Korean J Gastroenterol Vol. 67 No. 6, 341-343
http://dx.doi.org/10.4166/kjg.2016.67.6.341
pISSN 1598-9992 eISSN 2233-6869

IMAGE OF THE MONTH

KJG

위전절제술 후 식도-소장 문합 부위에 발생한 정맥류 출혈

서정웅, 김정한
건국대학교 의과전문대학원 내과학교실

Variceal Bleeding from Anastomosis Site after Total Gastrectomy with Esophagojejunostomy

Jung Woong Seo and Jeong Han Kim
Department of Internal Medicine, Konkuk University School of Medicine, Seoul, Korea

증례: 60세 여자 환자가 내원 하루 전 발생한 토혈을 주소로 응급실로 내원하였다. 과거력에서 14년 전에 진행성 위암으로 위전절제술을 시행 받았고, 12년 전 만성 B형간염 및 간경화를 진단받았으나 추적관찰 받지 않고 지내던 중, 1년 전부터 본원에서 entecavir를 처방 받아 추적 관찰 중인 환자였다. 신체 진찰에서 급성 병색을 띠고 있었으나 수축기 혈압 106 mmHg, 이완기 혈압 57 mmHg, 맥박수 분당 61회, 호흡수 분당 14회, 체온 36.3°C로 활력징후는 안정되어 있었고 그 외의 신체 진찰에서는 특이한 점은 없었다. 시행한 말초혈액검사에서 백혈구 5,370/mm^3, 혈색소 8.1 g/dL, 혈소판 47,000/L, 혈액응고검사 PT INR 1.43, 생화학검사에서는 AST 30 IU/L, ALT 17 IU/L, 총빌리루빈 1.6 mg/dL, total protein/albumin 4.9/2.5 g/dL였다. 내원 후 시행한 내시경 검사에서 원위부 식도정맥류(F1)가 관찰되었고, 식도-소장 문합 부위에서 활동성 출혈이 관찰되어 내시경 지혈 클립술로 성공적인 지혈치료를 하였다(Fig. 1). 이후 재출혈의 소견 보이지 않아 1주 후 퇴원하여 외래에서 추적관찰 하였다. 환자의 경우 식도-소장 문합 부위에 뚜렷한 정맥류는 보이지는 않았지만, 문맥압 항진과 이에 동반된 정맥 확장으로 인한 출혈로 판단되어 재출혈 방지를 위해 비선택적 베타차단제 propranolol을 사용하였다. 하지만 이후 식도-소장 문합 부위의 반복적인 재출혈로 입퇴원을 반복하였다. 입원 기간 중 재출혈을 방지하기 위해 내시경 정맥류 결찰술을 고려하였으나 식도-소장 문합 부위의 해부학적 구조상 기술적으로 정맥류 결찰술이 불가능하였다. 구조요법으로 초출혈 6개월 후 목정맥 경유 간속문맥 전신순환션트(transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS)를 시도하였으나 실패하였다. 이후, 내시경 주사 경화요법 및 지혈 클립술을 출혈 시마다 시행하였는데, 지혈치료는 성공적이었으나 재출혈을 예방하지는 못하였고 정맥류의 크기가 지속적으로 증가하였다(Fig. 2). 정맥류 출혈에 대한 약물과 내시경 치료 실패로 판단되어 3년 뒤 TIPS를 재시도하여 성공적으로 시행하였다. TIPS 시행 후 현재까지 재출혈 소견은 없으며 이후 시행한 내시경 소견에서도 원위부 식도의 식도정맥류는 소실되었고 식도-소장 문합 부위의 정맥 확장도 소실된 것이 확인되었다(Fig. 3). TIPS의 부작용으로 간성뇌증이 발생하였으나 간성뇌증 재발 방지를 위한 보존요법을 시행하면서 외래 추적관찰 중이다.

