

림프절병증(Lymphadenopathy)

가톨릭대학교 의과대학

최 창 진

개 요

1. 정의

림프절병증은 림프절의 크기가 비정상적으로 증가하거나 수가 늘어나거나 경도가 변화된 상태를 뜻한다. 건강한 사람에게도 악와부, 액와부, 서혜부의 림프절은 만져질 수 있다. 비정상적 림프절 병증의 기준은 서혜 림프절은 1.5 cm 이상이고 상완골의 내과의 림프절은 0.5 cm 이상이며, 그외의 부위는 1.0 cm 이상이다. 한 부위에 국한된 경우를 국한성 림프절병증이라 하고, 2개 이상의 비연속적인 부위의 림프절병증을 전신성 림프절병증이라 한다. 국한성 림프절병증은 원발병소와 연관된 림프절이 커지게 되므로 원인질환을 추정하는데 도움이 되고, 림프절병증의 25%를 차지하는 전신성 림프절병증은 의미있는 전신질환을 시사한다.¹⁾

2. 역학

일차의료영역에서 접하는 림프절병증의 75% 이상은 상기도 감염이나 비특이적 원인에 의한 것이고 1% 미만이 악성질환으로 판명된다고 한다. 원인불명의 림프절병증이 악성일 위험은 40세 이상에서는 4%이고 40세 미만에서는 0.4%이라고 보고되나, 쇄골상 림프절병증의 경우는 40세 이상은 90%, 40세 미만은 25%가 악성종양으로 보고되어 악성의 빈도가 높다.¹⁾

3. 고려할 사항

림프절병증의 원인은 감염성질환, 악성종양, 면역학적 원인으로 나뉘볼 수 있으며, 추적관찰을 할 것

인지, 조직검사 등의 적극적인 검사를 바로 시행할 것인지를 결정해야 한다. 이때 고려해야 할 점은 환자의 나이, 림프절병증의 위치, 림프절병증의 지속기간, 동반증상, 비장종대 유무 등이다.

1) 나이: 나이는 림프절병증의 원인이 악성인지, 양성인지를 예측하는데 가장 중요한 인자로, 50세 이상의 환자에서는 악성 종양을 감별하기 위한 적극적인 원인규명이 필요한 반면, 소아의 경우 지속적으로 새로운 항원에 노출되므로 경한 림프절병증이 특별한 질환 없이도 축적되는 경우도 있다.²⁾ 림프증식성 질환에서는 나이에 따른 차이가 없으나 고형암의 경우는 50세 이상의 연령에서 발생빈도가 높다.³⁾

2) 림프절병증의 위치: 국한성 림프절병증은 원발병소와 연관된 림프절이 커지므로 기저질환을 추정할 수 있다. 악성질환을 시사하는 림프절병증의 위치는 쇄골상부, 목갈비근, 장간막, 후복강막, 폐문 및 종격동의 림프절병증이 있을 때이다. 좌측쇄골상부의 림프절병증을 Virchow 림프절이라 하며, 복강내 혹은 흉강내 악성종양을 시사한다(표 1).

3) 림프절병증의 범위: 전신적인 림프절병증은 전염단핵구증, 톡소플라즈마증, 에이즈, 전신홍반성루프스 등이 있고, 림프종, 림프구성 백혈병 등의 악성 원인도 있으나 드물다. 림프절병증과 함께 비장종대가 동반되는 경우는 전이암에 의한 경우는 드물고, 전염성 단핵구증, 급성 백혈병, 만성 림프구성 백혈병, 비호지킨즈/호지킨즈 림프종이 흔한 원인이 된다. 전신성 림프절병증이 있는 경우, 일차 진료의사는 단지 17%만을 진찰해 낸다는 보고가 있다.¹⁾

4) 림프절의 성상: 원인 불명의 림프절은 장경이 2 cm 이상 혹은 2.25 cm² (1.5×1.5 cm)인 경우는 악성이나 육아종성 림프절병증을 예측할 수 있는 크

표 1. 림프절 종대의 위치에 따른 원인.

림프절 종대	원인 질환
경부 림프절	두경부의 감염, 단핵구증 증후군, 결핵, 풍진, 두경부 악성 종양, 림프종
사각근 및 쇄골상 림프절	폐, 후복막, 위장관의 악성 종양, 유방암, 림프종, 흉곽이나 후복막의 감염
액와 림프절	상지의 감염, 교상, 외상, 림프종, 유방암, 흑색종
서혜 림프절	하지의 감염, 림프종, 골반악성 종양, 성병
폐문이나 종격동 림프절	결핵, 육아종성 질환, 전신성 진균, 단핵구증 증후군, 백일해 등의 감염성 질환과 폐암, 유방암, 위장관암, 비호지킨즈 림프종
복강 및 후복막 림프절	결핵성 림프절염, 림프종, 배세포종, 전립선암, 위장관암, 방광암, 만성림프구성 백혈병
전신성 림프절	감염, 악성종양, 약물반응, 전신홍반루프스

기이다.⁴⁾

림프절의 성상은 악성 림프종의 경우 통증이 없고, 고무같은 탄력이 있고 견고하며(rubbery firm), 서로 합쳐서(matted together) 나타나기도 하고, 악성 종양의 침윤인 경우는 딱딱하고 압통이 없는 경우가 많고 하부의 조직에 고정된 경우를 흔히 볼 수 있다. 반면 정상 림프절은 융합되지 않고 가동성이며 아프지 않고 열감이 없으며 크기가 1 cm² (1×1 cm) 이하의 경우가 대부분이다. 악성질환에 의한 림프절이 급격히 커지거나 내부에 출혈이 동반되는 경우도 압통이 올 수 있으므로 압통 유무로 양성과 악성질환을 감별할 수 없다.

