

IMAGE OF THE MONTH

급성 췌장염에 의한 비만곡부 협착

박정엽

연세대학교 의과대학 내과학교실 소화기내과, 소화기병연구소

Splenic Flexure Stricture Caused by Acute Pancreatitis

Jeong Youp Park

Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Yonsei Institute of Gastroenterology, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

증례: 급성 췌장염으로 치료받은 과거력이 있는 27세 남자가 내원 당일 발생한 좌상복부 통증을 주소로 내원하였다. 환자는 내원 2년전 당뇨를 진단받고 치료를 받는 중이었으며 내원 2개월 전 상복부 통증을 주소로 내원하여 급성 췌장염 치료를 받은 적이 있고 1개월 전 다시 복통이 재발하여 응급실로 내원하여 가성 낭종에 대한 치료를 받았다. 2개월 전 내원 당시 백혈구 $11,390/\text{mm}^3$, 혈색소 18.6 g/dL , 혈소판 $112,000/\text{mm}^3$ 이었다. Amylase와 lipase는 272 U/L 와 434 U/L 로 상승되었다. 혈당과 콜레스테롤은 384 mg/dL 와 857 mg/dL 로 상승되어 있었다. 복부 CT에서는 췌장 주위에 fat infiltration이 관찰되고 fluid collection이 관찰되었다(Fig. 1). 입원 14일 후 증상이 호전되고 식사가 가능해져 퇴원하였다. 하지만 퇴원 1주일 후 다시 복통이 발생하여 응급실로 내원하였으며 이 당시 혈액 검사에서 백혈구와 amylase와 lipase는 정상 수치였으나 복부 CT에서 췌장 미부 쪽에 가성 낭종이 새로 형성되었다(Fig. 2A). 가성 낭종은 경피 배액술로 배액하였으며 내시경 역행성 췌담도조영술검사에서 췌장 미부의 췌관의 췌장액 누출이 확인되어 췌관으로 스텐트 삽입을 시행하였다(Fig. 2B). 시술 후 배액량이 감소하는 것을 확인하였으며 그 이후 복통이 호전되어 배액관을 제거하고 퇴원하였으나 퇴원 1주일 만에 다시 복통이 재발하여 응급실로 내원하였다.

복통을 주소로 내원하였을 때 시행한 문진에서 가스 배출은

되지만 배변은 하지 못하는 증상을 호소하였고, 혈액검사 결과 백혈구 $9,750/\text{mm}^3$, 혈색소 11.7 g/dL , 혈소판 $203,000/\text{mm}^3$ 이었다. Amylase와 lipase는 76 U/L 와 59 U/L 로 정상이었다. 가성 낭종의 재발을 의심하여 시행한 복부 CT에서 췌장 미부의 가성 낭종이 다시 커진 소견과 함께 횡행결장(transverse colon)의 확장 소견이 관찰되어 비만곡부 부위의 협착이 의심되었다(Fig. 3A). 치료를 위해서 가성 낭종에 다



Fig. 1. Abdominal CT showed peripancreatic fat infiltration and the collection of fluid around the pancreas.

© This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

교신저자: 박정엽, 120-749, 서울시 서대문구 연세로 50, 연세대학교 의과대학 소화기내과, 소화기병연구소

Correspondence to: Jeong Youp Park, Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Yonsei Institute of Gastroenterology, Yonsei University College of Medicine, 50 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 120-749, Korea. Tel: +82-2-2228-1937, Fax: +82-2-2227-7900, E-mail: sensass@yuhs.ac

Financial support: None. Conflict of interest: None.

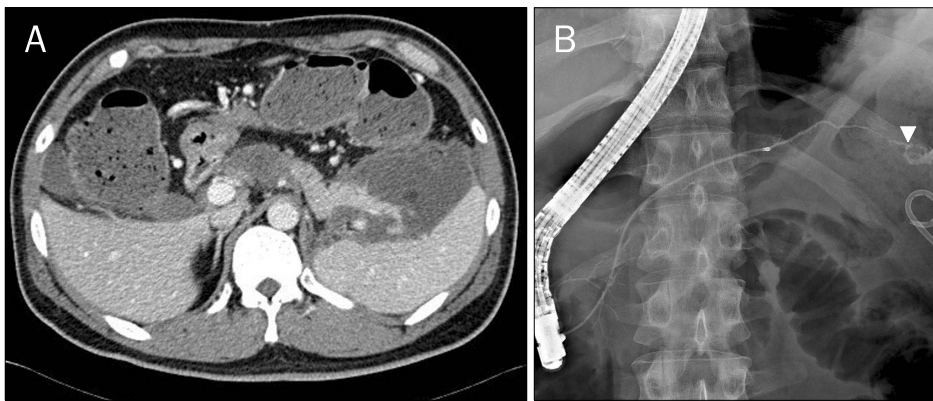


Fig. 2. (A) Abdominal CT showed fluid collection surrounded by enhanced wall, suggesting pseudocyst. (B) Endoscopic retrograde pancreatography showed pancreas duct leakage (white arrowhead) at the pancreas tail.

