

간 좌엽에 발생한 췌장가성낭종 1예

이화여자대학교 의과대학 내과학교실
홍영선 · 이은영 · 김도영 · 문일환

= Abstract =

A Case of Pancreatic Pseudocyst in the Left Hepatic Lobe

Young Sun Hong · Eun Young Lee · Doe Young Kim · Il Hwan Moon
Department of Internal Medicine, College of Medicine, Ewha Womans University

Pancreatic pseudocyst is one of the most common complications of pancreatitis or pancreatic injury. It can occur at any site in the abdomen but rarely in the liver. The ultrasound and computed tomography are invaluable imaging techniques for the detection of a pseudocyst. We have recently experienced an uncommon case of pseudocyst in a 54-year-old man, who had complained of severe epigastric pain and fever. The pseudocyst in the left hepatic lobe was diagnosed by abdominal sonography and computed tomography with clinical and laboratory findings. It was treated successfully by percutaneous catheter drainage.

KEY WORDS : Pancreatic pseudocyst · Liver.

서 론

췌장가성낭종은 췌장 및 췌장 주위조직뿐 아니라 위로는 경부, 밑으로는 서혜부에 이르기까지 어느 부위에서나 발생할 수 있으나 간이나 비장, 신장 등의 실질내에 생기는 경우는 드물게 보고되어 있다¹⁻³⁾. 1965년부터 1983년까지간에 발생한 가성낭종은 전세계적으로 5예가 보고되었고⁴⁾ 국내에서는 1993년 1예가 처음 보고되었다⁵⁾. 1980년 Siegelman 등은 간좌엽에 발생한 췌장가성낭종의 CT소견을 기술하였고⁶⁾, 1991년 Okuda 등은 2예를 보고한 바 있다⁴⁾. 가성낭종의 내과적 치료는 가성낭종이 자연적으로 소실되거나 낭종벽이 성숙될 때까지 약 6주간 경과를 관찰하는 보존적 치료이며, 외과적 치료로는 절제술, 내적 배액술, 외적 배액술의 방법이 있고, 최근에는 중재적 방사선학의 발달로

비수술적 도관 배액술이 이용되고 있다.

본 저자들은 간좌엽에 발생한 췌장가성낭종 진단후 경피적 도관 배액술을 시행하여 치료하였던 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증 례

환 자 : 국○중, 남자, 54세.

주 소 : 상복부 동통.

현병력 : 환자는 30년간 하루 소주 2홉의 음주 경력 있으며 15년전부터 간헐적으로 심한 상복부 동통 있었으나 특별한 치료없이 지내다가, 내원 15일전부터 심한 복통과 오심의 증상있어 개인병원에서 췌장염 진단하에 치료받던 중, 내원 1주전 고열 및 호흡곤란이 동반되어 본원으로 전원되었다.

과거력 : 특이사항 없었다.

이학적 소견 : 내원당시 혈압은 100/70mmHg, 맥박 82/min, 호흡수 20/min, 체온 37.2°C였고, 진찰소견상 만성병색을 보였으며 좌측 폐하부의 호흡음이 감소되어 있었고, 심와부에 심한 압통이 있었으며 장음은 감소되어 있었다.

검사실 소견 : 말초혈액 검사에서 혈색소치 11.6 g/dl, 백혈구수 21,700/mm³(호중구 90%), 혈소판수 776,000/mm³였다. 일반 화학 검사상 혈당은 133 mg/dl, BUN/Cr 5/0.8mg/dl, calcium/phosphate 7.8/39mg/dl, AST/ALT 22/19U/L, alkaline phosphatase 249U/L, total protein/albumin 5.9/3.4g/dl, total bilirubin 0.4mg/dl였고 amylase 380U/L, lipase 385U/L, LDH 387U/L였으며 24시간 소변의 amylase가 9312 U로 증가되어 있었고, amylase-creatinine clearance ratio는 9.5%였다.

