

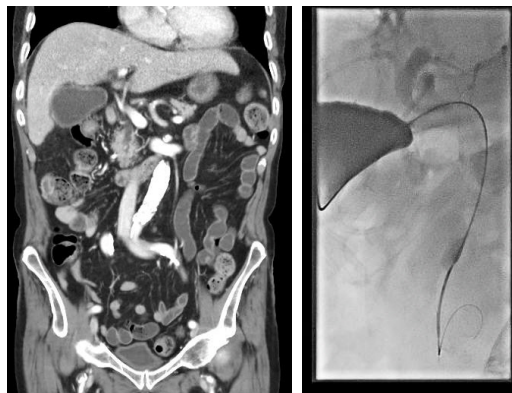
## ■ Sun-101 ■

## 담도 삼관에 실패한 환자의 경피경간 담낭 배액로 통한 랑데뷰 방법으로 치료한 담도염 1례

광주보훈병원

\*박현민, 양준승

**서론:** 담관 결석을 동반한 담관염에 대한 치료 방법은 내시경 역행체담관 조영술(ERCP)을 이용한 내시경팽대부조임근절개술(EST)이다. 그러나 해부학적 변화로 선택적 삼관이 어려운 경우 시술이 불가능한 경우가 있다. 이런 경우 경피경간 담낭 배액로(PTGBD)를 이용하여 랑데뷰 방법으로 치료된 담도염 1례가 있어 보고한다. **증례:** 83세 남자가 내원 당일 발생한 우상복부 통증과 발열을 주소로 입원하였다. 신체진찰에서 우상복부 심한 압통있고, 혈액 검사에서 WBC 21690/mm<sup>3</sup>, CRP 35.6mg/dL, AST 111 U/L, ALT 23 U/L T.bil 2.93 mg/dL로 상승되어 있었다. 복부 CT에서 담낭의 확장과 담낭벽의 비후 관찰되며 총담도에 약 6mm size의 담석이 보였다. 담관염으로 인한 통증으로 판단하여 초음파 유도하에 PTGBD시행하여 증상은 호전되었다. CBD stone에 대하여 ERCP시행하였으나 선택 삼관에 실패하였다. PTGBD 경로를 통하여 조영제를 주입하여 담낭관이 충분히 개방되어 있음을 조영제가 통과되는 것으로 확인하였고 담낭관을 통한 랑데뷰 방법을 시도하였다. 유도선을 십이지장경상 확인할수 있었으며 이 위치를 통하여 EST후 총담도 담석을 basket으로 성공적으로 제거할수 있었다. 환자는 이후 증상 호전되어 PTGBD제거후 퇴원하였으며 외래 경과 관찰중이다. **고찰:** 선택적 담도 삼관은 ERCP의 검사의 필수적인 첫 번째 단계이다. ERCP를 통한 선택적 삼관이 어려운 경우 PTBD 또는 PTGBD 경로를 확보 할수 있다면 유도 철사 삽입 후 랑데뷰 방법을 통한 ERCP를 제시도하는 방법도 시도 될수 있다. 특히 PTGBD를 이용하는 방법은 담낭관 자체가 직경이 작고 굴곡이 심하여 통과하기 어려워 잘 이용하지 않는 경로이며 담관염 및 담낭관염이 동반된 경우 삼입 실패나 무리하게 시도하다가 담낭관의 손상이나 천공 등의 합병증이 발생할 확률이 높다. 본 증례에서는 담관염 소견이 PTGBD후에 호전되었고 담낭관도 충분한 개방을 보여 담낭관을 통한 유도선 통과가 가능해 시술가능하였다. 선택적삼관에 실패하는 환자에서 PTGBD경로로 접근이 가능하다면 이를 통해 치료가 가능하기 에 보고하는 바이다.



## ■ Sun-102 ■

## Primary pancreatic small cell carcinoma diagnosed by endoscopic ultrasound guided fine needle biopsy

<sup>1</sup>원광의대병원 내과, <sup>2</sup>원광의대병원 병리과\*이순관<sup>1</sup>, 김태현<sup>1</sup>, 최금하<sup>2</sup>, 전형구<sup>1</sup>

A 75-year-old man without underlying disease referred to our department presenting with abdominal distension and dyspepsia for 1 month. There were bulging flanks and shifting dullness on abdomen on physical examination. Laboratory tests revealed unremarkable except the presence of carbohydrate antigen 19-9 significant elevation. Abdominal CT scan and MRI demonstrated an approximately 8cm lesion in a size with necrotic portion on pancreas tail and multiple hypodense masses involving liver, spleen, and adrenal gland with massive ascites. Chest CT scan showed no evidence of pulmonary tumor. PET scan revealed intense hyper-metabolic uptake lesions on pancreas tail, liver, spleen, both adrenal glands, and peritoneum. Endoscopic ultrasonography showed an ill-defined heterogeneous mass on tail of pancreas with peri-pancreatic and peri-hilar lymph node enlargement. EUS guided fine needle biopsy was performed 22-G core needle at pancreatic mass and visible whitish core specimens were obtained. On histology, small round cells with nuclear molding and crushing artifact was noted. Immunohistochemical staining revealed negative for antibody of thyroid transcription factor (TTF-1), leucocyte common antigen (LCA), and positive for CD56, chromogranin, and synaptophysin, which was compatible with Primary pancreatic small cell carcinoma (PPSCC). The patient refused palliative chemotherapy. Unfortunately, he was expired 3weeks later. PPSCC is an extremely rare, accounting for less than 1% of primary pancreatic malignancy. PPSCC has aggressive behavior with rapid progression and usually diagnosed at advanced stage. Therefore, the survival duration may be very short, although several cases reported that the patient with PPSCC achieved partial and complete remission after combination chemotherapy. Cross-sectional imaging and histology with IHC staining from obtained tissues by EUS-FNB is useful for differentiating if small cell carcinoma of pancreas is primary or metastatic lesion. PPSCC is a diagnosis that can be made in absence of abnormal lung pathologic condition and compatible hisopathologic result. Here, we reported a rare case of PPSCC with poor prognosis diagnosed by EUS-FNB.

