

CASE REPORT

급성 관상 동맥 증후군으로 오인된 식도 벽내 혈종 1예

유대곤^{1,2}, 최철웅^{1,2}, 강대환^{1,2}, 김형욱^{1,2}, 정동일³, 김완철³, 신재규⁴, 임태원⁵

부산대학교 의학전문대학원 내과학교실¹, 양산부산대학교병원 의생명융합연구소², BHS 한서병원 내과³, 화명일신기독병원 내과⁴, 흥내과의원⁵

A Case of Intramural Hematoma of the Esophagus Mimicking Acute Coronary Syndrome

Dae Gon Ryu^{1,2}, Cheol Woong Choi^{1,2}, Dae Hwan Kang^{1,2}, Hyung Wook Kim^{1,2}, Dong Il Jeong³, Wan Chul Kim³, Jae Gyu Shin⁴ and Tae Won Lim⁵

Department of Internal Medicine, Pusan National University School of Medicine¹, Busan, Research Institute for Convergence of Biomedical Science and Technology, Pusan National University Yangsan Hospital², Yangsan, Department of Internal Medicine, BHS Hanseo Hospital³, Busan, Department of Internal Medicine, Hwa Myung Il Sin Christian Medical Center⁴, Busan, Dr. Hong's Internal Medicine⁵, Yangsan, Korea

Intramural hematoma of the esophagus is a rare condition that can be spontaneous or secondary to trauma, toxic ingestion, or intervention. If it is the spontaneous type, it usually presents initially with epigastric pain, hematemesis or dysphagia. We present a case of intramural hematoma of the esophagus mimicking acute coronary syndrome. A 63-year-old man presented with severe acute chest pain. He has four coronary stents that were inserted five years ago, from a different hospital, and is on dual antiplatelet agents. Coronary angiography was performed immediately under the suspicion of acute coronary syndrome, and we found that there was no obvious clogging of the coronary arteries. Next, chest computed tomography was performed due to suspected aortic dissection, and the result was also negative. Four days later, endoscopy was performed and intramural hematoma covered with large ulcers was diagnosed. (Korean J Gastroenterol 2017;69:239-242)

Key Words: Hematoma; Esophagus; Acute coronary syndrome

서 론

식도 벽내 혈종은 급성 흉통의 원인이 될 수 있는 드문 질환으로 대부분 내시경 조작 등의 외인성 원인으로 발생하나, 심한 구역 혹은 구토에 의해 식도 내강의 압력 상승으로 발생하는 경우도 있다. 저자들은 특별한 외인성 원인이 없었고 구토 등의 유발 증상 없이 발생하여 급성 관상 동맥 증후군으로 오인되었던 식도 벽내 혈종 1예를 경험하여 문헌고찰과 함께 보고하고자 한다.

증례

63세 남자 환자가 음주 중 갑자기 발생한 흉통을 주소로 내원하였다. 증상 발생 전에 구토나 구역은 없었고, 흑색변도 없었다. 가슴 중앙 부위에 쥐어짜는 듯한 예리한 통증이 2시간 전부터 일정하게 지속적으로 있었으며, 방사통이나 호흡곤란 등의 증상은 없었다. 환자는 5년 전에 불안정 협심증으로 관상 동맥 중재술로 4개의 관상 동맥 스텐트 삽입술을 시행한 후 아스피린과 클로피도그렐의 2제 항혈소판제를 복용 중이었다. 내원 당시 혈압 120/70 mmHg, 맥박 62회/분, 호흡수 20회/분, 체온은 36.8°C였으며 급성 병색을 보였고, 의

Received December 28, 2016. Revised February 7, 2017. Accepted March 8, 2017.

© 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 © 2017. Korean Society of Gastroenterology.

교신저자: 최철웅, 50612, 양산시 물금읍 금오로 20, 양산부산대학교병원 의생명융합연구소

Correspondence to: Cheol Woong Choi, Research Institute for Convergence of Biomedical Science and Technology, Pusan National University Yangsan Hospital, 20 Geum-ro, Mulgeum-eup, Yangsan 50612, Korea. Tel: +82-55-360-1535, Fax: +82-55-360-1536, E-mail: luckyace@hanmail.net

Financial support: This study was supported by a 2017 research grant from Pusan National University Yangsan Hospital. Conflict of interest: None.

