급성 알코올성 췌장염에 의해 유발된 십이지장 벽내혈종 1예

¹연세대학교 의과대학 세브란스병원 내과학교실, ²제주한라병원 소화기병센터 내과박용은¹ · 이용준¹ · 김치영¹ · 이지연¹ · 박서현¹ · 박지혜¹ · 차병효²

A Case of Duodenal Intramural Hematoma Caused by Acute Alcoholic Pancreatitis

Yong Eun Park¹, Yong-Joon Lee¹, Chi Young Kim¹, Ji Yeon Lee¹, Seohyun Park¹, Ji Hye Park¹, Byung Hyo Cha²¹Division of Internal Medicine, Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine, Seoul; ²Digestive Disease Center and Department of Internal Medicine, Cheju Halla General Hospital, Jeju, Korea

Intramural duodenal hematoma (IDH) is a rare disease which defined a hematoma formation localized within the wall of the duodenum. The most common cause of IDH is due to blunt abdominal trauma while most of other cases of IDH are more related to the use of anticoagulants or coagulation disorders such as haemophilia and Von Willebrand disease. We report a very rare case of a large IDH caused by acute alcoholic pancreatitis without any kind of anticoagulation therapies nor coagulopathies. The patient was recovered by only medical treatment and observation without surgical intervention.

Korean J Pancreas Biliary Tract 2014;19(3):132-136

Received Jun. 9, 2014

Revised Apr. 25, 2014

Accepted Apr. 27, 2014

Corresponding author: Byung Hyo Cha

Digestive Disease Center and Department of Internal Medicine, Cheju Halla General Hospital, 65 Doryeong-ro, Jeju 690-766, Korea
Tel. +82-64-740-8050 Fax. +82-64-743-3110
E-mail: drhyo@hotmail.com

Keywords: Intramural duodenal hematoma, Acute pancreatitis, Alcoholic pancreatitis, Medical therapy

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서 론

십이지장 벽내혈종은 드문 질환으로 십이지장의 벽안에 혈종이 형성된 것을 말한다.¹ 1838년 MacLauchan에 의해 처음 서술되었으며 70-75%는 복부 둔상에 의해 발생되며 그 외 항응고제의 사용이나 혈액응고장애에 의한 자발적 출혈, 치료적 내시경 시술 후 합병증으로 발생한 증례들이 보고된 바 있다.²

임상증상은 혈종의 위치, 크기와 환자의 전신 상태에 따라 다양하여 경한 복통에서부터 심한 복통과 구토, 종괴가 만져질 수도 있으며 장 폐색 및 장천공, 췌관, 담관 폐쇄에 따른

이차적 췌장염 및 담도염 등을 유발할 수 있다.³

췌장기원에 의한 자발적 십이지장 벽내혈종은 드물게 보고된 증례로 만성 췌장염의 합병증으로 발생한 십이지장 벽내혈종 및 담석에 의한 급성 췌장염의 합병증의 예는 있으나⁴⁻¹² 급성 알코올성 췌장염에 의한 예는 드물어¹³⁻¹⁵ 보고한다.

증 례

75세 남자가 내원 당일 새벽부터 지속된 전복부 통증, 오

심, 구토를 주소로 응급실에 내원하였다. 내원 당시 과거력 상 항응고치료를 한 적은 없으며 혈액질환과 외상의 병력도 없었다. 고혈압으로 항고혈압제 복용 중이었으며 매일 소주 1-2병 이상 음주한 경력이 있었다. 내원 당시 활력징후는 혈압 160/80 mmHg, 맥박 분당 60회, 호흡 분당 22회, 체온

36.6 °였다. 환자는 급성병색을 보였고 의식은 명료하였으며 심와부 압통이 있었으나 반발통은 없었고 종괴는 만져지지 않았다. 호흡음 및 심음은 정상이었으며 장음은 증가되어 있었다. 내원 당시 일반혈액검사는 백혈구 $21,600/\text{mm}^3$, 혈색소 14.8 g/dL, 혈소판 $283,000/\text{mm}^3$ 이었으며, 혈청 생화학 검

