

베체트 관절염의 임상적 관찰

양익환 · 한창동 · 오현철* · 김진영

연세대학교 의과대학 정형외과학교실, 국민건강보험공단 일산병원 정형외과*

Behçet's Arthritis

Ick Hwan Yang, M.D., Chang Dong Han, M.D., Heun Cheul Oh, M.D.*, and Jin Young Kim, M.D.

*Department of Orthopaedic Surgery, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea,
Department of Orthopaedic Surgery, National Health Insurance Corporation Ilsan Hospital*, Ilsan*

Purpose: The clinical manifestations of Behçet's arthritis are similar to those of rheumatoid arthritis, and they need to be differentiated. The objective of this study was to evaluate the past history, diagnosis, treatments and clinical findings of Behçet's arthritis.

Materials and Methods: Among 1,602 cases with Behçet's disease, 87 cases with Behçet's arthritis were enrolled in this study between January 1990 and December 2000. A thorough review of each case was done by examining the patients' medical charts and personal interview. The clinical manifestation, the existence of morning stiffness and laboratory studies including ESR, CRP, AS, and RF were investigated. The Shimizu classification was used as diagnostic criteria.

Results: There was no preponderance of gender and the most prevalent age group was in their 3rd and 4th decades. The most common involved site was the knee joint (60 of 87 cases), and multiple site involvement was common (56.0%). Clinically, symptoms such as pain, tenderness and joint swelling were common. According to the Shimizu classification, the incomplete type was the most common (67.8%). The symptoms improved after conservative treatment, but 12 cases (21.0%) recurred within one year. Arthroscopic synovectomy was performed in 2 cases, but these cases showed no improvement.

Conclusion: Behçet's arthritis should be differentiated from rheumatoid arthritis, and conservative treatment showed good clinical results.

Key Words: Arthritis, Behçet's disease

서 론

베체트병은 여러 기관을 침범하는 전신성 질환으로서 특히 구강 및 음부궤양, 안병변과 피부병변을 주 증상으로 하고 심혈관계, 호흡기계, 소화기계, 중추신경계, 비뇨기계 및 골관절계 등을 침범하여 다양한 증상을 나타내고 있다^{3,18,24,26,28,33,37}. 특히 베체트병 환자의 일부는 빈번한 관절증상으로 정형외과에서 흔히 볼 수 있는데, 관절증상으로는 관절통, 운동제한, 부종, 발열감 등의 비특이적인 경우가 많고, 환자의 24.2%에서 주로 슬관절, 완

관절, 주관절, 족관절 등에 나타난다고 보고되어 있다⁹. 관절증상의 양상은 저절로 치유되고 변형이나 후유 장애는 형성하지 않으나¹⁰, 드물게 관절연골의 파괴나 연골하골의 변화가 일어나기도 한다고 한다¹⁰. 특히 관절증상의 양상과 동반되는 질환 때문에 류마티드 관절염으로 오진할 수도 있어 감별이 요구되기도 한다. 저자들은 베체트병으로 진단받고 관절증상을 호소한 환자들을 조사 분석하여 그 관절증상의 양상과 변화를 관찰하여 보고하고자 한다.

통신저자 : 양 익 환

서울시 강남구 도곡동 146-92
영동세브란스병원 정형외과
TEL: 02-2019-3416 • FAX: 02-573-5393
E-mail: ihyang@yumc.yonsei.ac.kr

Address reprint requests to

Ick Hwan Yang, M.D.,
Department of Orthopaedic Surgery, Yonsei University College of Medicine,
Youngdong Severance Hospital, 146-92, Dogok-dong, Gangnam-gu,
Seoul 135-271, Korea
Tel: +82-2-2019-3416, Fax: +82-2-573-5393
E-mail: ihyang@yumc.yonsei.ac.kr

*본 논문의 요지는 2007년도 제25차 대한슬관절학회 춘계학술대회에서 발표되었음.

