

아토피피부염의 증례 토의

서울대학교 의과대학 피부과학교실

김 규 한

아토피피부염의 전형적인 임상양상을 가지고 다음과 같은 순서로 토의 시간을 갖고자 한다.

아토피피부염의 임상양상에 대하여

1. 진단기준

아토피피부염의 임상양상은 매우 다양하여 어떤 증상까지를 아토피피부염의 범주에 포함시키는데에 대하여 논란이 있을 수 있다. 1980년에 와서야 임상적인 증상에 기초를 둔 진단기준이 마련되었고 따라서 아토피피부염은 일종의 증후군에 해당하는 질환이다. 현재까지 가장 널리 통용되는 일반적인 진단 기준은 다음과 같은 Hanifin과 Rajka (1980)가 제정한 기준이다.

2. 나이에 따른 증상의 변화

아토피피부염은 연령에 따라 (1) 유아기(2개월~2세) (2) 소아기(2세~10세) (3) 사춘기 및 성인기로 구분하여 설명하는 것이 일반적이다.

유아기의 아토피피부염은 초기에는 뺨이나 이마, 두피 등에 호발한다. 체간이나 사지에도 병변이 같이 있는 경우가 있으며 귀볼, 전주와와 슬와 부위의 특징적인 침범은 유아기의 후반에 형성된다. 유아기에는 삼출(oozing)이나 가피 형태의 급성 습진성 병변의 양상을 흔히 나타낸다.

소아기의 특징은 피부 병변이 아급성 내지 만성적 경과를 취하여 안면은 오히려 덜 침범되는데 반하여 전주와와 슬와 부위는 후기로 갈수록 침범이 뚜렷해지며, 건조증의 형태로 나타나는 경우가 많다.

사춘기와 성인기 때는 양진(prurigo)이나 태선화(lichenification)가 주증상으로 나타나며, 목 같은 간찰부위 뿐 아니라 안면이나 손도 흔히 침범된다.

3. 합병증

진단기준에도 기술되어 있듯이 아토피피부염에서는 세포 면역 감소로 피부 감염이 정상인에 비하여 흔하고, 감염증상이 심하게 나타나는 경우가 있다(예, 포진상 습진). 특히 눈에 동반되는 질환으로 백내장,

Table 1. 아토피피부염의 진단기준(Hanifin and Rajka, 1980)

- 주증상 -
소양증(pruritus)
특징적 발진 모양 및 호발 부위(typical morphology and distribution)
만성 재발성 경과(chronic or chronically-relapsing dermatitis)
아토피(천식, 알레르기성 비염, 아토피피부염)의 개인 및 가족력[personal or family history of atopy (asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis)]
- 부증상 -
피부건조증(xerosis)
어린선(ichthyosis)/ 손바닥의 손금의 두드러짐(palmar hyperlinearity)/모공 각화증(keratosis pilaris)
제1형 피부반응[immediate (type I) skin test reactivity]
혈청 IgE의 상승(elevated serum IgE)
이른 초발 연령(early age of onset)
피부 감염/세포 면역 감소(tendency toward cutaneous infections/impaired cell-mediated immunity)
손이나 발에 비특이적 습진(non-specific hand or foot dermatitis)
유두 습진(nipple eczema)
구순염(cheilitis)
반복되는 결막염(recurrent conjunctivitis)
Dennie-Morgan infraorbital fold
원추 각막(keratoconus)
백내장(anterior subcapsular cataract)
눈주위 색소침착(orbital darkening)
안면창백/안면피부염(facial pallor/facial erythema)
백색 비강진(pityriasis alba)
anterior neck folds
땀흘릴 경우의 소양증(itch when sweating)
양털 및 기름 용매에 대한 intolerance (intolerance to wool and lipid solvent)
모공 주위의 두드러짐(perifollicular accentuation)
음식물의 intolerance (food intolerance)
환경이나 감정요인이 악화시킴(course influenced by environmental/emotional factors)
white dermographism/delayed blanch

녹내장, 망막 박리가 있을 수 있고, 아토피피부염 자체로도 눈 합병증의 빈도가 증가하지만, 장기간 사용되는 스테로이드제가 악화 요인이 되기도 한다.

4. 아토피피부염은 알레르기 질환인가?

