

장관 베체트병의 외과적 치료

고려대학교 의과대학 외과학교실

김남렬 · 정석인 · 조용걸 · 엄준원 · 배정원 · 서성욱 · 문홍영 · 황정웅

Surgical Treatment of Intestinal Behcet's Disease

Nam Ryeol Kim, M.D., Suk In Jung, M.D., Yong Geul Joh, M.D., Jun Won Um, M.D., Jeoung Won Bae, M.D., Sung Ok Suh, M.D., Hong Yung Mun, M.D. and Cheung Wung Whang, M.D.

Purpose: No standardized treatment protocol yet exists for intestinal Behcet's disease. The aim of this retrospective study was to identify the factors that are related to the recurrence and mortality of intestinal Behcet's disease.

Methods: Twelve patients who had undergone surgery for intestinal Behcet's disease at Korea University Hospital from 1991 to 1999 were chosen. Nineteen patients had been diagnosed as having intestinal Behcet's disease. Of the 19 patients, 7 are still being followed up, and 12 have undergone surgery, these patients were chosen as the subjects.

Results: Of the 11 cases, excluding one case that expired following the initial surgery, 8 cases required subsequent surgery due to recurrence. When the data was analyzed according to the patient's age, medication, classification of Behcet's disease, location of the lesion, operative method, and extent of resection, recurrence was shown to be related with medication and extent of resection ($p < 0.05$). Of the 12 cases, 5 cases expired. When, the data of the 5 cases that expired were analyzed according to the patient's age, medication, extent of resection, classification of Behcet's disease, location of the lesion, and operative method, mortality was shown to be related with the location of the lesion ($p < 0.05$).

Conclusion: Medical treatment is the primary therapy for intestinal Behcet's disease and radical extended resection extending 30 cm proximal and distal to the lesion prevents recurrence. However, when the lesion was located in the small intestine and formed a fistula with the duodenum, the prognosis appears to be extremely poor. (*J Korean Surg Soc* 2001;60:331-336)

Key Words: Intestinal Behcet's disease, Prognostic factor, Surgical resection cases

중심 단어: 장관 베체트병, 예후인자, 외과적 절제

Department of Surgery, College of Medicine, Korea University, Seoul, Korea

서 론

베체트병은 재발성 구강 및 생식기 궤양과 포도막염을 특징으로 하는 질환으로 1937년 Hulusi Behcet(1)가 보고한 이래로 피부, 점막, 눈, 관절, 중추신경, 폐, 신장 및 소화기계 등 여러 기관을 침범하는 전신적 질환으로 알려져 왔다. 일반적으로 이 질환은 일생동안 재발하고 만성적인 경과를 가지며 증상이 다양한 것이 특징이다. 이러한 베체트병 중 장관 베체트병은 1940년 Bechguard등(2)이 처음으로 보고한 이래로 점차 증가하고 있으며, 특히 일본 등지에서 많이 보고되고 있다. 베체트병을 가진 환자가 위장관계의 증상을 호소할 시 어떻게 치료하느냐 하는 문제는 아직까지 완전히 정립되지 않았다. 따라서 임상적으로 진단된 베체트병 환자가 급성 복증으로 내원시 많은 외과 의가 응급개복 여부를 결정하는 데 곤란을 겪게 되며, 베체트병이라 진단 받지 않은 상태에서 수술 소견상 장관 베체트병이 의심될 때 어떻게 할 것인가에 대해서도 확실하게 정립되어 있지 않다. 또한 베체트병은 주로 회장과 맹장에 많이 발생하여 급성충수염과의 구분도 쉽지 않으며, 이들은 수술시 조직검사에서도 비특이적 만성 염증 소견을 나타내어 염증성 장관 질환과의 감별이 어려워 수술 후 환자 치료에도 경험적 치료에 의존하게 된다. 더구나 이들 장관 베체트병 환자는 수술 후 빈발하는 합병증과 반복되는 복막염 증상으로 인하여 장관 베체트병의 치료는 또 다른 어려운 난관에 부딪히게 된다. 이렇게 천공되어 범발성 복막염이 되는 경우 치사율이 매우 높은 것으로 보고되고 있으나 진단 및 치료가 정립되지 못하고 있기 때문에 주로 경험적으로 이루어지고 있는 실정이다. 이에 저자들은 1991년부터 1999년까지 고려대학교 의과대학 외과학교실에서 장관 베체트병으로 수술을 시행 받은

