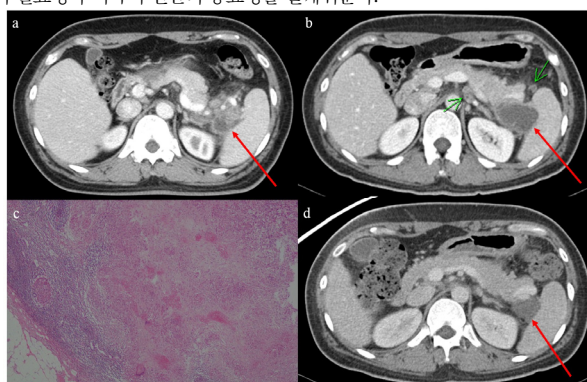


췌장 가성낭종으로 오인된 복강내 원발성 결핵성 림프절병증 환자 1례

국민건강보험공단 일산병원 소화기내과

*최진영, 정재복, 서정훈

서론: 복강내 국한된 결핵성 림프절병증은 드물고 증상이 비특이적이며 확진을 위해선 조직검사가 필요하기 때문에 진단이 늦어지거나 다른 질환으로 오인하기 쉽다. 본 저자는 췌장 가성낭종으로 오인되었던 복강내 원발성 결핵성 림프절병증 환자를 경험하였기에 보고하는 바이다. **증례:** 42세 여자 환자로 15일간의 좌상복부 통증과 발열을 주소로 타병원 내원하였으며 특이 과거력 및 음주력은 없었다. 타병원 검사상 amylase 91 U/L, lipase 39 U/L로 정상 상한치의 3배 이상 증가하였으나 내원시 배꼽주변 복부압통 소견이 있었고 복부CT상 췌장의 부분적 증대와 췌장미부에 직경 3.6cm 가량의 액체저류(peripancreatic fluid collection) 소견이 관찰되었다(a). 췌장염에 준해 보존적 치료 및 항생제 투여를 하였으나 환자는 야간 발열 증상이 지속되어 타병원 입원 6일째에 복부CT를 다시 진행하였고 이전 영상에 비해 유의한 변화소견은 없었다. 타병원 입원치료 11일째에 복통과 발열이 호전되어인 상태로 퇴원하여 추가적 상담원해 본원 외래 내원하였다. 본원 내원시 췌장효소를 포함한 혈청학적 검사는 정상소견이었고, 좌상복부에 경미한 불편감 이외에 특이증상 없어 췌장 주변 액체저류가 가성낭종으로 변화했을 가능성을 염두 하에 외래 추적관찰하기로 하였다. 3개월 후 내원한 환자는 8kg의 체중 감소와 간헐적인 복부통증을 호소하였으나 혈청학적 검사는 이전과 마찬가지로 모두 정상이었다. 이에 추적한 복부CT검사상 췌장미부의 액체저류가 이전에 비해 증가하였고 비장동맥, 위창자간막동맥, 복부대동맥 주변으로 괴사된 림프절병증 소견이 관찰되었다(b). 확진을 위해 복강경적 림프절 절제생검을 시행하였으며, 조직검사에서 건락성 괴사를 동반한 육아종 소견 및 MTB-PCR에 양성소견을 확인하였다(c). 흉부 x-ray, 상부위장관내시경, 대장내시경 상에서 결핵 의심 병변은 없었다. 최종적으로 환자는 복강내 국한된 원발성 결핵성 림프절병증으로 확진되어 결핵치료를 시작하였고 치료 시작 3개월째에 시행한 복부CT상 호전소견을 확인하였다(d). 본 증례는 국내 보고되지 않은 매우 드문 증례로 추적관찰의 필요성과 적극적 진단의 중요성을 일깨워준다.



Xanthogranulomatous cholecystitis mimicking gallbladder carcinoma

¹서울대학교병원 내과, ²서울대학교병원 소화기내과

*최진주¹, 김용태²

Xanthogranulomatous cholecystitis (XGC) is an uncommon form of cholecystitis which presents with non-specific symptoms that is often mistaken for gallbladder (GB) cancer. Though the clinical and radiologic features of XGC have been described in detail, exact diagnosis of XGC is virtually impossible. Fine needle biopsy plays an important role in making differential diagnosis between gallbladder cancer and XGC. A 72 year-old man was admitted to the hospital complaining of spiking fever and dyspepsia which lasted for 1 month. Blood sample was sent for bacterial culture and he was given parenteral piperacillin/tazobactam. Abdominal computed tomography was checked to find out focus of intra-abdominal infection. The result of bacterial culture was negative and CT showed irregular-shaped GB with the asymmetric wall thickening which looked like a GB cancer.(Figure1) Infiltration of the surrounding hepatic parenchyma and a low attenuated mass-like lesion in liver segment 7 was suspicious for cancer invasion and metastasis. On physical examination, his abdomen was soft without tenderness. Blood tests showed a white cell count of $10.31 \times 10^5/L$, CRP 14.10 mg/dL, total bilirubin 1.0 mg/dL and normal liver function tests. Serum CEA level was 1.7 ng/mL and CA 19-9 level was 33.4 U/mL. After he has received antibiotics for two weeks he became afebrile and his CRP level decreased to 1.12 mg/dL. However, follow-up CT showed constant lesion with the same morphology and size as the previous scan. He underwent percutaneous liver biopsy for mass lesion on segment 7. The specimen showed non-neoplastic hepatic parenchyma with minimal portal inflammation. He received second percutaneous biopsy for thickened GB wall and the specimen showed non-neoplastic hepatic parenchyma again. Acid-Fast staining and Polymerase chain reaction test for Mycobacterium tuberculosis were both negative. He underwent third percutaneous biopsy of hepatic hilar mass. The last specimen showed xanthogranulomatous inflammation. He was discharged and prescribed with oral antibiotics. He received multi-ple endoscopic biliary procedures for benign biliary stricture. Follow up CT scan showed improvement of GB mass.

