

Takayasu 동맥염에 의한 신혈관성고혈압증의 경피경관동맥성형술* (Takayasu 동맥염의 PTA)

계명대학교 의과대학 방사선과학교실

전 석 길 · 김 옥 배

계명대학교 의과대학 내과학교실

김 현 철

-Abstract-

Percutaneous Transluminal Angioplasty in Renal Artery Stenosis by Takayasu's Arteritis

Seok Kil Zeon, M.D., Ok Bae Kim M.D. and Hyun Chul Kim, M.D.**

*Department of Radiology and Internal Medicine**
School of Medicine, Keimyung University, Daegu, Korea*

Authors want to report that PTA was an out-standing therapeutic method in treatment of renovascular hypertension by renal artery stenosis due to Takayasu's arteritis in an 18-years-old Korean female.

Abdominal aortogram and bilateral renal arteriogram showed mild smooth narrowing of the mid abdominal aorta of 4cm length from origin of renal arteries, complete occlusion of left renal artery from it's origin with a few small collateral arteries and severe stenosis of proximal right renal artery.

PTA of right renal artery was performed with Grüntzig Balloon dilatation catheter, and the patient's blood pressure was down to 120/80 from 220/130, stable for 8 months follow-up examination.

Takayasu's arteritis is one of the most important cause of renovascular hypertension in Orientals. Multiple treatment modalities, such as steroid administration or variable surgical intervention, were attempted and limited response was presented. But PTA is a simple, cost-effective, repeated, and relatively complication-free method in treatment of renovascular hypertension due to Takayasu's arteritis, with an outstanding result, as authors case.

I. 서 론

신동맥의 협착으로 발생하는 신혈관성 고혈압증에 대한 비수술적 요법으로써의 경피경관동맥성형술 (Percu-

taneous Transluminal Angioplasty; 이하 PTA)은 1978년 Grüntzig 등에¹⁾ 의해서 처음 시도되어 훌륭한 치료효과를 보고한 이래로, 많은 학자들에 의해서 반복 실시되어, 수술적 요법보다 훌륭한 치유성적을 보고하였을 뿐만 아니라, 많은 장점을 지니고 있으며 또한 한 차례의 실패후에는 반복적으로 시술할 수 있을 뿐만 아니라 수술적 요법을 시행할 기회를 남겨두고 있으므로 오늘날에는 신혈관성고혈압증의 일차적 치료법이 되고 있다.

* 이 논문은 1984년도 계명대학교 동산의료원 임상연구보조비로 이루어졌음.
이 논문은 84년 5월 9일에 채택되었음.

신혈관성고혈압증의 병리학적 원인은 동맥경화증, 섬유근이형성증등이 가장 빈번하다고 하지만, 동양인에 있어서는 Takayasu 동맥염의 상당부분에 있어 신동맥을 침범하여 고혈압증을 유발한다고 한다.

저자들은 고혈압증을 가진 18세의 한국인 여자에서 복부대동맥조영술을 실시하여 Takayasu 동맥염이 양측 신동맥을 침범, 신동맥협착을 유발하였음을 관찰하고, PTA를 실시하여 훌륭한 치료효과를 경험하였으므로 이에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례 보 고

이 ○영, 여 18세,

임상경과 : 3시간에 걸쳐 약 700 ml의 갑작스런 토혈 및 혈변을 주소로 하여서 응급실로 래원하였으며 혈압은 90/50, 맥박 76, 체온 36°C이었고, 응급위내시경검사서 미만성위염에 의한 급성위출혈증으로 진단되었다. 환자는 1년 이상의 간헐적인 두통으로 고생하였으며, Aspirin 또는 유사한 진통제 약물을 수시로 약국에서 구입 복용하여 왔으며, 래원 3일전부터 As-

pirin을 경구투여하여 왔다고 한다.

위출혈은 내과적 보존요법으로 3일후에는 임상적으로 완전히 지혈되었고, 1주일 후의 위내시경 검사에서 미만성위염의 완전치유를 나타내었다.

그러나 환자의 혈압은 200/120으로 높았고, 심전도 검사에서 경도의 좌심실비대 소견이 관찰되었다.

방사선학적 검사 ;

- ① 흉부 X-선 : 경도의 심흉곽비 증가.
- ② 경정맥신우조영술 : 좌측신장불현 (기능소실) 및 우측신장크기 감소.

③ 복부 CT : 심한 양측신장크기 감소, 좌측신장 기능상실 및 우측신장기능 감소.

④ 복부대동맥조영술 : 좌측신동맥은 복부 대동맥의 기시부에서 부터 완전폐쇄되어 있고, 몇개의 아주 작은 부차동맥 (collateral artery)이 4.0초 이후의 Film에서 나타나면서 좌측신장을 회미하게 영양하고 있었으며, 우측신동맥은 기시부부터 심한 협착 (직경 약 2 mm)을 나타내었다 (Fig.1).

복부대동맥은 양측신동맥기시부에서 하방으로 약 4 cm길이의 중등도 내경감소를 보였고, 흉부대동맥 및 분지는 정상이었다 (Fig.2).