책임저자 : 정석인, 서울시 성북구 안암동 5가 126-1
☎ 136-705, 고려의대 부속 안암병원 일반외과
Tel: 02-920-5364, Fax: 02-928-1631
E-mail: sijung@ns.kumc.or.kr

접수일 : 2001년 2월 3일, 게재승인일 : 2001년 2월 9일

12예를 대상으로 하여 재발과 사망에 관계되는 요인을 알아보기 위하여 조사하였다.

방 법

1991년부터 1999년까지 만 9년 동안 고려대학교 의과대학 외과학교실에 복부 동통 등을 주소로 내원하여 베체트병으로 진단 받은 145예 중 장관 베체트병으로 진단 받은 19명을 대상으로 하였다. 이 중 7예는 수술을 시행하지 않고 관찰 중에 있으며, 12예는 수술을 시행 받았다. 베체트병의 진단기준은 1987년 일본 후생성 베체트병 조사연구반의 진단 기준 및 분류를 이용하였다. 즉 재발성 구강내 궤양, 피부병변, 안구병변 및 성기궤양의 네 가지를 주 병변으로 설정하여, 네 가지 병변이 모두 있으면 완전형, 세 가지 병변이 있으면, 불완전형, 두 가지 병변이 있으면 추측형, 한가지 병변이 있으면 가능형으로 분류하였다. 수술의 경우 근위부와 원위부를 병변 경계로부터 30 cm 이상을 절제하였을 때 광범위 절제술로 적용하였다. 통계적 유의성은 SAS program에서 Chi-Square test와 Fisher's Exact test를 이용하여 구하였으며 p값이 0.05 미만일 때 통계적으로 유의하다고 간주하였다.

결 과

1) 연령 및 성별분포

총 19예 중 9예는 장관 베체트병으로 진단 받고 치료 중에 있었으며, 이 중 7예는 수술을 받지 않고 치료 중에 있으며, 2예는 수술을 받았다. 나머지 10예는 수술을 요하는 위장관 증상으로 인하여 수술하고 나서야 장관 베체트병으로 진단 받은 환자이었다(Fig. 1). 그 중 남자는 9예, 여자는 3예로 남녀 비는 3 : 1이었다. 연령분포는 30대가 7

Table 1. Age and sex distribution

Age	Male	Female	Total
10~19	1 (0)	0 (0)	1 (0)
20~29	2 (2)	0 (0)	0 (2)
30~39	6 (5)	2 (2)	8 (7)
40~49	2 (1)	2 (1)	4 (2)
50~59	1 (1)	2 (0)	2 (1)
60~69	1 (0)	0 (0)	1 (0)
Total	13 (9)	6 (3)	19 (12)

() = operation cases.

예(63.6%)로 가장 많았으며, 다음이 20대와 40대로 각각 2예(18.2%)이었다. 최소연령은 20세였으며 최고연령은 56세이었고 평균연령은 39.0세이었다(Table 1).

2) 임상증상

수술을 시행 받은 12예의 내원시 임상증상은, 복부동통이 8예(66.7%)로 가장 많았고, 그중 우하복부에 국한된 동통이 6예, 복부전체에 동통이 발생한 경우가 2예, 복벽을 통한 장내용물이 나오는 경우가 2예, 혈변도 2예에서 있었다.

