

총담관 관상 선종 1예

인세의대 내과, 방사선과¹, 외과², 병리과³: 김동주*, 정준표, 이세준, 이관식, 정재복, 이상인, 문영병, 강진경,

박인서, 김기환¹, 지훈상², 박영년³

총담관의 양성종양은 모든 담관 신생물 중 1%를 차지하며, 아직 확실한 분류는 없지만 유두종, 선종, 선근종, 신경종, 과립세포종양 등으로 분류되어 지기도 한다. 총담관의 선종은 매우 드물며, 담관 폐쇄의 흔치 않은 원인으로 문헌상 소수만 보고되어 있다. 총담관 선종은 대개 단발하며 주로 직경이 1cm 이하이다. 담관결막에서 발생하는 선종은 대개 총담관의 원위부에 위치하고, 임상적으로 십이지장 팽대부 종양과 유사하게 패쇄성 황달을 나타내며 담관 결석과 혼동되기도 한다. 이러한 이유로 담관 선종의 술전 진단은 종종 어렵고 지연된다. 국내에서는 용모성 선종을 제외하면 현재까지 2예의 총담관 선종이 보고되었는데, 1예는 원위부 담관암의 술전 진단하에 수술 후 선종으로 확인되었고, 다른 1예는 담관결석으로 생각하고 내시경적 유두부 괄약근 절개술(EST) 및 결석 제거를 시도하였으나 오니(sludge)만 나와 경과관찰 중, 10개월 후 증상이 재발하여 수술을 시행하였다. 연자들은 위암으로 위아전절제술 및 Billroth II(B-II) 수술을 시행받은 병력이 있는 65세 남자환자에서 담석이 동반되어 있어 담도내 종괴의 술전 진단이 어려웠던 총담관 관상 선종을 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례: 65세 남자 환자가 내원 3일전부터 시작된 우상복부 동통을 주소로 내원하였다. 환자는 과거력상 내원 9년 전 위암으로 위아전절제술 및 B-II 시행 후 방사선 치료를 받았다고 하며 고혈압, 당뇨, 결핵 등은 없었다. 내원 시 체온은 37.5°C였으며 피부와 공막에 황달소견을 보였다. 검사실 소견상 WBC 10,200/mm³(다핵구 92%), 총 혈청 빌리루빈 2.3mg/dl, 직접 빌리루빈 1.4mg/dl, alkaline phosphatase 204 IU/L, AST/ALT 34/69 IU/L, 혈청 CEA 3.3mg/dl이었다. 외부에서 시행한 복부 컴퓨터 단층 촬영상 총담관 내에 균일한 음영의 종괴양 병변이 있고 양측 간내담관, 담낭 및 간의담관 근위부의 확장 소견을 보였다. 내원 당일 내시경적 역행성 췌담관 조영술(ERCP)을 시도하였으나 환자의 상태가 좋지 않아 중지하였고, 입원 2일째 경피경관 담도 배액술(PTBD)을 시행하였다. 담도 조영상 담관은 현저하게 확장되어 있었고 총담관내에 다발성의 음영결손이 관찰되었다. 입원 8일째, 다시 ERCP 및 EST를 시행하고, 바스켓 및 풍선으로 다량의 분절 담석, sludge 및 무정형 물질들을 제거하였으나, 풍선 담도 조영상 총담관 근위부에 음영결손이 남아 있는 것으로 관찰되었다. 입원 15일째 다시 시행한 ERCP상 총담관 근위부에 음영결손이 관찰되었으나 잡히지 않았고, 입원 20일째 PTBD tract을 통해 담석 제거술을 시행하였으나 쉽게 출혈되고 밖으로 나오는 것은 없어 종괴에 의한 음영결손으로 생각하였다. 입원 30일째 시험개복술을 시행하였으며 근위부 총담관에 직경 2cm 크기의 돌출성 종괴의 소견 있었고 동결조직 검사상 양성으로 진단되어 총담관 부분절제, 담낭절제 및 총담관 십이지장문합술을 시행하였으며, 병리조직 검사상 관상 선종으로 확인되었다. 환자는 이후 3년 3개월이 경과된 현재까지 별 문제없이 잘 지내는 것으로 확인되었다.

— S-8 —

Mirizzi 증후군으로 오인된 총담관 담석에 의한 담낭관 폐쇄

한양대학 의과대학 소화기병 연구소, 내과학 교실, 외과학 교실*, 진단방사선학 교실**

김희수*, 은창수, 최호순, 손영우, 손주현, 전용철, 윤병철, 함준수,

이민호, 이동후, 기춘석, 박경남, 권오정*, 이광수*, 고병희**

Mirizzi 증후군은 담낭관이나 담낭의 Hartman낭에 존재하는 담석에 의한 총간관의 양성 폐쇄를 유발하는 질환으로 대개 개복성 담낭 절제술로 치료를 하는 것으로 되어 있다. 또한 담낭관 등의 구조물의 여러가지 변형에 의해 임상상이나 영상진단에서 나타나는 양상이 다양하여 수술이나 내시경적 역행성 담췌관 조영술(ERCP)전에 정확한 진단을 하지 못하는 경우가 종종 있다. 간혹 간의담도내 존재하는 담석이 담낭관을 압박하여 Mirizzi 증후군과 동일한 임상 양상을 나타내게 되는데 이는 매우 드물다. 저자들은 Mirizzi 증후군으로 오인하였다가 후에 총담관 담석에 의한 담낭관 폐쇄로 진단된 1예를 경험하였기에 이에 보고하는 바이다. <증례> 46세 여자환자로서 2년전 개인의원에서 담낭염으로 1주일간 입원치료 받은 병력이 있으며 그후 별 이상없이 지내다 내원 전 날 갑자기 시작된 우상복부 동통, 발열 및 오한을 주소로 내원하였다. 환자는 급성병색을 보였고 공막은 황달을 나타냈으며 우상복부의 압통이 있었다. 말초혈액 검사상 백혈구 15,500/mm³, 혈색소 12.8 g/dl, 혈소판 305,000/mm³였고, 생화학 검사상 ALT 590 IU/L, AST 96 IU/L, alkaline phosphatase 164 IU/L, γ-GTP 493 IU/L, 총 bilirubin 5.2 mg/dl, 직접 bilirubin 2.9 mg/dl였다. 복부 초음파 검사상 담낭은 늘어나 있었으며 내부는 오니(sludge)로 꽉 차 있었고, 담낭벽이 전체적으로 두꺼워져 있었으며 담낭주위 음영이 감소되어 급성 담낭염을 시사하는 소견을 보였다. ERCP 소견상 담낭관이 총간관으로 개구하는 부위에 담석이 관찰되었고 이로 인해 담낭관 위치의 총담관이 눌러져 총간관, 좌우 간내담관의 확장이 관찰되었다. 경비담낭배액관(ENGBD) 삽입 후 다량의 농이 배출되었고, 환자는 외과로 전과되어 내원 8일째 수술을 받았다. 수술소견상 담낭은 8*2.5cm 크기로 확장되었고 담낭관벽의 심한 부종과 함께 담낭관이 약 8mm 크기로 늘어나 있었으며 내부에 담석은 관찰되지 않았다. 총담관벽의 부종 및 내부에 약 1cm 크기의 담석이 관찰되어 담낭 절제술과 총담관 절개술 및 T관 삽입술을 시행하였으며, 환자는 특별한 합병증 없이 증상소실되어 현재 외래추적 관찰중이다.