

내시경적 생검으로 진단한 만성 궤양성 대장염의 임상적, 병리학적 특성

— 임상 진단과 병리 진단이 다른 예들의 분석 —

연세대학교 의과대학 병리학교실

배 종 업 · 김 호 근

Clinicopathologic Characteristics of Ulcerative Colitis Diagnosed by Endoscopic Biopsy Specimen

— An analysis of discrepancy between clinical and pathologic diagnosis —

Jong Yup Bae, M.D. and Hoguen Kim, M.D.

Department of Pathology, Yonsei University College of Medicine

Chronic ulcerative colitis is a systemic inflammatory disease with uncertain etiology primarily involving the colonic mucosa. The mucosal biopsy interpretation is important for an evaluation of the disease state and further medical or surgical treatment. However, few clinical and pathological studies of the endoscopic diagnosis of this disease are available in Korea. Therefore, we evaluated the clinical and pathological characteristics of it diagnosed by endoscopic biopsy and analysed the reasons for the discrepancy between clinical and pathologic diagnosis for a more accurate endoscopic mucosal biopsy diagnosis in the future. A total of 702 cases of colonic mucosal biopsy specimens during Feb. 1994 and Jan. 1995 at Severance hospital, Yonsei University College of Medicine were reevaluated for the study. A clinical diagnosis of ulcerative colitis, after endoscopic examination, was made in 61(8.7%) cases. A pathological diagnosis was made when there is an increased inflammatory cell infiltration in the mucosa with evidences of a chronic crypt injury in the biopsy specimens. Using this criteria, a diagnosis was made in 32(52.3%) cases. In 29 cases the diagnosis was made in the first biopsy specimen and in the remaining 3 cases the diagnosis was made in the second or third biopsy specimens. No pathologic diagnosis of ulcerative colitis was made in the cases that clinical diagnosis was not. In the 32 cases diagnosed as ulcerative colitis, 14 cases were involved the rectum and sigmoid colon, 9 cases were involved up to the descending colon, 1 case was involved up to the transverse colon and 8 cases showed pancolonic involvement. In 29 cases, which ulcerative colitis was suspected clinically but was not consistent with it pathologically, 8 cases were proved to be ischemic colitis, 5 cases were acute infectious colitis and one case was Crohn's disease by repeat examination and follow up. Ten cases were histologically within normal range and lesions subsided spontaneously with no recurrence. A conclusive diagnosis could not be made in 5 cases

접 수: 1996년 4월 18일, 게재승인: 1996년 6월 22일
주 소: 서울시 서대문구 신촌동 134, 우편번호 120-752
연세대학교 의과대학 병리학교실, 김호근

during this study period. From these results, we conclude that ulcerative colitis can be diagnosed accurately by endoscopic biopsy, and clinical follow up and repeat examination are valuable in the differential diagnosis of this disease. (Korean J Pathol 1996; 30: 1091~1098)

Key Words: Ulcerative colitis, Endoscopy, Ischemic colitis, Acute infectious colitis

서 론

만성 궤양성 대장염(chronic ulcerative colitis)은 대장 점막을 선택적으로 침범하는 염증성 질환으로 그 원인은 정확히 알려져 있지 않으며 임상증상도 다양해서 정확한 진단이 어렵다. 만성 궤양성 대장염으로 진단 받은 환자들은 대부분 재발하는 만성적인 경과를 보이므로 정확한 진단 후 지속적인 치료 및 추적 관찰이 필요하다. 이상과 같이 만성 궤양성 대장염은 정확한 진단이 중요하나 발현되는 임상적 증상 및 소견이 다양하고 이들 대부분이 대장을 침범하는 타질환과 중복되는 소견이기 때문에 정확한 진단을 위해서는 임상적, 방사선적 소견 및 병리학적 소견을 종합하여야 한다. 감별하여야 할 질환으로는 급성 자기 제한성 대장염, 크론씨 병 및 허혈성 대장염 등이 있다. 이들은 대부분 임상적 감별이 어려울 뿐 아니라 치료법이 상반되므로 정확한 감별진단이 필수적이다. 특히 급성 자기 제한성 대장염은 주로 세균 감염에 의한 대장염으로 적절한 항생제를 사용하여야 하며 스테로이드 주입은 전격성 대장염이나 전신적 패혈증 등의 합병증을 유발할 수 있다^{1,2,3}. 세균성 장염의 경우 균배양 검사가 도움이 되나 급성 세균 감염성 대장염의 균 배양 검사 양성율은 50% 정도에 불과하며, 또 배양 검사 결과 확인 전에 신속한 감별 진단을 위해서는 내시경적 생검이 필요하다^{4,5}. 또 고령층에 발생하는 허혈성 대장염의 경우 임상 소견이나 방사선 소견만으로 진단을 할 경우 만성 궤양성 대장염이나 크론씨 병으로 잘못 진단되는 일이 드물지 않다⁶.

