

IMAGE OF THE MONTH

## 상부위장관 대량 출혈로 나타난 췌장 가성낭종

양서희, 손준혁, 이윤석

인제대학교 일산백병원 내과

### Massive Upper Gastrointestinal Bleeding from Pancreatic Pseudocyst

Seo Hee Yang, Jun Hyuk Son and Yoon Suk Lee

Department of Internal Medicine, Inje University Ilsan Paik Hospital, Goyang, Korea

**증례:** 47세 여자 환자가 내원 한 시간 전 발생한 토혈로 내원하였다. 환자는 기저 질환이나 수술력은 없었으나 2년 전 급성 알코올성 췌장염으로 입원 치료를 받은 과거력이 있었다. 흡연력은 없었고 매일 소주 1병 이상의 음주력이 있었다.

내원 당시 활력징후는 혈압 88/55 mmHg, 맥박 88회/분, 호흡수 25회/분, 체온 36.0°C였고, 신체 검진에서 상복부에 압통이 관찰되었다. 혈액 검사에서 백혈구 11,210/mm<sup>3</sup> (참고치 4,000-10,000), 혈색소 4.2 g/dL (참고치 12.0-16.0), 혈소판 805,000/mm<sup>3</sup> (참고치 150,000-400,000)였고, 생화학 검사에서 혈액요소질소 9.3 mg/dL (참고치 6-23), 크레아티닌 0.66 mg/dL (참고치 0.5-0.9), AST 11 U/L (참고치 32 이하), ALT 6 U/L (참고치 33 이하), ALP 59 U/L (참고치 35-105), GGT 150 U/L (참고치 6-24), total bilirubin 0.49 mg/dL (참고치 0.3-1.2)로 확인되었고, 아밀라아제 120 U/L (참고치 28-100), 리파아제 334 U/L (참고치 13-60)로 상승되어 있었다.

제 1병일째 응급 상부위장관 내시경 검사를 시행하였고 위강 내에 다량의 응혈괴와 음식물이 고여 있었으며, 관찰에 상당한 제한이 있어 출혈 병소를 확인할 수 없었다. 복부 조영증강 컴퓨터단층촬영(CT)에서 활동성 출혈의 증거는 없었으나 췌장 주변으로 액체 저류 및 염증 침윤 소견이 관찰되는 CT grade D의 급성 췌장염 소견을 보였으며, 담낭 내 담석 및 담관 확장 소견은 없었다. 췌장 미부에 약 8.4×4 cm 크기의

가성낭종(pseudocyst)이 동반되었고, 위강 내로 직접 연결되는 누공으로 의심되는 부위가 관찰되었다(Fig. 1). 제 2병일째 상부위장관 내시경 검사를 다시 시행하였고 위체중부 소만/후벽 측에 작은 점막 결손으로부터 혈액 양상의 삼출물이 스며 나오는 것이 관찰되었으며(Fig. 2), 출혈은 저절로 멈추는 양상을 보여 내시경적 지혈술 등은 시행하지 않았다. 활동성 출혈 재발 시 혈관조영술 및 색전술 등을 계획하였으나 환자는 이후 지속적으로 안정적인 활력징후를 보였고, 재출혈 소견을 보이지 않았으며, 혈액 검사를 포함한 임상 소견의 호전 양상을 보여 보존적 치료 후 퇴원하였다. 외래에서 추적 관찰 예정이었으나 환자가 외래에 방문하지 않아 추적 관찰되지 못하였다.

