

담관-십이지장 문합을 시행받은 환자에서 혈액담즙증으로 발현한 담관암증

부산대학교 의학전문대학원 내과학교실

류동엽 · 정재훈 · 이동건 · 이봉은 · 김동욱 · 김광하 · 송근암

Hemobilia as the Initial Manifestation of Cholangiocarcinoma in a Patient with Choledochoduodenostomy

Dong Yup Ryu, M.D., Jae Hoon Cheong, M.D., Dong Gun Lee, M.D., Bong Eun Lee, M.D., Dong Uk Kim, M.D., Gwang Ha Kim, M.D., and Geun Am Song, M.D.

Department of Internal Medicine, Pusan National University School of Medicine, Busan, Korea

Hemobilia occurs when injury or disease causes communication between intrahepatic blood vessels and the intrahepatic or extrahepatic biliary system. The causes of hemobilia include trauma, gallstone disease, vascular malformation, inflammation, and biliary or hepatic tumors. Hemobilia could be diagnosed by endoscopy, hepatic angiography, computed tomography, and ultrasonogram. Patients with hemobilia may present with biliary colic, obstructive jaundice and gastrointestinal bleeding. Extrahepatic cholangiocarcinoma usually presents with obstructive jaundice and is one of the unusual cause of hemobilia. We, herein, report a case of hemobilia caused by cholangiocarcinoma in a 69-year-old woman. She had the past history of lung cancer and choledochoduodenostomy due to gallstone. Esophagogastroduodenoscopy revealed a blood clot protruding from the choledochoduodenostomy site and the ulcerative mass in the common bile duct. Pathologic examination of the ulcerative mass was compatible with those of cholangiocarcinoma. (Korean J Gastroenterol 2010;56:205-208)

Key Words: Hemobilia; Cholangiocarcinoma; Choledochoduodenostomy

서 론

혈액담즙증은 간내 혈관과 담관 사이의 연결로 인해 담관으로 출혈을 일으키는 것으로 상부위장관 출혈의 드문 형태이고, 우상복부 통증, 황달 등의 증상을 보일 수도 있다.¹ 혈액담즙증은 외상, 의인성 손상, 담석, 담관염, 혈관 기형, 종양 등의 다양한 원인으로 인해 발생할 수 있는데, 대부분은 외상과 의인성 손상에 의한 것이고, 종양은 약 7%의 빈도를 보인다.^{2,3} 저자들은 담관-십이지장 문합술의 병력이 있는 69세 여자환자에서 직시경을 통해 진단된 원위부 담관암증으

로 인한 혈액담즙증 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

67세 여자가 3일 전부터 발생한 흑색변으로 응급실을 방문하였다. 환자는 30년 전 담석으로 담낭절제술 및 담관-십이지장 문합술(choledochoduodenostomy)을 시행받은 병력이 있었으며, 6개월 전 폐암 및 다발성 골전이 진단을 받고 항암화학요법과 방사선 치료 중이었다. 가족력과 사회력에서

접수: 2010년 3월 17일, 승인: 2010년 4월 12일
연락처: 김광하, 602-739, 부산시 서구 아미동 1가 10번지
부산대학교 의학전문대학원 내과학교실
Tel: (051) 240-7869, Fax: (051) 244-8180
E-mail: doc0224@chol.com

Correspondence to: Gwang Ha Kim, M.D.
Department of Internal Medicine, Pusan National University School of Medicine, 1-10, Ami-dong, Seo-gu, Busan 602-739, Korea
Tel: +82-51-240-7869, Fax: +82-51-244-8180
E-mail: doc0224@chol.com