이상과 같이 만성 궤양성 대장염의 진단은 타질환과의 감별이 중요하고 만성 궤양성 대장염의 대부분은 내과적 치료로 조절이 되며 일부에서만 합병증으로 수술적 치료를 하기 때문에 치료를 위해서는 내시경적 검사와 생검을 통한 정확한 진단이 필수적이다. 그러나 우리나라에서는 현재까지 내시경적 생검으로 만성 궤양성 대장염을 진단하는 기준이 표준화되어있지 않고, 내시경적 육안소견 및 현미경 소견

으로 감별에 주의하여야 할 예들에 대한 연구가 거의 없어 내시경적 생검을 통한 진단에 어려움이 많다. 따라서 저자들은 임상적 또는 병리학적으로 내시경적 생검을 통하여 진단한 만성 궤양성 대장염 예들을 추적 분석하여 이들의 임상적, 병리학적 특징을 조사하고 임상 진단과 병리학적 진단 간에 차이가 있었던 예들을 분석하여 향후 만성 궤양성 대장염의 정확한 내시경적 생검 진단에 도움이 되고자 하였다.

연구재료 및 방법

연구 대상으로는 연세대학교 부속 신촌세브란스 병원에서 1994년 2월부터 1995년 1월까지 대장 내시경 검사를 하였던 702예를 대상으로 하였다. 이들 중 임상적으로 만성 궤양성 대장염을 의심한 예는 61예(8.7%)였다. 이들에 대해서 임상 기록지를 통하여 증상 기간, 내시경 생검 횟수 및 생검 부위, 병변 침범부위 그 외 관련 질환 등을 조사하였다. 만성 궤양성 대장염의 진단은 내시경 생검조직 소견에서 직장을 침범하는 예들 중 조직학적으로 점막내 염증

Table 1. Histologic Features used for the evaluation of colonic mucosal biopsy

A. Mucosal inflammation
Increased plasma cells in the lamina propria and/or neutrophilic infiltration
B. Acute mucosal injury
Ulceration and/or crypt degeneration, dilatation, abscess
C. Chronic mucosal change
Crypt distortion
Crypt atrophy
Fibrosis
Paneth cells in left colon

