

Los Angeles 분류 D등급 역류성 식도염의 치료 경과

전준한, 정대영

가톨릭대학교 의과대학 내과학교실

Clinical Improvement of Los Angeles Grade D Esophagitis with Proton Pump Inhibitor

Joon Han Jeon and Dae Young Cheung

Department of Internal Medicine, The Catholic University of Korea College of Medicine, Seoul, Korea

증례: 54세 남자가 2주 전부터 발생한 상복부 통증 및 가슴쓰림 증상으로 내원하였다. 환자는 6개월 전 십이지장 궤양을 진단받고 치료를 받은 적이 있었으나, 이후 특별한 증상은 없었고 약물 투약도 하지 않았다. 복부 통증과 함께 오심과 구토증상이 하루 2-3회 정도 발생하였고, 소량의 검은 혈과가 동반되는 양상을 보였다. 내원 당시 백혈구 $12,070/\text{mm}^3$, 혈액글로빈 12.4 g/dL , 혈소판 $496,000/\text{mm}^3$ 였다. 일반 혈액화학 검사에서는 특이 소견이 관찰되지 않았다. 입원 후 시행한 위내시경 검사에서 위-식도 접합부에서 식도 내강 전체가 이환된 환상 형태의 궤양이 관찰되었으며, 이 궤양은 중부 식도까지(앞니에서 22 cm 부위) 확장된 것이 관찰되었다(Fig. 1). 궤양의 기저부는 검붉은 발적성 반점이 다수 관찰되었으며 다량의 혼탁한 삼출물에 덮여있었다. 심한 역류성 식도염의 형태로서 Los Angeles 분류로는 D등급에 해당하는 병변이었다. 십이지장 이부에서 약 0.5-1.5 cm 정도의 다양한 크기를 보이는 원형 혹은 타원형의 작은 궤양들이 20개 이상 관찰되었다. 다발성 그리고 재발성 궤양의 원인 감별을 위한 검사 결과, 헬리코박터 감염 여부는 음성이었으며 혈청 가스트린 치는 91.41 pg/mL (참고치: 0-108 pg/mL)로 정상 범위 안에 있었다. 환자는 입원 후 양성자 펌프 억제제(lansoprazole 15 mg, 1일 2회)와 함께 sucralfate (15 mL/포, 1일 3회), arginyl acid (15 mL/포, 1일 3회)를 투여되었다. 투약 다음 날부터 복부통증은 호전되었으며 3일 후 식사가 가능해서 퇴원하였다. 퇴

원 1개월 후 시행된 추적 내시경 검사는 이전에 관찰되던 식도-위 접합부의 환상형 궤양은 거의 치유된 상태로, 국소적인 미란과 함께 주변의 재생성 상피 생성 및 점막 유약성을 보였다(Fig. 2). 원위부 식도에서 협착이 관찰되었으나 내시경의 통과는 큰 저항 없이 가능하였다. 십이지장 궤양은 모두 완전한 회복을 보였다. 퇴원 후 환자는 프로톤 펌프 억제제 유지치료(rabeprazole 10 mg, 1일 2회)를 시행하고 있었으며, 7개월째 다시 추적 내시경을 시행하였다(Fig. 3). 식도-위 접합부에서 혼탁한 Z-선과 함께 5 mm 이하의 점막 균열이 관찰되는 Los Angeles 분류 A등급의 역류성 식도염의 소견을 보였다. 환자는 특별한 증상 호소 없이 일상 생활이 가능한 상태였다.

진단: Los Angeles 분류 D등급의 역류성 식도염

역류성 식도염은 외래에서 접하게 되는 소화기 관련 질환 중 가장 흔한 질환의 하나이다. 전형적인 가슴쓰림(heart-burn) 및 위-식도 역류 증상이 있으면서 위산 억제제 치료에 반응한다면 일반적으로 다른 추가 검사 없이도 진단이 가능하다.¹ 하지만 연하 장애, 빈혈, 위장관 출혈 등의 경고 증상이 동반된 경우에는 위내시경을 시행하여 조기에 감별진단을 시행하여야 한다.² 역류성 식도염의 치료 목적은 환자의 증상 완화와 점막 손상을 치유하며 협착, 바렛 식도, 식도 선암 등의 합병증을 예방하는 것이다. 위산을 포함한 높은 산도의 위

© This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

교신저자: 정대영, 150-713, 서울시 영등포구 63로 10, 가톨릭대학교 여의도성모병원 내과

Correspondence to: Dae Young Cheung, Department of Internal Medicine, The Catholic University of Korea, Yeouido St. Mary's Hospital, 10 63-ro, Yeoungdeungpo-gu, Seoul 150-713, Korea. Tel: +82-2-3779-1519, Fax: +82-2-3779-1331, E-mail: adagio@catholic.ac.kr

Financial support: None. Conflict of interest: None.

