

A Case of Small Bowel Adenocarcinoma in Patient Who Had Duodenojejunostomy

Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, St. Paul's Hospital, The Catholic University of Korea

*Deok-jae Han, Eung-koo Lee, Kiwon Shin, Bong Han Kong, Sung Hoon Jung, Jung Hwan Oh

Small bowel malignancies are very rare and account for 0.1-0.3% of all malignancies, and 0.35% in South Korea. Primary adenocarcinoma is the most common subtype makes up 35.8% of all small bowel malignancies. According to Korea central cancer registry, 535 new cases of small bowel malignancies occurred for 2010. The clinical presentation and diagnosis of small bowel adenocarcinoma are usually delayed because the disease is not amenable to endoscopic examination, and especially it located distal to duodenum. Furthermore, incidence rate of such patient with anatomical changes in bowel is yet unknown. We authors report a case of patient with small bowel adenocarcinoma who had previously duodenojejunostomy. A 78-year old female was admitted to our hospital suffering from sustained nausea and vomiting for 2 months. Her medical history included duodenojejunostomy as treatment for small bowel mass 20 years ago, appendectomy, hypertension and type 2 diabetes mellitus. She took abdomen computed tomography (CT) scan 7 months prior to admission, showed fatty liver and renal cysts only. Abdomen CT scan at admission, however, indicated jejunal mass with distended proximal bowel loops and metastatic lymphadenopathies (LAPs) on mesentery. Small bowel series revealed near complete obstruction of jejunum with apple core like mass and ulceration. We couldn't examine esophagogastroduodenoscopy (EGD) or capsule endoscopy since anatomical deterioration which noted in previous EGD, instead small bowel series was done for diagnosis. Mass was resided in proximal jejunum and metastatic LAPs were found in proximal mesentery intraoperatively. Small bowel segmental resection including jejunal mass with mesenteric lymph node dissection was done. Jejunal mass was diagnosed as moderate to poorly differentiated adenocarcinoma on pathology, and so as dissected lymph node. On postoperative 2 months, no recurrent malignancy is found in follow up abdomen CT scan. Her symptoms of nausea and vomiting also subsided and have good performance, either. Allude to this case, clinicians may take note of small bowel malignancy even with nonspecific symptoms if they persist or if patient had anatomical change in bowel.

위 내시경 시행 직후 발생한 AGML 1예

강릉아산병원 내과

*최규언, 박종규, 이제훈, 한양희, 권준성

서론: 급성 위 점막 병변(Acute gastric mucosal lesion, 이하 AGML)은 스트레스, 소염제, 항생제 등에 의하거나 혹은 위 점막으로의 혈류가 감소하는 경우에 생긴다고 알려져 있다. 증상이 없는 환자를 대상으로 위 내시경을 시행한 직후 발생한 AGML은 아직까지 보고된 적이 없으며, 과거 일본에서 보고되었던 위 내시경 후 발생한 AGML의 경우는, 위 내시경을 시행하고 나서 2일-4일후 발생한 예를 대상으로 하였기에 본 증례와는 일치하지 않는다. 최근, 위 내시경 시행 직후에 AGML이 발생한 증례를 경험하여, 이에 보고하고자 한다. **증례:** 46세 여자로 건강 검진을 목적으로 위 내시경을 시행 받았고, 상체부 대만, 중위 전정부 대만에서 편평 미란이 관찰되어 조직 생검을 하였으며, 그 외에 특이소견이 없어 검사를 종료하였다. 환자는 검사 종료 후 10분 뒤에 배꼽 주위에서 발생하는, 장이 끊어지는 것 같은 심한 복통과 식은땀 그리고 구토 증상을 호소하였고, 당시 혈압은 150/80 mmHg, 심박동수는 약 100회/분이었으나 환자의 얼굴이 창백해 보여서 소화기계 출혈 가능성을 고려하여 처음 위내시경을 시행하고 나서 1시간 뒤에, 다시 위 내시경을 시행하였다. 추적 위 내시경에서는 출혈의 소견은 없었고, 다발성의 얇은 궤양, 미란, 발적, 부종이 주로 전정부에 산재되어 관찰되었으며, 일부는 체부 대만에서도 관찰되었다. 혈액검사에서는 혈색소가 13.3 g/dL이었고, 다른 일반 혈액 검사와 간 수치 검사의 이상소견을 보이지 않았다. 당일 시행한 혈관 조영 복부 전산화 단층촬영에서는 관류이상 등은 발견되지 않았다. 이후 환자는 입원하여 프로톤 펌프 억제제를 주사제로 투여 받으면서 복통이 소실되었으며, 다음날 퇴원하였다. 미란병변 두 곳에서 조직 검사한 소견은 소화세포 과증식(foveolar hyperplasia)만 관찰되었고, 헬리코박터 균은 검출되지 않았다. **결론:** 상부 위 장관 내시경에서 정상소견을 보였고, 검사 종료 후 급성 복통을 호소하는 환자에서는 가스팽창(gas distension) 등의 원인 이외에도 AGML을 고려할 수 있겠다. 또한, AGML을 유발하는 원인에 대한 더 많은 연구가 필요하겠다.