Diagnostic criteria; A + B and/or C

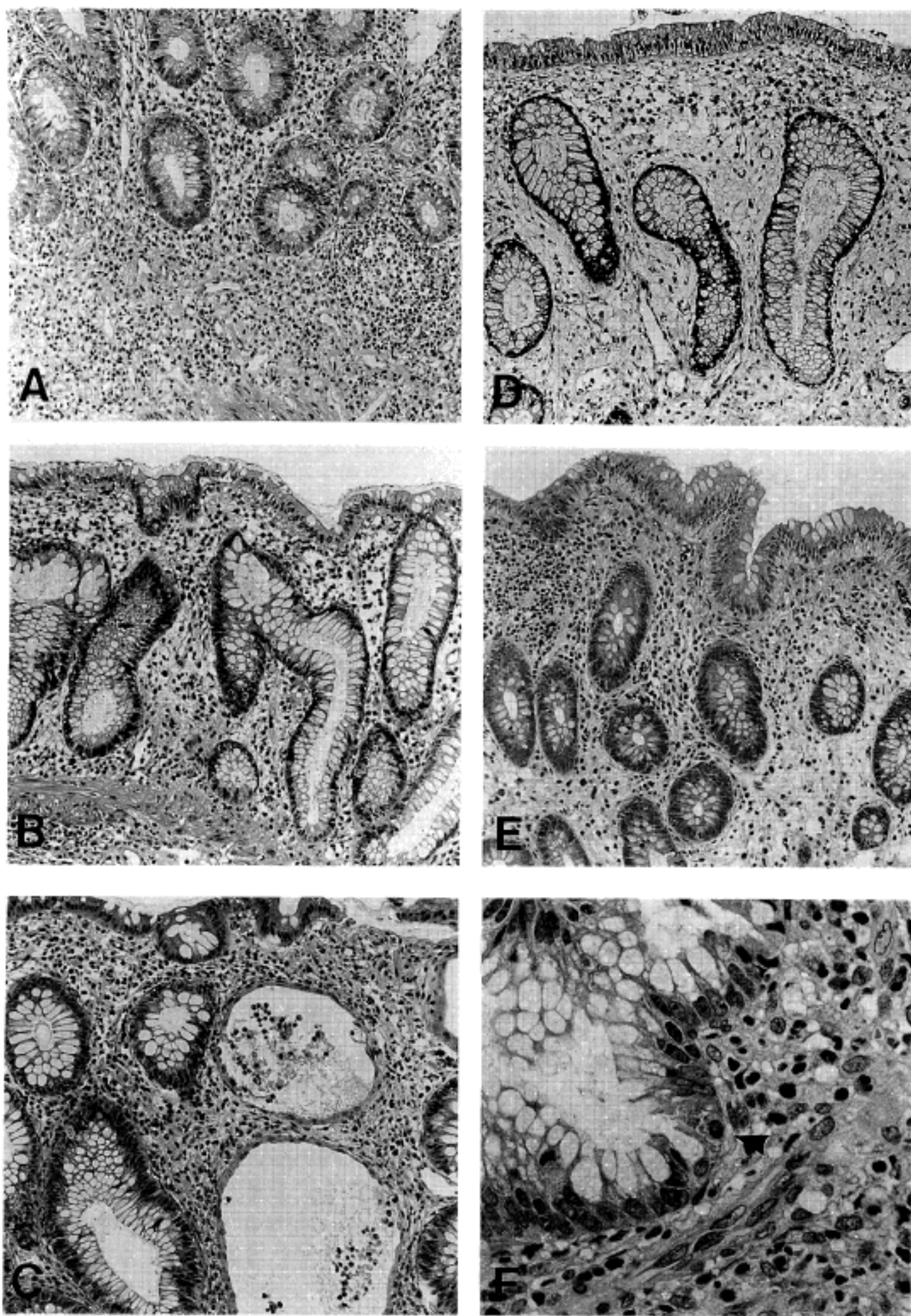


Fig. 1. Histopathologic features for the chronic colitis: Heavy accumulation of inflammatory cells, composed of mainly lymphocytes and plasma cells are forming band like zone above the muscularis mucosa(A). Histologic findings of crypt distortion/branching(B), crypt dilatation(C), atrophy/fibrosis(D), villous change of surface(E) and Paneth cell metaplasia(F).

소견이 있고 만성점막 손상의 증거가 있는 것을 진단기준으로 하였으며 급성 점막 손상의 소견이 있는 예들은 도움이 되는 소견으로 참조하였다(Table 1). 점막내 염증 소견은 고유판에 림프구와 형질 세포의 침윤이 증가하고(Fig. 1A), 이로 인한 고유판의 확장이 있는 것을 기준으로 하였으며 만성 점막 손상 소견은 장샘의 분지(Fig. 1B), 넓이 확장(Fig. 1C) 등의 구조적 이상을 보이거나, 점막 위축 및 고유판의 섬유화(Fig. 1D), 용모 모양의 표면 변화(Fig. 1E), 좌측 대장의 Paneth 세포 화생(Fig. 1F)으로 정하였다. 급성 점막 손상의 소견으로서는 점막 궤양(Fig. 2A), 장샘염(Fig. 2B), 장샘 농양(Fig. 2C)을 기준으로 하였다.

임상 진단은 임상 소견, 방사선 소견, 내시경 소견을 종합한 임상적 진단으로 하였으며 전 예에서 질병의 경과 및 재생검의 소견을 참조하여 결론을 내렸다. 조직 진단은 일관성을 위하여 두명의 병리 의사에 의해 이루어졌으며 전 예에서 임상소견 및 내시경 소견을 참조하여 진단하였다.

결 과

1. 임상 및 병리조직 검사로 진단한 만성 궤양성 대장염 환자의 특성

조사대상 702예중 첫번째 생검 당시 임상적으로 만성 궤양성 대장염을 의심한 예는 61예(8.7%)였고 이들 중 본 연구에서 정한 병리 조직 진단의 기준에 합당한 예는 32예로 일치율은 52.3%였다. 임상적으로 만성 궤양성 대장염을 의심하지 않았으나 병리학적으로 소견으로 만성 궤양성 대장염으로 진단한 예는 없었다. 임상 및 병리학적으로 진단이 일치되었던 예들의 연령 분포는 15세에서 68세까지였고 평균 34.7세였으며 성비로는 남녀 각각 16명 이었고(Table 2) 진단 및 추적 관찰을 위하여 연구기간 동안 평균 2.6곳에서 2.5회의 생검을 시행하였다. 병변의 침범 부위는 직장 및 S 결장에 국한된 예가 14예(43.8%), 하행결장까지 침범한 예가 9예(28.1%), 횡결장까지 침범한 예가 1예(3.1%)였으며, 전결장을 침범한 예가 8예(25%)였다(Table 3). 만성 궤양성 대장염으로 결론지은 32예중 3예는 조사기간 중 첫번째 생검에서는 병리학적으로 만성 궤양성 대장염으로 진단하지 못했었는데 이들은 첫번째 생검 당시 각각 장샘 재생과 비특이적 국소 림프여포 형성 소견만을 보였거나 횡결장 생검에서는 궤양 및 활동성 대장염을 보였으나 직장 및 S 결장에서 재생 점막 소견을 보였던 경우였다. 이들 3예에서 초기에 정확한 진단이 이루어 지지 않은 이유는 부적합 부위 혹은 극히

Table 2. Clinical findings of Chronic ulcerative colitis (n=32)

Age	15-68(34.7)	
Sex(M : F)	6 : 16	
Extracolonic manifestations	4(12.5%)	
	erythema nodosum:	1
	drug induced hepatitis:	1
	drug eruption:	1
	anemia:	1

Table 3. Involved sites of Chronic ulcerative colitis (n=32)

Involved site	Case No.
Rectum and sigmoid	14(43.8%)
Left colon	9(28.1%)
Extended left colon	1(3.1%)
Pancolitis	8(25%)

소량 생검이었거나 부위별 생검이 이루어 지지 않았던 것이 2예였고 1예는 생검전에 스테로이드 관장 등으로 치료한 후 생검하였기 때문이다. 이들 3예 모두 추적 반복 부위별 생검에서 만성 궤양성 대장염으로 다시 진단 되었다. 확진한 32예 중 대장외의 연관 질환을 보인 예는 4예(12.5%)였고, 이들은 각각 결절성 홍반, 약물에 의한 간염, 약물 발진과 빈혈이 각각 1예였다. 생검한 조직들 중 2예에서 상피세포 이형성을 보였는데 증상 발현기간은 각각 2개월과 4년 이었고 병변 침범부위는 2예 모두 직장 에서부터 하행결장까지였다.