Fig. 1. (A, B) Initial abdominal contrast findings. A large 14×7 cm sized intramural hematoma at duodenal bulb and second portion. Diffuse inflammation and edema is seen in the peripancreatic area. (C, D) After 1 month, followed up CT showed nearly complete resorption of the previous noted hematoma and peripancreatic fluids. But A small (2 cm) cystic lesion in proximal duodenum, probable submucosal in location.

Fig. 2. Initial esophagogastroduodenoscopy findings. (A) Multiple site of bulging mucosal wall with bluish color change in the antrum of stomach, duodenal bulb, second portion. (B) Luminal narrowing caused by bulging of mucosal wall is noticed in the duodenal bulb and second portion.

사에서 Total bilirubin 1.24 mg/dL, Alkaline phosphatase 118 U/L, AST/ALT 47/31 IU/L, amylase 476 IU/dL, lipase 1152 IU/dL, Total protein 7.2 g/dL, Albumin 4.7 g/dL, Prothrombin time 11.3초, 85.1%, International normalized ration (INR) 1.10, activated partial thromboplastin time (aPTT) 27.6초, Calcium 9.6 mg/dL, Phosphate 3.5 mg/dL이며 Ranson's score 4점이었다. 단순복부사진에서는 약간의 장확장과 특이소견 관찰되지 않았다. 복부 전산화 단층 촬영에서 십이지장 제1부, 제2부에서 14×7 cm 크기의 종괴가 보이며 밀도는 60 전후로 조영 증강되고 있지 않고 내부에 작은 혈관 외 누출 소견 동반되었다. 또한 콩팥주변 앞 부위와 췌장 주변으로 침윤, 부종소견이 관찰되며 가성낭종 및 다른 합병증은 없었다(Fig. 1A, B). 상부위장관 내시경상, 위의 전정부, 십이지장 제1부, 제2부 부위를 외부 압박하는 벽내혈종을 확인할 수 있었다(Fig. 2). 입원 후 금식 및 수액공급을 하며 보존적 치료하였으나 발열 발생하여 항생제 치료를 병행하였다. 항생제 2주 사용 후 발열 및 염증 수치 감소하여 식사재개 및 경구 항생제로 변경하였으며 경과 관찰 후 특이 증상 없어 퇴원하였다. 1달 뒤 외래에서 시행한 복부 전산화 단층 촬영에서(Fig. 1C, D) 2 cm 크기의 새로 생긴 가성낭종이 보였으나 그 외 췌장염 소견과 십이지장 벽내혈종은 완전히 소실되었음을 확인하였으며 6개월 이상 경과된 현재까지 특이 증상이나 합병증 없이 경과 관찰 중이다.

고 찰

십이지장 벽내혈종은 드문 질환으로 대부분은 외상의 병력이 있는 소아에서 흔히 발생하며 비외상성 원인으로는 와파린 등의 항응고제 사용에 의한 경우가 가장 흔하다.⁴ 그 밖에 혈우병, Von-Willebrand 병, 특발성 혈소판 감소성자반증, 급성 백혈병과 같은 혈액응고 장애 질환, 혈관염, 항암제 치료, 췌장염 및 간경변, 혈액 투석환자와 내시경적 치료 같은 침습적 처치 후에 드물게 발생한다.^{4,5} 췌장염에 의한 십이지장 벽내혈종의 병태생리는 현재까지 정확히 밝혀지지 않았으나 최근 연구에 의하면 2가지 가설이 제기된 바가 있다. 첫 번째 가설은 십이지장의 장벽에 이소성 췌장 조직이 존재하여 급성 염증과 괴사, 혈종형성을 유발한다는 기전과 두 번째로 췌장염에서 췌장 효소의 누출이 십이지장 혈관 손상을 유발, 췌장과 십이지장을 손상시켜 국소적 괴사 및 혈종형성을 유발한다는 가설이다.⁶ 본 증례에서는 금주 및 보존적 치료만으로 환자의 임상양상이 호전되었으며 이후 경과 관찰과 추적 복부 전산화 단층촬영에서도 이소성 췌장을 의심할 만한 소견은 없었으므로 후자의 기전으로 인해 벽내혈종이 발생하였을 가능성이 높다고 생각한다.