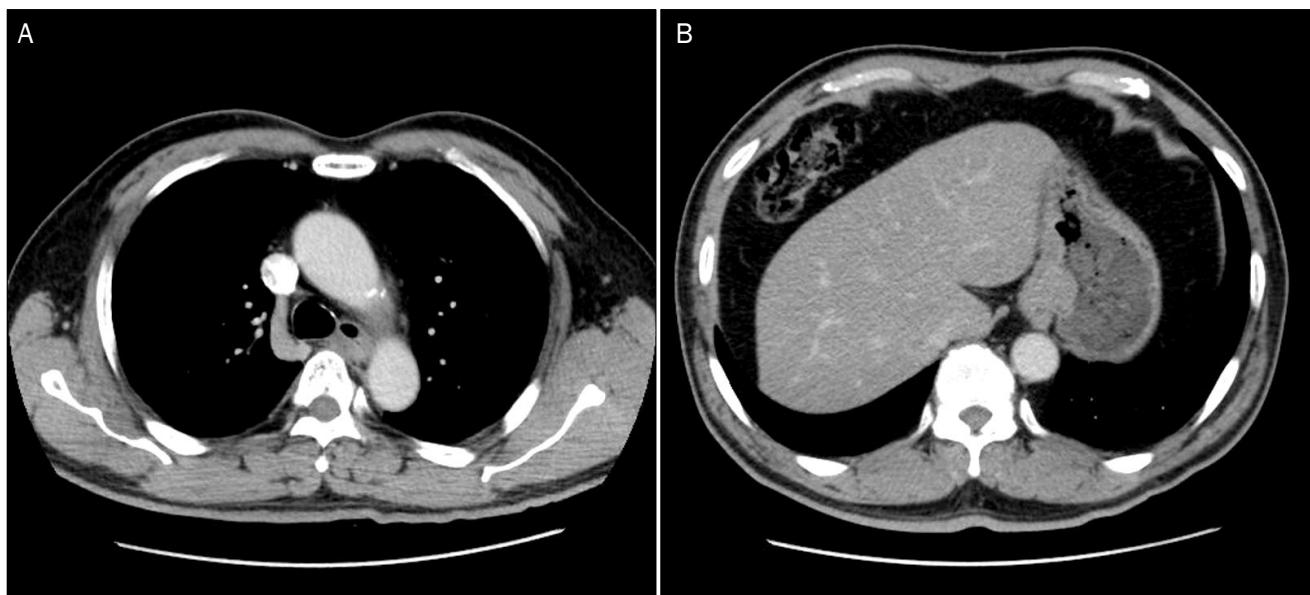


Fig. 1. Chest computed tomography findings. Diffuse wall thickening from the middle esophagus (A) to the cardia of the stomach (B) is observed, with eccentric thickening mainly in the medial and posterior aspect without contrast enhancement.

