성공적으로 치료된 췌장염 동반 췌장관내유두상점액종

김대진, 류한준, 김현수, 박창근, 정재권, 정윤진, 이재광
대구파티마병원 내과

Successful Treated Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm with Pancreatitis

Daejin Kim, Hanjun Ryu, Hyunsoo Kim, Changkeun Park, Jaekwon Jung, Yunjin Chung, Jaekwang Lee
Department of Internal Medicine, Daegu Fatima Hospital, Daegu, Korea

Most pancreatic cystic neoplasms are detected incidentally. The major challenge is identifying lesions with malignant potential or signs of malignancy. Intraductal papillary mucinous neoplasms are classified as main duct-type or branch duct-type or mixed type. Many patients with intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) have no symptoms. Some patients have pancreatitis-like symptoms and elevated pancreatic enzymes. Resection is typically recommended for IPMNs with high-grade dysplasia, IPMNs that have progressed to invasive carcinoma, and IPMNs with features concerning for malignancy or that are at high risk for developing malignancy. A 81-year-old male visited emergency room because of abdomen pain. He was diagnosed as IPMN with acute pancreatitis. We treated pancreatitis using endoscopic retrograde cholangiopancreatography, and then he was discharged successfully.

Keywords: Pancreatic cyst; Pancreatitis

서론

췌장 낭성 병변은 최근 영상의학검사의 증가로 발견 빈도가 높다. 나이가 들어감에 따라 빈도가 증가한다. 종양성 병변과 비종양성 병변으로 나눌 수 있으며 정확한 진단이 중요하다. 비종양성 병변은 치료가 거의 필요 없지만 종양성 병변의 일부는 악성으로 변화할 가능성도 있어 제거가 필요한 경우가 있다[1]. 췌장관내유두상점액종은 주췌관형, 분치췌관형, 혼합형으로 되어 있고 대부분은 특이한 증상이 없고 우연히 발견된다. 점액이 췌관을 막는다면 췌장염 혹은 췌장효소 증가 증상이 나타나고 만성

의 경우는 췌장내분비기능장애, 흡수장애를 유발한다. 주췌관형은 암발생 가능성이 높으나 주췌관 침범이 없는 종양은 암 발생 없이 비교적 장기 경과를 취한다. 또한 췌장관내유두상점액종은 췌장 외의 악성 종양 빈도도 증가하는 경향이 있다. 저자들은 81세 남자가 상복부 통증의 급성 췌장염으로 내원하여 여러 가지 영상의학검사로 급성 췌장염을 동반한 췌장관내유두상점액종으로 진단하여 주췌관의 점액을 제거한 후 플라스틱관을 삽입하여 급성 췌장염을 치료하였다. 고령으로 수술은 시행하지 않고 추적 중인 환자가 있어 보고한다.

Address for Correspondence: Daejin Kim, M.D.

Department of Internal Medicine, Daegu Fatima Hospital, 99 Ayang-ro, Dong-gu, Daegu 41199, Korea
Tel: +82-53-940-7191, Fax: +82-53-954-7417
E-mail: cognex@naver.com

Received : 2017. 10. 12

Revised : 2017. 11. 2

Accepted : 2017. 11. 9

증 례

81세 남자가 수일 간의 복통으로 응급실을 방문하였다. 수년 전 다른 병원에서 췌장에 이상이 있다는 말은 들었으나 추적 검사를 시행하지 않았다. 응급실 내원 후 시행한 복부 초음파상 췌장의 종창과 주췌관에 심한 확장이 관찰되었다(Fig. 1). 특별한 과거력은 없었고 술은 거의 마시지 않았고 흡연력도 없었다. 상복부 압통이 있었고 등에도 일부 통증이 있었다. 활력징후는 혈압 135/80 mmHg, 맥박 분당 70회, 호흡 분당 16회, 체온 37.2°C였다. 당시 백혈구 11,300/mm³, 혈색소 14.3 g/dL, 혈소판 201,000/mm³, OT/PT 42/88 U/L, ALP/rGTP 147/207 U/L, 총 빌리루빈 0.8 mg/dL, amylase/lipase 858/5033 U/L, Bun/Cr 20/1.1 mg/dL, HBs ab(-/+), HCV ab(-), CA 19-9 427 U/mL, CEA 3.9 U/mL였다.

컴퓨터단층촬영상 췌장의 종창과 B등급의 급성 췌장염 소견과 다양한 크기의 저밀도의 췌장 낭성 병변이 관찰되었고 주췌관과의 연결이 관찰되었다(Fig. 2).

자기공명영상촬영(magnetic resonance cholangiopancreatography)에서 컴퓨터단층촬영과 마찬가지로 췌장의 종창과함께 주췌관이 10 mm 정도 늘어나 있고 췌장 경부, 몸통, 꼬리 부위의

낮은 신호의 병변들이 관찰되었다(Fig. 3). 내시경초음파는 주유두에서 점액이 흘러 나오고 열려 있었으며 주췌관의 명백한 확장(> 10 mm)이 있었고 일부에서 벽재성 결절이 의심되었다(Fig. 4). 역행성 담췌관 조영술을 시행하여 물고기 입 모양의 개구된 주유두를 확인하였고 췌관 삽관 후 점액을 최대한 제거한 후 플라스틱관을 주췌관에 삽입하였다(Fig. 5).

