

혈담낭

단국대학교 의과대학 내과학교실

노 란 · 김홍자

A Case of Hemocholecyst

Ran Noh, M.D. and Hong Ja Kim, M.D.

Department of Internal Medicine, Dankook University College of Medicine, Cheonan, Korea

증례: 40세 남자 환자가 내원 전일 새벽부터 시작된 우상 복부 및 오목 가슴부 통증을 주소로 내원했다. 과거력, 개인력, 가족력은 특이 소견이 없었다. 신체 활력 징후상 혈압 125/75 mmHg, 맥박 98회/분, 호흡수 22회/분, 체온 38.3°C로 발열이 있었으며 결막이 약간 창백해 보였고 우상복부 및 오목 가슴부 압통과 Murphy 징후 양성 소견을 보였다. 말초 혈액 검사는 백혈구 9,430/mm³, 혈색소 9.9 g/dL, 혈소판 401,000/mm³이었고, 혈청 생화학 검사에서 AST 16 IU/L, ALT 11 IU/L, 총 빌리루빈 0.64 mg/dL, 직접 빌리루빈 0.2 mg/dL, ALP 76 IU/L, γ -GT 204 IU/L이었다. BUN/Cr은

5.2/0.48 mg/dL, PT 12.6 seconds (INR 1.07), aPTT 35.2 seconds 이었고, CRP는 7.71 mg/dL, ESR은 58 mm/hr로 상승되어 있었다. 내원 2일째 환자는 복통을 호소하며 검은변을 보았고 추적 혈액 검사에서 내원 2일째 혈색소 수치가 8.2 g/dL로 저하되었다. 종양 표지자 검사 중 CA 19-9는 17.82 U/mL이었고, 대변에서 기생충은 발견되지 않았다.

복부 초음파검사서 담낭의 확장과 담낭벽 비후 소견을 보였고 확장된 담낭 내에 불규칙한 모양의 고음영 종괴가 관찰되었으며 내부는 다양한 음영의 층 구조를 보였다. 색조 도플러검사서 종괴 내부에서 혈류는 관찰되지 않았다

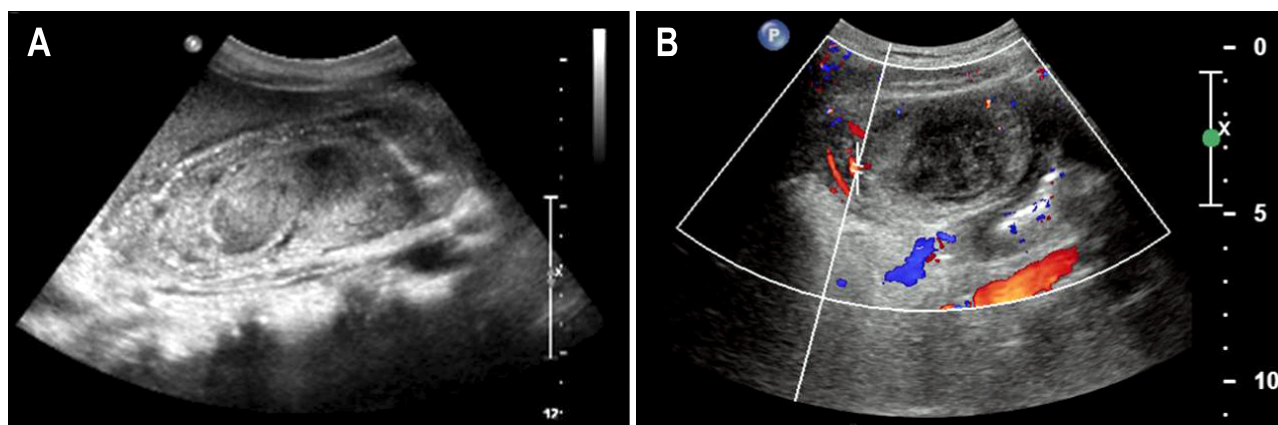


Fig. 1. Abdominal sonographic findings: (A) Large mixed echogenic, layering and nonshadowing materials were noted in distended gall-bladder (GB). (B) Internal blood flow of GB mass was not detected in real-time doppler sonography.

