

## Successful endoscopic decompression for intramural duodenal hematoma with gastric outlet obstruction complicating acute pancreatitis

Department of Internal Medicine, Wonkwang University School of Medicine, Wonkwang University

\*Jin Soo Chung, Jun Young Lee, Tae Hyeon Kim

A 55-year-old man who had been experiencing right upper abdominal pain and vomiting for 2 days was admitted to the hospital. His medical history included alcoholic pancreatitis caused by heavy drinking. Laboratory analysis showed mild leukocytosis (13,850 cells/ $\mu$ L) and markedly elevated serum pancreatic enzyme levels (amylase, 1001 U/L; lipase, 1809 U/L). Computed tomography revealed a highly attenuated mass along the duodenum; the mass narrowed the lumen and caused huge distension of the stomach. The symptoms of gastric outlet obstruction increased; upper endoscopy revealed a submucosal mass with a hyperemic mucosa in the duodenal bulb and complete obstruction of the second duodenal portion caused by external compression. We removed the mucosa at the erosive surface of mass by using a biopsy forceps and made a small fistula. After the blood had flowed out, we carefully advanced an endoscope through the fistula and observed blood clots with oozing. Therefore, we removed some clots by using a basket and suctioned them to decompress the luminal obstruction. Conservative therapies such as fluid therapy and NPO were continued, and the patient's symptoms and abnormal laboratory findings improved after 1 week. In a follow-up CT scan of the abdomen conducted after 2 weeks, the large mass was found to be smaller. Only a small duodenal ulcer was found after 18 days. Nontraumatic IDH can cause intestinal stenosis, often initially presenting as abdominal pain and vomiting. Obstructive symptoms from duodenal hematomas generally resolve in 10-15 days; however, some patients experience a prolonged course with persistent duodenal obstruction that requires operative exploration. Intensive medical therapy is now gaining wide acceptance with recent advances in diagnostic imaging techniques. In this case, the huge hematoma was treated adequately with endoscopic evacuation of hematoma through the fistula that was made at the erosive surface by using a biopsy forceps, and then the symptoms of gastric outlet obstruction was improved rapidly.

## Metastatic paratesticular adenocarcinoma from the pancreatic cancer

차의과학대학 분당차병원

\*홍원정, 홍성표, 정소영, 이정길, 고은정, 김지수, 박치영, 임영민, 신석표

**서론:** 췌장암은 그 예후가 극히 불량하여 전신 장기로 전이되어 발견되는 경우가 많은데, 이의 가장 흔한 전이장기는 임파선, 폐, 간, 부신, 신장, 뼈 순서이며, 췌장암의 고환 주변 전이는 매우 드물다고 알려져 있다. 저자들은 잠복고환으로 내원한 환자에서 고환절제술을 시행한 결과 점액낭선암으로 확인되었고 컴퓨터단층 촬영상 췌장 종괴가 발견되었으며 조직 검사 결과 점액낭선암으로 확인되어 췌장암에서 유래한 고환주변 전이암으로 진단되어진 증례를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다. **증례:** 환자는 내원 4개월 전 잠복 고환으로 비뇨기과에서 우측 고환절제술을 시행 받았고 조직검사서서 점액낭선암으로 확인되었다. 수술 한 달 후 시행한 PET 스캔에서 원격 전이를 의심할 만한 소견은 없었고 수술 두 달 후 요관 결석 의심되어 시행한 비조영 증강 컴퓨터 단층 촬영에서 췌장 미부에 약 2 cm의 종괴와 복강 내 파종 의심 소견이 있었다. 한달 후 요관 결석이 의심되어 내시경적 요관 결석 제거를 시행하려 하였으나 결석은 관찰되지 않았고 요관 협착 소견이 있어 double J catheter를 삽입하였다. 2주 뒤 catheter를 제거하였고 황달과 가벼운 복통이 발생하였으며 1주 뒤 시행한 복부 골반 CT에서 췌장 미부 종괴 크기는 4.2 cm으로 증가해있었다. 추가로 복강 내 파종 소견과 악성 복수에 해당하는 소견이 관찰되었고 담도계 전이가 의심되었으며 방광직장 부위에 5 cm크기의 종괴가 관찰되었다. 이에 소화기 내과로 전과되어 초음파 유도하 췌장 생검 실시하였으며 점액낭선암이 확인되었다. T.bilirubin 계속적으로 증가하여 ERCP 시행하였으며 악성종양에 의한 총간관의 폐쇄 소견 관찰되어 스텐트 삽입술을 시행하였다. 이후 혈액 종양 내과 전과 및 고식적 항암치료를 계획하였으나 타원으로의 전원 희망하여 전원되었다. **결론:** 췌장암은 악성 종양의 5% 이하를 차지하며 고환 주변 전이는 매우 드물다. 저자들은 저자들은 잠복고환으로 내원한 환자에서 고환절제술을 시행한 결과 점액낭선암으로 확인되었고 컴퓨터단층 촬영상 췌장 종괴가 발견되었으며 조직 검사 결과 점액낭선암으로 확인되어 췌장암에서 유래한 고환주변 전이암으로 진단되어진 증례를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.