경피경관동맥성형술 : 복부대동맥조영술을 위해 실시한 Seldinger Technique으로 삽입해 둔 Catheter In-

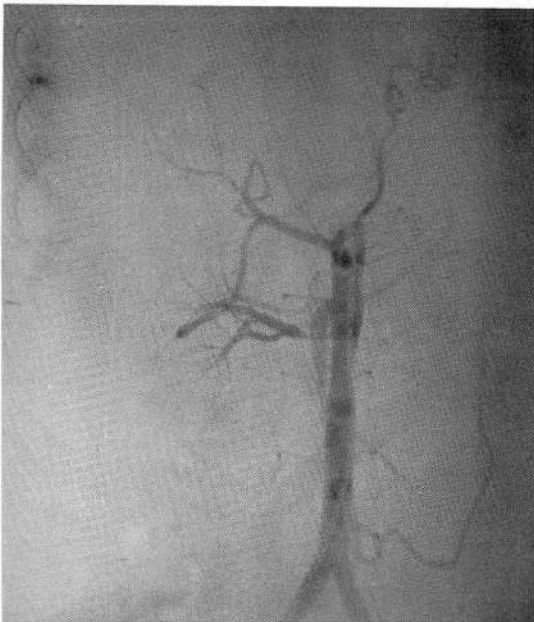


Fig. 1. Abdominal aortogram: Complete occlusion of left renal artery, severe stenosis in proximal right renal artery, and mild, smooth narrowing of midabdominal aorta (Takayasu's arteritis: Blood Pressure 220/130).

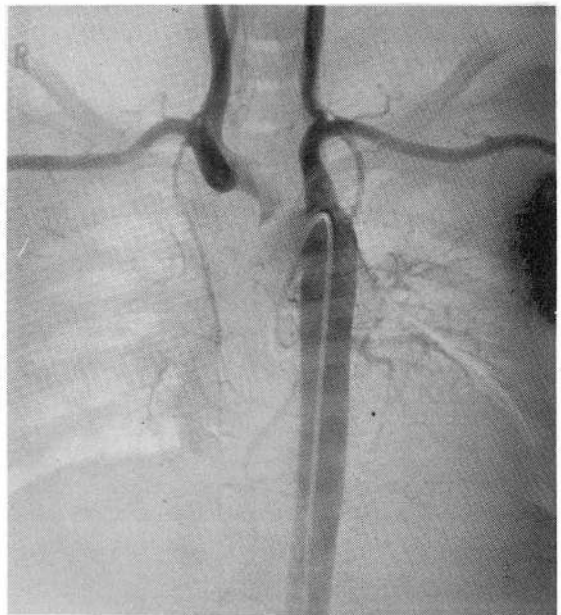


Fig. 2. Thoracic aortogram: No definite abnormality.

roducer System을 통해 7 F-Renal type Catheter를 우측신동맥에 선택삽입하고 0.032' Straight Wire Guide를 통과하여 우측신문까지 넣어 둔 뒤에 Renal type Catheter를 뽑아 내고, D/C/4-2/7/75 Medi Tech® Balloon Dilatation Catheter (Fig.3)를 우측신동맥의 모양에 맞게 shaping하여 Wire Guide를 따라 우측신동맥의 기시부에 선택 삽입하였다. 50/50으로 생리식염수와 혼합·희석한 조영제를 Balloon Dilatation Catheter의 Balloon에 넣어 순간적이고 반복적으로 Balloon을 팽창시켜서, 협착부위에 압력을 가하여 서서히 확장시키면서 원위부까지 catheter를 밀어 넣었다 (Fig.4).

협착부위의 확장이 충분할만큼 이루어졌을 때, Balloon Dilatation Catheter를 뽑아 내고, 복부대동맥조영술을 처음과 동일한 조건으로 재차 실시하여 우측신

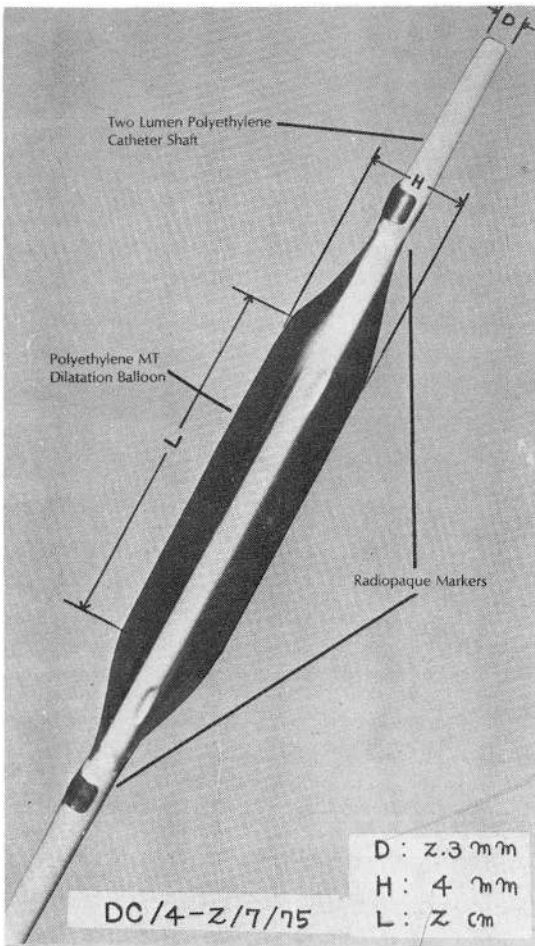


Fig. 3. Grüntzig Balloon Dilatation Catheter, used.

동맥의 협착부위가 확장된 것을 확인하고 혈압을 측정 한 후에 모든 과정을 끝내었다 (Fig.5).

PTA후의 임상경과 : PTA실시 직후의 환자의 혈압은 130/80으로 하강하였고, 기타의 모든 증세가 좋아졌으므로 환자는 퇴원하였고, 정기적인 외래통원 추적검사를 실시하였다.

퇴원 3개월부터 환자의 혈압은 서서히 상승하여 5개월에는 200/130으로 다시 고혈압증이 재발하였고, 간헐적인 두통을 호소하였으므로 재입원하였다.

재입원경과 : 재입원당시의 환자의 혈압은 190/120~200/130이었으며, 저염식이 및 2주동안의 안정가료로 아무런 약물투여없이 120/80으로 정상혈압이 되었으며, 복부대동맥조영술에서 복부대동맥의 내경감소는 더욱 진전되었으나, 우측신동맥의 내경은 PTA적후와 동일함을 확인하였다 (Fig.6).