2. 만성 궤양성 대장염에 대한 임상 및 병리조직 진단이 차이가 있었던 예들의 분석

임상적으로 만성 궤양성 대장염을 의심하였으나 병리학적으로 만성 궤양성 대장염의 소견이 없었던 29예들을 임상 추적과 병력을 종합해서 분석하면 각각 허혈성 대장염이 8예, 급성 감염성 대장염 5예, 크론씨 병이 1예, 정상 범주에 속한 예가 10예였고, 조사기간중 결론을 내릴 수 없었던 예가 5예 있었다(Table 4). 초기의 만성 궤양성 대장염과 급성 감염성 대장염의 감별이 조사 기간중 불가능 했던 2예는 각각 2주와 3개월의 증상 기간을 가지고 있었다. 병변 침범 부위는 직장, S 결장 및 하행 결장과 직장 및 맹장 이었다 허혈성 대장염 환자들은 여자 5명,

남자 3명이었고 평균 47.7세였다. 병변 침범 부위는 직장 및 S 결장이 6예, 직장, S 결장 및 상부 하행 결장이 1예 그리고 직장, S 결장, 하행결장과 비장 만곡부가 1예였다. 이들은 내시경적으로 연속적인 궤양과 육아조직이 혼재되어 있어 만성 궤양성 대장염을 의심하였으나, 현미경적으로 만성 점막 손상의 소견이 없고 점막 상부에 많은 양의 섬유소가 침착된 허혈성 궤사의 소견이었기 때문에(Fig. 3) 허혈성 대장염으로 진단할 수 있었다.

급성 감염성 대장염 5예의 평균 연령은 52.2세였고 이들의 병변 침범 부위는 S 결장과 하행 및 횡결장이 1예, 직장 1예, 전 직결장 1예와 내시경적으로 음성인 경우가 1예였다. 이들은 내시경적으로 연속적이거나 부분적으로 연속적인 궤양의 소견이었기 때문에 만성 궤양성 대장염으로 진단하였으나 현미경적으로는 점막층에 심한 급성염증세포의 침윤이

주로 고유판에 국한된 소견이고 장샘 손상의 소견이 없어(Fig 4), 급성 감염성 대장염으로 진단하였다. 크론씨 병으로 진단된 1예는 23세 남자로 전 직결장과

Table 4. Cases of clinicopathologic discrepancy(n=29)

Pathologic diagnosis	Case No.
Ischemic colitis	8
Acute self limited colitis (ASLC)	5
Crohn's disease	1
Type undetermined*	5
Within normal	10

*조직학적으로 CUC의 소견이 일부 있으나 진단적이지 못한 예(A or B)