3) 베체트병 소견 및 장관 베체트병 병변부위

수술을 시행 받은 12예 중 구강궤양은 12예(100%)에서 있었으며, 피부병변은 9예(75%), 생식기궤양은 8예(66.7%), 안구포도막염은 3예(25%)에서 있었다. 이것을 일본 베체트병 연구회의 분류에 따라서 분류하여 보면 완전형은 2예(16.7%), 불완전형은 4예(33.3%), 추측형은 6예(50%)이었다. 장관 베체트병의 병변부위는 말단회장부위 상행결장에 걸쳐 위치하고 있는 회맹장부위가 10예(83.3%)로 가장 많았고, 소장 병변이 있었던 경우가 2예(16.7%)이었다.

4) 수술

수술을 시행 받은 12예 중 이전에 충수 절제술을 받은 경우가 6예이었으며, 이 중 3예는 수술 후 합병증으로 재수술을 시행 받은 병력이 있다. 병변이 회맹장 부위에 있었던 10예의 경우 5예는 회맹장절제술을, 5예는 우측대장절제술을 시행하였다. 회맹장절제술을 시행한 5예의 경우 5예 모두 재발하여 재차 광범위한 절제술을 시행하였다. 우측대장절제술을 시행한 5예의 경우 3예는 재발하지 않았으며, 2예는 재발하여 광범위 절제술을 시행하였다. 소장에 천공 및 괴사가 있었던 2예의 경우 소장 절제술을 시행하였다. 평균 수술 횟수는 처음 수술 후 사망한 1예를 제외한 11예에서 1회 수술을 받은 경우가 3예, 2회 수술을 받은 경우가 5예, 3회 이상 수술을 받은 경우가 3예로 평균 2.1회이었다.

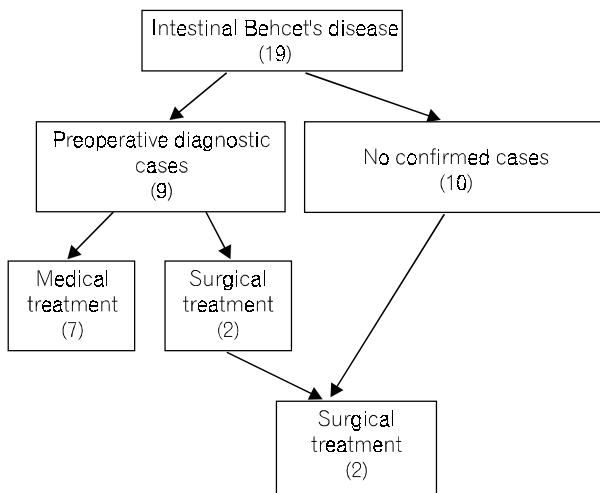


Fig. 1. Intestinal Behcet's disease.

5) 재발 및 사망

총 12예 중 첫 번째 수술을 시행 받고 사망한 1예를 제외한 11예 중 8예에서 병변의 재발로 인한 수술적 치료를 요하였으며, 재발한 8예 중 부위별 재발은 최초 병변이 회맹장부위에서 발생된 경우가 7예, 소장에서 발생한 경우가 1예이며, 수술방법별 재발은 우측대장절제술을 시행한 경우가 2예, 회맹장절제술을 시행한 경우가 5예, 그리고 소장 부분 절제한 경우가 1예이었다. 재발하여 수술적 처치가 요구되는 병변은 문합부위에서 원위부로 3 cm에서

15 cm로 위치하고 있었으며, 근위부로는 5 cm부터 30 cm 까지 위치하고 있었다. 총 12예 중 5예에서 사망하였으며, 병변이 회맹장부위에 있었던 경우 중 재발한 7예 중, 병변이 회맹장부위에 재발한 경우는 4예로 사망한 경우는 없었으며, 십이지장과 루를 이룬 2예는 2예 모두 사망하였고, 소장에 재발한 1예와 최초 병변이 소장이었고 다시 소장에 재발한 1예는 모두 사망하였다(Fig. 2).