특이 소견은 없었다. 복부 외상의 병력도 없었다. 내원 당시 신체검사에서 급성 병색을 보였으나, 의식은 명료하였고, 결막은 창백하였다. 복부는 부드러웠고, 간 및 비장은 만져지지 않았으며, 양쪽 유방에 종괴는 없었다. 혈압 100/60 mmHg, 호흡수 16회/분, 맥박수 80회/분, 체온 36.4°C이었다. 말초 혈액 검사에서 백혈구 $7,430/\text{mm}^3$, 혈색소 6.9 g/dL, 헤마토크리트 23.2%, 혈소판 $208,000/\text{mm}^3$ 이었다. 혈청 검사에서 AST 36 IU/L, ALT 17 IU/L, 총단백 8.3 g/dL, 알부민 2.9 g/dL, 총빌리루빈 0.59 mg/dL, ALP 478 IU/L이었다. CEA 7.2

ng/mL, CA 19-9 176 U/mL이었다. 상부소화관 내시경 검사에서 유두부는 특이소견이 없었고, 담관-십이지장 문합부에서 혈괴가 관찰되었고, 식도와 위에는 출혈의 원인이 되는 병소가 없어 혈액담즙증으로 진단하였다(Fig. 1A, B). 혈괴를 겸자로 제거한 후 내시경을 담관-십이지장 문합부를 통해 간내 담관과 총담관으로 진입시켰다. 간내 담관에는 특이소견은 없었고(Fig. 1C), 총담관에서 내강으로 돌출하는 종괴가 발견되었다(Fig. 1D). 종괴의 표면에는 신선 혈액과 지저분한 백태로 덮힌 궤양이 동반되어 있었다. 조직학적 진단

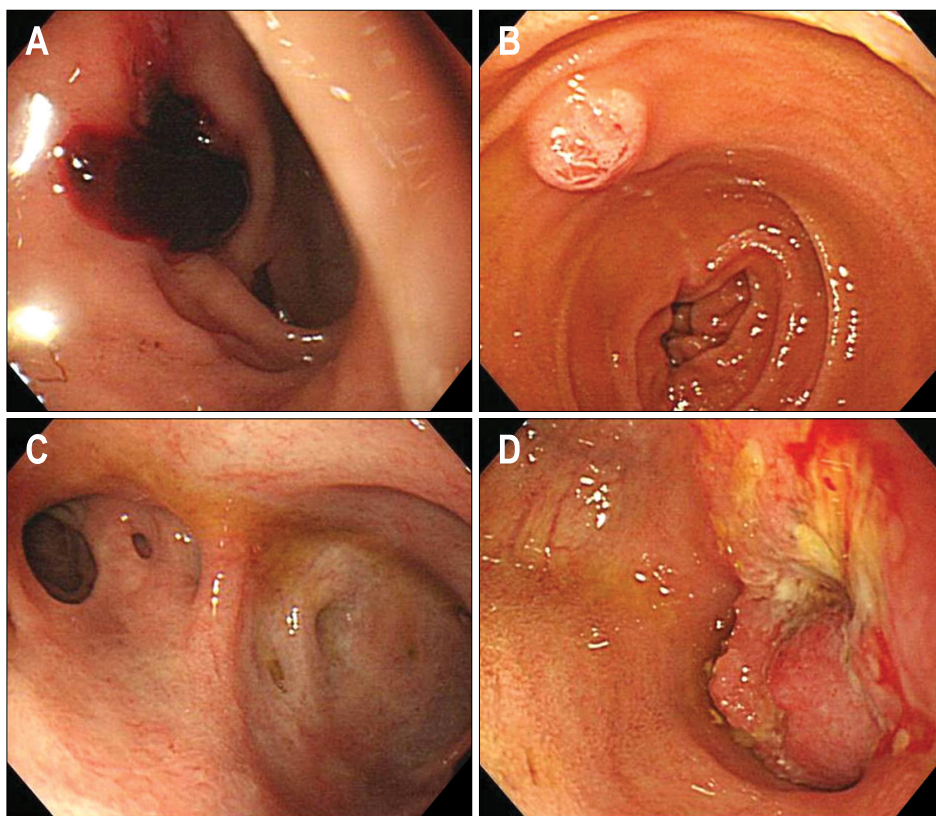


Fig. 1. Esophagogastroduodenoscopy revealed (A) a blood clots protruding from choledochoduodenostomy site, (B) normal Ampulla of Vater, (C) no abnormal lesion in intrahepatic bile duct and (D) a ulcerative mass in the distal common bile duct.

