

경추부 전방유합술 후 발생한 지연성 식도천공의 치험 1예

동아대학교병원 소화기내과

*김경한, 배숙향, 한지선, 최석렬, 장진석

서론: 식도 손상은 증상이 뚜렷하지 않아서 진단과 치료가 늦어지는 경우가 많으며 조기 진단과 적극적인 치료를 하지 못하는 경우 치명적인 결과를 초래할 수 있다. 경추부 전방 유합 및 고정술 후 식도손상은 흔하지 않으나 수술 직후 또는 수개월 후에 지연성으로 발생하여 심각한 문제를 일으킬 수 있는 합병증이다. 저자들은 경추부 전방 유합 및 고정술 후 3개월 뒤에 식도천공을 진단, 치료한 1예를 경험하였다. **증례:** 62세 남자 환자가 퇴행성 원인의 경추 수핵 탈출증을 진단받고 타 병원에서 제 4, 5, 6번 경추부 전방 유합 및 고정술을 시행 받은 후 3개월 뒤에 갑자기 발생한 오른쪽 어깨와 팔에 통증을 주소로 내원하였다. 내원 당시 진찰소견에서 체온 36.8°C, 맥박 78회/분, 호흡수 18회/분, 혈압 110/70 mmHg이었으며 수술부위 종창이나 발적은 보이지 않았고 연하곤란이나 호흡곤란은 호소하지 않았다. 다른 흉부 및 복부 진찰상 특이소견 보이지 않았고 말초혈액 검사에서 백혈구수 5,370/mm³, 혈색소 14.0 g/dL, 혈소판수 148,000/mm³, C-반응성 단백 12.93 mg/dL이었으며 그 외 검사실 소견 및 단순 흉부 촬영상 특이소견 없었다. 수술 부위 확인을 위해 경부 단순 촬영 및 컴퓨터 단층 촬영 시행에서 식도천공 의심되는 공기 음영이 확인되었다. 식도조영술상 경추 5번 부위에 조영제 누출이 보였으며 식도 내시경 검사상 윤상인두근 직상부에 천공이 관찰되었다. 천공부위가 국한되어 있고 식도내강과 잘 통해 있으며 증상과 검사실 소견이 경미하여 급식 및 항생제로 우선 보존적 치료를 시행하였다. 금식 30일 후 추적 검사한 식도조영술과 식도 내시경 및 컴퓨터 촬영상 더 이상 누출의 증거가 보이지 않아 경구 식이를 시행하였다. 그러나 환자의 증상이 남아있어 시행한 경부 자기공명촬영에서 감염이 의심되는 소견보여 금속제거술 및 Zero-P 추체간유합술을 시행하였다. 술후 추적검사한 경부 컴퓨터 촬영에서 연부조직 감염소견이 호전을 보이지 않았고 식도조영술 및 식도내시경 검사에서 다시 식도천공소견을 보여 결국 유합판 제거술과 일차 봉합술을 시행하게 되었다. **결론:** 식도 손상의 증상은 뚜렷하지 않으므로 조기진단 및 조기치료가 중요하며 특히 경추부 전방 유합술 및 고정술 후 식도손상은 흔하지 않지만 지연성으로 발생하여 환자에게 심각한 문제를 일으킬 수 있으므로 주기적인 관찰이 필요하고, 보존적 치료와 수술적 치료 방향을 잘 결정하여야 한다. 경추부 전방 유합 및 고정술후 발생한 지연성 식도천공에서 보존적 방법으로 치료에 성공하였다가 재발한 식도천공의 수술적 치험 1예를 경험하여 이를 보고한다.

재발성 위장관 출혈로 발현된 아밀로이드증

인제대학교의료원 상계백병원 소화기내과

*황미원, 서지영, 조성균, 최병돈, 서동대, 신원창, 오택훈, 전태주, 최원충

서론: 아밀로이드증(Amyloidosis)은 특정 단백질이 병적으로 체내에 축적됨으로써 발생하는 드문 질환으로 위장관에서의 축적과 연관된 증상은 비특이적이어서 진단이 늦게되는 경향이 있다. 그러나 고령인구가 많아지고 형질세포질환과 같은 혈액질환이 증가함에 따라 위장관을 침범하는 아밀로이드증을 접할 기회가 증가하고 있다. 저자는 반복적인 위장관 출혈로 내원하여 아밀로이드증을 진단받은 예를 경험하였기에 보고하는 바이다. **증례:** 당뇨병, 고혈압의 과거력이 있는 78세 남자 환자가 내원 당일 점심 식사 후 2시간 뒤부터 발생한 복부통증과 혈변을 주소로 내원하였다. 환자는 7개월 전 식욕부진을 호소하여 시행한 위 내시경검사서 심한 위축성 위염 소견을 보여 조직검사를 시행하였고 그 뒤 조직검사 부위에 위궤양이 발생하여 약 3개월간 PPI를 복용하였으나 추적 내시경에서 여전히 활동기성 위궤양 소견을 보였으며 내원 2개월 전에는 혈변을 주소로 내원하여 허혈성 장염으로 치료받은 기왕력이 있었다. 내원당시 혈압은 126/68 mmHg였고 심박수는 118회/분이었으며 혈변 외에 운동호흡곤란을 호소하였다. 이학적 검사상 좌 하복부의 압통이 있었으며 반발통은 없었고 좌 폐하부의 호흡음이 감소되어 있었고 양 하지의 함요부종이 관찰되었다. 입원 당시 검사소견은 혈색소 10.8 g/dL, 백혈구는 7080/mm³, 혈소판은 303k/mm³, BUN/Cr은 7/0.8 mg/dL 총단백/알부민은 5.1/3.1 g/dL이었으며 CKMB/Tnl은 1.71/0.089 ng/ml, Pro-BNP는 6240pg/mL이었다. 단순 흉부방사선에서는 양측성 흉수와 경한 심장비대 소견을 보였으며 복부방사선에서는 특이 소견을 보이지 않았다. 혈변의 원인감별을 위해 시행한 대장내시경 검사에서 하행결장에서 구불결장에 다발성으로 궤양과 발적을 보여 재발성 허혈성 장염 의심하에 조직검사를 시행하였다. 심장비대 및 흉수의 원인 감별을 위해 시행한 심장 초음파 검사에서 아밀로이드증에 의한 심근병증이 의심되어 시행한 요 면역고정 전기영동검사에서 lambda type의 단세포군감마글로불린병증 소견을 보였으며 대장 조직검사에서도 congo-red 염색 양성을 보이면서 아밀로이드증과 연관된 허혈성 대장염이 진단되었고 위조직 검사에서도 congo-red 염색 양성을 보여 아밀로이드증으로 인한 재발성 위궤양이 진단되었다. **고찰:** 아밀로이드증은 출혈, 복통, 위장관 운동성의 변화, 체중감소 등 비특이적이며 다양한 위장관 증상으로 발현될 수 있는 질환으로 고령에서 신경병증이나 심부전, 신 증후군 등을 동반하면서 반복적인 위장관 출혈과 같이 설명되지 않는 위장관 증상을 나타낼 때 반드시 고려되어야 하는 질환이다.