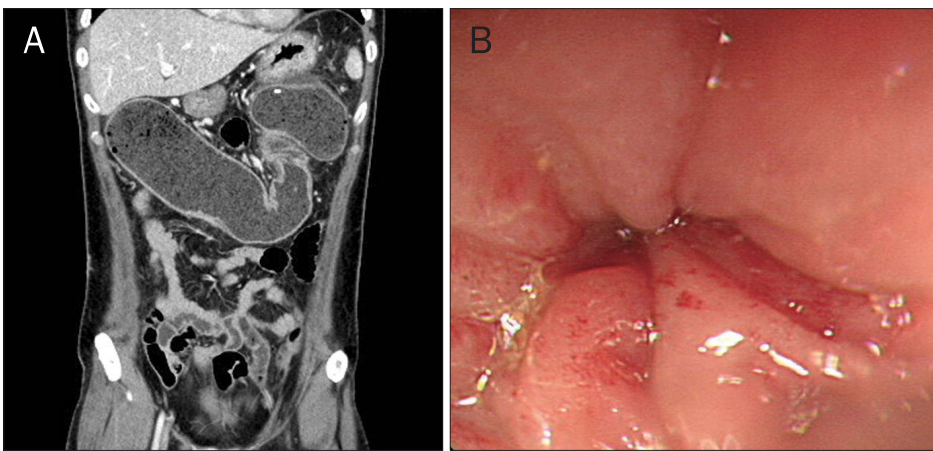


Fig. 3. (A) Abdominal CT showed the dilatation of transverse colon with fecal material inside. (B) Colonoscopy showed edematous and inflammatory change at the strictured portion of the splenic flexure.

시 경피 배액관을 삽입하였지만 배액관을 삽입한 지 1주일이지난 시점에서도 환자는 여전히 복통을 호소하면서 배변을 하지 못해 장폐색 여부와 정도를 확인하기 위해 대장내시경을 시행하였다. 대장내시경에서 비장만곡 부위에 협착은 있었으나 내시경의 통과는 가능하였으며 대장 점막에는 부종과 염증 소견을 보였다(Fig. 3B). 음식, 경정맥 영양 공급, 진통제 투여, 그리고 배액관을 통한 세척술을 지속하였고 입원 40일 되는 시점에 복통이 호전되고 배변도 가능해져 배액관을 제거하고 퇴원하였다.

진단: 급성 췌장염에 의한 비장만곡 부위 협착

급성 췌장염으로 인해서 결장에 합병증이 생기는 빈도는 약 1% 내외이다. 하지만 출혈이나 괴사누공이 형성되는 경우 치명적이 될 수 있다.^{1,2} 급성 췌장염에 의한 결장의 협착이 처음 보고된 것은 1927년이며 그 이후로도 간간히 증례가 보고된 바 있다.³ 합병증이 주로 발생하는 부위는 비만곡부와 횡행결장이다. 간혹 급성 췌장염에 의한 결장의 협착은 영상학적 검사로는 대장암과 구분하기 어려운 경우도 있다. 협착의 주요 기전은 허혈로 알려져 있으며 때로는 가성 낭종의 압박에 의해서도 발생한다.^{4,5}

결장의 합병증은 주위 장기 압박, 결장의 염증, 또는 허혈성 괴사에 의해 만들어지는 천공, 누공 등에 의하여 증상이 유발된다. 대장의 괴사는 높은 사망률을 가지고 있지만 출혈이나 천공 등이 발생하기 전에 조기에 진단하는 것은 쉽지 않다. 결장의 협착은 염증에 의하여 급성으로 발생하기도 하지만 점진적으로 진행되는 섬유화에 의해서도 일어날 수 있다.^{4,6} Yoo 등⁷이 발표한 국내 증례의 경우에서도 급성 췌장염으로 치료받고 1달 이후에 비장만곡 부위의 협착으로 인한 대장 폐쇄가 발생하였음을 보고하였다.

대장 협착으로 인한 더 심한 추가 합병증을 막기 위해서는 신속하게 후복막강에 고인 체액과 괴사 조직을 배액할 필요가 있으며, 필요하다면 괴사 조직 제거술 등을 시행할 필요가 있다.¹ 협착으로 인해서 급성 폐색이 유발되거나 괴사가 발생한 경우에는 천공과 복막염을 막기 위해서 대장 절제술이 필요하다.² 이번 증례의 경우 결장의 협착은 있었으나 완벽하게 폐색이 되지는 않았기 때문에 보존적 치료가 가능했다.

급성 췌장염으로 인한 결장 합병증은 괴사나 천공이 발생하기 전에 조기에 내과적 또는 외과적 치료를 시행하는 것이 중요하며 이를 진단하기 위해서는 면밀하게 환자의 증상과 상태를 관찰하는 것이 필요하다.

REFERENCES

1. L'Hermine C, Pringot J, Monnier JP, et al. Colonic complications of pancreatitis. A report on 39 cases (author's transl). *J Radiol* 1980;61:27-34.
2. Maisonneuve F, Abita T, Pichon N, et al. Development of colonic stenosis following severe acute pancreatitis. *HPB (Oxford)* 2003;5:183-185.
3. Mair WS, McMahon MJ, Goligher JC. Stenosis of the colon in acute pancreatitis. *Gut* 1976;17:692-695.
4. Tenner S, Sica G, Hughes M, et al. Relationship of necrosis to organ failure in severe acute pancreatitis. *Gastroenterology* 1997;113:899-903.
5. Adams DB, Davis BR, Anderson MC. Colonic complications of pancreatitis. *Am Surg* 1994;60:44-49.
6. Kriwanek S, Armbruster C, Beckerhinn P, Dittrich K, Redl E. Improved results after aggressive treatment of colonic involvement in necrotizing pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 1996;43:1627-1632.
7. Yoo SS, Choi SK, Lee DH, et al. A case of colon obstruction developed as a complication of acute pancreatitis. *Korean J Gastroenterol* 2008;51:255-258.