수일 후 복통은 사라지고 췌장효소도 정상으로 되어 증상이 호전되었다. 주췌관 침범형, 일부에서 벽재성 결절이 의심되어 수술을 고려하였으나 고령이고 추가 증상이 없어 퇴원하였고 현재 외래 추적검사하였다. 수개월 후 추적 전산화단층촬영 및 복부 초음파에서 주췌관 확장 및 낭성 병변이 관찰되었으나 큰 변화는 보이지 않았고 증상이 없어 관찰 중이다(Fig. 6).

고 찰

췌장 낭성 병변은 염증성 액체 고인, 비종양성 낭종, 낭성 종양으로 구별된다. 낭성 종양은 장액성 종양, 점액성 종양, 췌장관내 유두상점액종(intraductal papillary mucinous neoplasm), 고형가 유두상 종양(solid papillary tumor)이 있다. 췌장 낭성 질환의 진단은 일반적으로 초음파보다 횡단면 영상의학검사 등이 좀 더

Figure 1. Abdominal ultrasonography. (A) Dilated pancreatic main P-duct was seen. (B) Dilated pancreatic branch duct was seen. (C) Pancreatic swelling and variable pancreatic cystic lesion was seen.

Figure 2. Abdominal computed tomography scan. (A) Main p-duct dilatation was seen. (B) Variable size, lower density lesion at pancreas with dilated P-duct communication was seen.

Figure 3. Magnetic resonance cholangiopancreatography showed various size, cystic lesions in pancreas with dilated P-duct communication.

우수한 것으로 되어 있고 내시경초음파 및 세침검사도 도움이 되며 악성 예측도 및 확진에 도움이 된다[2].

췌장관내유두상점액종은 주체관형과 분지체관형으로 나뉜다. 주체관형은 점액에 의한 주체관을 충만하여 확장되어 있고 주유두로 점액이 흘러나오는 물고기의 입 모양을 볼 수 있다. 분지체관형은 분지체관의 확장이 여러 개의 낭성 병변(포도송이 모양)이 옆으로 이어지고 주체관과의 연결성을 찾을 수 있는 경우가 있다. 혼합형은 주체관형과 분지체관형의 혼합 형태이다[3].

대부분은 특이한 증상이 없고 우연히 발견되거나 점액이 췌관을 막는다면 췌장염 증상이 나타나고 만성화가 되면 추가 합병증을 일으키기도 한다. 초음파 소견은 주체관형은 미만성 또는 국소성 췌관 확장으로 보이며 췌관 내의 유두상 종양은 보일 수도, 보이지 않을 수도 있다. 분지체관형은 확장된 췌관들이 한군데 모여서 포도송이 모양의 다방성 낭성 종양 모양이다.

악성 시사는 3 cm 이상, 10 mm 이상의 주체관 확장, 낭벽이나 격막이 두꺼울 때, 주위 장기 침윤이라 알려져 있으나 최근 수술

Figure 4. (A) Endoscopy showed opening major papilla with mucin. (B) EUS showed dilated main P-duct (> 10 mm) was seen. (C) EUS showed suspicious mural nodule. EUS, endoscopic ultrasound.

Figure 5. (A) Endoscopic retrograde pancreatogram showed filling defects due to mucin. (B) Mucin was removed during endoscopic retrograde cholangiopancreatography. (C) Plastic stent was inserted at main P-duct.

Figure 6. Abdominal ultrasonography. (A) Dilated main p-duct was seen. (B) Pancreatic cystic lesion was seen.

적 절제가 필요한 소견은 췌장두부병변에 의한 폐쇄성 황달, 낭성 병변내 조영증강되는 고형 결절, 주췌관 직경이 10 mm 이상이다[4]. 악성 병변이 걱정되는 특징은 3 cm 이상의 낭종, 낭벽이나 격막이 두꺼워지거나 조영증강되는 경우, 주췌관 직경이 5-9 mm인 경우, 조영증강되지 않는 벽재성 결절, 주췌관 직경의 갑작스런 변화 및 원위부 췌장 위축이다. 이러한 경우 내시경 초음파를 시행하여 명백한 벽재성 결절, 주췌관 침범 의심, 악성 세포 양성이거나 의심시 수술을 고려하여야 한다[4]. 췌장십이지장 절제술 혹은 원위 췌장절제술의 합병증 및 부작용 등으로 수술은 나이, 악성 의심도에 따라 신중히 결정하여야 하며 절제 기준에 미치지 못하는 병변은 추적검사를 시행하여야 한다.

요약

81세 남자 환자가 복통으로 응급실에 방문한 후 복부 초음파, 전산화단층촬영, 자기공명영상검사, 내시경초음파를 시행한 후 췌장염을 동반한 췌장관내유두상점액종으로 진단하여 약물치료 및 내시경적 역행성 담췌관 조영술을 시행하여 주췌관 점액을 제거하고 플라스틱관을 삽입하여 성공적으로 급성 췌장염을

치료하였다. 주췌관 침범이 있어 수술을 고려하였으나 고령이고 추가적인 심각한 증상이 있어 외래에서 추적관찰 중이다.

중심 단어: 췌장낭; 췌장염

REFERENCES

1. Khalid A, Brugge W. ACG practice guidelines for the diagnosis and management of neoplastic pancreatic cysts. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2339-2349.
2. Vege SS, Ziring B, Jain R, Moayyedi P; Clinical Guidelines Committee; American Gastroenterology Association. American gastroenterological association institute guideline on the diagnosis and management of asymptomatic neoplastic pancreatic cysts. *Gastroenterology* 2015;148:819-822.
3. Machado NO, Al Qadhi H, Al Wahibi K. Intraductal papillary mucinous neoplasm of pancreas. *N Am J Med Sci* 2015;7:160-175.
4. Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Adsay V, et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatol* 2012;12:183-197.