

내시경적 역행성 담췌관조영술 후 발생한 십이지장 벽내 혈종 및 십이지장 부종

Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine,
Korea University College of Medicine, Seoul, Korea

*Chang Ho Jung, Jong Jin Hyun, Seung Young Kim, Sung Woo Jung, Ja Seol Koo, Hyung Joon Yim, Sang Woo Lee

서론: 내시경적 역행성 담췌관조영술은 십이지장 유두부를 통하여 담관과 췌관의 질환을 확인하고 치료하는 침습적인 시술로써 약 5-10%에서 시술 후 부작용이 발생하는 것으로 알려져 있다. 저자들은 내시경적 역행성 담췌관조영술 시행 이후에 발생한 십이지장 벽내 혈종 및 십이지장 부종이 발생한 환자가 있고 이와 유사한 증례가 아직 보고된 바 없어 보고하는 바이다. **증례:** 77세 남자 환자가 약 1달 전부터 발생한 상복부 통증을 주소로 내원하였다. 내원 당시 시행한 신체검사상 혈압은 120/80 mmHg, 맥박 90회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.5°C였다. 이학적 검진상 상복부 부위에 가벼운 압통을 보이고 있었으나 반발통은 없었으며, 이외에 특이소견은 보이지 않았다. 말초 혈액 검사상에서는 혈색소 13.3 g/dL, 백혈구 28950/mm³ (Neutrophil 86.1%), 혈소판 537,000/mm³이었다. 혈청 생화학 검사에서는 총 단백 6.6 g/dL, 알부민 4.1 g/dL, 총 빌리루빈 0.68 mg/dL, 직접 빌리루빈 0.11 mg/dL, AST 22 IU/L, ALT 16 IU/L, ALP 94 IU/L, GGT 53 IU/L였다. 타원에서 시행한 복부 전산화 단층촬영에서 담석, 담도 원위부에 결석과 함께 말초 간내 담관 확장 소견이 관찰되었다. 이에 담도 결석으로 인한 통증 의심하에 결석 제거를 위하여 입원 2일째 내시경적 역행성 담췌관조영술을 시행하였으며 내시경적 유두괄약근 절개술(endoscopic sphincterotomy, EST)과 함께 담석을 성공적으로 제거하였다. 시술 후 바터 팽대부는 출혈 소견없이 깨끗한 상태였다. 시술 약 12시간 후 39.3도로 발열 발생하며 혈액 검사상 WBC 51430/mm³로 상승하는 모습 관찰되어 복부 전산화 단층촬영 시행하였고 십이지장이 전반적으로 두꺼워져 있고 바터 팽대부 주위로 저음영병변이 새로 관찰되고 있었다. 이에 상부위장관 내시경을 시행하였고 십이지장의 부종과 함께 바터팽대부에 돌출된 병변이 확인되었다. 담췌관조영술상에서는 담석이외에 특별한 이상소견은 관찰되지 않았고 이전 시술 시행 후 담도 손상이나 담즙 누출로 인한 변화일 가능성 염두하에 내시경적 담도 배액관(ENBD)을 유지하고 시술을 종료하였다. 금식과 수액공급 등의 보존적 치료와 함께 항생제를 투약하였고 시술 이후 추가적인 발열 없이 혈액 검사상 WBC 18590까지 감소하는 모습 보이며 전신 상태 호전되는 모습 보였다. 이에 외과와 협진하에 담낭절제술을 시행하였다. 수술 후 추적관찰 한 상부위장관 내시경 및 복부 전산화 단층촬영 검사상에서 십이지장의 부종 및 바터팽대부 주변에 관찰되던 십이지장 혈종 역시 호전된 모습 보였고 추가적인 복통 호소없이 안정적인 상태 유지되어 퇴원하였다.

A case of pancreaticopleural fistula in patient of chronic pancreatitis

College of Medicine, Dongguk University, Gyeongju

*Yeo Un Kim, Yong Kook Lee, Jeong bae Park, Jung Ill Suh

The thoracic complications of pancreatitis include atelectasis, pneumonitis, ARDS, pleural effusions, and masses due to intrathoracic pseudocysts. Especially massive pleural effusion due to pancreaticopleural fistula is a rare complication of chronic pancreatitis. The cause of pleural effusion is attributed to the direct extension of a pseudocyst across the diaphragm or by the formation of a fistulous tract between the pancreas and pleural spaces. A 58 year-old man was referred through our hospital's pulmonology because of left sided massive pleural effusion at chest X-ray. He suffered from chest discomfort at left side for two weeks. He has been drinking many alcohols daily for several years. He was diagnosed as chronic pancreatitis and diabetes mellitus five years ago. Diagnostic thoracentesis was performed and the level of amylase in pleural fluid was significantly increased as 2180 U/L. Pancreatic multiple calcification, parenchymal atrophy and ductal dilatation which are found in the patients of chronic pancreatitis was represented at computed tomography. Diagnostic retrograde cholangiopancreatography was performed. Pancreatic ductal stricture at distal portion and pseudocyst with ductal dilatation at middle to proximal portion were found. Especially the one linear tortuous enhancement toward thoracic cage from huge pseudocyst could be found. The available treatment modalities include medical management, endoscopic pancreatic stent placement and surgery.