#### 진단: 위와 누공을 형성한 췌장 가성낭종의 출혈

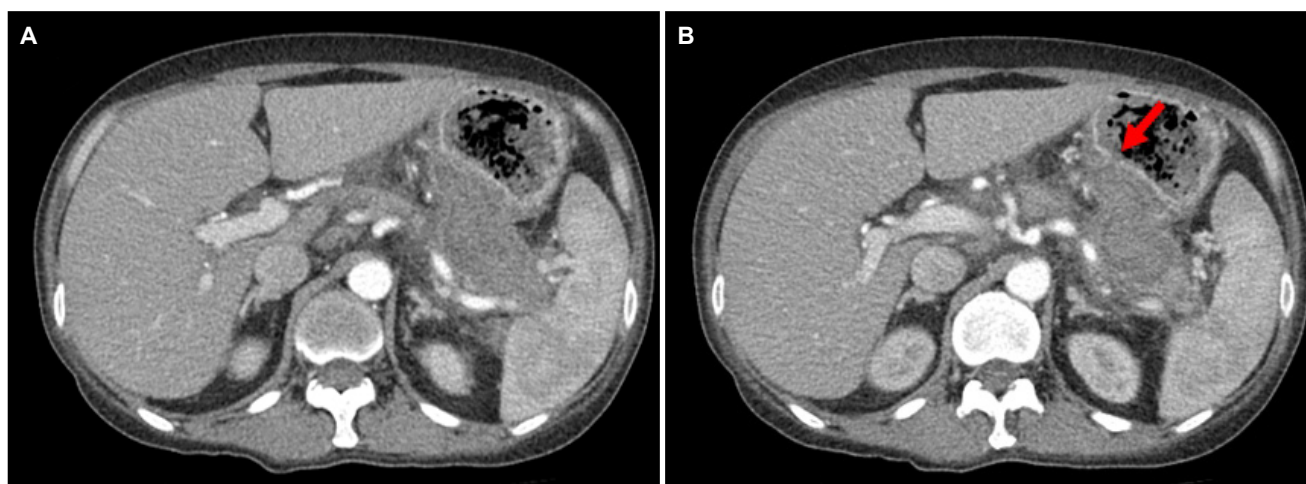
췌장 가성낭종의 발생은 췌장염의 합병증으로 흔히 발견되고 있지만 자연적인 천공이나 췌장루의 발생은 전체 가성낭종의 약 3%에서 발생한다.<sup>1</sup> 췌장 가성낭종에서 복강 내와 소화관으로 자연 파열에 의한 누공 형성의 빈도는 비슷하며, 소화관으로의 누공 형성 중 1/3이 위 내로 발생한다.<sup>2</sup> 췌장 가성낭종이 주변 장기와 누공을 형성하는 기전은 가성낭종 내에 액체가 저류되어 압력이 상승하고, 낭종액에 포함된 소화 효소제 및 조직 분해제 등이 인접한 장기나 혈관을 침범하며, 혈관

© 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 © 2019. Korean Society of Gastroenterology.

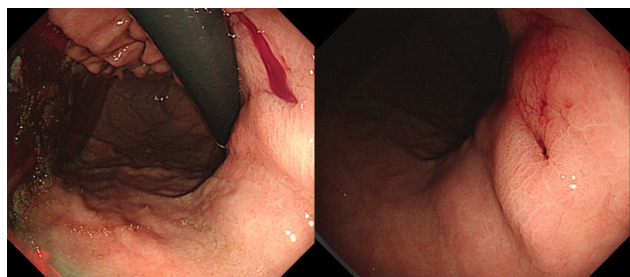
교신저자: 손준혁, 10380, 고양시 일산서구 주화로 170, 인제대학교 일산백병원 내과

Correspondence to: Jun Hyuk Son, Department of Internal Medicine, Inje University Ilsan Paik Hospital, 170 Juhwa-ro, Ilsanseo-gu, Goyang 10380, Korea. Tel: +82-31-910-7200, Fax: +82-31-910-7219, E-mail: jun1981@paik.ac.kr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3477-6985>

Financial support: None. Conflict of interest: None.



**Fig. 1.** (A) Contrast-enhanced CT image shows an 8.4×4 cm sized pancreatic pseudocyst adjacent to the posterior wall side of the stomach. (B) Contrast-enhanced CT image shows a gastro-cystic fistula (red arrow). CT, computed tomography.