방사선학적 검사 : 단순흉부 X선상 좌측의 늑막삼출 소견을 보였고(Fig. 1), 복부 단순촬영에서(Fig. 2) 심와부 부위의 큰 종괴에 의해 위장이 좌측 하방으로 전위된 소견 보였다. 제2 병일에 시행한 복부 초음파 검사상(Fig. 3) 간좌엽에 13×10cm 정도의 큰 낭종형 종괴가 관찰되었다. 제3 병일에 실시한 복부 CT 촬영상(Fig. 4) 도관이 삽입된 상태의 간좌엽 낭종을 관찰할 수 있었으며 췌장과는 연결되어 있지 않았고, 췌장내 특별한 병변은 관찰할 수 없었다. 제8 병일에 재 시행한 복부 초음파상(Fig. 5) 간내 낭종형 병소가 소실된 것을 확인하였다.



Fig. 1. The chest PA showing left pleural effusion.

입원후 경과 : 제2 병일에 경피적 도관 배액술을 시행하였다. 도관을 통해 약 1200cc의 액이 배액되었는데 혼탁하고 노란 빛을 띠고 있었으며, 화학적 검사상 단백질 3.3g/dl, 당 106mg/dl, LDH 14130U, amylase 33560U/L였다. 악성 세포는 없었으며 파괴가 심한 세포가 많이 있었으나 세포수

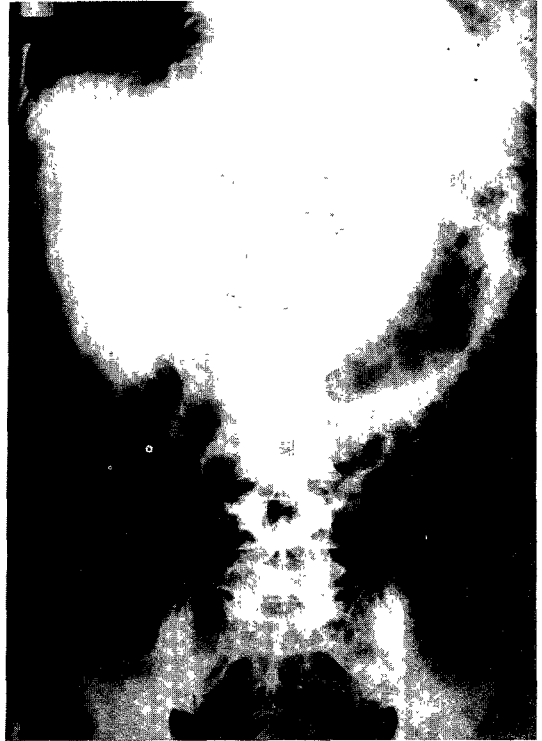


Fig. 2. The simple abdominal X-ray showing gastric displacement by the huge mass.

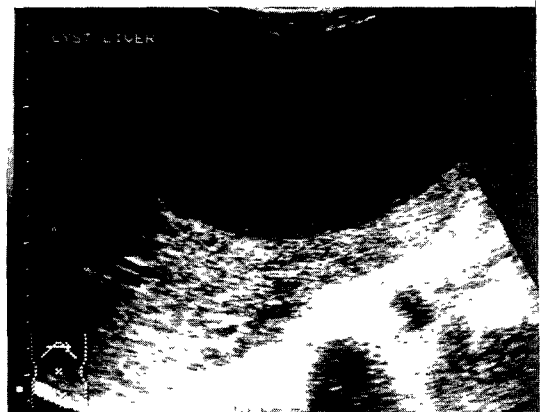


Fig. 3. The abdominal sonography showing a huge cystic mass in the left lobe of the liver.