대상 및 방법

연구 대상은 1991년 1월부터 2000년 12월까지 만 10년간 본원 베체트병 특수진료실에서 베체트병으로 진단받고 등록된 환자 1,602명 중에서 관절증상으로 정형외과에 의뢰되어 진찰받고 6개월 이상 추시가 가능했던 환자 87명을 대상으로 환자의 병력과 과거력, Shimizu 분류에 따른 진단기준, 혈액검사, 치료방법 등을 조사하였으며, 특히 관절 통증의 부위와 양상, 조조강직 여부를 조사하였고, 방사선 검사를 시행하였다.

결 과

1. 연령 및 성별

남자는 49명, 여자는 38명이었으며, 연령별로는 30대가 63%로 가장 많았다(Table 1).

2. 진단 기준

Shimizu 분류에 의한 방법으로 분류해 보면 불완전형이 59예(67.8%)로 가장 많았으며, 그 외 추측형, 가능형, 완전형의 순으로 나타났다(Table 2, 3).

Table 1. Age Distribution

Age	Cases
-19	2
20-29	17
30-39	55
40-49	7
50-59	4
60-	2
Total	87

Table 2. Shimizu Classification

Major symptoms	Oral ulcers Oral OralOcular lesions Skin lesions
Minor symptoms	Arthritis Neurological lesions Vascular lesions Intestinal lesions Cardiovascular lesions Family history

Complete type, 4 majors; Incomplete type, 3 majors or 1 major and ocular lesion; Suspected type, 2 majors; Possible type, 1 major.

3. 발생 부위

한 관절에만 이환된 경우는 47예(54.0%)로 모두 슬관절이었으며, 두 관절에 이환된 경우는 29예(33.3%), 세 관절 이상 이환된 경우는 11예(12.7%)였다. 부위별로는 슬관절이 60예로 가장 많았으며, 완관절 19예, 수부 14예, 주관절 9예, 족관절 7예, 척추부위 및 천장관절 5예의 순이었으며, 견관절이나 고관절은 없었다(Table 4).

4. 관절 증상 및 빈도

관절의 주 증상은 동통, 압통, 부종, 운동장애, 국소 열감, 조조강직 등의 일반적인 관절증상을 보였으나 특징적이지는 않았으며, 이중 동통, 압통과 부종이 주 증상이었다(Table 5).

5. 방사선 검사

전 예에서 연부조직의 부종과 활액막 증가에 따른 관절

Table 3. Shimizu Type of Patients

Type	Cases (%)
Complete	4 (4.6)
Incomplete	59 (67.8)
Suspected	16 (18.4)
Possible	8 (9.2)
Total	87 (100.0)

Table 4. Site of Involvement

Site	Cases
Knee	60
Wrist	19
Hand	14
Elbow	9
Ankle	7
Spine & S-I joint	5

Table 5. Symptoms of the Involved Joints

Symptoms	Cases (%)
Pain	87 (100.0)
Tenderness	79 (90.8)
Swelling	73 (83.9)
LOM	40 (46.0)
Local heat	17 (19.5)
Morning stiffness	15 (17.2)



Fig. 1. Radiological finding of Behçet's arthritis shows only soft tissue swelling and joint space widening to joint effusion. Articular surfaces show no specific finding.

간격의 변화 이외는 특이한 소견은 없었다(Fig. 1).

6. 혈액검사 소견

환자의 일반 혈액검사는 적혈구 침강속도(ESR)는 49예(56.3%)에서 정상치보다 증가되어 있었으며, C-반응단백(CRP)은 11예(12.6%), 항스트렙톨라이신O (ASO)는 9예(10.3%), 류마티드 인자(RF)는 6예(6.9%)에서만 양성반응을 보였으며, 20예(23.0%)에서 백혈구 증가증을 보였다.

7. 치료방법

비스테로이드성 소염진통제(NSAID) 투여 및 물리치료로 72시간 내에 일차 호전된 경우가 34예(39%)였으며 23예에서는 호전되는데 3주 이상의 치료기간이 필요하였다. 치료에 호전이 없는 2예에서는 관절경하에서 활액막 제거술을 실시하였으며 조직 검사를 시행하였다.