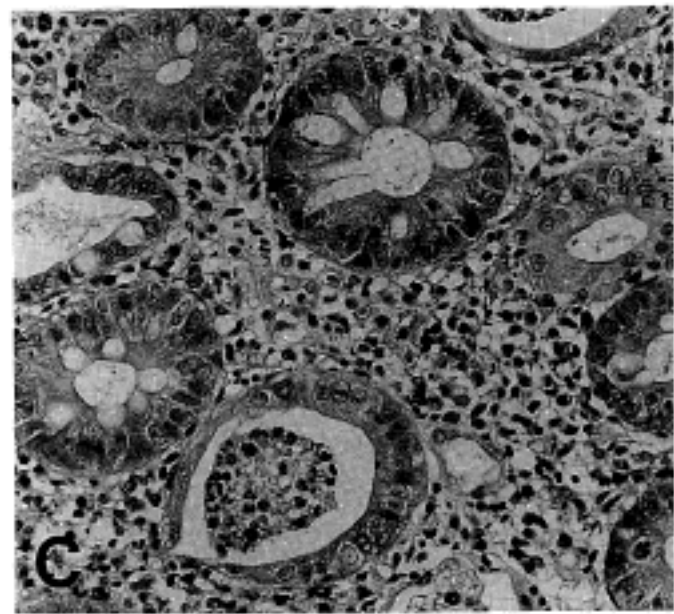
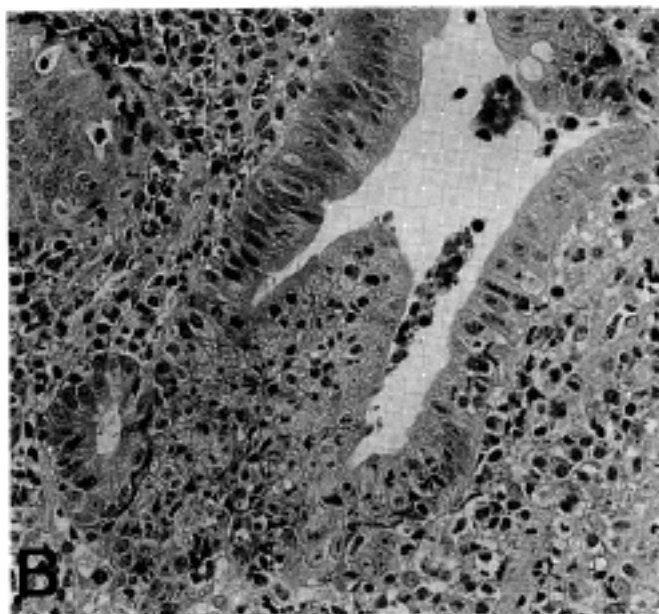
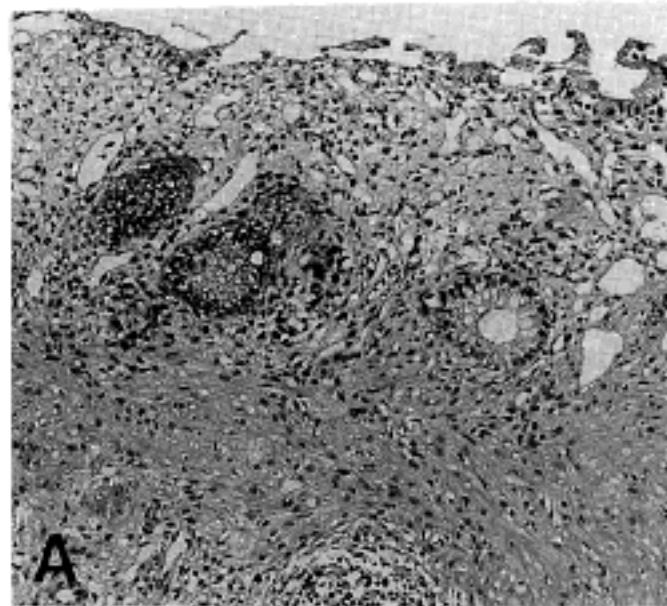


Fig. 2. Histopathologic features of acute mucosal injury: Mucosal ulceration in the severe mucosal injury(A). Neutrophils penetrating crypt base are characteristic of ulcerative colitis(B). Neutrophils may form occasional crypt abscess but not specific for ulcerative colitis(C).



Fig. 3. Ischemic colitis shows full-thickness mucosal necrosis, fibrin deposition and pseudomembrane formation.

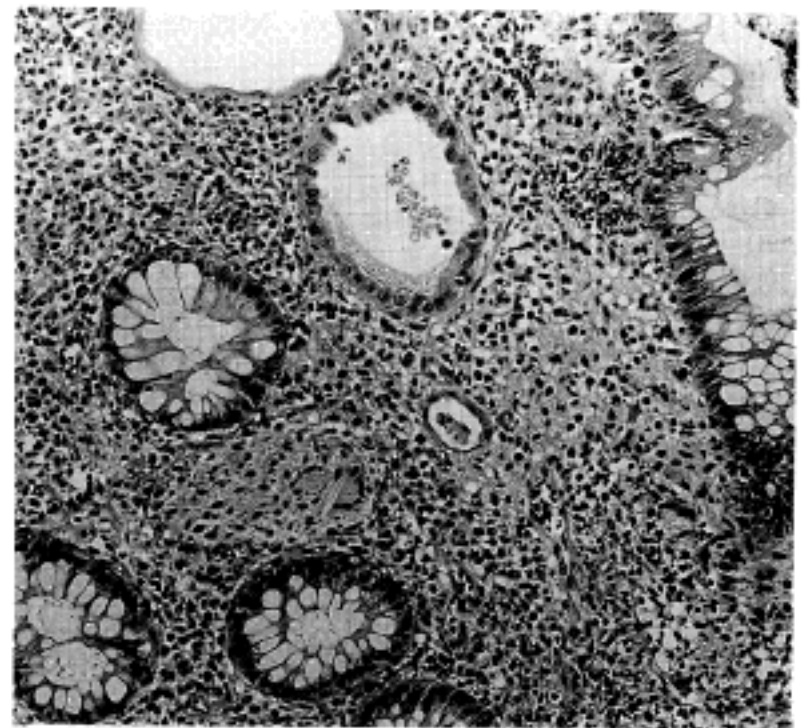


Fig. 5. Small and ill-defined granuloma is evident in the mucosa, which is helpful for the diagnosis of Crohn's disease.