6) 재발 및 사망에 관계되는 요인

12예 중 1차 수술 후 사망한 1예를 제외한 11예의 회맹

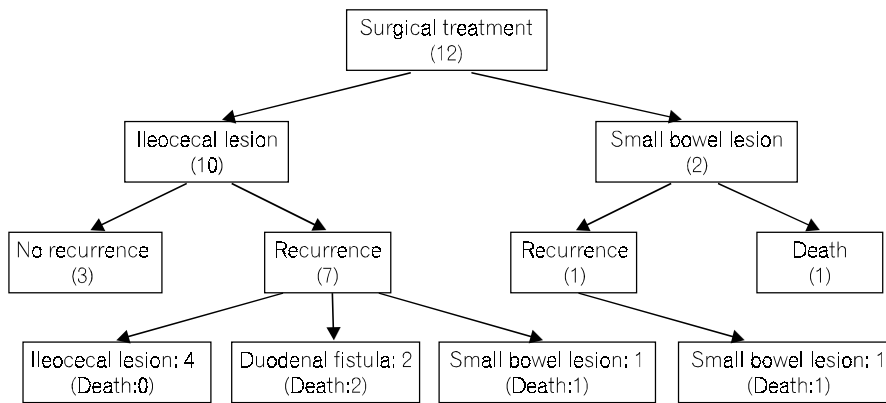


Fig. 2. Recurrence and mortality.

Table 2. The prognostic factor of recurrence

	No recurrence (n=3)	Recurrence (n=8)	p value
Age	37.3	32.6	p=0.423
Medical treatment			p=0.006
Done	3	0	
Not done	0	8	
Behcet's disease			p=0.727
Complete	1	1	
Incomplete	1	2	
Suspicious	1	5	
Lesion			p > 0.05
Ileocecum	3	7	
Small bowel	0	1	
Operation method			p=0.242
Segmental resection	0	1	
Ileocectomy	0	5	
Right colectomy	3	2	
Extent of resection			p=0.024
Segmental resection	0	7	
Extended resection	3	1	

Table 3. The prognostic factor of mortality

	Survival (n=7)	Death (n=5)	p value
Age	35.3	36.4	p > 0.05
Medical treatment			p > 0.05
Done	3	0	
Not done	4	5	
Behcet's disease			p > 0.05
Complete	2	0	
Incomplete	1	3	
Suspicious	4	2	
Operation method			p > 0.05
Segmental resection	0	2	
Ileocectomy	4	1	
Right colectomy	3	2	
Lesion			p < 0.05
Ileocecum	7	3	
Small bowel	0	2	
Extent of resection			p > 0.05
Segmental resection	3	4	
Extended resection	3	1	

장 부위 환자를 대상으로 재발에 관계되는 요인으로 연령, 내과적 치료 여부, 베체트병의 분류, 수술방법, 광범위 절제술 여부 등에 따라 나누어 조사해 본 결과 내과적 투약과 광범위절제술이 관련 있었다($P < 0.05$)(Table 2). 한편 전체 12예 중 사망한 5예에서 사망에 관계되는 요인을 연령, 내과적 치료 여부, 베체트병의 분류, 병변부위, 수술방법, 광범위절제술 여부 등에 따라 나누어 조사해 본 결과 최초 병변 발생 부위가 소장인 경우에 통계적으로 유의있게 관련이 있었다(Table 3).