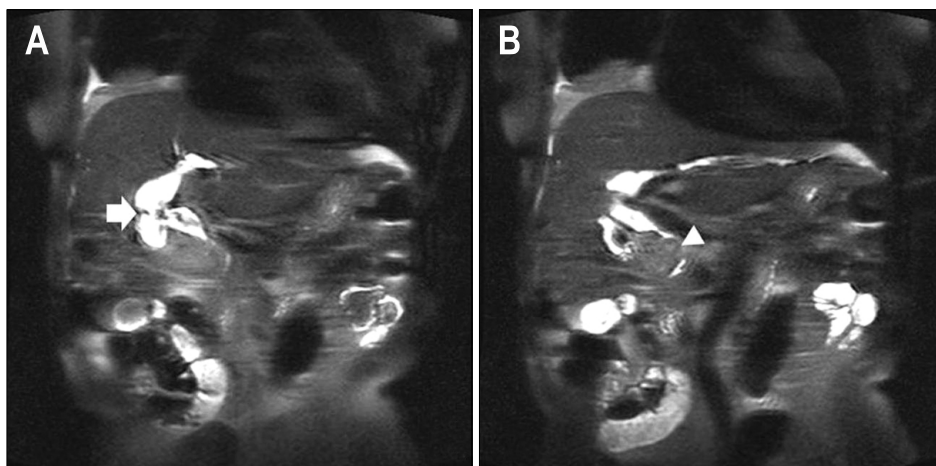


Fig. 2. Magnetic resonance cholangiopancreatography revealed (A) choledochoduodenostomy site at perihilar area (arrow) and (B) eccentric narrowing of distal common bile duct due to a mass (arrow head).

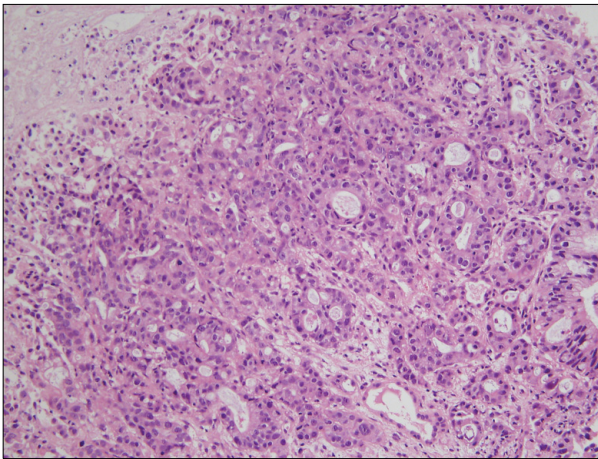


Fig. 3. Pathologic examination of the ulcerative mass in distal common bile duct revealed the irregular glandular structures with tumor cells, compatible with those of cholangiocarcinoma. (H&E, $\times 200$).

을 위하여 생검을 시행하였다. 자기공명 췌담관 조영에서는 담관-십이지장 문합부 아래쪽으로 총담관에 23×20 mm 크기의 돌출된 종괴가 발견되었으며(Fig. 2), 그 밖의 이상소견은 없었다. 조직검사 결과 중등도 분화도를 보이는 샘암종이 확인되었고(Fig. 3), 6개월 전 진단된 폐암은 조직학적으로 편평세포암이었으므로 폐암의 담관 전이는 배제할 수 있었고, 내시경 소견, 영상 진단소견, 생검 결과를 종합하여 최종적으로 원위부 담관암증으로 진단하였다. 환자는 치료를 거부하고 퇴원하였다.

