

서혜부 단독 결핵성 림프염의 증례보고

구현국¹ · 김영석¹ · 김민주² · 노태석¹ · 나동균¹

연세대학교 의과대학, 인체조직복원연구소 · 성형외과학교실¹, 병리학교실²

A Case Report of Isolated Inguinal Tuberculous Lymphadenitis

Hyun Kook Koo, M.D.¹, Young Seok Kim, M.D.¹,
Min Joo Kim, M.D.², Tai Suk Roh, M.D.¹,
Dong Kwun Rah, M.D.¹

Institute for Human Tissue Restoration, Departments of
¹Plastic and Reconstructive Surgery, ²Pathology, Yonsei
University College of Medicine, Seoul, Korea

Purpose: Tuberculous lymphadenitis constitutes about 30% of all types of extrapulmonary tuberculosis. Cervical lymphadenitis is the commonest form (70%), followed by axillary and inguinal. But inguinal tuberculous lymphadenitis is rare form. Especially isolated inguinal tuberculous lymphadenitis was seldom reported. In Korea, that case was not reported. This case emphasizes the need for awareness of tuberculosis as a possible cause of isolated inguinal adenitis.

Methods: We experienced one case of isolated inguinal tuberculous lymphadenitis. We analyzed clinical features, preoperative assessments and method of treatments.

Results: A 37-year-old female patient presented with a painless swelling in the left inguinal region of 12 month's duration. There was no history of urethral discharge, dysuria, genital sores, unprotected sexual contacts or trauma. Examination revealed enlarged left inguinal lymph nodes, 2 × 1 cm, non-tender and firm mass. The external iliac, popliteal, right inguinal and other groups of lymph nodes were normal. Serologic tests, urinary tests and chest radiologic test were normal. The excision of mass was performed under the general anesthesia. A excisional biopsy showed chronic granulomatous inflammation with caseous necrosis, consistent with tuberculosis. After excision, the primary repair was done and completely

healed on postoperative 25 days.

Conclusion: The isolated inguinal tuberculous lymphadenitis was rare form of inguinal suppurative mass. Although medical management is the principal mode of therapy of tuberculous adenitis and surgery is rarely necessary, we didn't consider the possibility of tuberculous lymphadenitis in our case. A high index of suspicion is essential for a diagnosis of isolated inguinal tuberculous lymphadenitis. Our case emphasizes this importance and illustrates the need for awareness of tuberculosis as a possible cause of isolated inguinal adenitis.

Key Words: Isolated Inguinal tuberculous lymphadenitis, Inguinal mass, inguinal tuberculosis, Tuberculous lymphadenitis, Extrapulmonary tuberculosis

I. 서 론

말초 림프선 결핵은 폐외 결핵의 30%를 차지하는 가장 흔한 임상양상이다.¹ 결핵 호발 지역에서는 소아에서 말초 림프선 결핵이 관찰되고, 호발 지역이 아닌 지역에서는 젊은 성인에서 관찰된다. 결핵은 두경부 림프선에 주로 영향을 주기 때문에 말초 림프선 결핵은 경부 림프선을 침범하는 경우가 약 70%를 차지한다. 반면 서혜부 림프선 결핵은 매우 드물어, Subrahmanyam의 보고에 따르면 말초 림프선 결핵 105례 중 3례에서 서혜부 림프선 결핵을 보고하였다.^{2,3}

특히 폐결핵을 동반하지 않고 단독으로 서혜부에 림프선 결핵을 형성하는 경우는 소수의 임상 보고만 있으며 국내에서 보고된 바 없다.³ 저자들은 서혜부 단독 종괴의 원인으로 림프선 결핵이 가능함을 경험하였기에 37세 여자 환자에서 서혜부 단독의 결핵성 림프염 1례를 보고하는 바이다.

II. 증 례

37세 여자 환자가 왼쪽 서혜부에 1년 전부터 만져지는 종괴를 주소로 내원하였다. 폐결핵, 하지의 외상, 수술 과거력은 없었다. 요도 분비물, 요통, 성기의 궤양, 발진, 발열, 외상, 다수와의 성관계 또는 비위생적인 성관계 과거력 등 특이 비노생식계 증상과 과거력은 없었다.

종괴는 2 × 1 cm 크기로, 연하고, 유동적이며, 촉진상 통

Received April 21, 2010

Revised June 14, 2010

Accepted June 14, 2010

Address Correspondence : Young Seok Kim, M.D., Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Yonsei University College of Medicine, Seoul 135-720, Korea. Tel: (02) 2019-3420/ Fax: (02) 3463-4914/E-mail: psyskim@yuhs.ac

* 본 논문은 2008년 제65차 대한성형외과학회 학술대회 포스터 발표되었음.



Fig. 1. Lower Extremity CT: About 2.5 × 1.3 cm enhancing mass at left inguinal area.

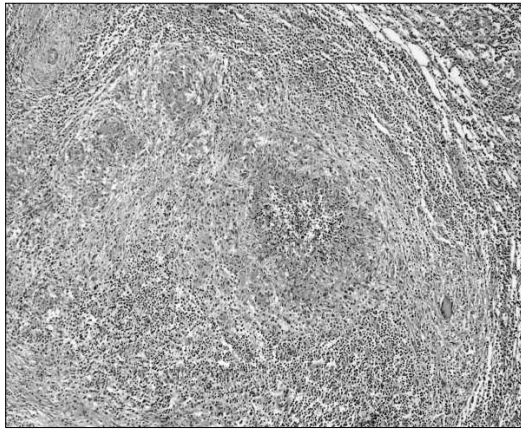


Fig. 2. Pathologic Finding (Hematoxylin and Eosin stain, × 100): Chronic granulomatous inflammation with caseous necrosis, consistent with tuberculosis.

