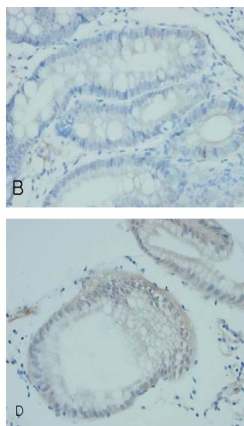
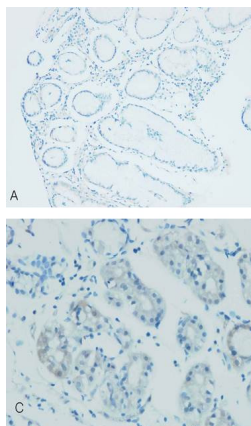


헬리코박터 파일로리 감염시 위점막의 paraoxonase 1 발현의 변화

¹가톨릭대학교 의정부성모병원 내과, ²가톨릭대학교 서울성모병원 내과

*신승호¹, 최현호¹, 김진수², 김성수¹

목적: 고농도의 활성산소종(reactive oxygen species)이 형성되거나 형성된 활성산소종이 적절하게 제거되지 않은 경우 세포는 산화스트레스를 받을 수 있으며, 이는 심한 대사 이상 혹은 유전자 손상을 줄 수 있다. Paraoxonase 1은 산화스트레스에 대한 방어 역할을 하며, 위암을 포함한 악성암에서 혈청 paraoxonase 1 발현은 감소되어 있는 것을 알려져 있다. 그러나 헬리코박터 파일로리 감염 전과 후, 그리고 위암에서 암과 암 주위의 비종양 조직 paraoxonase 1 발현의 차이를 비교한 연구는 없어 헬리코박터 감염 및 위암 조직에서 paraoxonase 1 발현의 변화를 알아보고자 하였다. **대상 및 방법:** 위암 발병인자로 알려진 헬리코박터 파일로리 감염이 조직내 paraoxonase 1 발현에 미치는 영향을 알아보기 위해 헬리코박터균에 감염이 확인된 18명의 환자에서 제균치료 전과 후 위 조직을 이용하였다. 또한 위암에서 paraoxonase 1 발현을 보기 위해 위암으로 진단받고 위절제술을 받았던 총 109개의 위암 조직과 동수의 암 주위 비종양 조직을 얻어 연구에 이용하였다. 조직내 산화스트레스의 정도는 malondialdehyde로 평가하였으며, paraoxonase 1의 발현강도와 malondialdehyde 발현강도를 면역조직화학염색을 통해 비교분석 하였다. **결과:** Paraoxonase 1과 malondialdehyde의 발현강도는 헬리코박터 파일로리 제균 후에 비해 제균 전에 유의하게 증가되어 있었으며(1.77 vs 1.05, 1.83 vs 1.11, P<0.05), 위암조직은 암 주위 비종양조직에 비해 malondialdehyde의 발현강도는 유의하게 증가되었지만(1.22 vs 0.39, P<0.05), paraoxonase 1의 발현은 유의한 차이는 없었다. **결론:** 헬리코박터균 감염시 위상피세포는 산화 스트레스를 받으며, paraoxonase 1은 항산화 효소의 역할을 할 것으로 생각한다.



	Pre-eradication (n=18)	Post-eradication (n=18)	P value
Lymphocyte infiltration (mean score)	2.50	1.72	0.002
Neutrophil infiltration	1.88	0.88	0.006
MDA intensity	1.77	1.05	0.008
PON1 intensity	1.83	1.11	0.023
PON1 immunopositivity cases(n,%)	16(88.9%)	11(61.1%)	0.121
MDA immunopositivity cases(n,%)	16(88.9%)	12(66.7%)	0.228

ACUTE BOWEL OBSTRUCTION BY COLONIC METASTASIS OF FALLOPIAN TUBE CANCER: ENDOSCOPIC PALLIATION

명지병원

*서혁, 이홍섭

Introduction: 10%-30% of colon cancer patients initially have acute colonic obstruction. Emergency decompression by surgery are significant risk of morbidity (32% -64%) and mortality(15% -34%). SEMS(self-expanding metal stents) may be a good option to treat acute malignant colon obstruction. Colonic obstruction is also caused by extracolonic tumors. Some studies showed clinical outcome of SEMS for occlusions due to extra-colonic causes may be less effective than that due to colonic cancer. In this case, colonic obstruction due to metastatic cancer was successfully decompressed by inserting the plastic tube into the stent. **CASE:** The 54-year-old woman admitted, because of persistent abdominal pain and vomiting. She had a history of total laparoscopic hysterectomy and partial salpingectomy after diagnosis of fallopian tube cancer 6 years ago. And then, she underwent adjuvant chemotherapy and perform secondary cytoreductive surgery, because of recurrence. At admission, computed tomogram showed extracolonic obstruction by metastasis. However, she refused the operation. Therefore, colonoscopic stent insertion was planned for decompression. At first colonoscopy, passing the scope into proximal part of lesion was impossible. So, the insertion of stent(UNCOVERED, 100 mm, 24 mm) was done with successful decompression. A few days later, the patient showed symptom recurrence. After 9 days of procedure, secondary endoscopy was performed. The stent(COVERED, 120mm, 24mm) was reinserted. But there was no symptom improvement. Next day, endoscopy was performed again. After plastic tube(20fr, 6.7mm) fixation after balloon dilatation(20mm, 2min), her symptoms were improved. After successful decompression, the patient agreed to the operation and discharged after surgery. **Conclusion:** The clinical outcome of SEMS for occlusions due to extracolonic causes may be less effective than that of the colonic cancer. In this case, we achieved successful decompression by inserting a plastic tube into the stent for a patient with acute obstruction by extracolonic mass.



Figure 1
Obstructive pattern in X-ray(Abdomen Erect)

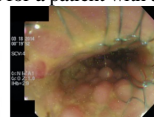


Figure 2-1
First intervention
(stent insertion)

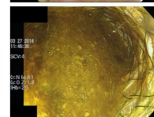


Figure 2-2
Second intervention
(stent insertion)

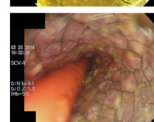


Figure 2-3
Third intervention
(plastic tube
insertion into the
previously inserted
stent)