

## 담석을 동반하지 않은 자발 출혈성 담낭염 1예

가톨릭대학교 의과대학 대전성모병원 내과학교실

허태윤 · 안영용 · 이정화 · 이승우 · 김연수 · 강상범 · 이동수

### A Case of Spontaneous Hemorrhagic Cholecystitis without Gallstone

Tae Yun Heo, M.D., Young Yong An, M.D., Jung Hwa Lee, M.D., Seung Woo Lee, M.D.,  
Yeon Soo Kim, M.D., Sang Bum Kang, M.D., and Dong Soo Lee, M.D.

Department of Internal Medicine, Daejeon St. Mary's Hospital,  
The Catholic University of Korea College of Medicine, Daejeon, Korea

Hemorrhagic acalculous cholecystitis is an extremely rare but potentially fatal disease if detection is delayed. Its risk factors include critical illness, diabetes, malignant disease, uremia, and bleeding diathesis. This is the first case report in which hemorrhagic acalculous cholecystitis not accompanied by any risk factor. We herein present a case of hemorrhagic acalculous cholecystitis in a previously healthy patient who suffered from acute abdomen. (Korean J Gastroenterol 2010;56:260-263)

**Key Words:** Cholecystitis; Acalculous

## 서 론

출혈성 담낭염은 드문 질환으로 대부분 담석과 연관되어 발생하고 높은 사망률을 보인다.<sup>1</sup> 특히 담석을 동반하지 않은 출혈성 담낭염은 극히 드문 질환으로 당뇨, 악성 종양, 요독증, 출혈 소인 등의 위험 인자와 관련하여 보고된 적은 있으나,<sup>2</sup> 건강했던 젊은 성인에서 발생하는 것은 해외의 경우 두 차례 보고되었고,<sup>3,4</sup> 아직 국내에서 보고된 바는 없다.

급성 복통, 토혈, 흑색 변, 황달 등이 전형적인 증상이라고는 하지만 임상 양상이 일반적인 급성 담낭염과 구별되지 않을 수 있고 진단이 늦어질 경우 예후가 불량하기 때문에 복부 초음파나 복부전산화단층촬영으로 신속히 진단하여 조기에 담낭 절제술을 시행하는 것이 중요하다.<sup>5</sup>

저자들은 건강한 젊은 성인 남자에서 자발적으로 발생한 담석을 동반하지 않은 출혈성 담낭염 1예를 경험하였기에

문헌과 함께 보고하는 바이다.

## 증 례

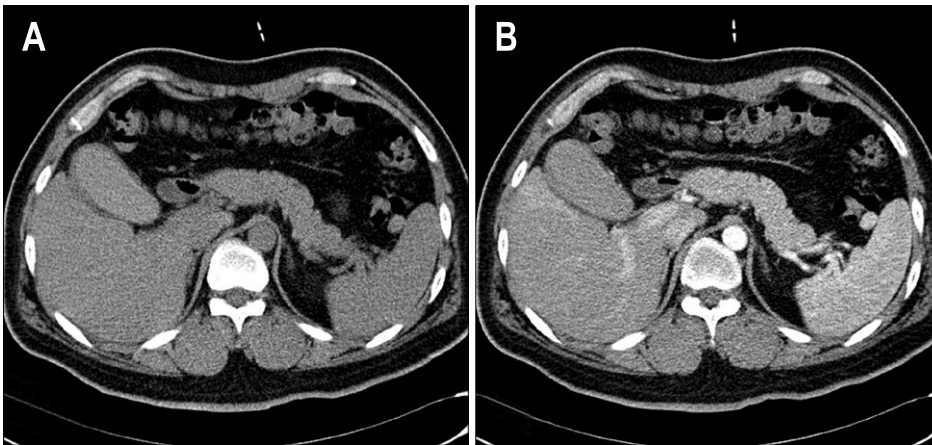
29세 남자 환자가 내원 3일 전부터 간헐적인 상복부 통증이 발생하여 개인 의원에 방문한 후 시행한 복부 초음파 검사에서 급성 담낭염이 의심되어 정밀 검사 및 치료를 위해 본원으로 전원되었다.

가족력이나 과거 병력이 없었고 음주나 흡연, 약물 복용력, 외상 또한 없었다. 신체 검사에서 내원 당시 생체 징후는 혈압 130/70 mmHg, 맥박수 82회/분, 호흡수 18회/분, 체온 37.0°C였고, 전신 상태는 비교적 양호하였다. 복부 진찰에서 우상복부에 경한 압통이 있었으나 반발통은 없었고 그 외 진찰 소견에서 특이 사항이 없었다.