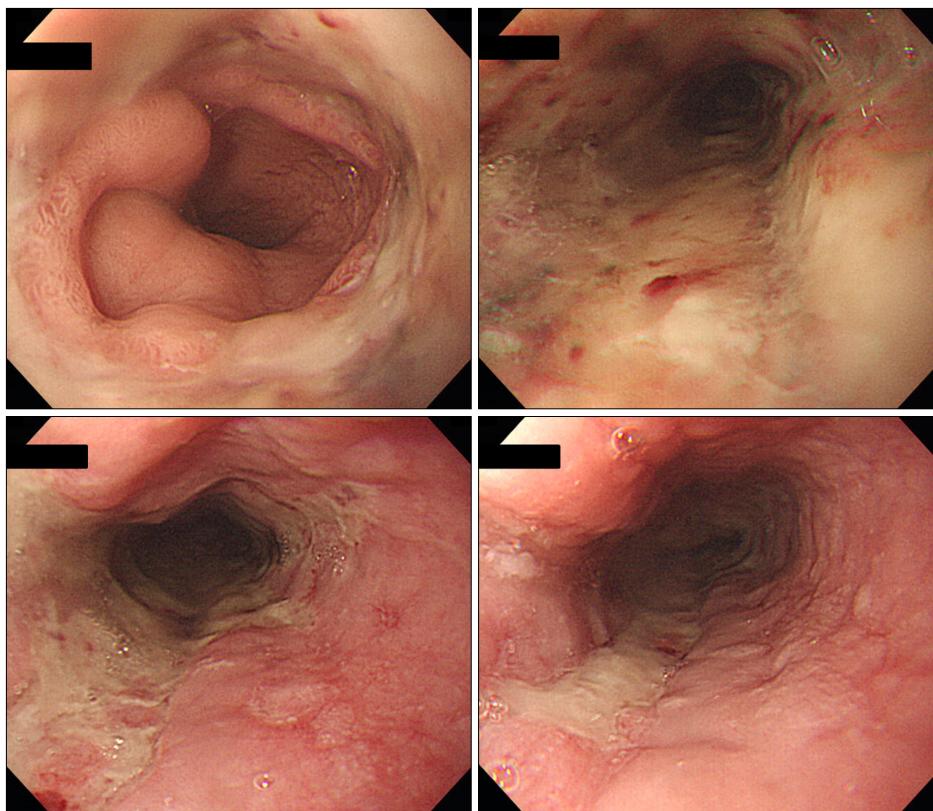


Fig. 1. Esophagogastroduodenoscopy shows diffuse and coalesced circular ulcer expanding from gastroesophageal junction to mid-esophagus (22 cm from incisor). Spotty red pigmentation with thick whitish exudates are present at the ulcer base.

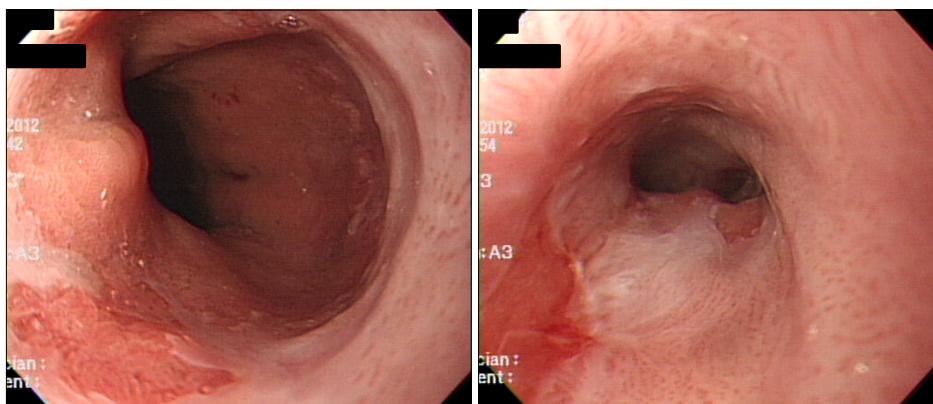


Fig. 2. Follow-up esophagogastroduodenoscopy performed after one month. Previously noted circumferential ulcer that extended from mid to lower esophagus has almost completely healed, and the ulcer base is now covered with friable and thin regenerative epithelium. Focal erosion near Z-line can be seen.