진단: 위전절제술 후 식도-소장 문합 부위에 발생한 정맥류 출혈

간경변증 환자에서 급성 정맥류 출혈은 생명을 가장 심각하게 위협하는 합병증 중 하나이다. 식도 정맥류는 Child-Pugh A 등급 간경변증 환자의 약 40%에서 발견되며, Child-Puch C 등급 환자에서는 약 80%에서 동반되어 있다. 출혈의 위험도는 정맥류의 크기와 적색 징후 및 간기능 부전의 정도(Child-Pugh class)와 관련이 있다. 현재 식도 정맥류 존재를

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.
Copyright © 2016. Korean Society of Gastroenterology.

교신저자: 김정한, 05030, 서울시 광진구 능동로 120-1, 건국대학교병원 소화기내과
Correspondence to: Jeong Han Kim, Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Konkuk University Medical Center, 120-1 Neungdong-ro, Gwangjin-gu, Seoul 05030, Korea. Tel: +82-2-2030-7764, Fax: +82-2-2030-5029, E-mail: 93haan@hanmail.net

Financial support: None. Conflict of interest: None.

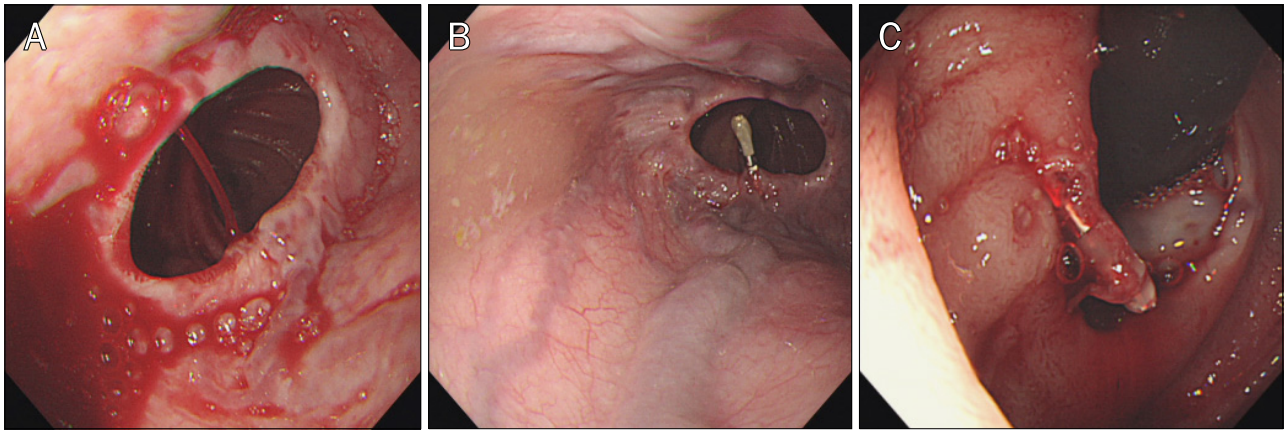

Fig. 1. Esophagoduodenoscopic findings during first variceal bleeding episode. (A) Active bleeding was noted on esophagojejunostomy anastomosis site. (B, C) Endoscopic hemoclipping was attempted to achieve hemostasis. Endoscopic findings shown that endoscopic variceal ligation is impossible.