증을 유발하지 않았으며 정상적 피부로 덮여져 있었다. 시진으로는 확인되지 않으며 촉진 상 확인되었다. 오금 림프선, 액와 림프선과 그 외 다른 림프선에서 종괴는 촉진되지 않았다. 피부, 외성기와 살 부위는 정상이었고, 수지 직장 검사도 정상 소견이었다. 환자의 기본 혈액 검사, 요검사, 혈액생화학 검사와 폐 방사선 사진은 정상 소견이었다.

서혜부 초음파 검사 상, 1.5 × 0.9 × 1.8 cm의 고체성 종괴를 확인하였다. 하지 CT 상 2.5 × 1.3 cm의 조영 증가된 종괴를 확인할 수 있었으며 (Fig. 1), 양측 서혜부에 수개의 커진 림프절이 보였다.

전신마취 하에 절제술을 시행하였다. 수술 시 시행한 동결 절편 생검의 결과는 결핵 의증의 건락성 괴사를 동반한 만성 육아종성 염증(chronic granulomatous inflammation with caseous necrosis, favoring tuberculosis)이었다. 확정 병리 소견 결과, 결핵으로 인한 건락성 괴사를 동반한 만성 육아종성 염증(chronic granulomatous inflammation with caseous necrosis, consistent with tuberculosis)이었

다 (Fig. 2).

절제술 후 일차봉합 시행하였으며, 수술 후 장액종(seroma)의 형성으로 흡인(aspiration) 2회(1 cc, 0.5 cc) 시행하였으며, 수술 후 25일 완전한 상처 회복이 이루어졌다.

환자는 결핵배양 검사 상 결핵이 동정되지 않았으며, acid fast bacilli smear 역시 음성으로 보고되었다. 수술 후 10일 뒤 4개월간 Isoniazid, Rifampin, Myambutol, Pyrazinamide 투약, 이후 4개월간 Isoniazid, Rifampin, Myambutol 투약, 이후 1개월간 Isoniazid, Rifampin 투약하였다. 이후 12개월 외래추적 상 종괴의 재발은 없었다.

III. 고 찰

서혜부 단독 림프선 결핵은 매우 드문 증례로, 1969년 Lawee에 의해 처음으로 보고되었다.⁴ 그 이후 임상증상이 자세히 보고되지 않은 Sehgal VN 등의 10례 보고가 있었다.⁵ Thompson은 324례의 말초 림프선 결핵 중 12례,² Lester 등은 66례 중 1례에서 서혜부 림프선 결핵을 보고하였으며, 이중 단독으로 서혜부에서 보고된 것은 4증례에 그치며 국내에서는 보고된 바 없다.²

서혜부 단독 림프선 결핵의 병리기전은 명확히 밝혀진 바 없다. 무증상 폐 결핵의 혈행 전이 후 휴지기를 지나 재활성화되는 것이 가능하며,⁶ 하지의 BCG 백신에 의한 전이도 가능하다.⁷ 다수와의 성관계에 의한 감염과 비노생식기 또는 하지의 외상이나 수술에 의한 감염이 보고된 바 있다.⁷ 여성에서, 자궁관 내막(endosalpinx)으로부터 원인대(round ligament)를 따라 림프계 전이가 가능하다.⁷ 남성에서 비노생식기 결핵이 역행적으로 표피 서혜부 림프선으로 전이될 수 있다.⁵ 드물게 생식기 창상의 감염, 골반 결핵을 가진 여자 상대와의 성접촉을 통한 전파가 보고되었다.⁵ 상기 환자의 병리기전을 파악하는데 있어 성접촉에 대한 객관적 과거력은 불명확하며, 서혜부 단독 림프선 결핵 진단 이전의 비노생식기질환 과거력을 확실히 배제하는 것이 힘들다.

본 증례는 서혜부 단독의 종괴에 있어 결핵성 육아종을 의심해야 함을 시사한다. 림프선 결핵염의 치료로 일차적으로 고려할 것은 약물치료이며, 수술적 치료가 필요한 경우는 드물다. 상기 환자에서 수술적 치료를 행한 것은 결핵을 의심하지 못했기 때문이다. 조기에 서혜부 단독 림프선 결핵을 임상적으로 의심하는 것이 잘못된 치료를 방지할 수 있으며, 자세한 비노생식기 검사를 통해 전이 경로를 파악함으로써 병리기전을 밝히는 데 도움이 될 것이다.

저자들은 상기 환자의 증례에서 서혜부 단독의 종괴에 있어 감별진단으로 결핵성 육아종이 가능함을 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. Carrol ED, Clark JE, Cant AJ: Non-pulmonary tuberculosis. *Pediatr Respir Rev* 2: 113, 2001
2. Pascual-Vaca D, López-Cerero L, Vilar N, Herrera A, Romero J, Alejo A, González-Hachero J: Perianal involvement and inguinal adenitis as unusual presentation of tuberculosis. *Eur J Pediatr* 166: 967, 2007
3. Subrahmanyam M: Role of surgery and chemotherapy for peripheral lymph node tuberculosis. *Br J Surg* 80: 1547, 1993
4. Lawee D: Primary tuberculous inguinal lymphadenitis. *Can Med Assoc J* 100: 34, 1969
5. Challapalli M, Varnado SC, Cunningham DG: Tuberculous inguinal lymphadenitis. *Pediatr Infect Dis J* 14: 723, 1995
6. Loukeris D, Zormpala A, Chatzikonstantinou K, Androulaki A, Sipsas NV: Primary unilateral tuberculous inguinal lymphadenitis. *Eur J Intern Med* 16: 531, 2005
7. Binet H, Van Vooren JP, Thys JP, Heenen M, Parent D: Tuberculous inguinal and crural lymph nodes. *Dermatology* 196: 459, 1998