따라서 환자는 저염식에 대한 교육을 충분히 받고 퇴원하여, 외래추적검사를 받고 있으며 PTA실시 8개월까지 혈압은 정상을 유지하고 있다 (Fig.7).

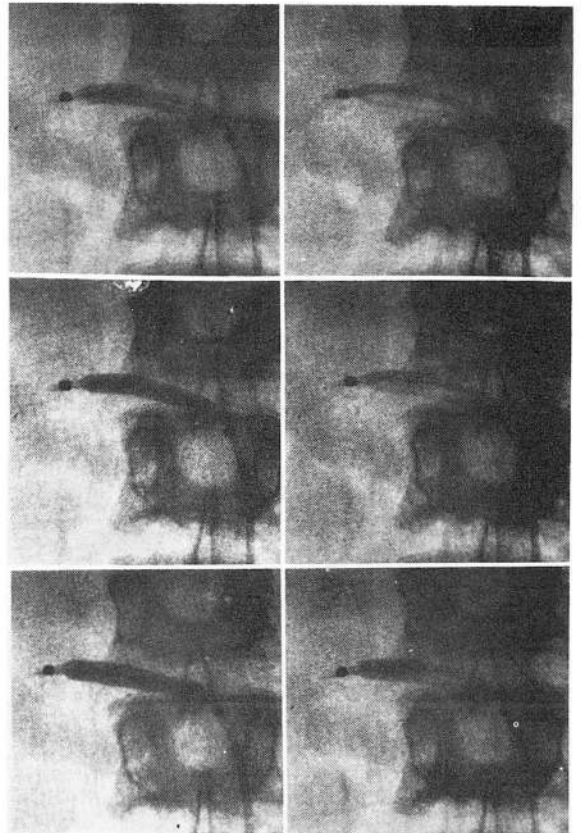


Fig. 4. Cine film in PTA procedure.

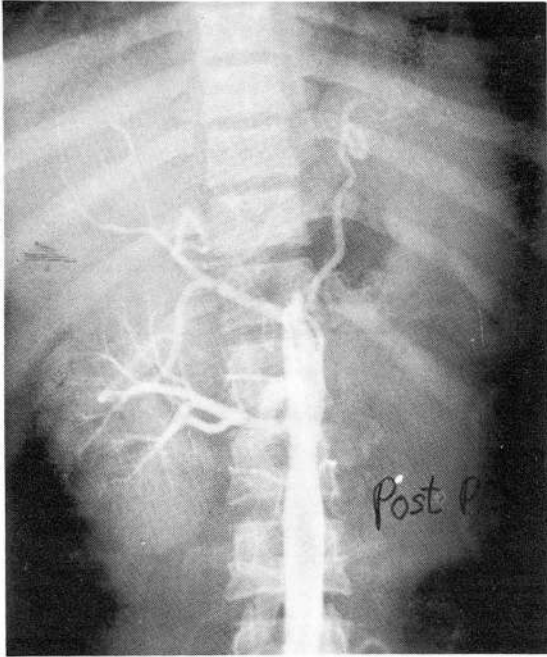


Fig. 5. Abdominal aortogram just after PTA: dilation of right renal artery stenosis (Blood Pressure 120/80)

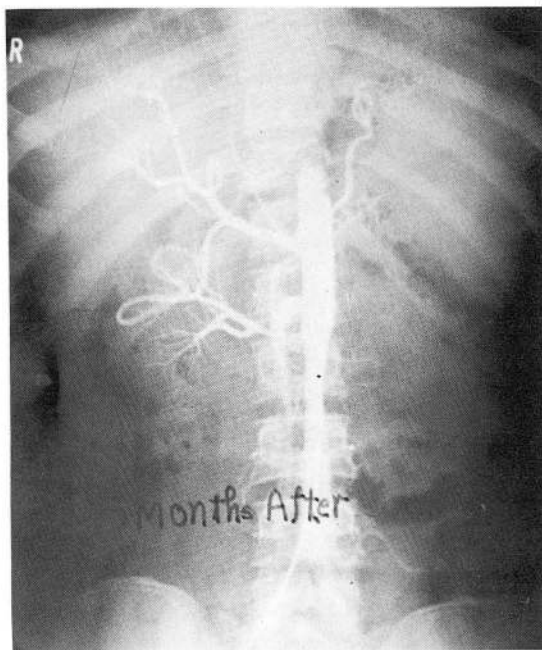


Fig. 6. Abdominal aortogram, 5 months after PTA: Same lumen of the right renal artery, compared with Fig. 5, although progression of luminal narrowing in abdominal aorta (Blood Pressure 120/80).

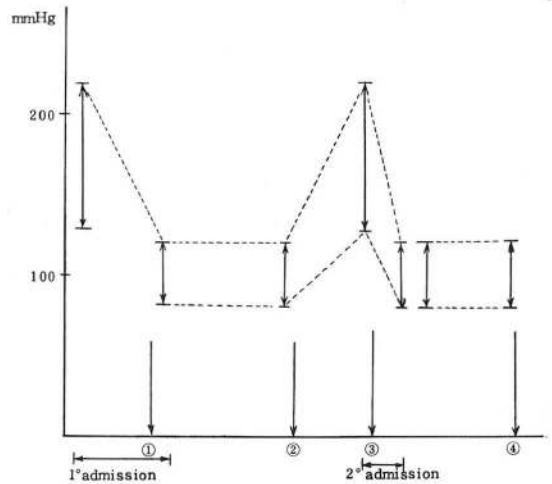


Fig. 7. Blood Pressure Curve Following to 8 Months after PTA

- 1) PTA
- 2) 3 Months after: 120/80
- 3) 5 Months after: 230/130 (Low Salt Regimen)
- 4) 8 Months after: Normal Blood Pressure (120/80)