아토피피부염은 일반적으로 알레르기 피부질환의 대표적인 질환으로 간주되고 있다. 소아의 경우에는 음식물이, 나이가 들면서는 음식물보다는 흡입 알레르겐이 알레르기 기전에 의하여 피부염을 악화시킬 수 있다고 알려져 있다. 따라서 피부염을 악화시키거나 가려움증을 유발한다고 생각되는 음식물이나 흡입 물이 있다면 피하는 것이 권고 사항이다. 그리고 이러한 알레르기 기전으로 아토피피부염을 악화시킬 수 있는 물질을 찾는 검사 방법으로 RAST, MAST, 피부반응검사 등이 있다. 검사 상 양성으로 나온 물질이

반드시 임상양상을 악화시키는가, 즉 임상적인 관련성(clinical relevance)이 있는가에 대하여는 의문이 있다.

그러나 실제로는 알레르기 기전에 의한 것보다는 일반적인 자극에 의해 악화되는 경우가 훨씬 많다. 진단 기준에도 나와 있듯이 땀 흘릴 경우의 소양증(itch when sweating) 유발, 양털 및 기름 용매에 대한 intolerance, 환경이나 감정요인이 악화시킬 수 있다거나 일상생활에서 건조한 피부, 자극이 되는 의류 착용으로 증상이 악화되는 것이 상당히 특징적인 질환이다.

감별 진단에 대하여

흔히 피부질환은 치료는 동일한 데 꼭 감별할 필요가 있는가? 하고 의문을 제시하는 경우가 있다. 그러나 반드시 감별을 해야 한다. 진균감염 질환과 같은 감염 질환은 치료가 완전히 다르기 때문에 감별해야 한다.

임상 양상이 비슷한 다른 습진성 질환(대표적으로 지루피부염, 접촉피부염)도 감별해야 하는데 그 이유는 치료 방침을 세우는데 큰 차이가 있고, 질환의 경과와 예후를 판정하는데 중요하기 때문이다. 지루피부염은 악화를 시키는 요인이 아토피피부염의 악화요인과 큰 차이가 있고, 가려움증의 정도가 약하고, 경과도 일반적으로 짧다. 접촉피부염은 원인 접촉 물질만 제거하면 단시간 내에 호전될 수 있고, 재발의 가능성도 크게 줄일 수 있으므로, 아토피피부염의 경우와는 달리 강한 스테로이드를 단기간 짧게 사용하여 치료가 가능하다.

치료에 대하여

아토피피부염의 치료는 환자의 증상의 정도에 따라 적절한 치료방법을 선택한다. 심하지 않은 경우 피부를 청결하고 건조하지 않도록 잘 관리하면서 병변이 있는 부위에는 국소 스테로이드제를 적절히 도포하고, 항히스타민제를 복용함으로써 습진과 가려움증을 잘 조절하면 성장하면서 저절로 호전되는 경우가 대부분이다. 이러한 일반적인 치료로 호전되지 않는 심한 아토피피부염 환자의 경우에만 특별한 치료(대부분 면역억제제)를 필요로 한다.

아토피피부염 환자가 내원하였을 때 다음과 같은 순서로 치료방침을 결정하도록 권장되고 있다.

1) 환자에 대한 교육 및 기본치료: 치료 중 항상 시행함

- (1) 악화요인의 회피
- (2) 피부보습
- (3) 감염증이 있는 경우 이에 대한 치료
 - 세균감염증: 국소 및 전신 항생제
 - 바이러스 감염증: 항바이러스제

2) 피부염과 소양증에 대한 급성 치료

- (1) 국소 스테로이드제 도포: 하루 1~2회 도포

(2) 얼굴(특히 눈주위) 같은 예민한 피부 혹은 만성적으로 재발하는 경우

다음은 하루 1~2회 도포

- tacrolimus 연고 도포
- pimecrolimus 크림 도포

(3) 항히스타민제 복용

(4) 기타 보조치료: leukotriene 길항제 복용, gamma-linolenic acid 복용 등

3) 유지치료

급성 아토피피부염이 호전되면 약제의 사용을 중단하고 재발의 초기 징후가 있을 때마다 다음과 같이 치료

(1) 국소 스테로이드제의 간헐적 도포

(2) 얼굴(특히 눈주위) 같은 예민한 피부 혹은 만성적으로 재발하는 경우

- tacrolimus 연고 간헐적 도포
- pimecrolimus 크림 간헐적 도포

(3) 항히스타민제 복용

(4) 기타 보조치료: leukotriene 길항제 복용, gamma-linolenic acid 복용 등

4) 상기의 치료에 반응을 보이지 않는 심한 경우의 치료선택

(1) cyclosporin 복용

(2) 광선치료

(3) mycophenolate 복용

(4) Azathioprine 복용

(5) IFN-gamma or thymopentin

(6) IVIG

(7) 전신 스테로이드제