고 찰

혈액담즙증은 간내 혈관과 담관 사이의 연결로 인해 담관으로 출혈을 일으키는 것으로서 상부위장관 출혈의 드문 형태이다.⁴ 원인은 크게 외상성과 비외상성으로 나눌 수 있으며, 최근 간생검, 경피적 담관조영술, 담낭절제술, 경경정맥간내문맥정맥단락술(transjugular intrahepatic portosystemic shunt)과 같은 간, 담관 관련 시술 혹은 복부 외상의 병력이 있는 환자에서 상부위장관 출혈이 발생하면 반드시 혈액담즙증을 의심해야 한다. 그 밖에 비외상성으로 담석, 담낭염, 간동맥 동맥류 등이 원인이 될 수 있으나, 담관암증으로 인한 혈액담즙증은 드물다.^{1,5-12}

담관 출혈의 경과에는 크게 2가지로, 많은 양의 출혈이 갑자기 발생한 경우에는 십이지장으로 배출되어 토혈 혹은 흑색변을 유발하고, 출혈이 천천히 일어나는 경우에는 혈피로 인해 담관의 폐쇄가 발생할 수 있다.¹³ 대체로 환자는 위장관 출혈과 함께, 70%에서 담도계 산통, 60%에서 황달을 동반하고, 고전적 세징후(triad)를 모두 보이는 환자도 22%에

이른다.^{2,14}

상부 위장관 출혈 환자에서 상부 위장관 내시경을 시행하였을 때, 십이지장 유두부에 혈액 혹은 혈괴가 보이면 혈액담즙증을 진단할 수 있다. 하지만, 상부 위장관 내시경만으로 혈액담즙증의 원인질환이 진단되는 경우는 12%에 불과하므로, 일반적으로 혈관 조영술, 복부 전산화 단층촬영, 복부 초음파 등의 추가적인 진단 도구가 필요하다.¹⁵ 이 중 혈관 조영술은 진단과 동시에 색전술을 시행할 수 있는 장점이 있어서 우선적으로 고려해야 하며, 복부전산화단층촬영은 외상을 입은 경우에 유용하고, 복부초음파는 특이도가 낮다.¹⁶

이번 환자는 상부 위장관 출혈로 내원하였고, 상부 위장관 내시경 검사에서 담관-십이지장 문합부에 혈괴가 관찰되었으며, 다른 부위에 출혈 원인이 없었기 때문에 혈액담즙증으로 진단되었다. 하지만 혈액담즙증의 원인 중 담관암증은 드물고, 일반적으로 간외 담관암증은 종괴가 담도를 폐쇄시켜 무통성 황달을 보이는 경우가 많으므로,^{1,12} 이번 환자에서와 같이 담관암증의 근위부에 위치한 담관-십이지장 문합부를 통해 담즙이 원활히 배출되는 경우에는 담관암증을 혈액담즙증의 원인으로 생각하기는 어렵다. 특히 이 환자는 병력으로 미루어 담관-십이지장 문합술과 연관된 드문 합병증,¹⁷ 폐암의 담관 전이를 고려해야 하고, 내시경 역행성 췌담관 조영술을 통한 조직검사로 담관암증이 진단되지 않는 경우도 있기 때문에,¹⁸ 담관-십이지장 문합부를 통해 담관내로 내시경을 진입시켜 생검을 시행하지 않았다면, 담관암증을 조직학적으로 진단하기는 쉽지 않았을 것이다.

혈액담즙증의 치료 목표는 출혈을 멈추고 담관 폐쇄를 해소시키는 것으로서 원인에 따라 치료 방법은 다양하며, 색전술, 배액술, 수술, 보존 치료를 시행할 수 있다.² 혈관 조영술 및 색전술은 특히 출혈부위가 간내 담관인 경우에 유용하고, 담관 폐쇄가 있는 경우에는 내시경 배액이 도움이 되며,¹⁹ 색전술이 실패하였거나, 종양이 발견되면 수술을 고려해야 한다.^{2,16} 이번 환자에서 담관암증 자체는 수술적인 치료가 가능한 병기였지만, 기존의 폐암이 항암치료와 방사선 치료에도 불구하고 진행되는 양상이어서 기대 여명이 낮았다. 내원 당시 출혈은 멎은 상태였고, 황달 등의 담관암증으로 인한 다른 증상은 없어서 더 이상의 검사 및 치료는 거부하고 퇴원하였다.

