

보존적 요법으로 치유된 내시경적 유두부 절개술 후 후복막강, 종격동 및 피하 기종 1예

인세의대 내과 : 이준희*, 조준식, 채보원, 이세준, 정준표, 이관식, 이상인, 강진경

내시경적 유두부 관악근 절개술 후 약 7%에서 합병증이 발생하며, 췌장염이 가장 많고, 그외 출혈, 담관염, 천공 등이 있을 수 있다. 1984년 Tedesco 등의 보고에 의하면 천공은 약 1%(57예)에서 있었고, 이중 50%에서 수술을 시행하였으며, 2예에서 사망하였다. 내시경적 유두부 관악근 절개술 후 심이지장 천공이 잘 발생하는 경우는 개설회의 유두를 절개할 때이며, 치료는 아직 논란의 여지가 많으나 천공의 부위가 크지 않은 경우는 금식, 수분-전해질 교정 및 항생제 투여 등의 보존적 요법으로 대개 1주 정도면 회복 된다고 한다. 연자 등은 우상복부 동통을 주소로 내원한 87세 여자환자에서 원위부 총담관 결석을 발견하고, 유두부 관악근 절개술과 바스켓으로 결석을 제거한 후 심한 후복막강, 종격동 및 피하 기종이 발생하였으나 보존적 치료로 임상증상이 호전되었던 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례: 87세 여자가 내원 4시간 전부터 발생한 우상복부 동통을 주소로 내원하였다. 과거력상 약 30년 전 위암으로 부분 위절제술과 Billroth II 위공장 문합술을 시행받았다. 내원 당시 체온 36.1℃였고, 공막에 약간의 황달이 관찰되었으며, 우상복부에 적적압통이 있었다. 검사실소견상 백혈구 6,730/mm³(중성구 77%), total bilirubin 2.7mg/dl, direct bilirubin 2.0mg/dl, γ GT 108mg/dl, alkaline phosphatase 225 IU/L, AST 260 IU/L, ALT 84 IU/L였다. 복부 초음파와 자기공명 췌담도 촬영상 원위부 총담관 결석과 담관의 확장소견이 관찰되었고, 내시경적 역행성 췌담도 조영술상 심이지장 유두부 주위 개실이 관찰되었고, 유두부는 개설회에 위치하고 있었으며, 췌관조영상 췌관은 정상이었고, 담관 조영상 총담관 원위부에 약 15mm 크기의 결석이 관찰되었다. 내시경적 유두부 관악근 절개술 후 바스켓을 이용하여 총담관내의 결석을 성공적으로 제거하였으나, 환자는 시술 약 3시간 후부터 심한 심와부 동통을 호소하였고, 전신적인 복부의 압통 및 안면과 체간에 피하 기종이 발생하였으며, 단순 촬영상 후복막강, 종격동 및 피하 기종이 관찰되어 심이지장 천공 진단하에 10일간 금식, 경정맥 영양공급, 비위흡인, 항생제, somatostatin 유사제로 보존적 치료 후 임상증상이 호전되어 퇴원하였다.

특발성 유두부 협착에 의한 패쇄성 황달과 급성담관염 1예

인세의대 내과 : 조준식*, 정준표, 채보원, 이세준, 이관식, 정재복, 이상인, 문영명, 강진경

유두협착증은 섬유화에 의해 유두부의 구조적인 폐쇄를 일으키는 질환이다. Geenen-Hogan 분류중 type I은 담관 선통, 2회 이상의 간기능 검사 이상, 악형성 담췌관 조영술(ERCP) 조영제의 배출 지연 및 12mm 이상의 담관확장이 있는 경우를 지칭하며, 그 원인은 유두협착증이라고 한다. 협착성 유두염이라는 용어도 Vater 유두의 해부학적 변형을 지칭하며, 그 원인은 주로 만성적인 담석의 유출, 반복적인 급성 췌장염, 만성 췌장염, 경화성 담관염, 소화성 궤양 등에 의한 위종과 섬유화라고 한다. 협착성 유두염의 전형적인 발현은 담낭절제술을 시행 받은 중년 여성에서의 반복적인 상복부 동통이며, 간기능 검사의 이상, 특히 황달은 매우 드물게 나타난다고 한다. 따라서 유두협착증이 패쇄성 황달이나 급성 담도염으로 발현하면 악성질환과의 감별에 어려움이 있어 침습성이 강한 췌십이지장 절제술을 피할 수 없게 된다. 연자들은 뚜렷한 선형질환이나 동반질환의 증거 없이 패쇄성 황달과 급성 담관염으로 내원하여 수술 전과 수술 당시 악성 종양의 존재를 배제하기 어려워 유두부 보존 췌십이지장 절제술을 시행하고 절제조직의 병리검사를 유두부의 섬유화, 선종성 과형성, 만성 염증 등의 소견이 있어 특발성 유두부 협착증으로 진단한 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례: 61세 남자가 내원 하루 전부터 갑자기 발생한 심와부 동통을 주소로 내원하였다. 과거력상 40년전 결핵성 폐염을 앓은 이외에는 특이사항이 없었다. 내원 당시 체온은 39℃였고, 공막에 약간의 황달소견이 있었으며, 우상복부에 적적압통이 있었다. 검사실 소견상 백혈구 15,400/mm³(중성구 83%), total bilirubin 4.9 mg/dl, alkaline phosphatase 543 IU/L, AST/ALT 543/391 IU/L였고, 혈청 CEA와 CA 19-9치는 정상범주였다. 복부 초음파와 복부 전산화 단층 촬영상 간내 그리고 간의 담관의 확장과 담낭내 다수의 석회화 음영이 관찰되었으며, 심이지장 유두부 주위에 종괴나 림프절의 확장소견은 관찰되지 않았다. ERCP상 심이지장 유두부는 육안적으로 정상이었으나, 상대적으로 담관내 삽입이 어려워 바로 경피경간 조영술(PTC) 및 담도배액술을 시행하였다. PTC상 총담관 원위부는 완전히 폐쇄되었고, 폐쇄 근위부는 불규칙한 음영을 보였으며, 폐쇄부의 길이는 약 13mm정도로 측정되었다. 심이지장 유두부 또는 총담관 말단부의 악성종양을 배제할 수 없어 입원 17일째 시험개복술을 시행하였다. 수술 소견상 유두부 주위에 약 2.5×2.0 cm의 단단한 종괴가 촉진되었으며, 림프절의 종대는 관찰되지 않았고, 유두부와 총담관 원위부가 좁아져 있었으며, 담낭과 총담관의 결석은 관찰되지 않았다. 동결 조직 소견상 반응성 증식 이외에 악성세포는 관찰되지 않았으나, 악성종양의 가능성을 완전히 배제하기 어려워 유두부 보존 췌십이지장 절제술을 시행하였다. 수술 후 조직검사를 유두부와 총담관 원위부의 섬유화, 선종성 과형성, 만성 염증 소견이 관찰되었고, 악성 세포는 관찰되지 않아 유두부 협착증으로 진단하였으며, 3년 10개월이 경과한 현재 환자는 별 문제 없이 지내고 있다.