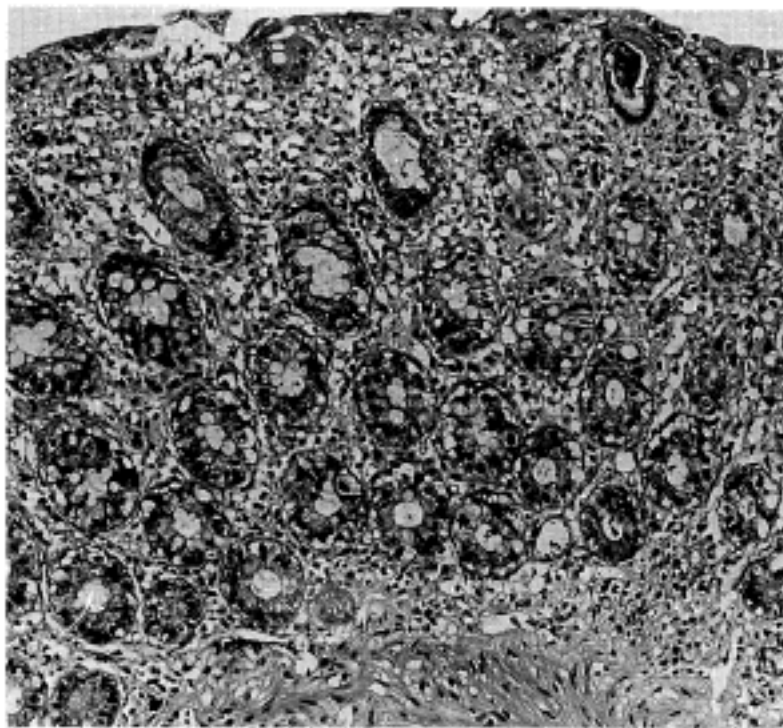


Fig. 4. Neutrophilic inflammatory infiltrates predominantly located in the lamina propria with normal crypt architecture.

회장 말단부를 침범하여 임상적으로 만성 궤양성 대장염 및 역류성 회장염을 의심하였으나 조직 소견에서 점막 탈출 소견과 함께 비 전락성 육아종을 보였고(Fig. 5) 임상적으로 약 2년간의 반복적인 회장 말단부와 상행결장 궤양을 보여 크론씨 병으로 진단하였다.

임상적 추적 및 추적 생검으로 결론을 내릴 수 없었던 5예들은 만성 대장 점막 손상의 일부 소견을 보이나 염증이 미약한 예가 3예, 염증 세포 침윤이 있지만 만성 점막 손상 소견이 없어 초기의 염증성 대장 질환과 감염성 대장염의 감별이 불가능한 경우가 2예 었다. 이들 중 조직학적으로 만성 점막 손상의 일부 소견을 보이나 장샘의 구조 변형이나 형질 세포를 비롯한 염증 세포의 침윤이 미약하여 구체적인 형을 결정하지 못했던 3예는 평균 37.7세였고 직장 침범이 1예, 직장 및 S 결장 침범이 1예, 그리고 내시경적으로 음성 소견을 보인 예가 1예 었다.

고 찰

염증성 대장 질환 중 만성 궤양성 대장염의 진단은 그 자체의 진단적인 병리 소견이 없기 때문에 대부분의 진단은 특별한 원인이 있는 질환, 예를 들면 감염성 질환이나 허혈성 질환 혹은 교원성 대장염이나 림프구성 대장염 등을 배제하고 만성 대장염의 특이한 여러 소견들을 조합함으로써 이루어지는 것이 보통이다. 따라서 임상 의사 및 병리 의사는 만성 궤양성 대장염의 정확한 진단을 위해서는 만성 궤양성 대장염 자체 뿐만 아니라 상기한 감별대상 질환에 대해서도 잘 알고 있어야 한다. 일반적으로 환자가 복통, 출혈성 설사, 점액성 분비 등을 호소하고 내시경 소견상 직장부터 연속적인 대장 점막의 궤양

성 병변을 보일 때 만성 궤양성 대장염으로 진단할 수 있다. 그러나 본 연구에서 밝힌 것처럼 허혈성 대장염 및 급성 자기 제한성 대장염 등이 예외적으로 만성 궤양성 대장염과 침범부위 및 내시경 소견이 유사하여 만성 궤양성 장염의 임상진단 하에 조직 검사가 의뢰되기도 한다. 대부분의 만성 궤양성 대장염에서는 직장부터 시작하는 연속적인 병변을 형성하나 때로는 부위마다 염증과 점막 재생의 정도가 다를 수 있어 마치 비 연속적인 것처럼 보일 수 있으나, 생검 조직 소견은 미만성 대장염 소견을 보인다⁷. 따라서 일단 만성 궤양성 대장염이 의심이 되면 내시경으로 정확한 침범 부위와 활동성을 평가한 후 그 부위별로 생검하여 병리의사에게 의뢰하는 것이 필수적이다. 또한 본 연구 재료에서도 경험한 것처럼 스테로이드 관장등의 치료로 관해시 점막은 정상처럼 보일 수 있으므로 만약 이 부위에서 생검된다면 재생 점막의 소견만 있어 정확한 병력을 모르 고서는 조직학적인 진단이 불가능하다. 이런 경우에는 정확한 과거력의 파악 및 이전 조직 소견과 비교 검토가 필요하며 과거 진단이 없을 경우 부위별로 광범위 생검이 필요하다.