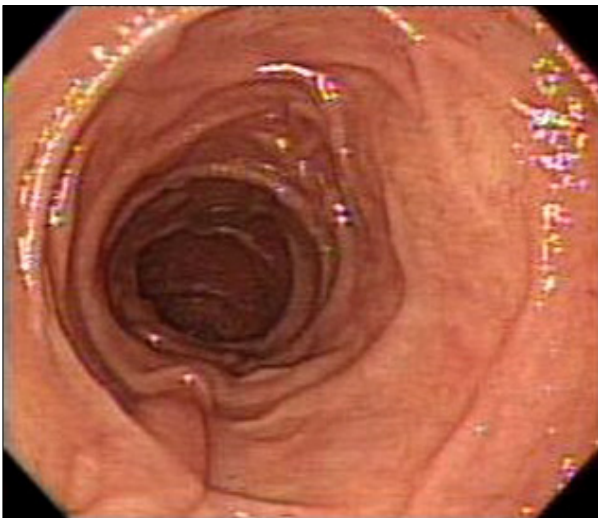
검사실 소견에서 내원 당시 말초 혈액 검사에서 백혈구

접수: 2010년 1월 13일, 승인: 2010년 4월 15일  
연락처: 안영용, 301-723, 대전시 중구 대흥동 520-2  
대전성모병원 내과  
Tel: (042) 220-9500, Fax: (042) 242-9503  
E-mail: mhusband@naver.com

Correspondence to: Young Yong An, M.D.  
Department of Internal Medicine, Daejeon St. Mary's Hospital, 520-2, Daeheung-dong, Jung-gu, Daejeon 301-723, Korea  
Tel: +82-42-220-9500, Fax: +82-42-242-9503  
E-mail: mhusband@naver.com



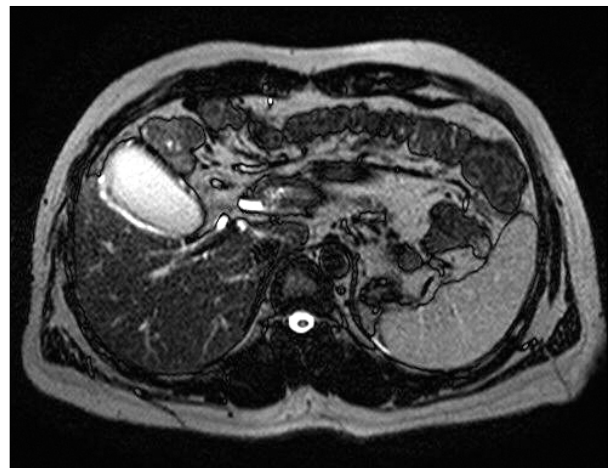
**Fig. 1.** Computed tomography finding. It showed highly attenuated, homogenous materials with near blood density in the gallbladder at both pre-enhance and arterial phase. It showed a diffuse gallbladder wall thickening and hyperemia of peri gallbladder liver parenchyma on early arterial phase. This finding suggested the possibility of hemorrhagic cholecystitis (A: pre-enhance phase, B: arterial phase).



**Fig. 2.** Endoscopic finding. There was no evidence of hemobilia.

6,400/mm<sup>3</sup>, 혈색소 14.5 g/dL, 혈소판 236,000/mm<sup>3</sup>였다. 혈청 생화학 검사에서 AST 11 IU/L, ALT 9 IU/L, ALP 59 IU/L, 총 빌리루빈 0.7 mg/dL, 혈중 요소 질소 9.3 mg/dL, 크레아티닌 0.79 mg/dL, 혈청 나트륨 143 mEq/L, 혈청 칼륨 4.1 mEq/L, 혈청 염소 107 mEq/L, C-반응 단백질 0.39 mg/dL였다. 단순흉부촬영과 단순복부촬영에서는 특이 소견이 없었다.

응급으로 시행한 복부전산화단층촬영 소견에서 조영 전과 후 모두에서 담낭 벽이 미만성으로 두꺼워져 있었으며 담낭 내부에 고밀도의 물질이 가득 차 있는 것이 관찰되었다(Fig. 1). 또한 초기 동맥 조영기에 담낭에 인접한 간 실질에 경한 조영 증강이 되는 것으로 보아 담낭염에 합당한 소견이라 판단되었으며 담낭 내의 고밀도 물질은 담낭 내의 출혈로 인한 혈종을 의심할 수 있었다. 이에 혈액 담즙증의 유무를 확인하기 위해 내시경을 시행하였으나 십이지장의 유두부 주위에서 혈액을 포함한 담즙의 유출은 확인되지 않았다



**Fig. 3.** Magnetic resonance finding. It showed a distended gallbladder and diffuse gallbladder wall thickening and high signal intensity materials filled the gallbladder lumen on T2 weighted image.