고 찰

베체트병은 1937년 터키의 피부병 학자 Behcet가 재발성 구강궤양, 생식기 궤양과 안구부염증의 증후군으로 처음 발표하였다.(1) 이 질환은 점막, 피부, 안구, 장, 관절, 혈관, 비뇨생식계, 폐, 신경계 등 여러 장기를 다 침범할 수 있는(3,4) 드문 전신성 질환으로 알려져 있다. 빈도는 정확히 알려지지 않았지만 일본 통계에 의하면 만명 당 1명 정도에 발생하며(5,6) 지역별로 동구권에 많고 전 세계적으로 발병하는 것으로 알려져 있다. 베체트병의 진단은 1974년 일본의 베체트병 연구회에서 제정되어(7) 1987년에 보완된 진단기준과 1990년 국제 베체트병 연구회에서 정한 기준들(8)을 사용한다. 일본의 기준은 일반적으로 베체트병의 증상 발현 중 구강, 생식기, 안구 및 피부 등에 궤양성 병변이 나타날 경우 주증상(major symptom)이라고 하고 소화기계를 포함한 기타 다른 부위에 증상 즉 관절염, 소화기 병변, 부고환염, 중추신경계 병변 등은 부증상(minor symptom)으로 나누어 분류한다(7). Shimizu등은 이런 주증상과 부증상으로 베체트병을 완전형(complete type), 불완전형(incomplete type), 추측형(suspicious type), 가능형(possible type)으로 구분하였다. 즉, 4개의 주증상이 나타나면 완전형, 3개의 주증상이 나타나던가 안구질환을 갖고 다른 하나의 주증상이 나타나면 불완전형, 2개의 주증상이 나타나면 의구형, 1개의 주증상이 나타나면 가능형으로 분류하였다. 저자들의 경우 완전형은 2예(16.7%), 불완전형은 4예(33.3%), 추측형은 6예(50%)이었다. 이들과 수술 후 재발 여부 사망률과의 관계를 보면 커다란 관련은 없었다. 저자들의 경우 전체 12예 중 구강궤양이 12예(100%)로 가장 많았으며, 피부 병변은 9예(75%), 생식기궤양은 8예(66.7%), 안구 포도막염은 3예(25%)로 나타났다. 소화기계 증상을 제외한 다른 증상으로 관절염이 2예, 부고환염이 2예, 혈관병변은 상대정맥, 하대정맥 혈전증등 2예에서 나타났으며, 중추신경계증상은 나타나는 경우가 없었다. Tsukada등(8)은 장관을 침범하는 경우를 장관 베체트병(Intestinal Behcet's disease)라고 정의하였다. 장관의 병변은 1940년 Bechguard가 보고하였고, 이후에 세계적으로 많은 예가 보고되고 있다. Yamamoto등(6)은 베체트병

의 약 12%에서 위장관 질환을 동반한다고 하였다. 이 질환의 특징은 연령층이 20대와 30대에 많고 어린이나 노인에게는 드물며 남자에게 흔한 것으로 보고하고 있다. 저자들의 경우 남자가 9예, 여자는 3예로 남녀 비는 3 : 1이었다. 연령분포는 30대가 7예(63.6%)로 가장 많았으며, 다음이 20대와 40대로 각각 2예(18.2%)이었다. 최소연령은 20세였으며 최고연령은 56세이었고 평균연령은 39.0세이었다. 베체트병의 진단은 검사소견이나 조직학적진단의 특성이 뚜렷하지 않으므로 일반적으로 임상 소견에 바탕을 두고 있다. 장관 베체트병의 주요증상은 복통(92%), 복부종괴(21%), 혈변(17%) 등의 순으로 보고되고 있다. Oshima등(10)은 Behcet병을 가진 환자에서 40% 정도가 실사, 오심, 복통의 증상을 보인다고 하였다. 저자들의 경우 수술을 시행 받은 12예의 내원시 임상증상은, 복부동통이 8예(66.7%)로 가장 많았고, 그중 우하복부에 국한된 동통이 6예, 복부전체에 동통이 발생한 경우가 2예, 복벽을 통한 장 내용물이 나오는 경우가 2예, 혈변도 2예에서 있었다. Kasahara등(11)은 소화기 장기의 침범범위는 소화기 계통 전반에 걸쳐 생길 수 있으나 주로 말단 회장부에 호발하며, 궤양의 분포상태에 따라 국소형과 산재형으로 분류하였다. 국소형은 대부분이 회장 말단부, 회맹장 결합부에 호발하며 전체 환자의 76%를 차지한다고 하였다(11). 위, 십이지장, 공장 및 횡행결장 등에서도 발견되며 산재형의 경우 전결장 및 식도, 공장, 회장 등에 산재되어 있을 때도 있다. 궤양이 있을 때 천공은 41~56%에서 발생한다고 하였다.(11) 베체트병에 의한 병소의 부위는 Baba등(12)이 발표한 바에 의하면 54예 중 20예가 말단 회장에만 국한되고 말단 회장과 대장이 동반된 예는 22예, 나머지 12예는 대장에만 국한되어 있으며, Mineshita등(13)은 장관 질환 9예 중 7예에서 말단회장 병변을 보였다고 하였는데, 모두 회맹장이 호발 부위로 나타났다. 저자의 경우 발생 부위는 말단회장부터 상행결장에 걸쳐 위치하고 있는 회맹장 부위가 10예(83.3%)로 가장 많았고, 소장에 병변이 있었던 경우가 2예(16.7%)이었다. 병변이 회맹장 부위에 있었던 경우 중 7예에서 재발이 되었는데 그중 2예는 후에 재발되어 십이지장과 루를 형성하였으며 1예는 소장에 재발하였다. 장관 베체트병 환자의 22%가 질병 경과 중 충수염과 비슷한 증상을 경험하였으며 24%에서 충수절제술의 과거력이 있다고 하였다. 그 이유는 회맹장 부위가 호발부위이며 병소 자체가 깊고 근육층을 관통하며 천공이 되기 쉽기 때문으로 여겨진다. Oshima등(10)의 경우에서도 4예에서 충수염의 구별이 어렵다고 하였는데 저자들의 경우에서도 6예에서 충수절제술의 기왕력이 있었다. 이 중 3예는 충수염이 잘 치료되지 않아 3예에서 수술 등 장기 입원이 필요하였다. 따라서 베체트병이 드물고 증상이 급성 충수염과 비슷하기 때문에 세심한 관찰과 주의가 필요하리라 생각된다. 장관 베체트병의 진단을 위한 검사