고 찰

신혈관성고혈압증의 원인은 병리학적 원인은 여러가지 있으나, 대부분이 동맥경화증이나, 섬유근이형성증에 의한 신동맥협착에 의해서 발생한다. 그러나 한국이 속해 있는 동양에서는 Takayasu 동맥염에 의한 고혈압증이 상당수 있으며, 韓³⁾의 보고에 의하면 75례의 Takayasu 동맥염에서 38례가 고혈압증이 있었고, 그 가운데 35례가 신동맥협착을 나타내었다고 한다. 물론 Takayasu 동맥염에서의 고혈압증은 신동맥협착이 없는 증례에서도 관찰된다고 한다.

이러한 신혈관성고혈압증은 오래 전부터 수술요법에 의존하여 치료되어 왔다. 그러나 1978년 Grüntzig 등¹⁾이 처음으로 Balloon Dilatation Catheter를 사용하여 61세의 남자에서 동맥경화성좌측신동맥협착으로 인한 고혈압증을 성공적으로 치료한 이래로 많은 학자들에 의해 시도되어 왔다. Schwarten⁴⁾은 70례의 환자에서 90%의 성공율을 보고하였고, Paolini 등⁵⁾과 Tegtmeier 등^{6,7)} 많은 학자들이 훌륭한 성적을 보고하였다^{8,9)}. 또 1982년 Sniderman 등⁹⁾은 완전폐쇄된 신동맥조차 PTA로써 Recanalization시킬 수 있었다고 보고하였다.

그러나 1975년 Foster 등¹¹⁾ 등에 의하면 502 명의 수술환자에서 34%의 실패율과 5.9%의 사망율이 수술적요법에서 보고되어 있어서 PTA의 치유성과 비교하면 오히려 수술적요법이 경과가 좋지 않음을 알 수 있다.

또한 어떠한 수술적요법을 취하더라도 실패할 경우의 재수술에는 상당한 난점이 있지만, PTA는 추적검사에서 신동맥협착이 재발하더라도 몇번이든지 비교적 간단한 술식으로 재시도해 볼 수 있는 잇점이 있다.

그외에도 PTA는 입원기간의 단축, 저렴한 술식비, 수술이 불가능하거나 마취가 적용되지 않는 환자에서도 가능하며, 짧은 입원기간 및 수술상처가 전혀 없다는 등 많은 장점을 갖고 있다.

이러한 PTA는 두가지 방법¹²⁾이 있는데 1964년 Dotter 등¹³⁾이 처음 시도하였던 Double Catheter Dilatation Technique의 최초의 방법은 그 복잡성 때문에 별로 쓰이지는 않으며, Grüntzig¹⁾가 고안해 낸 Double lumen으로 만들어진 Balloon Dilatation Technique이 보편적인 술식으로 쓰여지고 있다. 저자들이 사용한 Catheter는 후자의 술식이며 Balloon의 내경과 길이, Catheter의 내경 및 길이가 다양하게 상품화되어 있어 환자의 조건에 따라 적절한 Catheter를 선택, PTA를 실시할 수 있다.

PTA의 합병증은 다음과 같은 것들이 보고되고 있으나, 결코 PTA때문에 사망하는 예는 없다고 한다⁵⁾.

- ① Distal Embolization
- ② Rupture of Renal Artery
- ③ Segmental Renal Infarction
- ④ Transient Renal Failure
- ⑤ Local Hematoma at Puncture site

결 론

고혈압증이 있는 18세의 한국인 여자에서 복부대동맥조영술을 실시하여, 복부대동맥의 경한 내경감소, 우측신동맥협착 및 좌측신동맥완전폐쇄를 수반한 Takayasu 동맥염에 의한 신혈관성고혈압증을 진단하고, 우측신동맥에 Grüntzig Balloon Dilatation Catheter를 이용하여 PTA를 실시한 후에 정상혈압이 되었음을 8개월간의 추적검사에서 확인하고 이에 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. Grüntzig A, Kuhlmann U, Vetter W, et al : *Treatment of renovascular hypertension with percutaneous transluminal dilatation of a renal-artery stenosis. Lancet* 1:801-802, 1978.
2. 유세화, 장 린, 허봉열 외 : 신혈관성 고혈압의 임상적 관찰. 대한내과학회잡지 19권 3호 : 179-185, 1976.
3. 한만청, 홍성모, 박재형 : Takayasu 동맥염에 의한 방사선학적 고찰 - 75례의 대동맥조영 소견을 중심으로 - 순환기 계 11권 제 2호 : 121-130, 1981
4. Schwarten, DE : *Transluminal angioplasty of renal artery stenosis: 70 experiences, AJR* 135:969-974, 1980
5. Paolini RM, Marcondes M, Widman A, et al : *Percutaneous transluminal angioplasty of renal artery stenosis, Acta Radiologica Diagnosis, Vo 122 Fasc 5, 1981.*
6. Tegtmeier CJ, Elson J, Glass TA, et al : *The treatment of choice for renovascular hypertension due fibromuscular dysplasia. Radiology* 143:631-637, 1982
7. Tegtmeier CJ, Teates CD, Crigler N, et al : *PTA in patients with renal artery stenosis. Follow-up studies. Radiology* 140:323-330, 1981
8. Kuhlmann U, Vetter W, Furrer J, et al : *Renovascular hypertension: treatment by percutaneous transluminal dilatation. Annals of internal medicine* 92:1-6, 1980
9. McCook TA, Mills SR, Kirks DR, et al : *Percutaneous transluminal renal artery angioplasty in a 3 1/2-year-old hypertensive girl. Journal of Pediatrics* 97:958-960, 1980
10. Sniderman KW, Sos TA : *Percutaneous transluminal recanalization and dilatation of totally occluded renal arteries. Radiology* 142:607-610, 1982
11. Foster JH, Maxwell MH, Franklin SS, et al : *Renovascular occlusive disease results of operative treatment. JAMA* 231:1043-1048, 1975.
12. Athanasolius CA, Pfister RC, Greene RE, et al : *Interventional radiology. 311-321 W A Saunders Co. Boston Philadelphia, 1982*
13. Abrams HL : *Angiography 3rd Ed. 2099-2109 Little Brown & Co. Boston 1983.*