본 연구에서 밝힌 바대로 만성 궤양성 대장염과 임상적으로 혼돈을 주는 병으로는 허혈성 대장염, 급성 자기 제한성 대장염 및 크론씨 병 등이 있다. 허혈성 대장염은 고령층에 호발하며 이들중 상당수는 처음에 만성 궤양성 대장염, 크론씨 병 혹은 비 특이성 대장염 등으로 잘못 진단될 수 있다⁶. 그러나 허혈성 대장염은 조직학적으로 점막에 염증 반응은 적고 섬유소 침착등의 변화와 허혈성 변화가 주이기 때문에 병변의 분포, 육안 소견 및 조직 소견을 종합하면 허혈성 대장염을 감별하는 일은 비교적 용이하다. 본 연구에서도 내시경적 검사로 허혈성 대장염이 만성 궤양성 대장염으로 혼돈된 8예 모두 조직학적으로는 만성 궤양성 대장염과 분명히 감별이 되었기 때문에 육안적으로 만성 궤양성 대장염이 의심되더라도 확진을 위해서는 조직생검이 꼭 필요한 것임을 알 수 있었다.

급성 감염성 대장염의 조직 소견에 대한 경험의 축적으로 초기는 만성 궤양성 대장염과 병리 조직 소견에서는 비교적 쉽게 구별이 된다. Shigella나 Chlamydia 등이 가끔 지속적인 임상 경과를 보여 만성 대장염을 의심케하나 이러한 경우는 매우 드물고 조직 소견은 만성 궤양성 대장염과 차이가 나며 세균 배양등을 통하여 감별할 수 있다⁸. 첫 급성 설사와 직장 점막에 비 특이적인 염증소견을 보이나 정상적인 장샘 구조를 보인 환자들의 최종 결과에 대한 Therkildsen 등의 조사에 따르면 조사대상 32예

중 급성 자기 제한성 장염이 13예, 만성 궤양성 대장염이 7예, 크론씨 병이 3예 기타 9예 였다⁹. 이들 모든 예들의 첫 직장 생검 조직 소견은 고유관내의 비 특이적인 염증 소견과 정상 장샘 구조로 급성 자기 제한성 장염에 합당한 소견을 보였다. 이와 같이 초기의 만성 궤양성 대장염과 급성 자기 제한성 대장염은 유사한 조직 소견을 보일 수 있으므로 추적 임상경과 관찰과 함께 재생검을 추천하는 것이 필요하다. 급성 자기 제한성 대장염은 일정기간 후 완전 정상 점막으로 회복이 가능한 질환으로 초기의 염증성 대장 질환과 감별해야 하는 중요한 질환이다. 이들은 만성 궤양성 대장염과 때로는 비슷한 임상, 방사선학적 및 내시경적으로 만성 궤양성 대장염과 구별이 어려울 정도로 유사한 소견을 보이거나 조직 생검은 둘을 구분할 수 있는 좋은 방법이다. 임상적으로 초기의 만성 궤양성 대장염 일지라도 장샘의 구조 변형, 위축, 수지상 표면 변형, Paneth 세포 화생, 고유관내에 형질 세포를 포함한 단핵구의 침윤, 장샘 기저부와 점막근층사이에 림프절 형성등의 만성 대장염의 소견을 보인다^{8,10-13}. 반대로 급성 자기 제한성 대장염에서의 초기에는 이러한 소견은 보이지 않고 장샘염과 상부 점막에 호중구의 침윤을 보이며 회복기에는 이러한 소견이 없어지고 정상 점막으로 대체된다. 본 연구에서도 5예의 감염성 대장염이 내시경 검사상 만성 궤양성 대장염으로 혼돈되었는데 이들은 조직학적으로 심한 궤양과 급성 염증은 있었지만 만성 점막 손상의 소견은 동반되지 않아 급성 감염성 대장염으로 진단되었다. 전 예 모두 4주 이내에 증상이 호전되었으며 재발은 없었다.

만성 염증성 장질환 중에서 크론씨 병과 만성 궤양성 대장염의 감별은 향후 치료 방침 및 합병증의 예측 때문에 매우 중요하다. 절제된 조직에서 크론씨 병과 만성 궤양성 장염을 감별하는 것은 비교적 잘 알려져 있다. 이 두 질환의 조직학적 감별에는 점막층, 근육층 및 장막 하부 등의 육안 및 조직 소견이 중요한 점이기 때문에 점막 생검만으로는 감별하기 어려운 경우가 많다. 정확한 감별 진단을 위해서는 자세한 내시경 소견 및 부위별로 생검된 조직의 면밀한 검토가 필요하다. 만성 궤양성 대장염은 크론씨 병에 비하여 육안적으로 미만성 침범을 보이며 상부보다 하부 대장이나 직장쪽에서 병변의 정도가 심하다. 모든 생검된 조직에서 만성 궤양성 대장염의 경우 염증의 심한 정도는 비슷하며, 만약 점막 하층의 침범이 있다면 점막층과 그 병변의 심한 정도 또한 비슷하다. 육아종은 크론씨 병을 진단하는데 도움이 되는 소견이며 다만 궤양 하부에서 이물 반응이나 유출된 점액에 대한 반응성 육아종은 만성