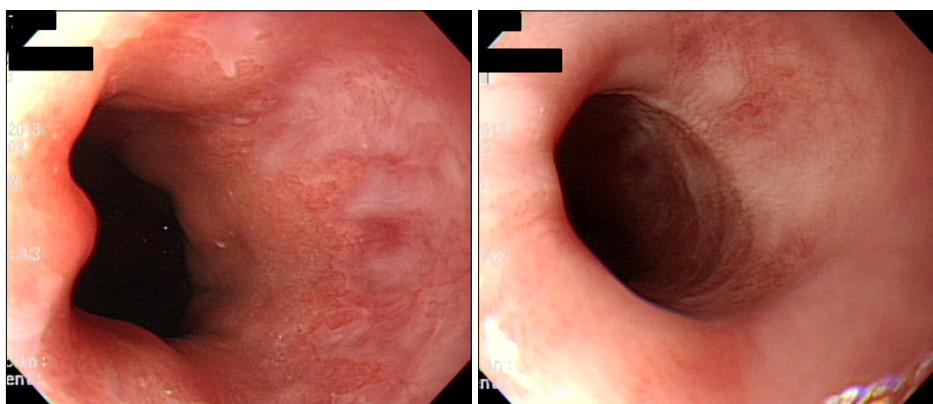


Fig. 3. Follow-up esophagogastroduodenoscopy performed seven months later. Blurred Z-line with focal mucosal breaks less than 5 mm is observed. Short segment of lower esophageal stricture due to healing scar of previous reflux esophagitis can also be noted.

내용물이 식도로 역류하는 것이 역류성 식도염 발생의 주요 기전이므로, 위 내 산도를 pH 4 이상으로 유지하는 것이 치료에서 가장 중요하다.³ 중등도 이상의 역류성 식도염(Los Angeles grade C, D)에서 위 내 산도 억제의 기간은 식도염 치유와 양의 상관관계에 있으며, 많은 연구 결과에서 식도염의 치료 정도는 위산 억제제의 효능과 직접적인 상관이 있는 것으로 알려져 있다.⁴⁻⁶ 역류성 식도염의 치유에서, 양성자 펌프 억제제로 치료한 경우 치료 성공률은 83%, H2-차단제로 치료한 경우 52%, 위약의 경우에는 8%로 보고되었다.⁶ 하지만 초기 치료 반응이 양호할지라도, 억제제를 중단한 경우 75-92%의 환자가 재발한다.⁷ 재발성 식도염의 치료를 위해 장기 유지요법이 권고되며, Genval Workshop Report에서는 Los Angeles grade C, D의 식도염은 증상이 조절되더라도 지속적인 표준 용량의 양성자 펌프 억제제 치료를 권고하고 있다.⁸ 또한 용량을 줄여 복용하는 방법은 식도염이 없거나 경한 환자에게서, 필요 시 복용하는 방법은 식도염이 없는 경우에 권고하고 있다.⁸ 양성자 펌프 억제제의 종류에 따른 큰 차이는 없으며, 두 배 용량으로 증량한 경우(하루 1회 투여) 약간의 호전(25명 중 1명 정도 효과)을 기대할 수 있는 정도다.⁶ 두 배 용량으로 하루 2회 분할 투여한 경우는 보고된 분석 자료가 부족하나, 임상에서 의사의 재량에 따라 사용되기도 한다. 역류 증상과 가슴쓰림 증상의 병력이 길거나, 난치성 역류 증상을 보이는 환자에게서 양성자 펌프 억제제의 유지 치료를 고려할 수 있는데, 8-12주 정도의 양성자 펌프 억제제 표준 용량을 투여한 이후, 환자의 증상을 조절할 수 있는 최소한의 용량으로 감량하여 유지해 볼 수 있다. 가끔 발생하는 돌발성 통증에는 위산중화제가 필요하다. 고용량 유지 요법

중에도 역류 현상이 개선되지 않거나 치료에 순응하지 못하는 경우에는 수술 치료를 고려해야 한다.

REFERENCES

1. Kahrilas PJ. Clinical practice. Gastroesophageal reflux disease. *N Engl J Med* 2008;359:1700-1707.
2. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2013;108:308-328.
3. Armstrong D. Review article: gastric pH—the most relevant predictor of benefit in reflux disease? *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20(Suppl 5):19-26.
4. Katz PO, Ginsberg GG, Hoyle PE, Sostek MB, Monyak JT, Silberg DG. Relationship between intragastric acid control and healing status in the treatment of moderate to severe erosive oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25:617-628.
5. Katz PO, Johnson DA, Levine D, et al. A model of healing of Los Angeles grades C and D reflux oesophagitis: is there an optimal time of acid suppression for maximal healing? *Aliment Pharmacol Ther* 2010;32:443-447.
6. Khan M, Santana J, Donnellan C, Preston C, Moayyedi P. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD003244.
7. Carlsson R, Dent J, Watts R, et al. Gastro-oesophageal reflux disease in primary care: an international study of different treatment strategies with omeprazole. International GORD Study Group. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998;10:119-124.
8. Dent J, Brun J, Fendrick AM, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management—the Genval Workshop Report. *Gut* 1999;44(Suppl 2):S1-S16.