이 박리성 치은염의 형태로 발현되면 천포창이나 반흔성 유천포창에 비해 불편감의 증상이나 합병증은 비교적 덜 하지만 임상 경과는 더 오래 지속되기 때문에 문제시 되고 있으며, 본 예에서도 치은염의 증상은 전신 스테로이드로 조절할 수 있었지만 은협이행부의 병소는 경과가 오래 지속되어 병변내 주사요법으로 조절할 수 있었다.

박리성 치은염은 주로 피부점막 질환인 천포창, 반흔성 유천포창 및 편평태선의 임상적 발현으로 생각된다. 이러한 피부점막 질환은 구강 및 치은을 침범하는 경우는 드물지만 치은의 박리성 병소로 나타날 수 있다<sup>4,6,11)</sup>. 따라서 박리성 치은염을 초래하는 질환을 명확하게 구분하여 감별해야 한다. 이를 위해서는 모든 구강내 및 구강외에 병소가 있는지를 주의깊게 임상적으로 관찰해야 하고, 이 논문에서처럼 치은 조직의 병리조직학적 검사와 직접 및 간접 면역 형광 검사로 전신적인 병소로 진전되기 이전에 초발병소로 치은에서 조기에 진단할 수 있다면 임상적인 가치가 매우 크다고 생각한다.

## VI. 참고문헌

1. McCarthy PL, Shklar G. : Diseases of the oral mucosa, ed. 2. Philadelphia, Lea & Febiger, 306-318, 1980.
2. Prinz H. : Chronic diffuse desquamative gingivitis. Dent Cosmos 74:331-333, 1932.
3. Merritt AH. : Chronic desquamative gingivitis. J Periodontol 4:30-34, 1933.
4. Rogers RS III, Sheridan PJ. : Desquamative gingivitis: Clinical, histopathologic, immunopathologic, and therapeutic observations. J Am Acad Dermatol 7:729-735, 1982.
5. Ronbeck BA, Lind PO, Thrane PS. : Desquamative gingivitis: Preliminary observations with tetracycline treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 69:694-697, 1990.
6. Sklavounou A, Laskaris G. Frequency of desquamative gingivitis in skin diseases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 56:141-144, 1983.
7. Chan LS, Yancey KB, Hammerberg C : Immune-mediated subepithelial blistering diseases of mucous membranes. Arch Dermatol 129:448-455, 1993.
8. Eversole LR. : Immunopathology of oral mucosal ulcerative, desquamative and bullous disease. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 77:555-571, 1994.
9. Zunt SL. : Vesiculobullous disease of the oral cavity. Dermatol Clinics. 14:291-302, 1996.
10. Scully C, Beyli M, Ferreiro Mc : Update on oral lichen planus: Etiopathogenesis and management. Crit Rev Oral Biol Med 9:86-122, 1998.
11. van Dis ML, Vincent SD. : Diagnosis and management of autoimmune and idiopathic mucosal disease. Dent Clin North Am 36:897-917, 1992.

## 사진부도 설명

Figure 1. 하악 치은에 수포 형성이 보이며, 상악 치은의 물질은 파열되어 있다.

Figure 2. 상피층의 세포가 분리되는 극세포해리증이 보이며, 기저세포는 기저막을 따라 배열되어 있다 (X160, H-E).

Figure 3. 상피세포 사이에 IgG의 침착이 관찰된다 (X100, DIF).

Figure 4. 하악 치은에 발적 및 표피 탈락과 수포형성이 백색병소로 관찰된다.

Figure 5. 점막 상피가 점막하 조직과 분리된 소견을 보인다 (X100, H-E).

Figure 6. 상피의 기저막을 따라 선상의 IgG 침착을 보인다 (X100, DIF).

Figure 7. 상, 하악 치은 전체에 표피 탈락과 발적을 보인다.

Figure 8. 상피 기저막의 공포변성과 괴사 및 점막하에 떠상의 림프구 침윤 소견이 관찰된다(X100, H-E).

