

## 결장직장항문 중첩증 1예

충북대학교 의과대학 외과학교실

이 상 전 · 박 진 우

= Abstract =

### A Case Report of Colorectoanal Intussusception

Sang-Jeon Lee, M.D. and Jin-Woo Park, M.D.

Department of Surgery, College of Medicine,  
Chungbuk National University

Colorectoanal intussusception is a rare and distinct entity that differs from the more common rectal prolapse. Typically the intussusception occurs with tumor at the apex of the intussuscepted segment acting as lead point. Here we present a case and review the literature of colorectoanal intussusception. The case presented here is that of an elderly woman with a proximal sigmoid colon cancer at its apex. Anterior resection was electively performed after reduction of the intussusception. It is important to differentiate a colorectoanal intussusception from the more common rectal prolapse because treatment may differ. The anorectum remains in its normal anatomic position in colorectoanal intussusception, whereas the anal canal is effaced with the prolapsed segment of bowel in rectal prolapse. Identification of a tumor at the apex of the intussuscepted bowel should also arouse suspicion that the condition is not a rectal prolapse.

**Key Words:** Colorectoanal intussusception, Colon cancer, Rectal prolapse

### 서 론

직장-S상결장이 항문을 통해 탈출되는 결장직장항문 중첩증은 직장탈출증에 비해 매우 드문 질환이다. 결장직장항문 중첩증은 함입된 장분절을 선도하는 점으로 작용하는 종괴가 중첩부의 정상에 존재하며 항문직장이 정상적인 해부학적

위치에 머무르고 있다는 점에 있어서 직장탈출증과는 그 원인이 다르다.<sup>3</sup> 문헌상 결장직장항문 중첩증은 현재까지 단지 39예(성인 27예, 소아 12예)가 보고되어 있는 매우 드문 질환이다. 이에 본 외과학교실에서는 S상결장직장항문 중첩증을 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

### 증 례

책임저자: 이상전, 충북청주시 흥덕구 개신동 62번지, 충북대학교 의과대학 외과학교실(우편번호: 361-240), (Tel: 0431-269-6360)

환 자: 진○○, 68세 여자

주 소: 항문을 통한 장의 탈출(시작: 내원 3일전)

**현병력:** 내원 3일전에 배변긴장시 갑자기 항문을 통하여 장이 탈출되고 항문부위에 심한 통증과 하복부에 간헐적인 경미한 통증을 느껴 응급실을 내원하였는데 이전에 이와 비슷한 증상을 경험한 적은 없었다고 하였다. 오심, 구토, 발열은 없었으며 상기 증상 발생후부터는 배변곤란을 심하게 느끼고 있었다.

**가족력:** 대장암이나 기타 암의 가족력은 없었다.

**과거력:** 배변습관 변화나 변실금 증상, 항문출혈은 없었다.

**출산력:** 4-0-0-4  $\left\langle \begin{matrix} 2 \\ 2 \end{matrix} \right.$

**이학적 소견:** 내원시 환자는 비교적 여윈 체격으로 전신 상태는 양호하였으며 활력징후도 정상이었다. 복부진찰상 복부팽창이 없고 부드러웠으며 하복부에 경미한 압통이 있었으나 반발통은 없었으며 장연동음도 정상이었다. 항문직장검사상 동심원 모양의 주름이 지어진 장이 8 cm 길이로 항문 밖으로 탈출되어 있었으며 탈출된 장의 표면은 국소적으로 군데군데 검붉게 변색되어 있었고 약간의 부종이 동반되어 있었다. 탈출된 장의 정상에는 3×4 cm 크기의 딱딱한 용기형 병변이 있었는데 표면에는 궤양을 동반하고 있었으며 지저분한 물질로 덮혀있었다(Fig. 1). 항문관속으로 탈출된 장을 따라 집게손가락을 집어넣었을 때 심한 통증을 호소하였으며 검사자는 항문괄약근의 긴장감을 느낄 수 있었으며 항문직장은 정상적인 해부학적 위치에 고정되어 있었다. 탈출된 장을 마취나 진정제투여 없이 도수정복을 실시하였는데 이때 환자는 상당한 통증을 호소하였다. 정복직후에는 경미한 항문열개가 관찰되었으나 며칠 후에는 항문열개가 소실되었으며 항문괄약근의 긴장도도 회복되었다.