식은 명료하였다. 복부 진찰에서 명치 부위에 국한된 압통이 있었으며 반발통, 종괴의 촉지, 장음의 이상 등을 없었다. 말초혈액검사에서 백혈구는 $6,890/\text{mm}^3$ ($4,000\text{-}11,000/\text{mm}^3$), 혈색소 15.4 g/dL ($14.0\text{-}17.0\text{ g/dL}$), 혈소판 $243,000/\text{mm}^3$ ($140,000\text{-}400,000/\text{mm}^3$)였으며, 생화학검사에서 총 단백 7.6 g/dL ($6.6\text{-}8.3\text{ g/dL}$), 알부민 4.4 g/dL ($3.5\text{-}5.2\text{ g/dL}$), 총 빌리루빈 1.1 mg/dL ($0.3\text{-}1.2\text{ mg/dL}$), AST 33 IU/L ($0\text{-}50\text{ IU/L}$), ALT 36 IU/L ($0\text{-}50\text{ IU/L}$), 알칼리인산분해효소 61 IU/L ($30\text{-}120\text{ IU/L}$), 아밀라아제 77 U/L ($22\text{-}80\text{ U/L}$), 리파제 45 U/L ($0\text{-}67\text{ U/L}$), Na 145 mmol/L ($136\text{-}146\text{ mmol/L}$), K 3.8 mmol/L ($3.5\text{-}5.1\text{ mmol/L}$)였다. 심장표지자 검사에서 CK-MB 1.1 ng/L ($0.5\text{-}3.1\text{ ng/L}$), Troponin-I 0.05 ng/mL 미만($0\text{-}0.04\text{ ng/mL}$)이었다. 흉부 X선 검사 및 심전도에서는 특이 소견이 없었으나, 4개의 관상동맥 스텐트 삽입 병력과 흉통으로 관상동맥 조영술을 시행하였다. 관상동맥 조영술 결과 이전에 스텐트 시술한 병변에는 의미 있는 협착은 없었고, 혈류에도 큰 이상이 없었다. 이후 대동맥 박리나 폐색전증 등을 감별하기 위해 흉부 전산화단층촬영을 시행하였고, 대동맥이나 폐동맥에 이상소견은 없었으나 중부부터 하부식도까지 조영 증강이 되지 않는 불균질한 식도 벽의 비후 소견이 관찰되었다(Fig. 1). 환자는 응급실에서 검사 시행 중에 증상이 호전되어 귀가하였고, 4일 후 소화기내과 외래를 방문하여 상부위장관 내시경검사를 시행하였다. 상부위장관 내시경검사에서 중부 식도 부터 궤양으로 덮인 적자색 혈종이 관찰되었고, 이는 위-식도 접합부를 지나 분문부까지 이어져 있었으며, 분문부에 혈종의 외부 출구가 관찰되었다(Fig. 2A, B). 7일 후 시행한 상부위장

관 내시경검사 시 병변은 이전에 비해 호전되어 궤양으로만 관찰되었고, 분문부의 혈종은 호전되어 관찰되지 않았다(Fig. 2C, D). 조직검사를 시행한 결과, 염증 세포의 침윤만 관찰되었다(Fig. 3). 환자는 양성자펌프억제제를 8주 동안 복용하고 항혈소판제는 2제에서 클로피도그렐 단독 1제로 변경하고 경과 관찰하였다. 특별한 증상 없이 지내다 8주 뒤 추적 상부위장관 내시경검사에서 이전의 병변은 모두 호전되어 정상 점막 소견을 보였다(Fig. 4).

고 찰

식도에 발생하는 급성 손상들은 전총의 파열을 보이는 Boerhaave 증후군, 위-식도 접합부 점막의 열상인 Mallory-Weiss 증후군, 식도 점막하 박리가 발생하여 혈종이 차는 식도 벽내 혈종으로 구분할 수 있다.^{1,2} 식도 벽내 혈종은 드문 질환으로, 1957년 Williams에 의해 처음 보고되었다.³ 이후 다양한 외상성과 자발성 식도 점막 내 혈종의 보고들이 있었고, 자발성의 경우 대부분 구토 이후에 발생한 보고들이었다.^{4,5}

임상 증상으로는 명치 부위 통증이 가장 흔하며, 다음으로 토혈, 연하곤란 등의 증상이 있을 수 있다.^{2,6,7} 토혈은 보통 흉통이나 연하곤란 증상 이후에 200 mL 이하로 소량으로 발생한다.⁶ 따라서 흉통으로 내원한 환자들 중에 토혈뿐 아니라 구역, 구토 등의 선행 증상이 있었다면 식도 벽내 혈종도 함께 의심해 볼 수 있겠다.

