

— F-67 —

내시경적 낭종장관루 조성술로 호전된 원인불명의 복강내 농양에 의한 위출구 폐쇄 환자 1예

고려대학교 의과대학 내과학교실

*박은범 · 박종재 · 윤태정 · 김기현 · 김영진 · 서상준 · 이세동 · 주문경 · 정영결 · 김정환 · 이법재 · 김지훈 · 김재선 · 박영태

서론: 내시경적 낭종장관루 조성술은 낭종에 의한 위, 십이지장의 외부압박이 현저한 경우 사용되는 비 수술적 치료의 하나로, 췌농양 등의 복강내 농양이나 췌장 가성낭종에서 비 침습적이고 안전하며 효과적인 시술로 인정되고 있다. 저자들은 위출구 폐쇄가 동반된 원인 불명의 복강 내 농양환자에서 비수술적 치료로 내시경적 낭종장관루 조성술을 시행하여 증상 호전을 경험하였기에 보고하는 바이다. **중례**: 49세 남자환자가 1주 전부터 구토, 우상복부 통증이 동반되어 내원하였다. 활력징후는 안정적이었고 복부검사서 상복부 압통이 관찰되었다. 말초혈액검사서 백혈구 15,300/mm³ 로 백혈구 증가증 소견이 있었고, 적혈구 침강속도와 C-반응성 단백은 각각 51 mm/hr, 45.6 mg/L로 증가하였다. 생화학 검사에서 아밀라제와 간기능 검사는 정상이었다. 상부위장관 내시경 검사에서 십이지장 구부에 현저한 외부 압박에 의한 위출구 폐쇄가 관찰되었고, 복부전산화단층촬영에서 7.7cm 크기의 단발성 낭성 종괴가 십이지장 구부의 외측으로 관찰되었다. 내시경초음파검사서 불균일한 저에코의 낭종이 관찰되었다. 위출구 폐쇄가 동반된 복강내 낭종의 진단과 치료를 위해 내시경적 낭종장관루 조성술을 시행하였다. 침형 유두절개도를 이용하여 십이지장 구부에 누공을 형성하였으며, 다량의 육안적 농이 배출되었다. 절개 후 지름18mm의 풍선을 이용하여 풍선확장술을 추가로 시행하여 지속적인 배액을 유도하였다. 낭종 내벽의 조직생검에서 염증소견만 관찰되었다. 배액술 후 동통 및 위출구 폐쇄증상은 호전되었다. 전신적 항생제 요법 등의 보존적 치료를 하면서 시술 7일 후에 시행한 상부위장관 내시경 검사에서 십이지장 구부의 외부 압박 소견은 호전되어 내시경 선단의 십이지장내 진입이 가능하였다. 환자는 퇴원 후 3주간의 항생제 치료를 받았으며 3개월 후 시행한 복부전산화단층촬영에서 복강내 농양은 1cm 크기로 현저히 감소하였다. **결론**: 본 증례는 위출구 폐쇄환자에서 복강 내 낭종의 진단 및 치료를 위해서 내시경적 내부 배농술을 시행하여 농양을 진단하고 임상경과의 호전을 경험하였다. 복강 내 농양의 원인은 명확하지 않지만 십이지장 감염성 중독 낭종에 의한 가능성을 배제할 수 없다.

— F-68 —

A case of endoscopic finding of intussusception due to Billroth-II gastric resection

가톨릭대학교 의과대학 내과학교실

*이혁 · 심건호 · 오정환 · 전은정 · 최상욱

Intussusception of the jejunum into the stomach through the stroma of the gastroenterostomy is rare but potentially fatal, the mortality may be up to 50% if not treated 48hours, so diagnosis of this condition is important and difficult in most of cases. Early diagnosis with a high index of suspicious and prompt treatment of the acute form are therefore important. Sometimes gastroscopy was diagnostic. Patient was 65 year old man who was admitted with diffuse abdominal pain and Levin-tube bleeding. We found a structure-resembling necrotic mucosa suspicious for intussuscepted small bowel. In time, an operation(open reduction & small bowel resection) was performed with successful results. We report a case of postoperative entrogastic intussusception occurred 37 years after Billroth II gastrectomy due to gastric ulcer perforation, associated with the efferent jejunal loop.