5) 동반증상: 림프종에서 동반되는 B증상-발열, 야간발한, 체중감소(6개월 동안 10% 이상) 등은 감염성 질환에서도 동반될 수 있다.

진 단

1. 병력청취

- 1) 특정부위의 감염이나 종양을 의심할 수 있는 증상이 있는가?
- 2) 체중감소, 야간 발한, 열, 피로 등 숨겨진 감염, 결핵, 림프종, 악성종양, 교원성 질환을 의심할 수 있는 증상이 있는가?
- 3) 직업적인 폭로, 최근의 여행지는? 동성연애, 혈우병, 약물 중독 환자에서는 전신성 림프절병증은 HIV 감염을 의심해야 한다.
- 4) 복용하는 약이 림프절병증의 원인이 되는가?

2. 신체검사

림프절은 손가락 끝으로 돌리듯이 누르면서 점막 압력을 가하는 방법으로 촉진한다. 경부와 액와부의 림프절을 촉진할 때는 환자가 앉은 자세에서, 복부, 서혜부, 슬와의 림프절은 누운 자세에서 시행한다. 경부의 전삼각부의 림프절은 환자의 뒤에서, 경부의 후삼각부는 환자의 앞쪽에서 촉진한다. 액와 림프절을 검사할 때는 환자의 앞에서 검사하는 쪽의 팔을 지탱해준 상태로 액와의 천정에서 아래로 내용물을 부드럽게 쓸어내리 듯이 내측벽과 앞뒤벽을 촉진한다. 경부의 목갈비근 림프절은 흉골유돌근을 이완시킬 수 있도록, 환자의 머리를 앞쪽과 진찰하는 쪽으로 약간 숙이게 한후 뒤쪽에서 검사한다.^{5,6)}

3. 림프절병증의 원인질환

림프절병증의 원인 질환으로서 감염 질환, 면역학적 질환, 종양, 내분비 질환, 지질 침착 질환, 약제 등이 있다.

1) 감염질환: 전신적 림프절병증의 가장 흔한 원인은 EB 바이러스에 의한 점염단핵구증이고 그의 감염 바이러스, 거대세포바이러스(CMV), 에이즈, 매독, 장티프스 감염시도 전신성 림프절병증을 볼 수 있다. 급성 HIV 감염의 40~70%가 전신성 림프절병증의 소견을 보인다. 고양이긁힘병(Cat-scratch disease)는 상처가 생긴지 약 2주 후에 국소적인 림프절병증이 생긴다. 결핵균, 기생충 질환에서도 전신적 또는 국소적 림프절병증을 볼 수 있다.

2) 면역학적 질환: 류마치스 관절염, 전신홍반루프스, 혈청병, angioimmunoblastic lymphadenopathy 시도 국소적 혹은 전신적 림프절병증이 생길 수 있다.

3) 종양: 종양의 림프절 침윤이나 종양에 대한 반응성 과증식이 나타날 수 있다.

4) 갑상선 기능항진증

5) 지질 침착 질환: Gaucher's disease, Niemann-Pick disease 등이 있다.

6) 약제에 의한 경우: phenytoin, carbamazepine, atenolol, captopril, penicillin, cephalosporin, quinidine, gold 등이 있다.

4. 검사

환자의 신체검사와 병력을 토대로 개별적으로 시행한다. 일차진료영역에서는 조직검사를 필요로 하는 경우가 5% 미만이며, 임상병리검사를 필요치 않는 경우가 반수이상이다.⁴⁾

1) 기본검사

(1) 일반혈액검사: 백혈구의 감별 혈구 계산을 포함한 일반혈액 검사시 비전형적 림프구가 질환에 나타나며 10~20% 나올때는 EBV, CMV, 바이러스성 간염, 약물 과민증 등을 감별해야 한다. 화농성 감염, 전신홍반루프스 등과 관련된 별혈구 감소증 등을 진단할 수 있다.

(2) 혈청학적 검사 및 혈액배양검사: 간기능 검사 및 B형 간염 항원 검사, 매독 검사, 소변 검사, 갑상선 기능항진증이 의심되면 갑상선 기능 검사를 할 수 있다. EBV, CMV, HIV 등에 대한 항체검사 및 전신홍반

성루프스가 의심되는 경우에는 항핵항체검사를 추가한다.

(3) 흉부방사선: 폐침윤이나 종격동 림프절 종대가 있으면 결핵, 유육종증, 림프종, 원발성 폐암, 전이암 등에 대한 검사가 필요하다.