식도 벽내 혈종은 보통 보존적 치료로 호전되는 양성경과의 질환이지만 정확한 조기 진단이 중요하다. 그 이유는 증상

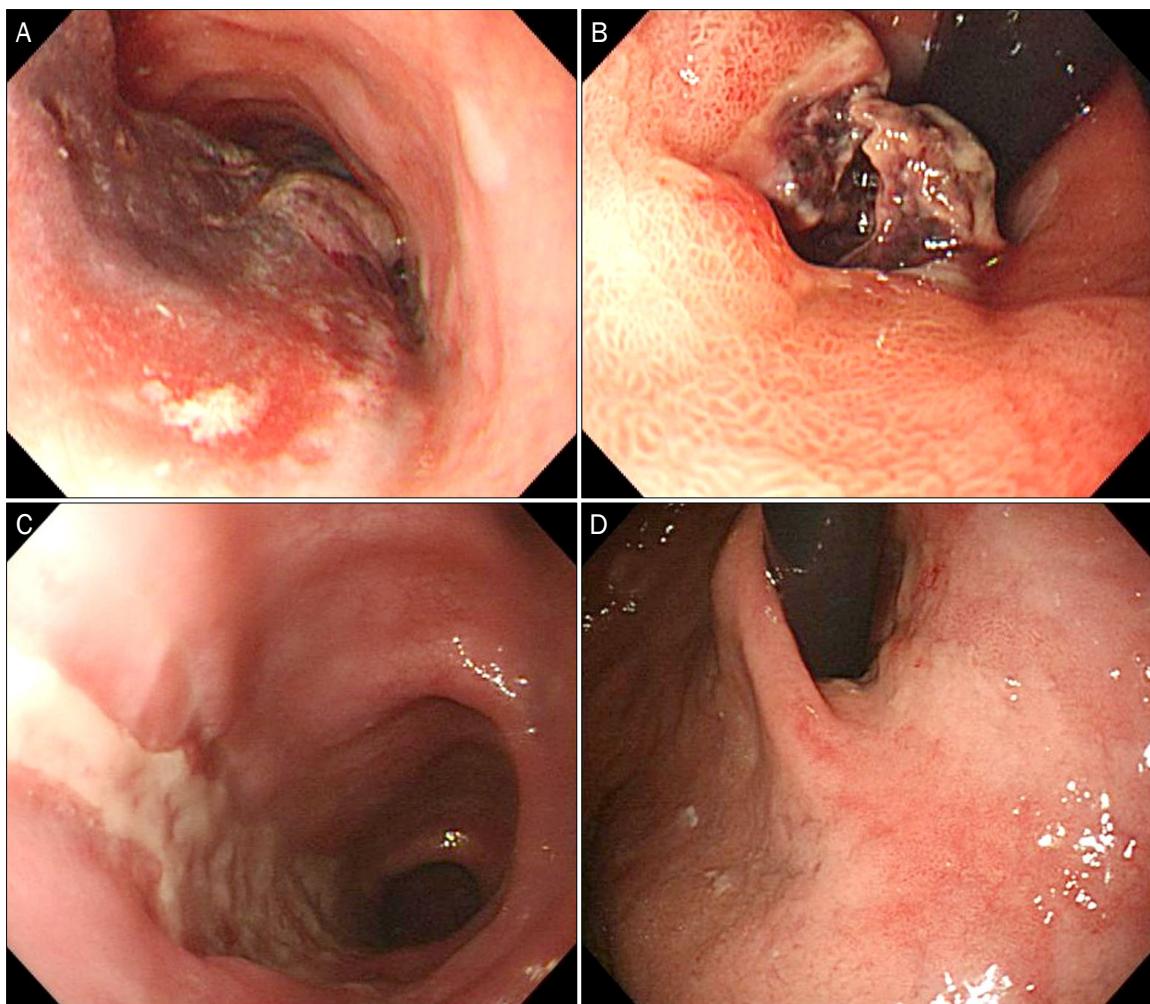


Fig. 2. Endoscopic findings. From the middle esophagus, a long red purple hematoma covered with some ulcer was observed (A), which was passed from the gastroesophageal junction to the cardia of the stomach (B). Seven days later, the hematoma has disappeared and a longitudinal ulcer with whitish plaques is observed matching the site. Mid esophagus (C) and the cardia of the stomach (D).