일차증상이 호전된 후에도 12예(21.0%)에서 1년 내에 재발하는 양상을 보였으나 장기적으로 관절의 변형이나 장애가 남는 경우는 없었다.

8. 육안 및 조직 검사 소견

활액막 제거술을 실시하였던 한 예에서는 활액막은 비후되어 있었고 부종과 충혈된 소견을 보이고 있었으나 류

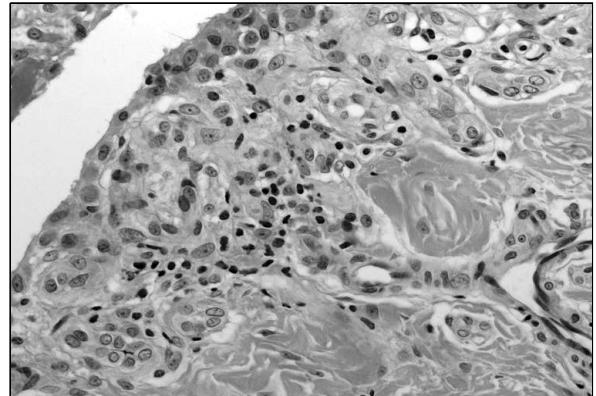


Fig. 2. Histological finding of Behçet's arthritis. Lymphatic vasculitis is noted (H-E stain, $\times 100$).

마토이드 관절염의 Pannus형 파괴와는 감별되었다. 조직소견에서는 활액막 세포들이 증식되어 있었으며, 모세혈관 주위로 만성 염증 세포의 침윤이 관찰되어 림프구성 혈관염 소견을 보였다(Fig. 2).

고 찰

베체트병은 고대 그리스 시대의 Hippocrates에 의해 언급된 이래로¹³⁾ 1937년 터키의 피부과 의사인 Hulusi Behçet이 재발하는 구강 및 음부궤양과 안병변을 3가지 주 증상으로 하는 임상 증후군이라 처음 기술하였고⁵⁾ 이후 그의 이름을 따서 베체트 증후군이라 하였다. 현재 베체트병은 여러 기관을 침범하는 질환으로 인식되고 있으며 구강 및 음부궤양, 안병변과 피부병변을 주 증상으로 하고 심혈관계, 호흡기계, 소화기계, 중추신경계, 비뇨기계 및 골관절 등을 침범하여 다양한 증상을 나타내고 있다.^{3,6,16,21,24,26,28,33,37)}

이 질환의 원인으로는 바이러스설^{5,11,17,35)}, 연쇄상 구균 항원에 대한 알레르기설^{23,36)}, 중금속 중독설²⁰⁾, 유전학적 관련설^{25,29)}, 면역기전설^{4,15,22,27,28,39)} 등이 있으나 확실한 것은 없다.

베체트병은 전 세계적으로 널리 분포되어 있으나, 서유럽, 미국 등에서는 비교적 드물고, 중동, 지중해 연안⁴¹⁾, 그리고 한국^{8,9)}, 일본⁴³⁾, 중국³⁸⁾에서 호발하는 것으로 알려져 있다. 한국에서는 최 등⁹⁾의 연구에서 총 1155명의 내원환자에 대한 역학조사가 있었고, 일본은 유병률이 인구 10만 명당 7-8명이고⁴³⁾, 영국은 15만 명당 1명, 미국은 30만 명당 1명으로 보고되었다⁴⁵⁾. 남녀 비는 중

동지역과 지중해연안 국가에서 남자가 현저하게 높은 비율을 보인 반면³⁸⁾, 한국, 일본, 중국에서는 여자의 발생 빈도가 높았다^{2,8)}. 조 등⁸⁾은 이와 같은 현상을 한국, 일본, 중국인 사이의 유전학적 유사성이 관여할 것으로 보았다. 국내 보고상 발병 당시 환자의 연령분포는 20대가 가장 많고, 직업분포에서 남자는 사무직이 여자는 가정주부가 많았다. 전체환자의 약 15%에서 가족력이 있었으며⁹⁾, 여자에서 다소 호발하는 것으로 보고되었으나, 본 조사에서는 남자 49명, 여자 38명으로 성별차이는 없었으며, 연령별로는 20-30대가 가장 많았다.