14. Dotter CT, Judkins MP : *Transluminal treatment of arteriosclerotic obstruction. Circulation 30: 654-670, 1964*
 15. Wiggerlinkhuizen J, Cremin BJ : *Takayasu arteritis and renovascular hypertension in childhood. Pediatrics 62:209-217, 1978*
 16. Saddekni S, Sniderman KW Hilton S, et al : *Per-cutaneous transluminal angioplasty of nonatherosclerotic lesions. AJR 135:975-982, 1980*
 17. Simon D., LeDoux F, Lagneau P, et al : *Takayasu's arteritis with renovascular hypertension; Successful complex revascularization. Journal of Urology 125:91-94, 1981*
-

총경동맥류 복부대동맥류 동반
總頸動脈瘤 및 腹部大動脈瘤를 同伴한

Behcet 病 1 例 報告

서울大學校 醫科大學 放射線科學教室

秋 淵 明 · 張 基 賢

서울大學校 醫科大學 內科學教室

崔 成 在

-Abstract-

A Case of Behcet's Disease with Aneurysms of
Common Carotid Arteries and Abdominal Aorta

Yeon Myung Choo, M.D., Kee Hyun Chang, M.D.

Sung Jae Choi, M.D.*

Department of Radiology & Internal Medicine*, College of Medicine
Seoul National University

One case of Behcet's disease with multiple aneurysms in both common carotid arteries and abdominal aorta is presented with brief review of the literatures.

A 26-year-old woman had slowly enlarging pulsatile masses in both sides of neck and recurrent ulcerations in oral cavity and genitalia.

One day prior to admission, aphasia, right facial nerve palsy and right hemiplegia suddenly developed. Brain CT showed acute infarction in left basal ganglia. Both Carotid Angiography and abdominal Aortography demonstrated multiple aneurysms in both common carotid arteries and abdominal aorta with organizing thrombi and thromboembolism of internal carotid artery.

I. 緒 論

Behcet 病은 1937 年 Behcet 가 報告한 口腔 및 生殖器 粘膜의 有通性 再發性 潰瘍과 虹彩炎의 3가지 主症狀 이외에 多發性關節炎, 紅斑性 結節樣相의 皮膚血管炎, 神經學的 缺損, 큰 血管의 動脈瘤와 閉鎖 및 靜脈炎 등이 나타나는 原因 不明의 慢性 再發性 全身疾患이다^{1,2,3,4,5}.

日本에서는 人口 10,000 名에 1 名 정도 發生하는것

이 논문은 84 年 4 月 30 일에 채택되었음.

으로 報告하고 있으나⁶ 우리나라에서는 지금까지 全部 100 例 정도의 報告뿐으로 現在 이 病에 대한 많은 關心이 要求되고 있다².

血管병變에 대해서는 靜脈병變이 動脈病變보다 훨씬 흔한 것으로 報告되어 왔으며^{2,3} 動脈侵犯例에 대해서는 1961 年 Mishuma 등⁷이 大動脈瘤가 同伴된 1 例을 報告한 이래 1969 年 Enoch 등⁸이 動脈血栓症 및 末梢動脈瘤를 同伴한 1 例을 報告하였고 1975 年 Masuda 등⁹이 24 例의 큰 血管 動脈瘤와 17 例의 動脈閉鎖症등 많은 例을 報告하였다. 國內에서는 이에 대한 報告는 없다가 최근 崔 등²의 上腕動脈瘤 및 大動脈瘤가 同伴된 2 例의 Behcet 病이 처음으로 報告되었다.

著者들은 이후 總頸動脈瘤 및 腹部大動脈瘤와 左側 內頸動脈에 血栓塞栓症을 同伴한 1例의 Behcet病을 國內에서는 처음으로 經驗하였기에 文獻考察과 함께 報告하는 바이다.

II. 症 例

患 者 : 이 ○ 숙, 여자, 26세

現病歷 : 약 1년 4개월 전부터 右側 頸部에 脈搏이 느껴지는 콩알 크기의 덩어리를 우연히 發見하였으나 特別한 症勢는 없었다. 약 5개월 전부터 間歇的인 發熱과 함께 口腔과 生殖器에 潰瘍이 再發性으로 나타났으며, 약 1주일 間隔을 두고 惡化, 好轉을 되풀이하였다고 한다. 이 潰瘍은 별다른 治療없이도 入院 2일 전에 저절로 消失되었다. 3개월 전부터는 右頸部의 덩어리가 서서히 점점 더 커지면서 痛症을 隨伴했으며, 새로 左側頸部에서도 같은 性質의 콩알 크기의 덩어리를 發見하였다. 입원 하루전 外傷病歷없이 갑작스런 失語症 및 右側顔面神經 및 半側麻痺가 나타나 本院에 入院하였다.

既往歷 및 家族歷 : 특기사항 없음.