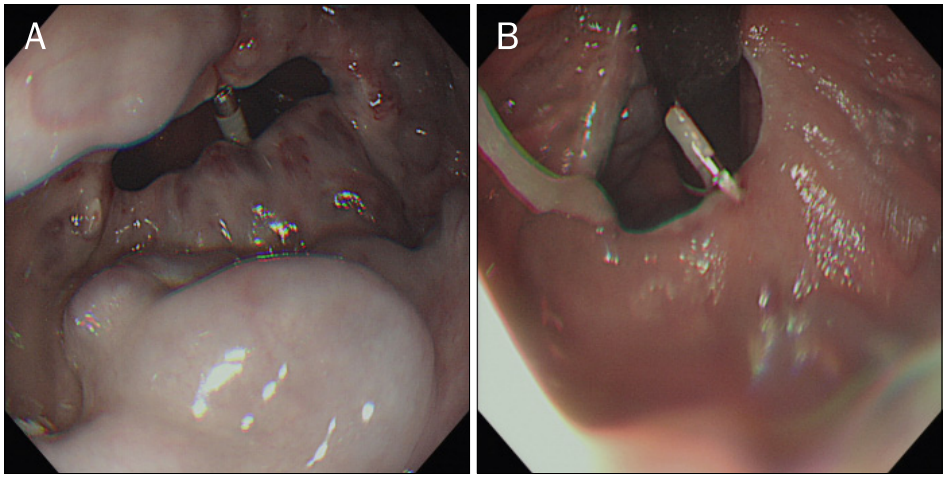

Fig. 2. Esophagoduodenoscopic findings during variceal re-bleeding. Enlarged tortuous varices were noted on lower esophagus. Endoscopic hemoclipping was attempted on anastomosis site.

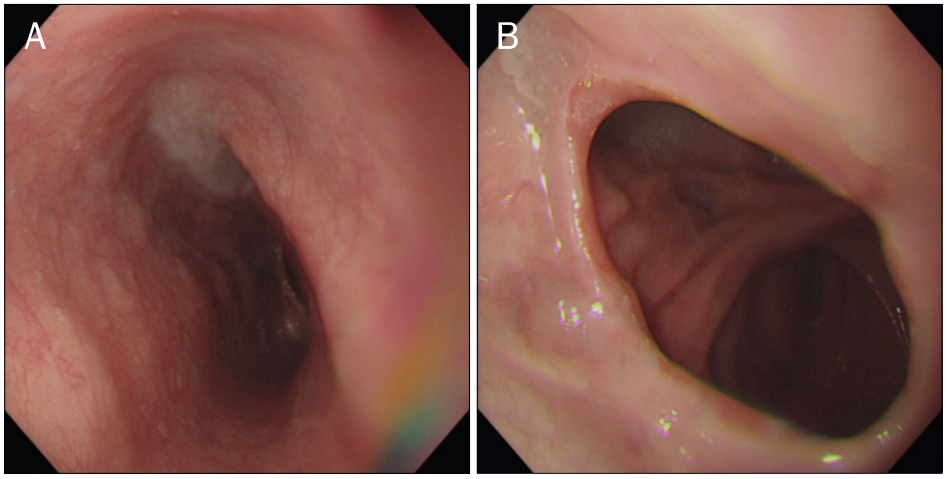

Fig. 3. Esophagoduodenoscopic findings after transjugular intrahepatic portosystemic shunt. Esophageal varices and venous distensions in anastomosis site disappeared.

정확하게 예측할 수 있는 비침습적인 방법이 없기 때문에 모든 간경변증 환자는 처음 진단 시에 정맥류 확인을 위한 내시경 검사가 필요하다.[1] 최근 정맥류 출혈의 치료는 안전하고 효과적인 혈관 작용 약제의 개발과 내시경 치료기술의 발전, TIPS의 도입으로 사망률이 현저히 감소하였지만, 아직까지 10-20% 정도의 치료 실패를 보이며 사망률은 15-20% 정도로

알려져 있다.[2]

급성 정맥류 출혈 환자는 1차 치료로 약물치료와 내시경 치료를 권장한다.[3] 활동성 출혈인 경우 출혈 부위나 출혈 바로 아래를 처음에 결찰하고, 지혈 여부를 확인 후 밴드를 사용하여 위식도 접합부위 상부 5-10 mm부터 5 cm 부위까지 차례로 내시경 정맥류 결찰술을 시행하는 것이 좋다. 내시경 주사 경화요법은 정맥류 결찰술이 기술적으로 불가능하거나 실패한 경우 시도할 수 있다. TIPS는 약물과 내시경 치료에 실패하였거나 내시경 치료가 가능하지 않는 경우에 고려하는데, 초기 지혈 성공률은 95%이지만 스텐트의 재협착에 의한 재출혈률이 25-30%로 높다.[4] 정맥류 재출혈 예방을 위한 내시경 치료로는 내시경 주사 경화요법보다 내시경 정맥류 결찰술이 더 좋은 결과를 보여주며, 결찰술을 시행한 경우 평균적인 재출혈률은 32%로 보고되고 있다.[5] 또한 향후 재출혈을 예방하기 위해 여러 조사에서 내시경 정맥류 결찰술 단독 치료보다 비선택적 베타차단제의 병합 치료가 더 나은 정맥류 출혈 예방의 성적을 보여준 바 있다. TIPS는 내시경 치료와 비교하여 유의하게 낮은 재출혈률을 보이지만 시술 후 높은 빈도로 간성 혼수의 발생을 동반하여 정맥류 재출혈 예방을 위한 일차 치료로 권장하지 않으며, 내시경 치료와 약물의 병합에 실패한 경우 구조치료로 권유된다.[6]

