

상부 위장관 출혈로 내원한 십이지장의 Benign GIST 1예
인제대학교 의과대학부속 부산백병원 내과학 교실
정명교*, 박은택, 이상민, 이원동, 김재환, 최봉기, 장윤식, 이상혁, 설상영, 정정명

위장관의 기질 종양은 임상적인 양상을 단정하기 어려워, 진단 당시 원발한 장기를 벗어나 종양이 전이한 경우 이미 악성으로 간주하며 불량한 예후를 시사하게 된다. 간헐적인 복통을 가장 많이 호소하나, 가끔은 종양으로 인해 부분적 장폐쇄가 일어나 쥐어짜는 듯한 심한 복통을 호소하기도 한다. 이 외에 식욕부진, 오심, 구토, 장폐색, 위장출혈, 빈혈, 복부종괴 및 체중감소 등과 드물게는 장천공이 일어나기도 하나, 초기에는 거의 대부분에서 특징적인 임상적인 증세를 보이지 않아 진단이 어렵고 합병증이 발생하거나 병기가 많이 진행된 후에 내원하는 경우가 많다. 저자들은 내원 약 1년전부터 공복시 심와부 동통이 있었으나, 식후 완화되는 양상을 보여 특별한 치료 없이 지내오다가, 내원 1주 전부터 심와부 동통 및 간헐적인 혈변을 주소로 내원한 23세 여자 환자에서 십이지장의 Benign GIST 1예를 경험하였다.

내원 당시 혈압은 110/70mmHg, 호흡수는 22회/분, 맥박수는 76회/분, 체온은 36.7℃이었다. 이학적 소견상 안면과 결막은 다소 창백해 보였고, 상복부에 경미한 압통이 있었으나 반동압통은 없었으며, 만저저는 종괴는 없었다. 검사실 소견으로 말초혈액검사상 혈색소는 11.4gm/dL, 혈소판은 229,000/mm³, 백혈구는 7,010/mm³이었고, 대변잠혈반응은 음성이었다. 혈청검사상 총단백 7.3gm/dL, 알부민 4.1gm/dL, 총빌리루빈 0.4gm/dL, AST 16U/L, ALT 16U/L, LDH 370U/L, BUN 8.0mg/dL, creatinine 0.5mg/dL로 정상 범위였다. 시행한 위십이지장 내시경 검사에서 십이지장 제 2부의 Vater씨 팽대부 중앙에 약 1.5cm 정도의 궤양을 동반한 종괴가 있었고, 초음파 내시경 검사상 근육층에서부터 경계가 지워진 약 2×3cm 정도되는 저에코의 달걀형 병변이 관찰되었으며, 복부초음파상 특이 소견은 없었으나, 전산화단층촬영상 췌장 주변의 임파절의 비대와 담낭에 비교적 크기가 작은 용종이 있었다. 치료로는 담낭 절제, 췌장 두부 및 십이지장 절제를 포함하는 Whipple씨 수술을 시행하였다.

내시경적 지혈술로 치료한 십이지장 게실출혈 1예

부산의대 내과 권대식*, 문재현, 김보석, 안진광, 김광하, 허정, 강대환, 송근암, 조웅, 양웅석

십이지장 게실은 내시경 검사나 상부위장관촬영술 그리고 역행성췌담관조영술 때 증상없이 우연히 발견되어 지는 경우가 많다. 그 빈도는 대략 5~22%로 다양하게 보고되고 있다. 대부분 무증상이나 약 10% 환자에서 게실염, 천공, 출혈, 장폐색, 담도염, 췌장염 등의 위중한 합병증을 일으킬 수 있다.

이중 게실내 출혈은 비교적 드문 편이나 해부학적 접근의 어려움 때문에 내시경적 진단이 늦어 지거나 출혈부위를 찾지 못해 혈관조영술을 통해 이를 진단후 수술을 시행하는 경우가 종종 있었다. 그러나 최근 내시경적 기구 및 시술의 기술적 발달로 인해 내시경적 지혈 치료만으로 십이지장 게실 출혈을 치료하려는 시도가 있어 왔고 그 성공률은 비교적 높은 것으로 알려져 있다.

저자들은 64세 여자에서 반복적인 대량 출혈을 야기한 십이지장내 게실 출혈을 hemoclipping 만으로 지혈에 성공한 후 외래 추적관찰에서 더 이상의 특별한 문제를 야기하지 않는 1예를 경험하였다.

이와 같이 대량출혈을 유발한 십이지장 게실 출혈 환자에 있어 내시경적 지혈술은 수술의 높은 합병증과 사망률을 고려할 때 훨씬 더 안전하고 효과적인 치료법으로 여겨진다.