특별한 검사방법이 없기 때문에 베체트병의 진단에는 주로 임상소견으로 설정한 진단기준을 사용해 왔으며, 공통된 진단기준이 없어서 각 보고들의 신뢰도가 떨어지고 질병의 양상을 이해하는데 어려움을 준다. 본 연구에서는 일본의 Shimizu 분류에 따랐으며, 분류해 보면 불완전형이 59예(67.8%)로 가장 많았고, 그 외 추측형, 가능형, 완전형의 순으로 나타났다.

관절증상은 관절통, 홍반, 부종을 나타내며 베체트병 환자는 24.2%⁹⁾에서 주로 슬관절, 완관절, 주관절, 족관절에서 나타나고, 저절로 치유되는 양상으로 보이나⁴⁴⁾ 가끔 연골 및 연골하골의 파괴와 위축이 일어나기도 한다고 보고된 바도 있다^{32,41)}.

본 연구에서도 동통, 압통, 부종, 운동장애, 국소 열감, 조조강직 등의 일반적인 관절증상을 보였고, 이중 동통, 압통과 부종이 주 증상이었다. 또한 한 관절에만 이환된 경우는 47예(54.0%)로 모두 슬관절이었으며, 두 관절 이상 이환된 경우는 40예(56.0%)였다. 부위별로는 슬관절이 가장 많았으며, 완관절, 수부, 주관절, 족관절, 척추의 순이었으며, 견관절이나 고관절은 없었다. 방사선 검사에서 전 예에서 연부조직의 부종과 활액막 증가에 따른 관절 간격의 변화 외에는 특이한 소견이 없었다.

베체트병에서 검사실 소견자체가 진단에 큰 도움을 주지 못하고 있으나, 일반적으로 C-반응단백, 적혈구 침강속도, 글로불린(globulin)이 상승하고, OKT4 : OKT8 ratio는 감소한다고 하며³⁾, 백혈구 증다증은 13%정도¹²⁾로 보고되었다. 혈청 내 아연(Zn)치가 감소하는 경향이 있음이 보고된 바 있으며³⁴⁾, 순환면역복합체는 증가한다고 한다¹⁴⁾. 본 조사에서는 일부에서 C-반응단백, 적혈구 침강속도 및 항스트렙톨라이신O가 증가되는 소견을 보였고, 류마티드 인자는 4예에서만 양성반응을 보였으며,

13예에서 백혈구 증다증을 보였으나, 진단에 큰 도움을 주지는 못하였다.

베체트병 진단에 결정적으로 도움을 줄만한 병리소견은 없으나 대부분의 경우에 가장 흔한 소견은 혈관염으로²¹⁾ 구강 및 음부궤양은 백혈구 파쇄성이거나 림프구성 혈관염이었고³⁰⁾ 결절 홍반양 병변은 거의 림프구성 혈관염 소견을 보인다고 보고되었다⁶⁾. Jorizzo 등²²⁾은 초기 병변은 백혈구 파쇄성 혈관염을 보이나 말기병변은 림프구성 혈관염을 보일 것이라 주장하였다. 한 예에서 시행한 관절경적 활액막 생검 결과, 류마티드 관절염과 유사한 양상을 보였으며, 특히 림프구성 혈관염의 소견을 보였다.

베체트병의 치료로서는 많은 치료법이 제시되었고 사용되고 있지만 만족할 만한 것은 없고 질병자체가 호전과 재발을 지속하므로 치료효과를 판정하기는 어렵다고 한다. 대개 국소치료로서 국소 스테로이드제제 도포, 테트라사이클린 등을 사용하고¹⁾, 전신치료로서는 면역억제제와 항염제를 사용하는데, 스테로이드 제제, chlorambucil, azathioprine⁴⁴⁾, cyclophosphamide, levamisole, colchicine, cyclosporine, dapsone, zinc³⁴⁾ 등이 이용되고 있으며, 관절증상에 대한 특별한 치료는 정립된 것이 없고, 대증적 치료에 불과하나 전신증상이 호전되면 관절증상도 호전되는 양상을 보인다⁷⁾. 특히 본 조사에서의 환자는 비스테로이드성 소염진통제(NSAID) 투여로 72시간 내에 호전된 경우가 대부분이었으나, 23예에서는 반복적이고 지속적인 부종으로 3회 이상의 관절 천자를 추가로 시행하였으며, 일차 증상이 호전된 후에도 12예(13.8%)에서 1년 내에 재발하는 양상을 보였다.