연락처: 김홍자, 330-715, 충남 천안시 동남구 안서동
산 29번지
단국대학교병원 내과
Tel: (041) 550-3917, Fax: (041) 556-3256
E-mail: hjkimjung@hotmail.com

Correspondence to: Hong Ja Kim, M.D.
Department of Internal Medicine, Dankook University Hospi-
tal, 29, Anseo-dong, Dongnam-gu, Cheonan 330-715, Korea
Tel: +82-41-550-3917, Fax: +82-41-556-3256
E-mail: hjkimjung@hotmail.com



Fig. 2. Abdominal CT showed streak (arrow) extending from the gallbladder wall into the lumen which suggested active bleeding.



Fig. 3. ERCP finding. Intermittent blood expulsion from the ampulla was observed during ERCP.

(Fig. 1). 복부 전산화단층촬영에서 담낭의 확장 및 담낭주위 염증소견이 관찰되었다. 담낭 내부에 고밀도의 병변이 차 있었으며 담낭 내벽에서 담낭 내강으로 조영제가 새어나오는 듯한 선 구조가 관찰되어 담낭 내로의 활동 출혈이 의심되었다(Fig. 2). 내시경역행담관조영술 시행 시 유두부로부터 간헐적인 출혈이 있었고 조영술에서 담낭 내 충만 결손 소견이 관찰되었다(Fig. 3).

입원 2일째 복강경하 담낭 제거술을 시행하였다. 담낭 내 담석은 없었으나 다량의 혈액 응괴가 관찰되었으며(Fig. 4) 담낭벽의 비후 및 괴사 소견을 보였다(Fig. 5). 진단은?

진단: 무담석성 담낭염 및 이와 동반된 혈담낭

혈담낭은 담낭 내 출혈에 의해 혈액 응괴로 채워진 담낭



Fig. 4. Surgical specimen of the GB showed massive blood clots but no stones in the gallbladder.

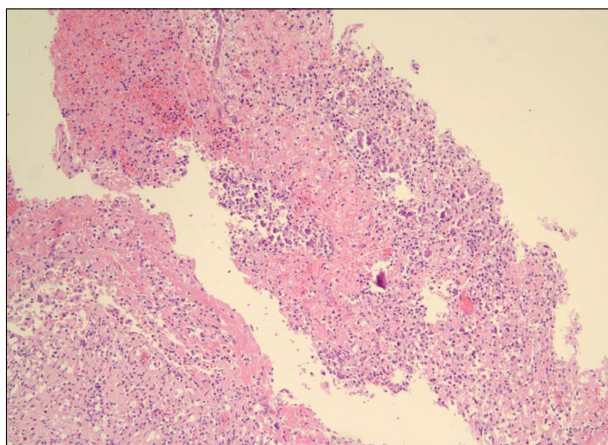


Fig. 5. Histologic finding. The gallbladder wall was thickened and luminal surface had diffuse hemorrhagic infarction with necrotic debris (H&E stain, $\times 100$).

으로 정의하며, 1961년 Fitzpatrick에 의해 처음 소개되었다.¹ 국내 논문에서 혈담낭이라는 용어가 소개된 예는 드물다. 혈액담즙증(hemobilia)과의 구별은 어려우며 혈담낭에 의해 혈액담즙증이 유발될 수도 있고, 반대로 담낭의 담즙 저장소 기능으로 혈액담즙증에 의해 혈담낭이 발생하기도 한다. 흔히 급성 담낭염을 동반하는데 이 경우 심한 급성 담낭염에 의한 점막 손상으로 혈담낭이 유발된 것인지 혈담낭에 의해 이차적으로 급성 담낭염이 합병된 것인지 인과관계를 구별하기 쉽지 않다. 심한 담낭염이 원인이 되어 담낭 점막이 괴사되고 이로 인해 출혈이 발생하여 혈담낭이 유발되는 경우 담석 담낭염이 대부분의 혈담낭의 원인이 되나 드물게 무담석 담낭염에 의한 혈담낭이 보고되기도 한다. 급성 담낭염 외의 혈담낭의 원인으로 담낭 내 악성종양, 외상, 조직 검사 등의 의인 간손상에 의한 혈담낭이 보고되며 항응고제 사용자, 혈우병 환자, 혈관 질환자 등에서 발생된 혈담낭이 보고

되기도 한다.^{2,5} 임상 증상은 급성 담낭염과 유사하여 우상 복부 통증, 발열 등을 보이며 혈액담즙증이 동반된 경우 토혈, 흑색변 등의 위장관 출혈 징후가 동반되기도 하고 혈액 응괴로 담낭관 및 담관이 막히는 경우 복통, 황달 등의 증상이 유발되기도 한다. 심한 경우에는 담낭 괴사 및 담낭 파열로 진행하기도 한다.