참고문헌

1. Bloechle C, Izbicki JR, Rashed MY, et al. Hemobilia: presentation, diagnosis, and management. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1537-1540.
2. Green MH, Duell RM, Johnson CD, Jamieson NV. Haemo-

- bilia. *Br J Surg* 2001;88:773-786.
3. Goodnight JE Jr, Blaisdell FW. Hemobilia. *Surg Clin North Am* 1981;61:973-979.
4. Sandblom P. Iatrogenic hemobilia. *Am J Surg* 1986;151:754-758.
5. Murata K, Oohashi Y, Takase K, Nakano T, Tameda Y. A case of hemobilia after percutaneous liver biopsy treated by transcatheter arterial embolization with Histoacryl. *Am J Gastroenterol* 1996;91:160.
6. Savader SJ, Trerotola SO, Merine DS, Venbrux AC, Osterman FA. Hemobilia after percutaneous transhepatic biliary drainage: treatment with transcatheter embolotherapy. *J Vasc Interv Radiol* 1992;3:345-352.
7. Ribeiro A, Williams H, May G, Fulmer JT, Spivey JR. Hemobilia due to hepatic artery pseudoaneurysm thirteen months after laparoscopic cholecystectomy. *J Clin Gastroenterol* 1998;26:50-53.
8. Willner IR, El-Sakr R, Werkman RF, Taylor WZ, Riely CA. A fistula from the portal vein to the bile duct: an unusual complication of transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1952-1955.
9. Parks RW, Chrysos E, Diamond T. Management of liver trauma. *Br J Surg* 1999;86:1121-1135.
10. Ellington RT, Seidel RH, Burdick JS, Peterson WL, Harford WV. Acalculous cholecystitis presenting as hemobilia and jaundice. *Gastrointest Endosc* 2000;51:218-220.
11. Tan PS, Teo EK, Fock KM, Ang TL, Tan JY, Tan AG. Massive obscure-overt upper gastrointestinal bleeding secondary to hemobilia. *Endoscopy* 2009;41(suppl 2):E294-E295.
12. Nakeeb A, Pitt HA, Sohn TA, et al. Cholangiocarcinoma. A spectrum of intrahepatic, perihilar, and distal tumors. *Ann Surg* 1996;224:463-473.
13. Sandblom P, Mirkovitch V. Minor hemobilia. Clinical significance and pathophysiological background. *Ann Surg* 1979;190:254-264.
14. Sandblom P. Hemobilia (biliary tract hemorrhage): history, pathology, diagnosis, treatment. 1st ed. Springfield, Ill.: Thomas, 1972.
15. Yoshida J, Donahue PE, Nyhus LM. Hemobilia: review of recent experience with a worldwide problem. *Am J Gastroenterol* 1987;82:448-453.
16. Merrell SW, Schneider PD. Hemobilia—evolution of current diagnosis and treatment. *West J Med* 1991;155:621-625.
17. Lugagne PM, Lacaine F, Bonnel D, Ligory C, Huguier M. Bilioportal fistula as a complication of choledochoduodenostomy. *Surgery* 1988;103:125-129.
18. Khan SA, Davidson BR, Goldin R, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. *Gut* 2002;51(suppl 6):VII-9.
19. Lee SY, Yoon SG, Lee NS, et al. A case of hemobilia developing obstructive jaundice by blood clots in a patient with cholangiocarcinoma. *Korean J Gastrointest Endosc* 1993;13:419-423.