십이지장 벽내혈종의 증상은 본 증례의 환자와 같이 복통 및 구토가 흔한 증상이며 혈종으로 인한 기계적 혹은 마비성 장폐색에 의한 이차적 합병증으로 췌장염 및 담도염을 유발하거나 패혈증으로 진행하여 사망할 수도 있다.³

진단은 흔히 복부 전산화 단층촬영 및 자기공명 영상 진단과 같은 방사선학적 검사로 병변의 위치, 크기, 주변장기와의 관계를 확인할 수 있다.^{7,8} 본 환자에서도 임상증상과 혈액 검사로 급성 췌장염을 임상적으로 진단하고 복부 전산화 단층촬영 및 상부위장관 내시경으로 십이지장 벽내혈종을 진단하였으나 영상학적으로 출혈성 괴사성 췌장염 또는 괴사성 췌장염과 동반된 출혈에 의한 십이지장벽 침범여부를 감별하기 어렵다는 단점이 있다. 그 외 자발적 십이지장 벽내혈종 환자에서 십이지장-췌장 동맥류 같은 혈관적 이상소견을 배제하기 위해 복부 혈관촬영술을 사용한 예도 있었으며 수술적 치료에 의한 조직학적 결과로 진단한 예도 있었다.¹

십이지장 벽내혈종의 치료와 관련하여 살펴보면 1970년대까지는 혈종 제거술, 우회술 등의 수술치료를 하였으나⁵ 근래에는 십이지장 벽내혈종을 진단 시 위장관 압박, 수액치료 등의 내과적 보존적 치료를 먼저 시행하고, 장허혈 및 천공과 같은 심각한 합병증이 발생한 경우에만 수술적 치료를 하는 것이 상례이다.^{1,2} 내과적 치료로 십이지장 혈종의 소실을 기대하는 것은 십이지장 벽내혈종의 원인인 췌장염이나 응고장애 상태를 교정하였을 때 벽내혈종이 자연적으로 흡수된 기존의 보고들에 근거하고 있다.^{1,9} 혈종의 영상 유도하 배액술은 시도해 볼 수도 있으나 장천공의 가능성 및 시야확보의 기술적 어려움으로 추천되지 않고 있다. 내과적 치료가 실패하거나 초기 합병증의 증거가 있을 때 외과적 혈종의 절출, 췌십이지장 절제술, 우회술 등을 선택적으로 고려할 수 있겠다.¹

본 증례는 급성 알코올성 췌장염 환자에서 십이지장 벽내혈종이 발생하여 내과적 보존적 치료로 췌장염을 치료하여 벽내혈종까지 흡수된 1례로, 다음과 같은 의의가 있다고 할 수 있다. 첫째, 현재까지 알려져 왔던 외상, 혈액 응고 장애 질환 또는 약물에 의한 십이지장 벽내혈종 외에 알코올성 췌장염이 직접적으로 비외상성 십이지장 벽내혈종의 병인으로 관여할 것이라는 점이며, 두 번째로 먼저 내과적 치료를 시행한 후 앞서 기술한 악화 혹은 중대 합병증이 생긴 경우에서 수술적 치료를 고려하자는 최근의 치료 방침을 지지하는 근거로서 본 증례가 활용될 수 있다는 점에서 또한 의의가 있다고 하겠다.