## 사진부도(1)



Figure 1

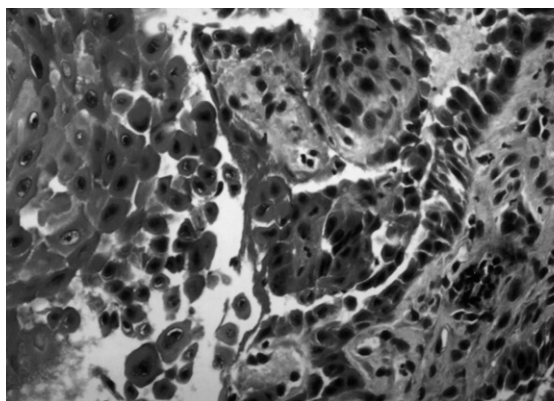


Figure 2

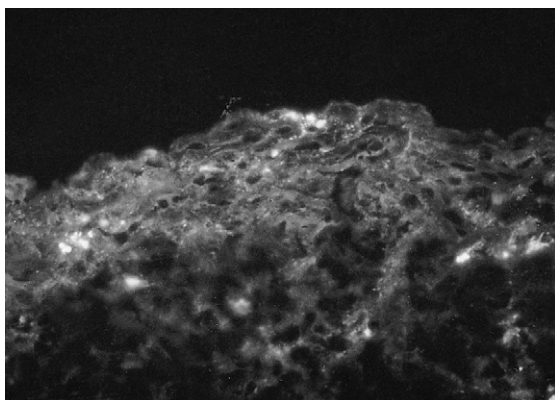


Figure 3



Figure 4

## 사진부도(Ⅱ)

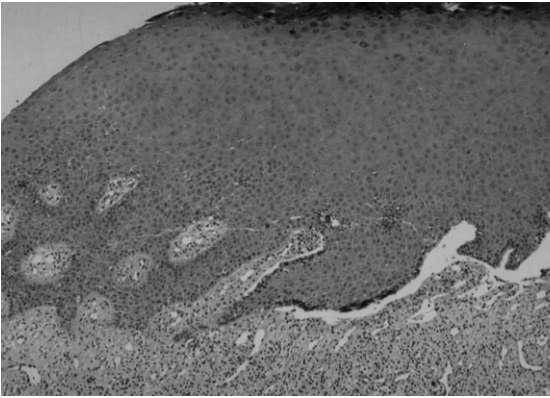


Figure 5

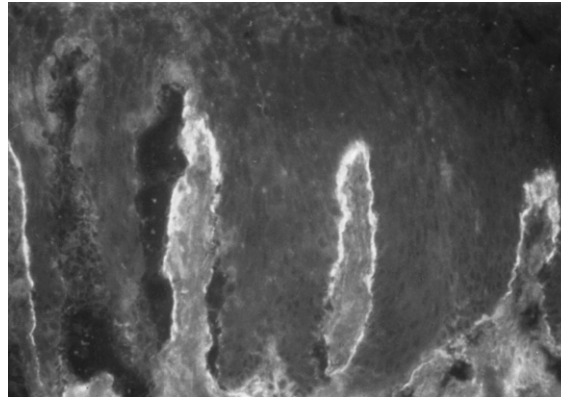


Figure 6



Figure 7

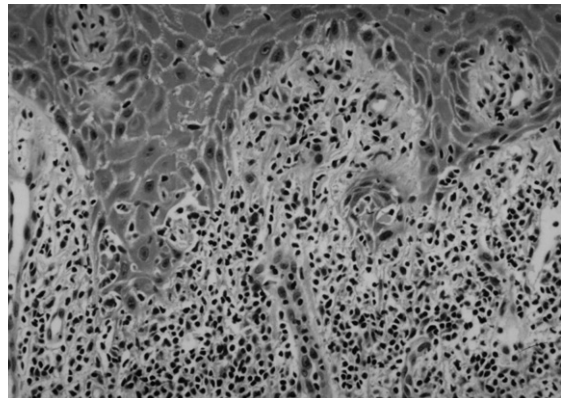


Figure 8

## Chronic Desquamative Gingivitis

Jung Hoon Yoon, and Seong Ho Choi\*

Departments of Oral Pathology and Periodontology\*, College of Dentistry, Yonsei University

Desquamative gingivitis is characterized by a diffuse erythema of the free and attached gingiva associated with areas of vesiculation, erosion, and desquamation. Desquamative gingivitis is not a distinct disease entity but represents a reaction pattern of the gingiva to various stimuli. Pemphigus vulgaris, cicatricial pemphigoid, and lichen planus may presents as desquamative gingivitis. We observed 3 patients whose disease was limited to the gingiva, and studied them by light and direct immunofluorescence microscope. We classified them according to clinical, histologic, and immunopathologic observations. Identification of the underlying causes of desquamative gingivitis is of utmost importance and is dependent upon clinical, histologic, and immunologic criteria.

---

Key words: Desquamative gingivitis, differential diagnosis, histology, immunofluorescence