理學的 所見 : 血壓은 120/80 mmHg, 脈搏은 104/분, 體溫은 36.7℃, 呼吸數는 20/분이었다. 意識은 昏迷 狀態였으며, 神經學的 所見上 右側顔面神經 및 半側麻痺가 있었다. 눈에는 특별한 이상이 없었으며, 口腔과 生殖器에 現存하는 潰瘍은 없었다. 結節性 紅斑이나 靜

脈炎의 所見은 없었으나 右側 손등의 주사 부위마다 膿疱가 관찰되었다. 한편 左右側 頸部에서 脈搏이 느껴지고 청진상 雜音(bruit)이 들리는 콩알 그리고 계란 크기의 덩어리를 만질 수 있었다. 또한 배꼽 부위에서도 脈搏이 느껴지는 계란 크기의 堅固한 덩어리를 만질 수 있었다.

檢査室 所見 : 血色素는 13.1 gm%, 血沈速度는 24 mm/시간, 血清C反應性 단백질은 1+로 약간 上昇되어 있었다. 血漿纖維素原과 제 8凝固因子 및 euglobulin 溶解시간은 正常 범위에 있었으나 제 12因子는 약간 上昇되어 있었고 clot 溶解시간이 延長되어 있었다. 그의 免疫血清學的 檢査는 모두 正常이었다. 또한 生理食鹽水 皮內反應은 양성이었다.

放射線學的 所見 : 入院 9時間 後에 시행한 腦CT에서는 左側 大腦基底神經節部位에 境界가 不分明한 低密度陰影이 보였으며 (Fig.1-a), 造影劑 注入 後에도 陰影의 증강(enhancement)은 없었다 (Fig.1-b). 動脈造影術상 左, 右 總頸動脈分枝 部位에서 각각 1.5×1.5 cm 그리고 3.5×3.5 cm 크기의 內部에 血栓을 同伴한 小囊型 動脈瘤가 보였으며 (Fig.2 및 3) 左側 內頸動脈의 上部變床部位 (supraclinoïd portion) 기시부에서 血栓塞栓症 (thromboembolism)에 의한 完全閉鎖를 보였다 (Fig.2-b). 또한 腹部大動脈 分枝 部位 直上部에서도 大動脈 右側面을 연하여 2×2 cm 크기의 역시 內部에 血栓을 同伴한 小囊型 動脈瘤를 볼 수 있었다 (Fig.4).

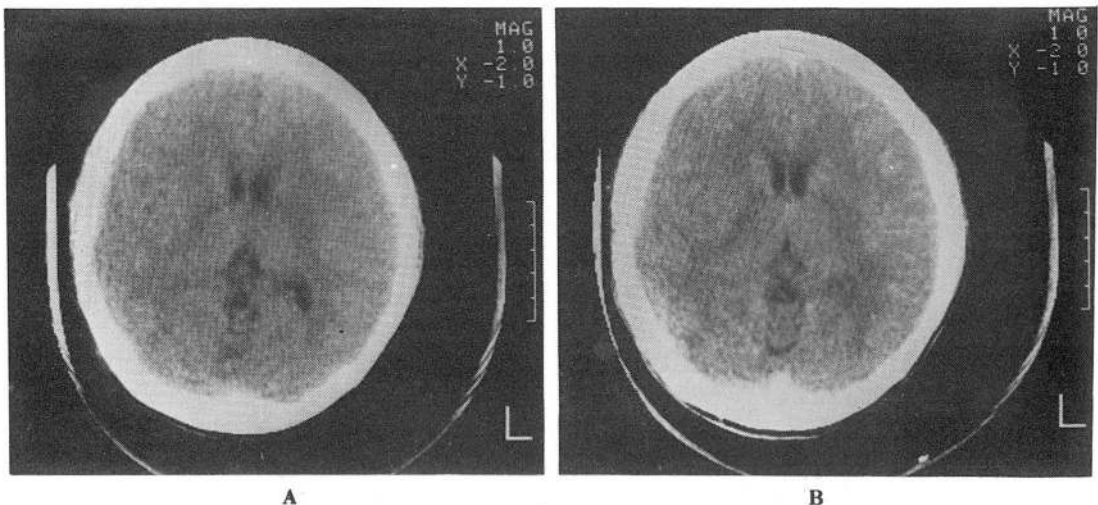
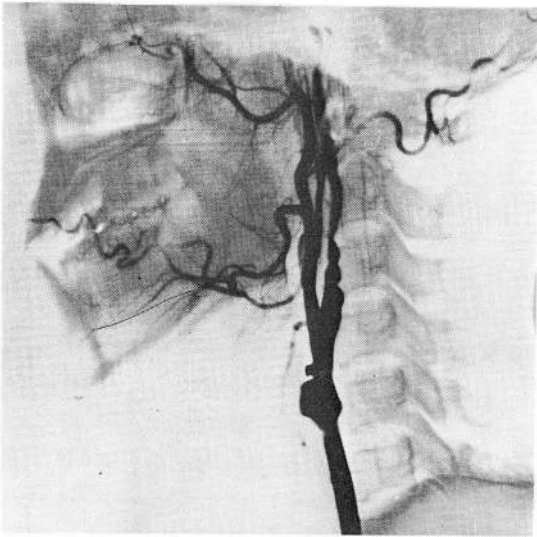
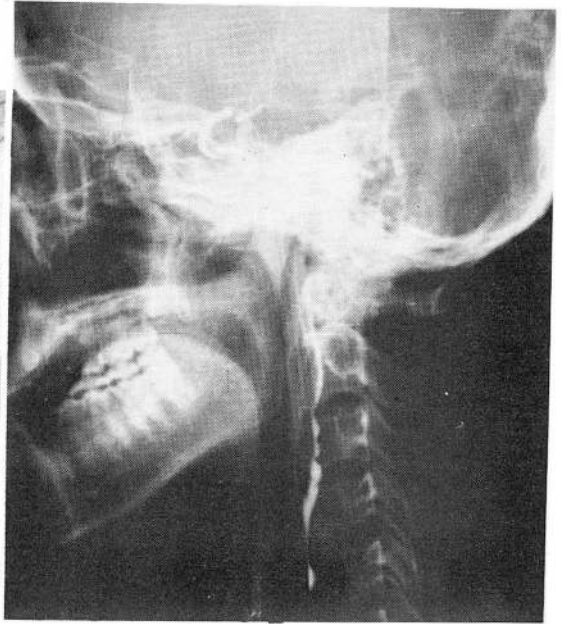


Fig. 1. Pre-contrast CT(a) shows ill-defined hypodense area in left basal ganglia. Post-contrast CT(b) shows no contrast enhancement in hypodense area of left basal ganglia.