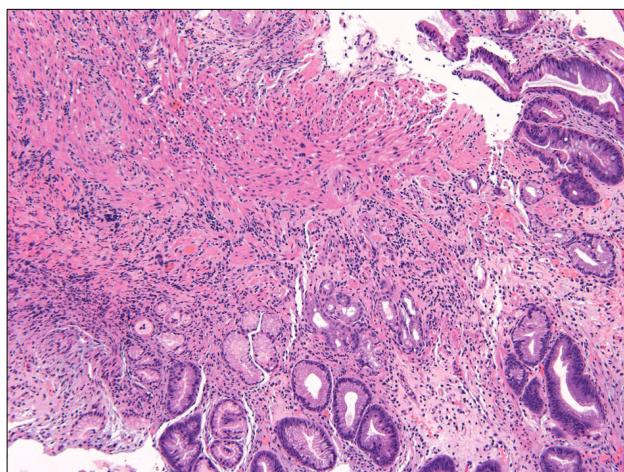


Fig. 3. Histopathologic finding of the esophageal wall. Inflammatory cells and normal glands are observed and there are no findings such as dysplasia (H&E, $\times 100$).

이 흉통으로 발현하여 급성 관상 동맥 증후군이나 폐색전증 등으로 오인될 경우, 이는 과도한 항응고제 사용으로 이어져 치명적인 출혈을 야기할 수 있기 때문이다. 정확한 진단은 보통 내시경, 전산화단층촬영, 식도 조영술로 할 수 있다. 상부 위장관 내시경검사가 1차 진단의 선택으로 식도 종축을 따라 내강을 압박하는 큰 적자색 혹은 보라색 종괴 양상으로 관찰된다.^{8,9} 전산화단층촬영은 식도 종축을 따라 조영 증강이 되지 않는 저밀도 종괴로 나타나며, 대동맥 박리나 폐색전증 등의 비슷한 증상을 보이는 다른 질환 배제에 중요하다.^{9,10}

식도 벽내 혈종은 발생 2-3일 이내 정상적으로 파열되어 혈종을 털고 있던 점막층이 탈락하면서 넓고 얕은 궤양을 형성하여, 한 달 이내에 궤양 반흔을 만든다.¹¹ 대부분의 경우 보존적 치료로 호전되는 양성경과를 보여 치료는 금식, 정맥 내 영양 공급 등의 보존적 치료만을 시행하며 저자에 따라서 제산제 치료를 시행할 수 있겠다.^{12,13} 식도 벽내 혈종의 임상

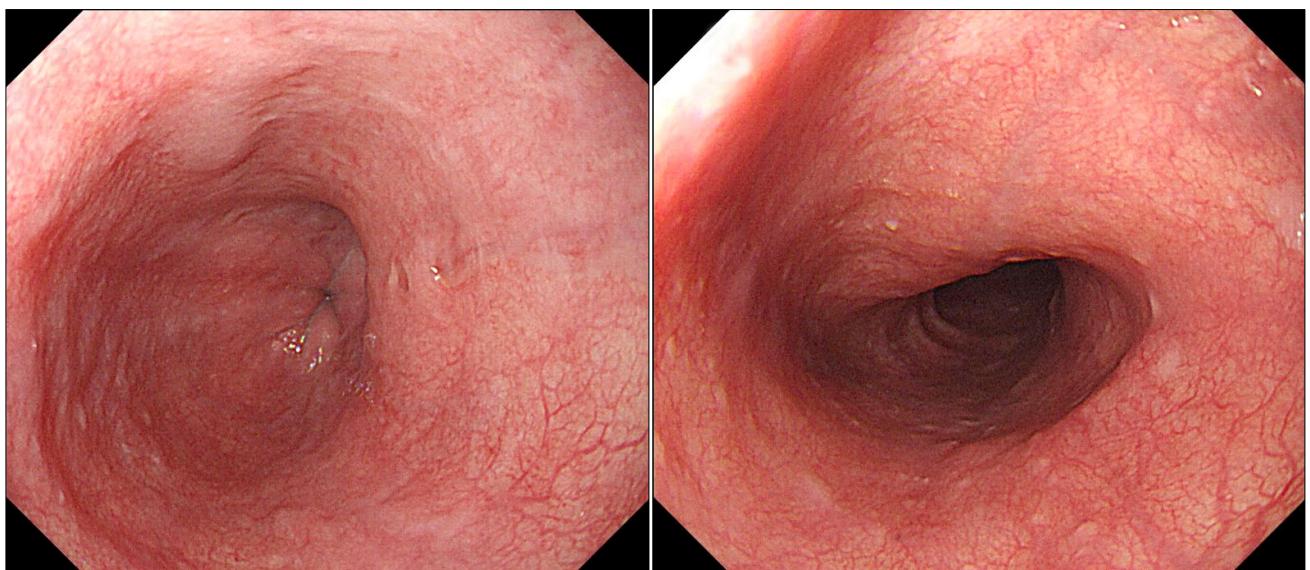


Fig. 4. Endoscopic findings of the esophagus after 8 weeks. The hematomas and ulcers have disappeared.