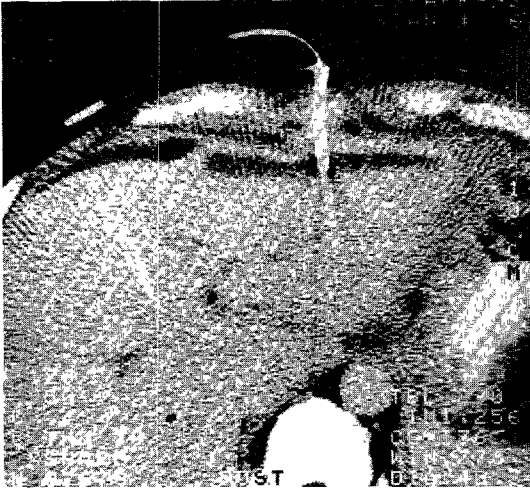


Fig. 4. The CT scan demonstrating a catheter-inserted cystic lesion within the left lobe.

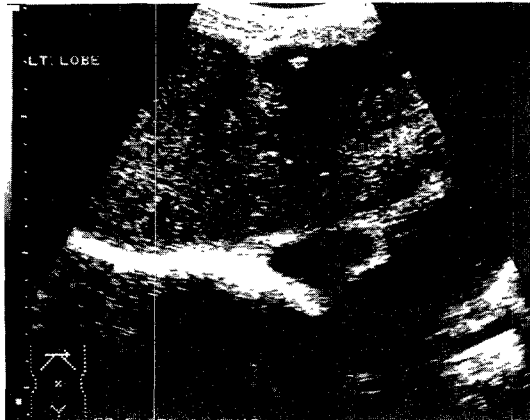


Fig. 5. The second ultrasonography 6 days later showing disappeared cystic lesion.

측정이 불가능하였고 배양 검사에서는 음성소견 보였다. 제 9 병일째에 도관 제거하고 전신상태 및 검사소견 호전된 상태에서 제 17 병일째 퇴원하였다.

퇴원후 의뢰에서 내시경적 역행성 췌관 조영술을 시도하였으나 십이지장내 협착으로 시행하지 못하였으며 추적 관찰을 위한 복부 초음파 검사상(Fig. 6) 간내 낭종성 병변은 발견되지 않았으나 췌장 두부에 가성낭종으로 생각되는 병소가 새로이 발생하였으며, 응수담관의 확장소견이 있었다.

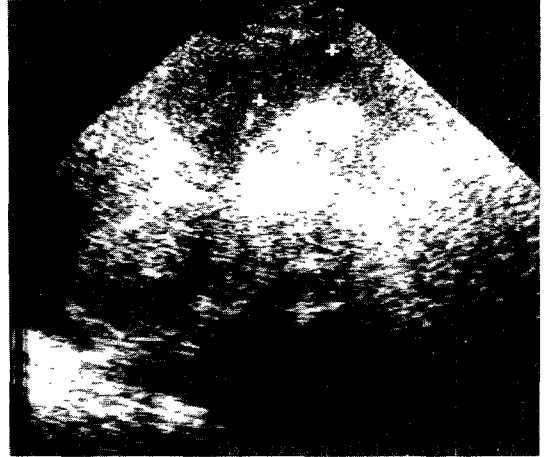


Fig. 6. The sonography showing newly developed cystic lesion in the head of the pancreas.

고 안

췌장 가성낭종은 췌장염이나 췌장 손상후에, 췌장효소에 의한 자가소화가 일어나면서 피사성 조직파편이 모이게 되는 질환으로⁷⁾ 1761년 Morgagni에 의해 처음 보고되었다. 췌장 가성 낭종은 과거 바륨을 이용한 촬영시 췌장염 환자중 1~10%의 빈도로 진단되었으나, 1970년대 초부터 초음파 및 CT촬영의 도입과 발달에 의해 췌장염 환자의 50%까지 발견될 정도로 가성 낭종의 진단율이 높아졌다⁶⁾⁷⁾.