베체트병의 경과와 매우 다양하며, 일반적으로 안구침범이 많은 남자가 여자보다 예후가 나쁘고⁹⁾ 젊은 사람이 예후가 나쁘다⁴¹⁾. 처음에 구강궤양이 생기고 피부병변이나 음부궤양이 생긴 후에 안증상이나 신경증상이 나타나게 되는데, 조 등⁵⁾은 제2의 주증상이 나타나는데 걸리는 시간이 짧을 수록 4가지 주증상이 모두 나타나는 완전형이 될 가능성이 큰 것으로 보고하였다. 증상이 초기에는 자주 재발하나 3년 내지 7년 후에는 아주 간헐적으로 발생한다고 하며, 예후를 결정하는 인자는 명확하지 않으나 중추신경계 침범, 동맥 또는 정맥질환, 소화기 천공이 없다면 예후는 좋다고 한다⁴⁵⁾. 면역억제제 등으로 치료하여 질환의 진행을 변화시킬 수도 있다고 한다³¹⁾.

결 론

1. 베체트 관절염으로 진단받은 환자를 조사한 결과 두 관절 이상 이환된 경우는 40예(46%)였으며, 슬관절이 가장 많았다.

2. 임상 및 방사선 검사상 특징적인 소견은 없었고, 일반적인 염증성 관절염의 소견만을 보였다.

3. 비스테로이드성 진통소염제(NSAID)만으로 증상은 쉽게 호전되었다.

결론적으로 베체트 관절염은 류마티드 관절염과 감별하여야 하고 일반적인 보존 치료로서 만족스러운 결과를 얻을 수 있었다.