(Fig. 2).

환자의 상태는 비교적 안정적이었으나 영상 소견에서 출혈성 담낭염으로 판단되어 응급 수술을 고려하였다. 그러나 환자가 수술에 대하여 공포감을 가지고 거부하였고 환자의 생체징후 또한 안정되었으며 증상도 간헐적인 경한 복통 외에 발열이나 토혈, 흑색 변 등을 보이지 않아 주기적인 혈색소 검사와 금식, 항생제 및 수액 공급을 하면서 경과 관찰을 하기로 하였다. 내원 4일째 추적 관찰한 말초 혈액 검사에서 혈색소는 14.3 g/dL으로 큰 변화를 보이지 않았으며 혈액 응고 인자들과 관련된 검사는 모두 정상 소견이었다. 7일째 환자에서 관찰된 담낭 내에 존재하는 혈종으로 추정되는 물질의 소실 여부를 확인하기 위해 자기공명영상 촬영을 시행하였다. 자기공명영상촬영 소견에서 담낭 벽은 미만성으로 두꺼워져 있고 담낭 내부의 물질은 T2 강조 영상에서 고신호 강도를 보이고 있었다(Fig. 3). 그 외에 담낭이나 담관에서 담



**Fig. 4.** Gross finding. Gallbladder wall thickening was noted and gallbladder was filled with dark blood clot-like material. No gallstone was found within the gallbladder.

석은 보이지 않았으며 간내 담관이나 간의 담관에서는 담낭 내에 보였던 고신호 강도 물질은 관찰되지 않았다.

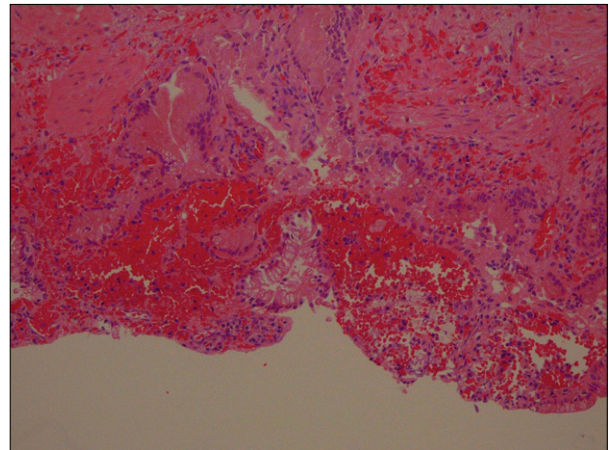
지속적인 금식과 항생제 투여에도 담낭 내의 축적된 물질은 흡수되지 않아 환자에게 다시 수술을 권유하였으며 내원 9일째 복강경 담낭 절제술을 시행하였다. 제거된 담낭은 육안적 소견에서 담낭 벽이 비후되어 있었고 담낭 내에 혈괴가 있었으나, 점막의 노출 혈관 등은 관찰되지 않았다(Fig. 4). 제거된 담낭에 대한 조직학적 소견에서 점막하층과 근육층에 염증 세포 침윤과 섬유화 조직이 관찰되었고 심한 출혈이 동반되어 있었다(Fig. 5). 환자는 수술 후 별다른 합병증 없이 호전되어 11일째 퇴원하였다.

## 고 찰

비결석성 담낭염은 급성 담낭염의 2-12%에서 발생하며 결석성 담낭염과 달리 남자와 고령의 환자에서 호발한다.<sup>6</sup> 최근 이 질환의 발생 빈도는 점차 증가하고 있으며, 특히 주로 중환자, 심한 외상, 또는 화상 후, 패혈증, 장기간의 금식 중인 환자에서 발생하던 이전 양상과 달리 외상이나 급성 질환이 없이 발생하는 경우가 증가하고 있다.<sup>7</sup>