복부동통 및 고열, 체중감소, 촉지되는 종괴, 구토 및 침범된 부위에 따라 다양한 증상을 유발할 수 있으며, 장폐색, 파열, 출혈, 이차감염, 패혈증등의 치명적인 합병증을 유발하기도 한다⁸⁾⁹⁾.

췌장외에 생기는 가성낭종은 소망(lesser sac)이 가장 흔하고, 전, 후 pararenal space과 간, 비장, 종격동 등의 순으로 발생하며²⁾ Goulet등은 가성낭종의 14.3%에서 다발성으로 발생한다고 보고하였다¹⁰⁾. 1980년 Siegelman등은 59명의 췌장염 환자중 32명에서 CT소견상 췌장 및 췌장외의 가성 낭종 형성을 보고하였는데, 그 중 16%인 5명에서 간내 혹은 간좌엽 주위에 형성되었으며 다량의 췌장외 삼출액 형성시에는 CT상 췌장이 비교적 정상 소견을 보이는데 이는 췌장액 배액으로 인한 췌장관의

감압으로 설명하였다⁶⁾. 간이나 비장등에 형성된 가성낭종은 종양이나 종괴로 오인되는 수가 많다고 하며⁴⁾¹¹⁾, 본 증례에서도 처음 간농양 의심하에 입원하였으나 병력 및 임상 소견과 검사 소견상 녹막삼출이 동반된 췌장염 및 간내 가성낭종을 진단할 수 있었다.

췌장외의 가성낭종이 형성되는 기전은 직접적인 연장(direct extention)이나, 혈관경로를 따라 침투된 췌장효소의 소화작용 또는 이소성 췌장조직에 발생하는 췌장염등을 들 수 있다⁶⁾. Epstein등은¹²⁾ 간내 가성낭종의 경우 소망내의 췌장액이 위장과 간 좌엽사이의 hepatogastric ligament의 두엽사이를 따라 들어가 간문맥을 통해 간내로 들어가기 때문 이라고 설명하였다.

가성낭종에 대한 치료방법의 선택에서⁷⁾⁸⁾, 19세기 중반까지는 보존적 치료가 권장되어 오다가 1883년 Gussenbauer에 의해 외부 배액법(marsupialization)이 시행되었고 20세기 초반, 내부 배액법이 시행되기 시작하였다.

가성낭종의 자연 경과에 대해 Sankaran등은 8%의 자연소실과 30%의 합병증 발생을 보고하였으며¹³⁾ Pollak등은 비수술적 치료시에 30%에서 자연 소실되었으나, 11%가 폐혈증으로 사망하였고 59%에서 수술적 처치가 필요하다고 기술하였다¹⁴⁾. 1979년 Bradley등은¹⁵⁾ 췌장 가성낭종을 보존적 치료할 경우에 자연 소실되는 율보다(20%) 합병증 발생율(41%)이 더 높다고 하였다. 그러나 자연 소실은 가성낭종 발생후 6주 이내에 일어나는 것에 비해 합병증은 13.5±6주에 발생하므로 초기 가성낭종시에는 보존적 치료가 바람직하며, 6주 이상 경과시에는 외과적 내적 배액술이 필요함을 주장하였다. 한편 합병증이 발생하거나 초음파검사상 가성 낭종이 점점 확대되는 경우에는 조기에 외과적 치료인 외적 배액술을 시행하여야 한다. 최근 중재적 방사선학의 발달과 함께 비수술적 도관 배액술이 외과적 치료의 대안으로 이용되고 있는데¹⁶⁾, 본 증례에서도 13×10cm 정도의 큰 가성 낭종과 이에 따른 심한 복부 통증 및 발열, 전신 쇠약이 심하였으며 경피적 도관 배액술을 시행하여 치료할 수 있었다. Hancke등은¹⁷⁾ 낭종파열의 위험시 감압효과 및 수술적 치료전에 낭벽 성숙을 위한 시간을 벌 수 있다는 점에서 경피적 천자가 유용하게

이용될 수 있다고 보고하였다. 그러나 15명의 환자에서 경피적 천자에 의한 성공적 치료이후 수개월내 7명이 재발하였다. 따라서 본 환자에서도 재발여부에 관한 추적관찰이 필요할 것으로 생각된다.