A



B

Fig. 2. Lateral view of left common carotid arteriography reveals two saccular aneurysms in vicinity, huge one just proximal to much smaller one, just proximal to bifurcation of left common carotid artery and beaded appearance of proximal internal carotid artery (a). The left internal carotid artery was occluded at its proximal supraclinoid portion with thrombosis (b).

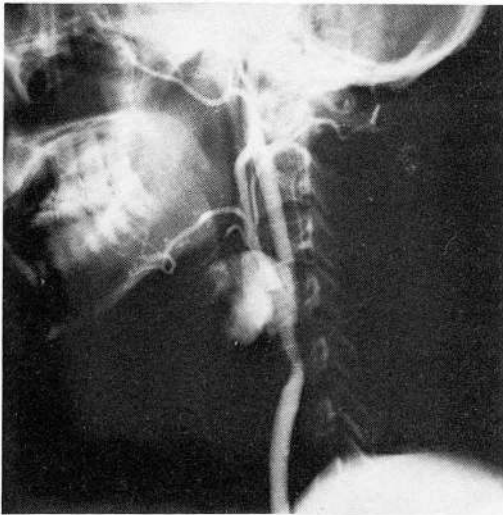


Fig. 3. Lateral view of right common carotid arteriography reveals a large saccular aneurysm just proximal to bifurcation of right common carotid artery.

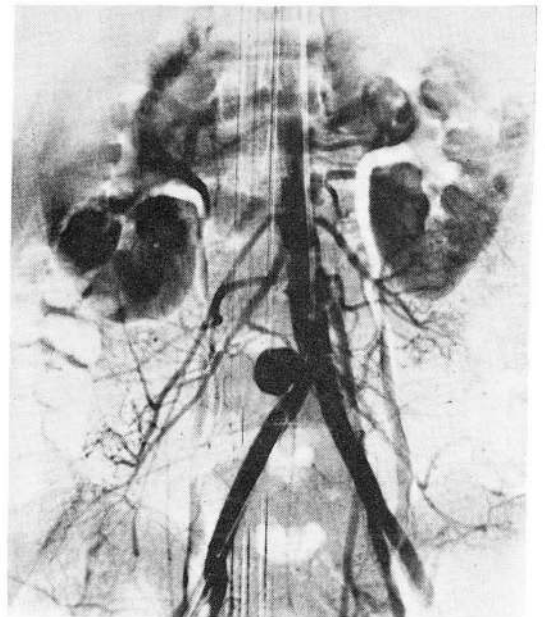


Fig. 4. Abdominal aortography reveals saccular aneurysm at bifurcation site of abdominal aorta.

臨床경과 : 抗凝固劑와 prednisolone 을 복용시켰으나 入院도중 右側 總頸動脈瘤는 오히려 成人 주먹 크기로 커졌으며 意識 수준만 약간 好轉을 보였을 뿐 그 밖의 다른 神經學的 缺損은 별 變化를 보이지 않은 상태에서 退院하였다.

III. 考 案

Behcet 病은 眼, 粘膜炎, 皮膚, 神經, 心脈管, 關節 등을 계통적으로 侵犯하는 全身疾患으로 原來 中近東諸國 및 地中海沿岸諸國에서 호발하는 것으로 알려져 있었으나 지금은 全 世界的으로 分布되고 있으며, 대부분이 20~30 세에 發病하며 약 2대 1로 男子가 많다고 한다⁵⁾.

주요 症狀의 發顯 순서는 평균순위로 口腔-皮膚-溼部-眼의 순이 가장 많았으며^{5,10,11)}, 心脈管系 病變은 7~29%까지 報告하고 있으나 심장 자체의 病變은 드물며, 血管病變으로는 動脈閉鎖, 動脈瘤, 靜脈閉鎖와 靜脈瘤등 크게 4 가지 형태가 있다^{6,10,11)}. Masuda 등⁶⁾의 報告에 의하면 7.7%에서 血管症勢가 있었으며 靜脈病變이 動脈보다 더 흔히 나타나나 주요 死因으로 는 큰 動脈의 動脈瘤 破裂로 되어 있다.

Enoch 등^{8,12)}에 의해 血管炎에 의한 動脈血栓症이 먼저 報告되었으나 Behcet 病에서 가장 특징적인 動脈 病變은 動脈瘤 形成이다¹²⁾.

이러한 動脈瘤는 거의 모든 큰 動脈에서 나타난다고 報告되어 있으며⁶⁾, Enoch 등^{12,13)}에 의하면 이러한 動脈病變은 脈管의 血管(Vasa Vasorum)의 閉鎖性 動脈內膜炎(obliterative endarteritis)에 의하여 主 血管 벽의 弱화와 破壞에 의한 것이라 하였다. 그러므로 종종 手術療法으로도 成功하지 못하고 手術한 部位에서 動脈瘤가 再發하기도 한다^{9,12,13)}.