담낭 내로의 출혈은 간 조직 검사를 포함한 외상이나 담도 종양, 담관 내로의 동맥류 파열, 항응고제 사용이나 담도 내 기생충 감염 등에 의하여 발생할 수 있으나 이러한 위험인자 없이 급성 담낭염 자체에서 나타나는 경우는 대부분 담석과 연관되어 발생하기 때문에 비결석성 담낭염에 동반하여 담낭 내 자발성 출혈이 발생한 경우는 희귀하다. 담석을 동반하지 않은 출혈성 담낭염의 경우 당뇨, 악성 종양, 요독증, 출혈 소인 등이 위험 인자로 알려져 있다.<sup>1</sup>

패혈증, 외상, 화상과 같은 비결석성 담낭염의 위험 인자



**Fig. 5.** Histologic finding. Gallbladder tissue was infiltrated with chronic inflammatory cells in the lamina propria and muscular layer. Congestion was also noted (H&E stain,  $\times 100$ ).

를 가지고 있는 환자의 경우 담낭은 급성 괴사 염증성 과정으로 담낭 점막에 경색이나 미란을 동반한 손상을 일으킬 수 있고 이러한 손상은 담낭 벽의 미세 농양을 만들고 궤양을 동반한 근육 층의 괴사를 일으켜 섬유성 삼출물, 화농성 부산물 등이 담낭 안에 고이게 된다.<sup>8</sup> 점막의 파괴는 담낭 내로의 출혈을 유발할 수 있어 출혈성 담낭염의 발생 기전을 설명할 수 있다.<sup>9</sup> 일반적으로 혈괴는 담즙의 플라즈미노겐 활성화 인자인 bilokinase의 섬유소 용해능으로 인해 급속히 용해되지만 혈액은 담즙과 잘 혼합되지 않으며 담즙의 흐름이 없을 때 혈괴를 형성하게 된다.<sup>10</sup> 혈괴가 담낭 내에 형성이 될 때 용해가 일어나지 않을 수 있고 이 혈괴가 담낭관을 완전히 막았을 때 급성 폐쇄성 담낭염이 생길 수 있어<sup>11</sup> 이번 증례의 경우에도 어떠한 원인에 의해서 담낭 내의 자발 출혈 후 이로 인해 이차적으로 담낭염이 발생했을 가능성도 고려해 볼 수 있다.

이번 증례의 경우 담낭의 허혈성 변화를 일으킬 만한 비결석성 담낭염의 위험 인자를 가지고 있지 않았고 출혈을 유발할 수 있는 다른 원인이 없는 젊은 남자에서 담낭 내 자발성 출혈과 담낭염이 발생했다는 점에서 매우 드문 증례이다. 임상 양상은 급성 담낭염과 별다른 차이가 없이 급성 복통과 황달, 발열 등이 나타날 수 있지만 흑색변이나 토혈 등이 동반될 수 있고 드물게 담낭 하수증이나 혈복강, 총담관 폐쇄도 나타날 수 있다.<sup>5</sup> 이번 증례에서는 아주 경한 상복부 통증만을 호소하였다.

복부 초음파 검사에서 담낭 벽의 비후와 함께 담낭의 확장이 보이고 담낭의 중력 방향으로 움직이지 않는 이소성 반향성의 물질이 확인된다면 비결석성 담낭염을 강력히 의심할 수 있고,<sup>5</sup> 전산화단층촬영이나 방사성동위원소 영상법도 진단에 도움을 줄 수 있는데 특히 전산화단층촬영의 경

우 담낭 내의 활동성 출혈이 있을 때 조영 증강 초기 동맥기에 조영제의 혈관 외 유출을 확인할 수 있겠다.<sup>5</sup> 이번 증례에서는 전산화단층촬영에서 조영 전과 조영 후 모두에서 담낭 내의 비교적 균일한 조영 증강 물질이 보여 출혈성 담낭염을 의심할 수 있었으며 추후 자기 공명 영상 촬영을 통하여 출혈성 성분임을 추정할 수 있었다. 혈액 담즙종의 유무는 출혈성 담낭염의 중요한 단서를 제공할 수 있기 때문에 상부 위장관 내시경을 통하여 유두로의 출혈성 담즙 유출 여부를 확인해야 하겠다.