결 론

저자들은 심한 복통을 주소로 내원하여 췌장염과 간좌엽에 발생한 췌장 가성 낭종의 진단후 경피적 도관 배액술을 시행하여 치료하였던 1예를 보고하는 바이다.

References

- 1) 윤금석·김원중·이재순·권상욱·노병선·김태승·김명순: 비장 가낭포를 동반한 췌장가낭포 1예, 대한내과학회잡지 1986: 31: 236
- 2) 이원주·심대석·김건호·함종렬·이근홍·강재황·김영재·최진학: 만성췌장염에 동반된 비장내의 가성낭종 1예. 대한내과학회잡지 1992: 43: 710
- 3) 이재갑·용석중·박진현·이동기·장우익·신계철: 중격동내 췌장 가성낭종 1예. 대한내과학회잡지 1990: 39: 269
- 4) Okuda K, Sugita S, Tsukada E, Sakuma Y, Ohkubo K: Pancreatic pseudocyst in the left hepatic lobe: A report of two cases. *Hepatology* 1991: 13: 359
- 5) 봉형근·김진경·이세영·이준성·이문성·김진홍·조성원·심찬섭: 만성췌장염에 병발한 간내 가성낭종 1예. 대한소화기병학회지 1993: 25: 1375
- 6) Siegelman SS, Copeland BE, Saba GP, Cameron JL, Sanders RC, Zerhouni EA: CT of fluid collections associated with pancreatitis. *Am J Roentgenol* 1980: 134: 1121
- 7) Barkin JS, Goldberg H, Bradely EL, III: Cysts and pseudocysts of the pancreas. In: Berk JE, ed. *Bockus gastroenterology*. 4th ed. Philadelphia, WB Saunders Co, 1985: pp4145
- 8) O'Malley VP, Cannon JP, Postier RG: Pancreatic pseudocysts: Cause, Therapy and Result. *Am J Surg* 1985: 150: 680
- 9) Winship D, Moderator: Pancreatitis: Pancreatic pseudocysts and their complications. *Gastroenterology*

- 1977 : 73 : 593
- 10) Goulet RJ, Goodman J, Schaffer R, Dallemand S, Andersen DK : *Multiple pancreatic pseudocyst disease. Ann Surg 1984 : 199 : 6*
 - 11) Gould L, Khademi M, Guarnaccia M, Patel NK : *Pancreatic pseudocyst simulating an intrahepatic mass. Am J Gastroenterol 1979 : 72 : 75*
 - 12) Epstein BM, Rad FF, Conidaris C : *Pseudocysts involving the left lobe of the liver, CT demonstration. Br J Rad 1982 : 55 : 928*
 - 13) Sankaran S, Walt AJ : *The natural and unnatural history of pancreatic pseudocysts. Br J Surg 1975 : 62 : 37*
 - 14) Pollak EW, Michas CA, Wolfman EF, Jr : *Pancreatic pseudocyst, management in 54 patients. Am J Surg 1978 : 135 : 199*
 - 15) Bradely EL III, Clements JL, Jr, Gonzalez AC : *The natural history of pancreatic pseudocyst : A unified concepts of management. Am J Surg 1979 : 137 : 135*
 - 16) 김경진 · 김권기 · 김효중 · 김병호 · 이정일 · 장영운 · 장 린 : 급성 췌장염에 병발한 가성낭종의 경피적 경위 도관 배액술을 이용한 치험 1예. 대한내과학회잡지 1990 : 38 : 830
 - 17) Hancke S, Pedersen JF : *Percutaneous puncture of pancreatic cysts guided by ultrasound. Surg Gynecol Obst 1976 : 142 : 551*