혈담낭의 진단에는 복부 초음파, 복부 전산화단층촬영이 유용하며 최근에는 내시경역행담췌관조영술 및 내시경 초음파 등도 진단에 효과적인 것으로 알려져 있다. 복부 초음파나 내시경 초음파에서 혈액응괴는 고음영 및 저음영이 혼합된 종괴로 보이는데 흔히 종괴 내부의 음영이 서로 다른 층 구조를 보이는 것이 특징이다. 이는 출혈 후 시간 경과에 따라 혈액응괴 내부의 적혈구 변성 정도가 다양하여 발생된 것으로, 비교적 균질한 음영을 보이는 담낭오나 균질하지 않은 음영이나 층 구조를 보이지 않는 저음영의 종양과의 감별점이 될 수 있다. 전산화단층촬영에서 담낭의 확장 및 담낭 내 고밀도 병변을 확인할 수 있으며⁶ 특히 조영 증강 촬영 시 담낭 내벽으로부터 담낭 내강으로 조영제가 새어나오는 선상구조의 관찰은 활동 출혈의 가능성을 시사하여 혈담낭 감별에 중요한 소견이다.⁷ 드물게 활력 징후가 불안정하고 출혈량이 많은 경우에는 혈관 조영술도 진단에 유용한데 이 경우 담낭 내 활동 출혈을 직접 확인하여 혈담낭을 확진할 수 있을 뿐 아니라 동시에 혈관색전술등의 치료도 할 수 있다는 장점이 있다. 내시경역행담췌관조영술의 약 30%에서 십이지장 유두부에서 출혈을 확인할 수 있으며 내시경 초음파 검사는 복부 초음파보다 더 선명한 초음파 영상을 얻을 수 있어 혈담낭을 진단하는 데 유용하다.

혈담낭의 치료는 확실히 정립되지 않았으나 대부분 급성 담낭염을 동반하고 있으므로 담낭절제술을 시행하는 것이 원칙이다.⁸ 그러나 혈담낭을 유발한 기저 질환과 출혈량 및 전반적인 환자의 상태에 따라 다양한 치료가 적용될 수 있는데 간 조직 검사 등 의인 간손상에 의한 일시적인 출혈에 의한 혈담낭의 경우 혈담낭 배액만으로도 치료효과가 있고 혈관 질환에 의한 경우 담관경 레이저 광 응고술이나 혈관

색전술이 권장되기도 한다.⁸ 혈담낭과 함께 혈액담즙증에 의한 담관 폐쇄가 동반된 경우 내시경 치료 방법으로 경비담관 배액술, 바스켓이나 풍선을 이용한 총수담관 내 혈괴 제거술, 팔약근절개술 등이 이용되기도 하므로 출혈 약물 복용의 기왕력, 혈담낭을 일으킬 만한 외상, 중재 시술 등의 이차적인 원인이나 악성 종양 등 출혈의 원인에 대한 충분한 조사가 선행되어야 한다.

참고문헌

1. Fitzpatrick TJ. Hemocholecyst: a neglected cause of gastrointestinal hemorrhage. *Ann Intern Med* 1961;55:1008-1013.
2. Ku J, DeLaRosa J, Kang J, Hoyt D, Coimbra R. Acute cholecystitis with a hemocholecyst, as an unusual presentation of gallbladder cancer: report of a case. *Surg Today* 2004;34:973-976.
3. Heise CP, Giswold M, Eckhoff D, Reichelderfer M. Cholecystitis caused by hemocholecyst from underlying malignancy. *Am J Gastroenterol* 2000;95:973-976.
4. Yamamoto T, Kubo S, Hirohashi K, et al. Secondary hemocholecyst after radiofrequency ablation therapy for hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol* 2003;30:399-403.
5. Karatepe O, Tukenmez M, Adas G, et al. Cholecystitis caused by hemocholecyst: an unusual complication of hemophilia A. *Central European J Med* 2007;2:539-542.
6. Jenkins M, Golding RH, Cooperberg PL. Sonography, and computed tomography of hemorrhagic cholecystitis. *Am J Roentgenol* 1983;140:1197-1198.
7. Rajul P, Charles O. Hemorrhagic cholecystitis as a complication of anticoagulant therapy: role of CT in its diagnosis. *Abdom Imaging* 2008;33:652-653.
8. Ellington RT, Seidel RH, Burdick JS, Peterson WL, Harford WV. Acalculous cholecystitis presenting as hemobilia and jaundice. *Gastrointest Endosc* 2000;51:218-220.