이에 본 교실은 급성 알코올성 췌장염에 의해 발생한 십이지장 벽내혈종 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

요 약

십이지장 벽내혈종은 70-75%는 복부 둔상에 의해 발생하며 그 외 항응고제 사용이나 혈액응고장애에 의한 자발적 출혈, 치료적 내시경 시술 후 합병증의 증례가 보고되었으나 췌장염에 의한 증례는 드물다. 75세 남자가 전복부통증, 오심, 구토로 내원하여 시행한 전산화 단층촬영과 상부 위장관 내시경에서 급성 알코올성 췌장염으로 인해 발생한 십이지장 벽내혈종이 관찰되었으며 내과적 보존 치료로 급성 췌장염을 치료하여 벽내혈종까지 흡수되었다. 이는 급성 알코올성 췌장염에서 십이지장 벽내혈종이 발생할 수 있으며 수술적 치료를 시행하지 않고 내과적 보존적 치료를 초 치료로 시행해 볼 수 있는 임상경과를 보여주기에 저자들은 이를 보고한다.

국문 색인: 십이지장 혈종, 급성 췌장염

Conflicts of Interest

The author has no conflicts to disclose.

REFERENCES

1. Ma JK, Ng KK, Poon RT, Fan ST. Pancreatic-induced intramural duodenal haematoma. *Asian J Surg* 2008;31:83-86.
2. Dubois J, Guy F, Porcheron J. A pancreatic-induced intramural duodenal hematoma: a case report and literature review. *Hepatogastroenterology* 2003;50:1689-1692.
3. Sadry F, Hauser H. Fatal pancreatitis secondary to iatrogenic intramural duodenal hematoma: a case report and review of the literature. *Gastrointest Radiol* 1990;15:296-298.
4. Jones WR, Hardin WJ, Davis JT, Hardy JD. Intramural hematoma of the duodenum: a review of the literature and case report. *Ann Surg* 1971;173:534-544.
5. Vellacott KD. Intramural haematoma of the duodenum. *Br J Surg* 1980;67:36-38.
6. van Spreeuwel JP, van Gorp LH, Bast TJ, Nadorp JH. Intramural hematoma of the duodenum in a patient with chronic pancreatitis. *Endoscopy* 1981;13:246-248.
7. Hughes CE 3rd, Conn J Jr, Sherman JO. Intramural hematoma of the gastrointestinal tract. *Am J Surg* 1977;133:276-279.
8. Bellens L, Van Hee R, Vanderstighelen Y, Vanderputte S. Intramural duodenal hematoma of pancreatic origin. *Hepatogastroenterology*

- 1999;46:930-932.
9. Dugernier TL, Breuskin FM. Duodenal air dissection secondary to intramural hematoma in necrotizing pancreatitis. *Endoscopy* 2002;34:1024.
10. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction* 2000;95:1505-1523.
11. Park BD, Lee DH, Jeong S, et al. A case of duodenal intramural hematoma complicated with chronic pancreatitis. *Korean J Gastrointest Endosc* 2008;37:207-211.
12. Kwon HH, Choi HI, Jeon MJ, et al. Intramural duodenal hematoma caused by acute gallstone pancreatitis. *Korean J Med* 2013;84:551-555.
13. Lee JY, Chung JS, Kim TH. Successful endoscopic decompression for intramural duodenal hematoma with gastric outlet obstruction complicating acute pancreatitis. *Clinical Endoscopy* 2012;45:202-204.
14. Song MK, Shin JB, Park HN, et al. A case of intramural duodenal hematoma accompanied by acute pancreatitis following endoscopic hemostasis for duodenal ulcer bleeding. *Korean J Gastroenterol* 2009;53:311-314.
15. Lee JS, Choi HS, Ko YG, Kwon OY, Hong HP. A case of pancreatitis-induced intramural duodenal hematoma. *Journal of the Korean Society of Emergency Medicine* 2010;21:713-716.