本 症例에서는 口腔 및 溼部に 再發性 潰瘍이 있었으며 자극에 대해 과민반응을 나타내는 皮膚를 보였기에 Behcet 病으로 진단할 수 있었다. 또한 血管病變으로 左, 右 總頸動脈 및 腹部大動脈瘤가 있었고 이곳에서 부터 떨어져 나온 血栓에 의해 左側內頸動脈內에 갑작스런 血栓塞栓症을 초래하였으며 이로 인해 右側半側麻痺등의 여러가지 神經學的 缺損들을 나타내었던 것이다.

Behcet 病의 神經放射線學的 양상은 그전부터 非特異的인 것으로 報告되어 왔으며 大腦위축, 血管閉鎖, 그리고 無血管性基底神經節腫塊(avasascular basal gang-

lia mass) 등이다^{14,15,16)}. 또한 이 中樞神經系病變은 典型的인 Behcet 症후보다 先行하기도 한다⁹⁾.

동통과 間歇性跛行症(claudication), 高血壓, 無脈症, 半側麻痺 등은 動脈閉鎖의 徵候들이다²⁾. 그러나 이런 現狀들은 末梢血管疾患이나 無脈症(pulseless disease) 과도 유사하며 종종 動脈病變이 Behcet 病의 다른 症候에 先行하거나 이 다른 症候들이 輕微하기 때문에 診斷이 어려울 수도 있다⁹⁾.

靜脈病變으로는 주로 다리에 혹은 팔에 때로는 移動性으로 생기는 表在性 혹은 深部靜脈血栓炎 및 靜脈閉鎖가 흔하며 後者는 上, 下 大靜脈에서 가장 흔히 나타난다^{17,18)}. 靜脈閉鎖의 病因은 확실히는 모르나 凝固能過多(hypercoagulability) 狀態에 기인하는 것으로 생각되고 있다^{9,18)}.

그러므로 큰 動脈이나 靜脈의 病變이 있거나 中樞神經系病變이 있는 患者에서는 Behcet 病에 대한 상세한 病歷을 묻거나 理學的 檢査가 必要하다.

IV. 結 論

著者들은 Behcet 病에서 左, 右 總頸動脈 및 腹部大動脈 動脈瘤와 左側內頸動脈의 血栓塞栓症에 의한 여러가지 神經學的 缺損을 同伴한 1例를 國內에서는 처음으로 經驗하였기에 文獻考察과 아울러 報告하는 바이다.

REFERENCES

1. Lehner, T. and Barnes, C.G.: *Criteria for Diagnosis and Behcet Syndrome*. Ed. by Lehner, T. and Barnes, C.G. 1st Ed. Academic Press, London, p. 1, 1979.
2. 최성재, 이훈용, 이명식, 박재형, 노준량, 이재근, 이문호: Behcet 병에서 상원동맥류 및 대동맥류가 동반된 2예. 대한의학협회지 26:947, 1983.
3. Shimizu, T. Clinicopathological Studies on Behcet's disease. In: Dilsen N, Konice M, Övül C, eds, Behcet's disease, Istanbul, 29-30, September 1977.
4. Ehlich G.E. Behcet's Syndrome: Disease entity or diagnosis under another name? In: Dilsen N, Konice M, Övül C, eds, Behcet's disease, Istanbul, 29-30, September 1977. International Congress Series #467. Amsterdam, Excerpta Medica: New York Elsevier, 197-200, 1979.
5. 이재경: Behcet 병에 대한 통계적 고찰. 대한안

과학회잡지 20 : 23, 1979.

6. Masuda, K, Inaba, G, Mizushima, Y. and Yaoita, H: *A National-wide survey of Behcet's Disease in Japan. Japan Ophthalmol*, 19:273, 1975.
7. Mishuma, Y, Ishikawa, K and Kawase, S: *Behcet's Syndrome with Aneurysm, In proceedings of the Japanese Circulation Society, Tokyo, 1960, Japan. Circulat. J.*, 25:1211, 1961.
8. Enoch, B.A.: *Gangrene in Behcet's Syndrome. Br. Med. J.*, 3:54, 1969.
9. Alexander Rosenberger, Olga B, Adler, Salim Haim, *Radiological Aspects of Behcet's Disease. Radiology* 144:261-264, 1982.
10. Chajek, T. and Fainaru, M.: *Behcet's Disease. Reports of 41 Cases and a Review of Literature. Medicine (Baltimore)*, 54:179, 1975.
11. Chamberlain, M.A.: *Behcet's Syndrome in 32 Patients in Yorkshire, Ann. Rheum. Dis.* 36:491, 1977.
12. Enoch, B.A., Castillo-Olivares, J.S., Khoo, T.C.L., Grainger, R.G. and Henry, L.: *Major Vascular Complication in Behcet's Syndrome, Postgrad. Med J.* 44:453, 1969.
13. Alex G. Litele, Christopher K. Zarins: *Abdominal Aortic Aneurysm and Behcet's Disease. Surgery Mar:91(3):353-362, 1982.*
14. Wolf SM, Schatland DL, Phillips LL: *Involvement of Nervous System in Behcet's Syndrome. Arch Neurol.* 12:315-325, 1965.
15. Kozin F, Houghton V, Berhard GC: *Neuro-Behcet's Disease: Two cases and Neuroradiologic Findings. Neurology: 27:1148-1151, 1977.*
16. Williams AL, Houghton VM, Saxena VK, Albers JW: *Computed Tomography in Behcet's Disease. Radiology* 131:403-404, 1979.
17. Roguin N, Haim S, Reshef R, Peleg E, Riss E: *Cardiac Involvement and Superior Vena Caval Obstruction in Behcet's Disease. Thorax:33:375-377, 1978.*
18. Chajek, T. and Fainaru, M.: *Behcet's Disease with Decreased Fibrinolysis and Superior Vena Caval Obstruction. Br. Med. J.* 1:782, 1973.