2) 정밀검사: 림프절병증의 위치에 따라 원발질환을 찾기 위한 영상검사 (CT, MRI, 초음파, 도플러 초음파)나 내시경 검사를 시행한다. 두경부암 환자에서 전이성 림프절병증과 양성 림프절을 감별할때, CT와 MRI는 비교적 정확하고(65~90%), 초음파 소견상 림프절의 장경과 단경의 비가 2 미만인 경우가 전이성 림프절을 시사하는 특이도와 민감도는 95%라고 보고된다.⁴⁾

3) 조직검사: 병력과 신체검사소견이 양성 질환을 시사하는 경우는 2~4주 간격으로 재검할 수 있으나 환자에게 림프절의 크기가 증가하는 경우에는 즉시 다시 내원하도록 교육하여야 한다. 림프절이 악성 종양과 관련된 가능성이 있으면 즉시 생검한다. 생검은 외과적 절제와 침흡인검사가 있는데, 침흡인검사는 감염이나 전이성 악성 종양을 진단할 수는 있으나, 진단을 위해 림프절 구조를 평가해야 하는 림프 악성 종양에는 적당하지 않다. 환자의 임상양상이 림프종을 의심하게 하거나 확립된 진단명이 없고 접근 가능한 부위에 림프절 종대가 있는 경우는 절제 생검을 하는 것이 진단율을 높이게 된다. 경부와 쇄골상부의 림프절병증이 두경부의 편평상피세포암의 가능성을 시사한 경우는 조직검사전에 철저한 이비인후과적 검사를 선행한다. 두경부의 편평상피세포암의 25%

표 2. 청소년과 젊은 성인을 위한 조직검사 지침.

조기 조직검사가 필요한 경우

mononucleosis syndrome의 혈청학적 증명이 안되고 비전형적인 경우
림프절의 크기가 2 cm 이상이고 흉부방사선검사상 이상소견이 있고, 이비인후과적 증상이 없다.
쇄골상부의 림프절병증

조직검사를 미루는 기준

mononucleosis syndrome의 혈청학적 증명이 된 경우
이비인후과적 증상이 있다.
림프절의 크기가 2 cm 이하
이상의 소견중 1개 이상이 있으면서 흉부방사선 검사가 정상인 경우

의 환자가 국소 림프절병증으로 내원한다.⁷⁾ 전신적인 림프절 종대가 있지만 특별한 징후를 보이지 않고 장기를 침범한 소견도 없는 경우에는 가장 크고 비정상적인 림프절을 조직검사하고 가장 쉽게 접근할 수 있는 림프절을 생검할 필요는 없다.⁴⁾ 생검 시 진단율이 높은 순서는 쇄골상부, 경부, 액와부 및 서혜부의 순이다. 생검을 시행할 때는 일반 병리 검사 이외에도 적절한 미생물배양 검사, 림프구형 결정, 악성 종양세포의 세포형을 확인하기 위한 특수 검사들을 같이 시행하도록 한다. 포재성 림프절의 생검에서 진단에 필요한 정보를 얻는 경우는 50~60% 정도이다. 림프절 생검으로 진단을 내리지 못한 환자의 17~25%에서 나중에 주로 림프종과 같은 질환으로 진단된다.⁵⁾ 만약 의심되는 림프절을 적절히 검사하여 진단을 내리지 못하였다면 주의 깊게 관찰하도록 하고 새로 나타난 림프절을 다시 생검한다.

바이러스 감염일 것으로 추정되거나(mononucleosis syndrome) phenytoin 같은 약에 대한 반응으로 림프절병증이 생겼으므로 생각될 경우는 조직검사를 피하는 것이 좋은데, 때로 림프종과 유사한 조직학적 소견이 나와 악성질환으로 오진되는 경우가 있기 때문이다.

치 료

림프절병증 세균감염이 의심되지 않는 한 항균제

는 사용적응이 되지 않으며, 부신피질호르몬의 사용도 금해야 하는데 림프종이나 백혈병과 같은 기저질환의 진단을 방해할 수 있고 감염인 원인인 경우 상처치유나 기저감염을 활성화시킬 수 있기 때문이다.

참 고 문 헌

1. Ferrer R. Lymphadenopathy: Differential diagnosis and evaluation. AAFP 1998;58:1313-22.
2. 홍창의. 소아과학: 제 8판, 서울: 고려의학: 1999. p. 1265-9.
3. 김준석. 림프절 종대의 감별과 진단: 대한의사협회지 1999; 제 43권(10호): p. 1001-8.
4. Braunwald E, Hauser SL, Fauci AS, Longo DL, Kasper DL, Jameson JL. Harrison's Principle of Internal Medicine. 15th ed., McGraw-Hill: 2001. p 360-2.
5. 대한가정의학회. 가정의학. 개정판, 1999:649-53.
6. Munro J, Edwards C. Macleod's Clinical examination. 9th ed. Singapore: Churchill Livingstone: 1995. p74-7.
7. Rondol L, John B, Philip RB, DZ. Principles of Ambulatory Medicine. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins: 1999. p. 651-6.