경과는 혈종이 흡수되면서 협착 등의 특별한 합병증 없이 약 1개월 정도에 호전된다.¹¹ 증례의 환자는 유발 증상은 없었으나 내시경에서 위-식도 접합부에 궤양이 관찰되었던 소견으로 미루어 보아, Mallory-Weiss 증후군이 선행하여 있었고 항혈소판제 복용으로 인해 지혈이 되지 않아 혈종으로 진행하였을 가능성이 있다. 증례의 환자는 흉통으로 내원하였고, 이전에 관상 동맥 스텐트 시술의 병력으로 급성 관상 동맥 증후군으로 판단되어 관상 동맥 조영술과 흉부 전산화단층촬영을 먼저 시행하였으나, 결국 증상 발생 수일 후에 내시경을 통하여 진단되었다. 일반적인 식도 벽내 혈종의 경과처럼 증례의 환자 역시 특별한 치료 없이 증상이 호전되었고, 8주 뒤 시행한 상부위장관 내시경검사에서 완전한 호전이 관찰되었다.

흉통으로 내원한 환자에서 구역, 구토, 토혈 등의 선행 증상이 있다면 식도 벽내 혈종을 의심할 수 있겠으나 본 증례의 환자처럼 출혈 소인이 있는 환자에서는 선행 증상 없이 발생할 수 있어 감별 진단으로 함께 생각해 보아야겠다.

REFERENCES

1. Steadman C, Kerlin P, Crimmins F, et al. Spontaneous intramural rupture of the oesophagus. Gut 1990;31:845-849.
2. Koike J, Matsushima M, Teraoka H, et al. A case of submucosal hematoma of the esophagus and stomach, possibly caused by fish bone ingestion. Tokai J Exp Clin Med 2010;35:46-56.
3. Williams B. Case report; oesophageal laceration following remote trauma. Br J Radiol 1957;30:666-668.
4. Ko BM, Park GH, Hong SJ, et al. Spontaneous intramural hematoma of the esophagus. Korean J Gastrointest Endosc 1998; 18:872-877.
5. Lee CH, Jung HG, Kim DH. A case of spontaneous intramural hematoma of the esophagus. Korean J Gastrointest Endosc 2010;40:309-311.
6. Cullen SN, McIntyre AS. Dissecting intramural haematoma of the oesophagus. Eur J Gastroenterol Hepatol 2000;12:1151-1162.
7. Restrepo CS, Lemos DF, Ocazionez D, Moncada R, Gimenez CR. Intramural hematoma of the esophagus: a pictorial essay. Emerg Radiol 2008;15:13-22.
8. Hsu CC, Changchien CS. Endoscopic and radiological features of intramural esophageal dissection. Endoscopy 2001;33:379-381.
9. Modi P, Edwards A, Fox B, Rahamim J. Dissecting intramural haematoma of the oesophagus. Eur J Cardiothorac Surg 2005;27: 171-173.
10. Hiller N, Zagal I, Hadas-Halpern I. Spontaneous intramural hematoma of the esophagus. Am J Gastroenterol 1999;94:2282-2284.
11. Nagai T, Torishima R, Nakashima H, et al. Spontaneous esophageal submucosal hematoma in which the course could be observed endoscopically. Intern Med 2004;43:461-467.
12. Sen A, Lea RE. Spontaneous oesophageal haematoma: a review of the difficult diagnosis. Ann R Coll Surg Engl 1993;75:293-295.
13. Ackert JJ, Sherman A, Lustbader IJ, McCauley DI. Spontaneous intramural hematoma of the esophagus. Am J Gastroenterol 1989;84:1325-1328.