로서 대장조영검사, 대장내시경검사 및 조직검사가 있겠는데 대장조영검사 사진을 보면 궤양이 부종에 둘러 쌓여 칼라 보단형이 특징적이라는 보고가 있으며, 대장의 팽출상은 대체적으로 유지되며 가성 폴립양 변화나 비대칭성 궤양, 울혈 쉽게 출혈하는 점막을 가지며 폴립양 증식, 자갈발 모양, 장내경의 축소 등을 보이는데 전반적으로 궤양성 대장염과 비슷하여 구분이 어렵다. 그러나 궤양성 대장염은 보통 직장에서 시작하고 장관 베체트병은 회맹장 부위에서 호발하며 더 깊은 궤양을 보이고 있다. 대장내시경 소견은 장간막의 반대편 변연부에 위치하며 궤양의 모양은 분화구 모양 궤양, 지도상 모양 궤양, 아프타 궤양으로 나타나며, 기저부가 백태로 덮여 있거나 다소 발적된 경계를 가지는 다양한 모양의 궤양이 보인다. 따라서 대장 내시경 소견은 궤양성 대장염이나 크론씨병과 감별을 요한다. 장관 베체트병의 재발률을 보면 일반적으로 약 40%에서 재발을 보인다고 한다. 그러나 Kasahara 등(11)은 65%에서 재발하였고 보고하였다. 저자들의 경우 1차 수술 후 사망한 1예를 제외한 11예 중 8예(72.8%)에서 재발하여 다른 보고 보다 높은 재발률을 보였다. 장관 베체트병의 수술적인 치료는 일반적으로 응급수술의 비율이 높고, 첫 수술시 수술 전에 진단이 되지 않는 경우도 많으며, 수술 후 재발률이 높고, 재발부위는 대개 문합부 위이거나 문합부 상방의 회맹인 특징이 있으며, 수술시 주위해야 할 점은 수술범위를 결정하게 되는 경우 병변이 다발성일 수 있으므로 또 다른 병소를 확인하는 것과 확인된 병소를 포함한 절제가 시행되어야 한다. 이러한 재발에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 연령, 내과적 치료 여부, 베체트병의 분류, 수술방법, 광범위절제술 여부 등에 따라 나누어 조사해 보았다. 내과적 치료법은 아직 완전히 확립되어 있지는 않으나 스테로이드, sulfasalazine, colchicine, azathioprine 등이 투여되고 있고 azathioprine을 투여 받은 후 외과적 절제를 받은 환자군이 보다 양호한 예후를 갖는다는 최근의 보고(14)가 있다. 저자들의 경우 스테로이드, sulfasalazine, colchicine 등을 복합적으로 투여하였으며 장관 베체트병으로 진단 받은 9예 중 7예는 수술이 필요하지 않았으며 2예는 수술적 치료가 요하였다. 수술적 치료를 받은 2예 역시 재발하지는 않았다. 수술 후에 내과적 투약은 기왕에 베체트병으로 진단 받고 수술 후에도 계속적인 투여를 받은 2예와 기왕병력 사실이 없는 1예 등 3예에서 내과적 치료를 계속한 결과 재발하지는 않았다. 그러나 스테로이드와 소량의 colchicine을 투여한 예에서는 재발을 하여 수술적 처치를 요하는 재발을 하였고 사망하였다. 따라서 내과적 투여는 스테로이드, sulfasalazine, colchicine 등을 복합하여 치료시 재발 방지에 효과가 있는 것으로 생각되며 설령 재발하여 수술한 경우도 수술 후 내과적 투여가 또 다른 재발을 방지하는 데 도움이 되었다. Baba(15)의 보고에 의하면 회맹