참고문헌

1. Addy M, Tapper-Johns L, Seal M: Trial of astringent and antibacterial mouthwashes in the management of recurrent aphthous ulceration. *Br Dent J*, 136: 452-455, 1974.
2. Agata T, Nakae K, Naeda K, Aoki K, Mizushima Y: The epidemiological features and trends of Behçet's disease, in Japan from 1972 to 1985. *Recent advances in Behçet's disease*. In: Lehner T, Barnes CG eds. London, Royal Society of Medicine Service: 187-198, 1986.
3. Arbesfeld SJ, Kurban AK: Behçet's disease. *J Am Acad Dermatol*, 19: 767-779, 1988.
4. Bang D, Lee S, Kim DH, Nam IW: Investigation of cell-mediated immunity in patients with Behçet's syndrome using the DNCB sensitization. *Kor J Dermatol*, 23: 769-773, 1985.
5. Behçet H: Der rezidivierende, aphthöse, durch ein virus verursachte Geschwäre an Mund, am Auge, und an den Genitalien. *Dermatol Wchnschr*, 105: 1152-1157, 1937.
6. Chajek T, Fainaru M: Behçet's disease with decreased fibrinolyses and superior vena caval obstruction. *Br Med J*, 1: 782-783, 1973.
7. Chajek T, Fainaru M: Behçet's disease: reports of 41 cases and a review of the literature. *Medicine*, 54: 179-196, 1975.
8. Cho MY, Lee SH, Bang DS, Lee SN: Epidemiologic findings of Behçet's syndrome. *Kor J Dermatol*, 26: 320-329, 1988.
9. Choi EH, Bang DS, Lee SH, Lee ES, Lee SN: Epidemiologic findings of Behçet's syndrome. *Yonsei University*, 1991.
10. Corley CC, Lessner HE, Larsen WE: Azathioprine therapy of autoimmune disease. *Am J Med*, 41: 404-412, 1966.
11. Denman AM, Hylton W, Pelton BK, Palmer RG, Topper R, Burchenell CS: The viral aetiology of Behçet's syndrome. *Recent advances in Behçet's disease*. In: Lehner T, Barnes CG eds. London, Royal Society of Medicine Service: 23-30, 1986.
12. Eun HC, Chung H, Choi SJ: Clinical Analysis of 114 Behçet's disease. *Kor J Med*, 27: 933-937, 1984.
13. Feigenbaum A: Description of Behçet's syndrome in the Hippocratic third book of endemic disease. *Br J Ophthalmol*, 40: 355-357, 1956.
14. Gamble CM, Weisner KB, Shapiro RF, Boyer WJ: The immune complex pathogenesis of glomerulonephritis and pulmonary vasculitis in Behçet's disease. *Am J Med*, 66: 1031-1039, 1979.
15. Haim S: The pathogenesis of lesions of Behçet's disease. *Clin Exp Immunol*, 34: 213-218, 1978.
16. Hills EA: Behçet's syndrome with aortic aneurysms. *Br Med J*, 4: 152-154, 1967.
17. Hooks JJ: Possibility a viral etiology in recurrent aphthous ulcers and Behçet's syndrome. *J Oral Pathol*, 7: 365-371, 1978.
18. Houba V, Bardfeld R: Serum immunoglobulin in juvenile rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 28: 55-57, 1969.
19. Hrnair Z, Tichy M, Varina J: Immunoglobulins A.G. and M in synovial fluid in rheumatoid arthritis: Reactive synovitis of local origin and in post mortem synovial fluid. *Ann Rheum Dis*, 31: 325-329, 1972.
20. Ishikawa S, Miyata M, Fujiwara N, Hori Y, Nakamo K, Miyazawa S, Morohoshi Y: Experimental "muco-cutaneo-enterogenital syndrome" in pedigreed miniature swine (toxicological study). *Behçet's disease*. In: Dilsen N, Konice M, Ovnal C eds. Amsterdam-Oxford, Excerpta Medica: 1979.
21. James DG: Behçet's syndrome. *N Engl J Med*, 301: 431-432, 1979.
22. Jorizzo JL, Hudsson RT, Schmalsteg FC, et al: Behçet's syndrome: immune regulation, circulating immune complexes, neutrophil migration and colchicine therapy. *J Am Acad Dermatol*, 10: 205-214, 1978.
23. Kaneco F, Koneda T, Ohnishi O: Behçet's disease and bacterial infections allergy. *Jpn J Allergol*, 27: 440-451, 1978.
24. Kim HJ, Lee SH, Lee SN, Kim SM: A clinical analysis of