이 증례의 경우 위전절제술 후 식도-소장 문합부에서 정맥류 출혈이 관찰되었고, 해부학적 구조상 내시경 정맥류 결찰술이 불가능하여 비선택적 베타차단제와 내시경 주사 경화요법을 시행하였다. 그러나 재출혈을 예방하지 못하여 TIPS를 시행하였고 현재까지 성공적으로 재출혈을 예방하였다. 최근 Garcia-Pagán 등[7]에 의한 무작위 임상연구에서는, 급성 정맥류 출혈 환자와 정맥류 치료 실패위험도가 높은 환자군(Child-Pugh class C ＜14 또는 활동성 출혈이 있는 Child-Pugh class B 환자)에서 조기 TIPS를 시행하였을 때 비선택적 베타차단제와 내시경 치료의 병합 치료보다 치료 실패율과 사망률 모두 유의하게 낮다고 보고되었다.[8]

급성 정맥류 출혈을 경험한 환자는 1-2년 이내에 평균 60% 정도에서 재출혈을 경험하며, 이로 인한 사망률이 33%에 달하는 것으로 보고되어 재출혈 방지를 위한 최선의 조치가 필요하다.[3] 하지만 정맥류의 위치 및 출혈의 정도와 합병증이 다양하기 때문에 여러 치료 방법을 비교 평가하는 데 한계가 있다. 현재 정맥류 재출혈의 예방 및 치료에 있어 비선택적 베타차단제와 내시경 치료의 병합 치료가 표준치료로 권장되지만 이번 증례와 같이 치료 실패위험도가 높거나 재출혈의 가능성이 높은 환자에서 TIPS를 조기에 시행하는 것도 재출혈률 및 사망률을 줄이는 좋은 방법이 될 수 있다고 생각한다.

RERERENCES

1. de Franchis R, Dellera A, Fazzini L, Zatelli S, Savojardo V, Primignani M. Evaluation and follow-up of patients with portal hypertension and oesophageal varices: how and when. Dig Liver Dis 2001;33:643-646.
2. D'Amico G, Garcia-Pagan JC, Luca A, Bosch J. Hepatic vein pressure gradient reduction and prevention of variceal bleeding in cirrhosis: a systematic review. Gastroenterology 2006;131:1611-1624.
3. Suk KT, Baik SK, Yoon JH, et al. Revision and update on clinical practice guideline for liver cirrhosis. Korean J Hepatol 2012;18:1-21.
4. Monescillo A, Martínez-Lagares F, Ruiz-del-Arbol L, et al. Influence of portal hypertension and its early decompression by TIPS placement on the outcome of variceal bleeding. Hepatology 2004;40:793-801.
5. Dai C, Liu WX, Jiang M, Sun MJ. Endoscopic variceal ligation compared with endoscopic injection sclerotherapy for treatment of esophageal variceal hemorrhage: a meta-analysis. World J Gastroenterol 2015;21:2534-2541.
6. Boyer TD, Haskal ZJ, American Association for the Study of Liver Diseases. The role of transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the management of portal hypertension. Hepatology 2005;41:386-400.
7. Garcia-Pagán JC, Di Pascoli M, Caca K, et al. Use of early-TIPS for high-risk variceal bleeding: Results of a post-RCT surveillance study. J Hepatol 2013;58:45-50.
8. de Franchis R, Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: report of the baveno VI consensus workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol 2015;63:743-752.