장부에 병변이 있을 때는 근위부를 1 m 이상 절제하자고 제안하였으며, 50 cm의 간격을 두었을 때는 10%의 재발이 있다고 보고하였다. 또한 우측대장 절제술을 시행한 경우에는 18%의 재발률을 보이지만, 회맹부위만 부분절제하였을 때는 35%의 재발이 있다고 보고하였다. 이와 비교하여 Ketch 등(16)은 육안적 병변에 대하여 국소적이고 보다 보존적 술식을 적용을 주장하기도 한다. 저자들의 경우 회맹장 절제술과 우측대장절제술을 비교하였을 때 우측대장절제술을 받은 환자가 재발은 적게 나타났으나 통계적 의의는 없었다. 절제범위는 실제적으로 50 cm 이상을 절제한다는 것이 쉬운 일은 아니다. 더더구나 장관 베체트병으로 진단 받지 않고 응급으로 수술을 시행한 경우가 12예 중 10예인 것을 감안하면 더더욱 쉬운 일은 아니다. 저자들의 경우 근위부와 원위부를 병변 경계로부터 30 cm 이상을 절제하였을 때 광범위 절제술로 적용하여 광범위 절제하였을 때 재발이 적게 나타났다. 수술을 시행한 경우 중 이전에 충수절제술을 받은 경우가 6예이었으며, 이중 3예는 수술 후 합병증으로 재수술을 시행하였다. 병변이 회맹장 부위에 있었던 10예의 경우 5예는 회맹장 절제술을, 5예는 우측대장절제술을 시행하였다. 회맹장 절제술을 시행한 5예의 경우 5예 모두 재발하여 재차 광범위한 절제술을 시행하였다. 우측대장절제술을 시행한 5예의 경우 3예는 재발하지 않았으며, 2예는 재발하여 광범위 절제술을 시행하였다. 소장엔 천공 및 괴사가 있었던 2예의 경우 소장절제술을 시행하였다. 평균 수술횟수는 처음 수술 후 사망한 1예를 제외한 11예에서 1회 수술을 받은 경우가 3예, 2회 수술을 받은 경우가 5예, 3회 이상 수술을 받은 경우가 3예로 평균 2.1회이었다. 한편 사망에 관계되는 요인을 연령, 내과적 치료 여부, 베체트병의 분류, 병변부위, 수술방법, 광범위 절제술 여부 등에 따라 나누어 조사해 본 결과 내과적 치료 여부, 병변이 십이지장과 루를 형성하거나 소장에 발생 또는 재발한 부위에 관계가 있었고 광범위절제술이 관련 있었으나 통계학적 의의는 없었다. 즉 장관 베체트병이 심한 경우 사망에까지며, 이들 환자의 경우 불행하게도 내과적 투여나 광범위 절제술만으로는 해결되지 않는 것으로 보아 또 다른 치료의 방법이 모색되어야 하겠다.