참 고 문 헌

궤양성 대장염 때도 보일 수 있으므로 배제되어야 한다. 또 육안적으로는 정상처럼 보일지라도 조직 소견에서는 만성 염증의 증거가 남아 있으므로 직장과 회장을 생검부위에 반드시 포함하면 감별진단에 많은 도움이 된다⁷. 본 연구에서 내시경적으로 만성 궤양성 대장염을 의심한 경우가 반복적인 내시경 검사와 임상소견을 종합해서 크론씨 병으로 진단하였는데 특히 3회의 내시경 검사상 3번째에서만 육아종이 발견되었기 때문에 양 질환의 감별은 육아종의 유무에만 의존할 수는 없다고 여겨지며 전 대장 및 소장 포함 부위별 생검과 육안 및 방사선 소견을 종합하여 결론을 내려야 한다고 사료된다.

결론적으로 저자들은 저자들이 속한 기관에서 대장 내시경적 검사와 점막 생검 검사의 결과를 비교 분석한 결과 내시경적으로는 만성 궤양성 대장염을 의심한 예들 중 약 반수 정도만 만성 궤양성 대장염으로 확진되어 내시경 검사로 만성 궤양성 대장염의 진단은 특이도가 낮았고, 내시경적으로 만성 궤양성 대장염과 유사하게 보이는 질환에는 허혈성 대장염, 급성 감염성 대장염 등이 있고 이들은 점막 생검을 통해 용이하게 감별되었기 때문에 대장의 내시경적 생검이 비궤양성 대장질환의 정확한 진단과 감별에 꼭 필요한 검사라고 결론 지었다.

결 론

1) 연세의료원에서 시행한 대장 내시경 생검 702 예 중 임상적으로 만성 궤양성 대장염을 의심한 예들은 61예(8.7%) 였고 이중 32예(52.3%)에서는 조직학적으로 합당한 만성 궤양성 대장염의 소견이 있었고 이들은 임상추적으로 만성 궤양성 대장염에 합당하였다.

2) 만성 궤양성 대장염 예들의 침범 부위는 직장 및 S 결장이 14예(43.8%), 하행결장 9예(28.1%), 횡결장까지 침범된 1예. 그리고 전 결장 침범이 8예(25%) 였다.

3) 내시경과 병리진단이 차이가 난 29예 중에는 허혈성 대장염이 8예, 급성 자기 제한성 대장염이 5예, 크론씨병이 1예로 판명되었고 10예는 정상범주에 속했으나 5예는 만성 대장염의 일부 소견만 보여 1회 생검으로는 결론을 내릴 수 없었다.

1. Mandal BK, Mani V. Colonic involvement in salmonellosis. *Lancet* 1976; i: 886-8.
2. Dronfield MW, Fletcher J, Langman MJS. Coincident salmonella infections and ulcerative colitis: problems of recognition and management. *Br Med J* 1974; 1: 99-100.
3. Roth JLA. Ulcerative colitis. In: Bockus HL, ed. *Gastroenterology*. 3rd ed. volume 2. Philadelphia: WB Saunders, 1976; 645-749.
4. Jewkes J, Larson HE, Price AB, Sanderson PJ, Daview HA. Aetiology of acute diarrhoea in adults. *Gut* 1981; 22: 388-92.
5. Dickinson RJ, Gilmour HM, McClelland BL. Rectal biopsy in patients presenting to an infectious disease unit with diarrhoeal disease. *Gut* 1979; 20: 141-8.
6. Brandt L, Boley S, Goldberg L, Mitsudo S, Berman A. Colitis in the elderly. *Am J Gastroenterol* 1981; 76: 239-45.
7. Tanaka M, Riddell RH. The pathological diagnosis and differential diagnosis of Crhon's disease. *Hepato-gastroenterol* 1990; 37: 18-31.
8. Surawicz CM, Belic L. Rectal biopsy helps to distinguish acute self-limited colitis from idiopathic inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1984; 86: 104-13.
9. Therikildsen MH, Jensen BN, Teglbjaerg PS, Rasmussen SN. The final outcome of patients presenting with their first episode of acute diarrhoea and an inflamed rectal mucosa with preserved crypt architecture, A clinicopathologic study. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24: 158-64.
10. Kumar NB, Nostrant TT, Appelman HD. The histopathologic spectrum of acute self-limited colitis (acute infectious-type colitis). *Am J Surg Pathol* 1982; 6: 523-9.
11. Mee AS, Shield M. Campylobacter colitis: differentiation from ulcerative colitis. *Gut* 1980; 21: 456.
12. Nostrant TT, Kumar NB, Appelman HD. Histopathology differentiates acute self limited colitis from ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1987; 92: 318-28.
13. Allison HC, Hamilton-dutoit SJ, Dhillon AP, Pounder RE. The value of rectal biopsy in distinguishing self-limited colitis from early inflammatory bowel disease. *Quarterly J of Med*, New series 65, No. 248, 1987; 985-95.