급성 담낭염의 천공률은 5-10% 인데 반해 비결석성의 경우 더 높아 70%까지도 보고되고 있으며 특히 증상 발현에서 진단까지 소요된 시간이 48시간을 초과하였을 때 천공률이 훨씬 높다고 하였다.<sup>7,12</sup> 특히 비결석성 담낭염은 담낭의 괴사와 천공으로 진행되기 쉽고 이로 인한 합병증과 사망률이 높아 이 질환이 의심되면 음성 개복술의 가능성에도 불구하고 조기에 수술하는 것을 추천하고 있다.<sup>13</sup> 이전에는 개복 담낭 절제술이 선호되어 왔지만 최근에는 복강경 담낭 절제술이 가장 좋은 치료로 알려져 있다. 하지만 두 수술의 사망률은 30% 정도로 차이가 없다.<sup>14</sup> 출혈 경향 등의 위험성으로 인하여 응급 수술이 불가능할 때에는 경피 경간 담낭 배액술로 황달이나 간 기능 이상 등의 임상 소견을 호전시키면서 수술이 가능해질 때까지 시간을 연장할 수 있다.

비결석성 담낭염의 사망률은 양성 담도계 질환 중 가장 높아 급성 결석성 담낭염이 3% 정도인데 반해 비결석성은 6-10%로 전자의 2-3배 정도로 보고되고 있고,<sup>6</sup> 출혈 유무가 예후에 미치는 영향은 알려진 바가 없다.

저자들은 담석이나 출혈 소인 등의 위험 인자가 전혀 없는 이전까지 건강하게 지내던 29세의 젊은 남자에게 발생한 출혈성 담낭염 1예를 경험하였기에 문헌과 함께 보고하는 바이다.

이번 환자의 경우 환자의 상태가 비교적 안정적이어서 자발적인 흡수를 기대하고 음식과 수액 공급 등의 고식적인 치료로 완치를 기대하였으나 결국에는 수술적인 치료를 한 경우로 만약 임상적으로 출혈성 담낭염이 의심된다면 비침습적 영상 검사를 통하여 조기에 진단하여 빠른 수술적 치료를 고려하는 것이 합병증 예방과 예후에 좋을 것으로 생각 한다.

## 참고문헌

1. Pandya R, O'Malley C. Hemorrhagic cholecystitis as a complication of anticoagulant therapy: role of CT in its diagnosis. *Abdom Imaging* 2008;33:652-653.
2. Lai YC, Tarn DC. Hemorrhagic acalculous cholecystitis: an unusual location of uremic bleeding. *J Chin Med Assoc* 2009; 72:484-487.
3. Tikkakoski T. Acalculous cholecystitis in a previously healthy man. *Duodecim* 2001;117:279-281.
4. Parithivel VS, Gerst PH, Banerjee S, Parikh V, Albu E. Acute acalculous cholecystitis in young patients without predisposing factors. *Am Surg* 1999;65:366-368.
5. Chinn DH, Miller EI, Piper N. Hemorrhagic cholecystitis. Sonographic appearance and clinical presentation. *J Ultrasound Med* 1987;6:313-317.
6. Kwun KB, Lee SJ, Kim JH, Roh SG, Seo WS. Acute acalculous cholecystitis. *Korean J Gastroenterol* 1992;24:1087-1093.
7. Savoca PE, Longo WE, Zucker KA, McMillen MM, Modlin IM. The increasing prevalence of acalculous cholecystitis in outpatients. Results of a 7-year study. *Ann Surg* 1990;211: 433-437.
8. Taoka H. Experimental study on the pathogenesis of acute acalculous cholecystitis, with special reference to the roles of microcirculatory disturbances, free radicals and membrane-bound phospholipase A2. *Gastroenterol Jpn* 1991;26:633-644.
9. Gremmels JM, Kruskal JB, Parangi S, Kane RA. Hemorrhagic cholecystitis simulating gallbladder carcinoma. *J Ultrasound Med* 2004;23:993-995.
10. Oshiba S, Hata S, Okamoto S. A plasminogen activator in mammalian bile. *Jpn J Physiol* 1969;19:212-219.
11. Moon W, Sohn JH, Jang MH, et al. A case of acute cholecystitis secondary to hemobilia after percutaneous liver biopsy. *Korean J Gastroenterol* 2006;47:72-76.
12. Johnson LB. The importance of early diagnosis of acute acalculous cholecystitis. *Surg Gynecol Obstet* 1987;164:197-203.
13. Devine RM, Farnell MB, Mucha P Jr. Acute cholecystitis as a complication in surgical patients. *Arch Surg* 1984;119:1389-1393.
14. Kim KH, Sung CK, Park BK, Kim WK, Oh CW, Kim KS. Percutaneous gallbladder drainage for delayed laparoscopic cholecystectomy in patients with acute cholecystitis. *Am J Surg* 2000;179:111-113.