결론

장관 베체트병은 젊은 환자에서 나타나는 질환으로 내과적 치료가 우선되는 것이 중요하고 외과적 수술의 경우 적어도 병변에서 30 cm를 벗어난 광범위 절제술이 재발을 방지하는 데 중요하다고 생각된다. 한편 소장에 발생한 장관 베체트병과 회맹장 부위에서 재발로 인하여 십이지장루를 형성하거나 이차적으로 소장에 병변이 발생할 시에는 예후가 극히 불량할 것으로 생각된다.

REFERENCES

- 1) Behcet H. Uber rezidivierende aphthose durch ein virus verursachte feschwue am mund am auge und an den genitalien. *Dermatol Monatsschr* 1937;105:1152-7.
- 2) Bechguard P. Et tilfated af recidiverende aphthos stomatitis ledsaget af conjunctivitis og ulcerationer paa genitalia og hud. *Ugeskr Laeger* 1940;102:1019-23.
- 3) Bøe J, Dalgarrd JB, Scott D. Mucocutaneous ocular syndrome with intestinal involvement: A clinical and pathologic study of four fatal cases. *Am J Med* 1958;25:857-67.
- 4) Bradbury AW, Milne A, Murie JA. Surgical aspects of Behcet's disease. *Br J Surg* 1994;81:1712-21.
- 5) Aoki K, Fujioka K, Katsumata H. Epidemiological studies on Behcet's disease in the Hokkaido District. *Jap J Clin Ophthal* 1971;25:2239-47.
- 6) Yamamoto S, Toyokawa H, Matsubara J. A nationwide survey of Behcet's disease in Japan. *Jap J Ophthalmol* 1974;18:282-90.
- 7) Behcet's Disease Research Committee of Japan. Behcet's disease: Guide to diagnosis of Behcet's disease. *Jap J Ophthalmol* 1974;18:291-4.
- 8) International Study Group for Behcet's disease. Evaluation of diagnostic (Classification) Criteria in Behcet's disease: Toward internationally agreed criteria. *Lancet* 1990;335:1078-80.
- 9) Tsukada S, Yamazzaki T, Iyo S, Nishio I, Hashimoto K, Matsubara F. Neuro-Behcet's syndrome: report of two cases and review of the literature. *Saishin-Igaku* 1964;19:1533-41.
- 10) Oshima Y, Shimizu, Tokyhari R. Clinical studies on Behcet's syndrome. *Ann Rheum Dis* 1963;22:36-45.
- 11) Kasahara Y, Tanaka S, Nishino M, Uncmura H, Shiraha S, Kuyama T. Intestinal involvement in Behcet's disease. Review of 136 Surgical cases in the Japanese Literature. *Dis Colon Rectum* 1981;24:103-6.
- 12) Baba S, Murala M, Ando K, Teramoto T, Endo I. Intestinal Behcet's Disease: Report of five cases. *Dis Colon Rectum* 1976;19:428-40.
- 13) Mineshita S, Ohino T, Shimizu T. Proceedings of 5th Asian-Pacific Congress of Gastroenterology 1976;407.
- 14) Choi II, Kim JS, Cha SD, Jung HC, Park JG, Song IS, et al. Long term clinical course and prognostic factors in intestinal Behcet's disease. *Dis Colon Rectum* 2000;43:692-700.
- 15) Baba S. Clinical Studies on Intestinal Behcet's Disease. *Stomach Intestine* 1979;14:885-92.
- 16) Ketch LL, Buerk CA, Liechty RD. Surgical implications of Behcet's disease. *Arch Surg* 1980;115:759-60.