- 7 patients with neuro-Behçet's syndrome. *Kor J Dermatol*, 25: 91-97, 1987.
25. **Lee S, Koh YJ, Kim DH, et al:** A study of HLA antigens in Behçet's syndrome. *Yonsei Med J*, 29: 259-262, 1988.
 26. **Lee YP, Cho CH, Chi HS, Kim BR, Lee KS:** Intestinal Behçet's disease. *Kor J Surg*, 35: 310-315, 1988.
 27. **Lehner T:** Behçet's syndrome and autoimmunity. *Br Med J*, 1: 465-467, 1967.
 28. **Lehner T:** Characterization of mucosal antibodies in recurrent ulceration and Behçet's syndrome. *Arch Oral Biol*, 14: 843-853, 1969.
 29. **Lehner T, Batchelor IR, Challacombe SJ, Kennedy L:** An immunogenic basis for the tissue involvement in Behçet's syndrome. *Immunology*, 37: 895-900, 1979.
 30. **Lever WF, Schaumburg-Lever G:** Systemic disease with cutaneous manifestations. *Histopathology of the skin*. 7th ed. Philadelphia, J.B. Lippincott Co.: 213-214, 1991.
 31. **Mamo JG, Bughdassarian A:** Behçet's disease. *Arch Ophthalmol*, 71: 4-14, 1964.
 32. **Mason RM, Barnes CG:** Behçet's syndrome with arthritis. *Ann Rheum Dis*, 28: 95-103, 1969.
 33. **Min HW, Cho SY, Chun SI, Bang DS:** A case of Behçet's syndrome associated with the superior vena cava syndrome. *Kor J Med*, 30: 401-407, 1986.
 34. **Mineshita S, Ogino T, Shimizu T:** Zinc therapy in Behçet's disease. In *proceedings of an international symposium on Behçet's disease*. 301-304, 1977.
 35. **Mortada A, Imam IZE:** Virus aetiology of Behçet's syndrome. *Br J Ophthalmol*, 48: 250-259, 1964.
 36. **Namba K:** Behçet's disease and streptococcal infection. *Recent advances in Behçet's disease*. Lehner T, Barnes CG eds. London, Royal Society of Medicine Service: 79, 1986.
 37. **O'Duffy JD, Goldstein NP:** Neurologic involvement in seven patients with Behçet's disease. *Am J Med*, 61: 170-176, 1976.
 38. **Ohno S:** Behçet's disease in the world. *Recent advances in Behçet's disease*. In: Lehner T, Barnes CG eds. London, Royal Society of Medicine Service: 181-186, 1986.
 39. **Oshima Y, Shimizu T, Yokohari R, et al:** Clinical studies on Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis*, 22: 36-45, 1963.
 40. **Ruddy S, Austin KF:** The complement system in rheumatoid arthritis: an analysis of complement component activities in rheumatoid synovial fluid. *Arthritis Rheum*, 13: 713-723, 1970.
 41. **Shimizu T, Ehrlich GE, Inaba G, Hayashi K:** Behçet's disease. *Semin Arthritis Rheum*, 8: 223-260, 1979.
 42. **Su WPP, Chin SI, Lee S:** Cutaneous lesions in Behçet's syndrome (abstract). *J Cutan Pathol*, 373, 1987.
 43. **Yamamoto S, Toyokawa H, Matsubara H, et al:** A nationwide survey of Behçet's disease in Japan. *Jap J Ophthalmol*, 18: 282-290, 1974.
 44. **Yurdakul S, Yazici H, Tuzun Y, et al:** The arthritis of Behçet's disease: a prospective study. *Ann Rheumatol Dis*, 42: 505-515, 1983.
 45. **Wong RC, Ellis CN, Diaz LA:** Behçet's disease. *Int J Dermatol*, 23: 25-32, 1984.

= 국문초록 =

목 적: 류마티오이드 관절염과 감별해야 하는 베체트 관절염의 병력, 진단과 치료, 임상양상을 관찰하고자 하였다.
대상 및 방법: 1990년 1월부터 2000년 12월까지 베체트 증후군으로 진단받은 1,602명의 환자 중 관절증상으로 의뢰되었던 87명의 환자를 대상으로 임상적 양상을 분석하고, 조조강직 여부, 그리고 적혈구 침강속도, C-반응단백, 항스트렙톨라이신O, 류마티오이드 인자를 포함한 혈액검사를 시행하였다. 진단 기준으로는 Shimizu 분류를 사용하였다.

결 과: 87명 중 남자 49명, 여자는 38명이었으며, 20-30대가 가장 많았다. 슬관절이 60예로 가장 많았고, 한 관절 이환이 47예(54.0%), 두 관절은 29예(33.3%), 세 관절 이상은 11예(12.7%)이었다. Shimizu 분류상 완전형이 4예(4.6%), 불완전형이 59예(67.8%), 가능형 8예(9.2%), 추측형 16예(18.4%)이었다. 보존적인 요법만으로 대부분의 환자에서 호전을 보였으며, 12예(13.8%)에서 호전 후 1년 내에 재발을 보였다. 2예에서 관절경적 활액막 제거술을 시행하였다.

결 론: 베체트 관절염은 류마티오이드 관절염과 감별해야 하고 일반적인 보존치료로서 만족스러운 결과를 얻을 수 있었다.

색인 단어: 관절염, 베체트병