**Fig. 2.** Esophagogastroduodenoscopy findings. On the retroflexed view, oozing bleeding from a linear pinpoint depressed lesion was observed on the lesser curvature/posterior wall side of the mid body.

침범으로 발생한 허혈성 장애로 가장 약한 장기벽을 뚫어서 누공을 형성한다. 때로는 내시경 혹은 방사선 등의 중재적 시술 과정에서 발생하는 경우도 있다.<sup>2</sup>

가성낭종과 연관된 상부위장관 출혈은 상부위장관 출혈로 입원한 전체 환자의 1% 이하로 매우 드물지만 일단 발생하면 대량 출혈이 되어 치명적이다.<sup>3</sup> 전체 사망률은 치료받은 환자군에서는 약 13%이지만 치료받지 못한 환자군에서는 약 90%로 매우 높다.<sup>4</sup> 가성낭종 출혈의 흔한 원인인 가성 동맥류는 비장동맥(31%)에서 가장 많이 발생한다고 알려져 있으며, 위십이지장동맥(24%), 췌십이지장동맥(21%) 그리고 간동맥(4%) 순으로 발생한다고 보고하고 있고 드물게 상장간동맥이나 복강동맥 등도 보고되고 있다.<sup>5</sup>

가성낭종의 합병증으로 발생한 출혈의 경우 위장절제술, 비장절제술, 동맥결찰술 그리고 췌장절제술 등의 외과적 치료와 혈관조영술과 함께 혈관색전술을 시행하는 방법이 있지만 응급 개복술 시행 시 사망률이 33% 정도로 높아 최근에는

비침습적인 혈관색전술이 많이 이용되고 있다.<sup>6</sup> 혈관색전술의 치료 성공률은 91%이고, 시술 관련 사망률은 14%로 보고되고 있다.<sup>7</sup>

본 증례는 만성적인 알코올 섭취로 인한 급성 췌장염의 반복으로 가성낭종이 형성되었고 위장과 가성낭종 사이에 발생한 누공을 통하여 대량 위장관 출혈이 발생하였다. 복부 조영증강 컴퓨터단층촬영(CT)으로 가성낭종과 위 내장이 연결된 누공 부위를 의심한 후 상부위장관 내시경으로 누공을 확인하여 진단하였고, 가성 동맥류는 관찰되지 않았으나 저혈량성 쇼크가 발생할 정도의 대량 위장관 출혈이 발생한 임상적 상황으로 보아 가성 동맥류의 파열이 동반되었을 것으로 추측되었다. 하지만 환자의 활력징후가 안정적이고 더 이상의 출혈 소견을 보이지 않아 저자들은 보존적 치료만 유지하였고, 재발의 소견 없이 호전된 증례를 경험하였기에 보고하는 바이다.

## REFERENCES

1. Lillemoe KD, Yeo CJ. Management of complications of pancreatitis. *Curr Probl Surg* 1998;35:1-98.
2. Shatney CH, Sosin H. Spontaneous perforation of a pancreatic pseudocyst into the colon and duodenum. *Am J Surg* 1973; 126:433-438.
3. Henne-Bruns D, Fröschle G, Grimm H, Kremer B. Acute gastrointestinal bleeding as a complication of pancreatic pseudocysts. *Hepatogastroenterology* 1991;38:75-77.
4. Stabile BE, Wilson SE, Debas HT. Reduced mortality from bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms caused by pancreatitis. *Arch Surg* 1983;118:45-51.
5. Balachandra S, Siriwardena AK. Systematic appraisal of the management of the major vascular complications of pancreatitis. *Am J Surg* 2005;190:489-495.

6. El Hamel A, Parc R, Adda G, Bouteloup PY, Huguet C, Malafosse M. Bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms in chronic pancreatitis. *Br J Surg* 1991;78:1059-1063.
7. Woods MS, Traverso LW, Kozarek RA, Brandabur J, Hauptmann E. Successful treatment of bleeding pseudoaneurysms of chronic pancreatitis. *Pancreas* 1995;10:22-30.