**검사실 소견:** 전혈구계산치, 간기능검사치, 혈청 전해질치, 혈청 CEA는 정상범위였다.

**생검조직의 병리조직학적 검사:** 탈출된 장의 정상에 위치한 종괴는 외래에서 직접 생검을 실시하였는데 병리조직학적 소견상 중등도로 분화

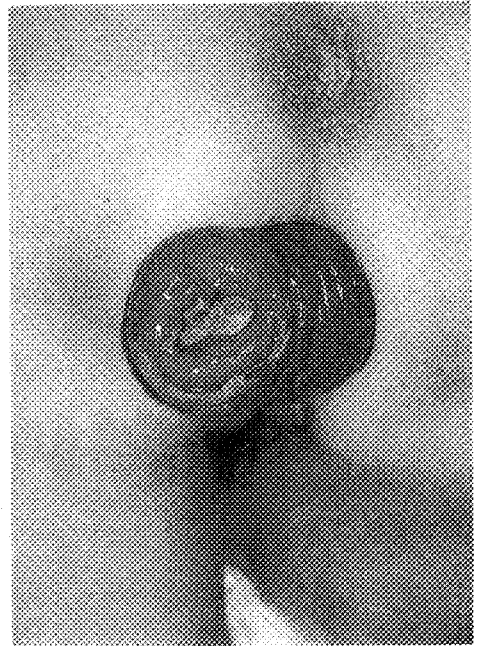


Fig. 1. Colorectanoal intussusception seen with ulcerofungating sigmoid colon cancer at its apex acting as lead point.

된 선암으로 판명되었다.

**대장내시경 검사:** 항문연 40 cm상방의 근위부 S상결장에서 궤양용기형 종괴가 관찰되었으며 다른 부위의 병변은 관찰되지 않았다.

**항문직장생리학적 검사:** 내원 5일 후에 실시한 항문직장 압력측정술에서는 휴식기 및 수축기압, 항문 고압력대의 길이, 직장항문억제반사 모두 정상소견을 보였으며 음부신경 말단운동근 잠복기도 정상소견을 보였다.

**수술 및 소견:** 개복시 하행결장-S상결장 이행부에 근접해 있는 근위부 S상결장에 3×4 cm 크기의 장막침윤이 없는 종괴가 관찰되어 전방절제술을 실시하고 일차적으로 장문합술을 시행하였다. S상결장 및 장간막은 특별히 길다고 생각되지는 않았다.

**병리조직학적 소견:** S상결장의 종괴는 중등도로 분화된 선암으로 고유근층까지 침습되고 림프

절 전이나 타장기의 전이가 없어서 병기는 Dukes B<sub>2</sub>였다.

**수술후 경과:** 수술후 합병증이 없었고 변자제력도 정상이었다.

## 고 찰

성인의 장중첩증은 비교적 드물며 장중첩증은 대부분은 소아에서 발생하고 5~16%만이 성인에서 발생한다.<sup>1,4</sup> 소아의 장중첩증은 대부분이 특발성이며 주로 회장결장, 회장맹장 형태이며 우선 바륨, 물, 공기 등의 관장술로써 정복을 시도하게 된다. 메이오클리닉의 고찰에서는 성인의 장중첩증의 약 반수는 결장결장형이며 대부분이 우측결장을 포함한다고 하였다. 또 성인의 장중첩증의 83%에서 선도점으로 작용하는 명확한 병리를 확인할 수 있었고 하며 이러한 선도점이 악성종양이었던 경우는 결장결장형 중첩증의 경우 65%였으나 소장 중첩증에서는 단지 29%에 불과하였다고 한다.<sup>2</sup>

결장직장항문 중첩증은 현재까지 단지 39예(성인 27예, 소아 12예)가 보고되어 있는 매우 드문 질환으로서 성인의 경우 약 반수에서는 악성종양 그리고 나머지 반수에서는 양성종양 혹은 용종이 중첩부의 정상에 존재한다.<sup>6</sup> 선도점외에 결장간막이 긴 것도 이 질환을 유발하는 원인으로 작용할 것으로 추정된다.<sup>5</sup> 결장직장항문 중첩증의 증상으로는 간헐적 복통, 배변습관 변화, 항문을 통한 피나 점액의 배출 등인데 이러한 증상은 항문을 통하여 장이 탈출되기 전에도 나타날 수 있다.<sup>4</sup> 결장의 중첩시에는 대개 완전한 장폐색이 오지는 않기 때문에 대장관장을 한 후에 선택적 수술을 시행할 수 있다.<sup>2</sup> 결장직장항문 중첩증은 직장탈출증과 감별하는 것이 중요한데 직장탈출증에서는 항문관이 탈출된 장과 함께 소실되어 있으나 결장직장항문 중첩증에서는 항문직장이 정상적인 해부학적 위치에 머무르고 있다.<sup>3</sup> 따라서 직장수지 검사시 항문관속으로 탈출된 장을 따라 집

게손가락을 집어넣어 항문직장이 정상적인 해부학적 위치에 있는 가를 확인해야 한다. 또 중첩된 장의 정점에 종괴가 존재할 때에는 직장탈출증이 아닐지 모른다고 생각해 보아야 한다.

본 증례의 경우에서도 탈출된 장의 정상에 암을 동반하고 있었으며 항문직장은 정상적인 해부학적 위치에 고정되어 있었다. 또 직장탈출증의 경우에서와는 달리 항문관속으로 탈출된 장을 따라 집게손가락을 집어넣었을 때 심한 통증을 호소하였고 항문팔약근의 긴장감도 느낄 수 있었으며 도수정복을 실시할 때 환자는 상당한 통증을 호소하였다. 그리고 정복직후에는 경미한 항문열개가 관찰되었으나 며칠 후에는 항문열개가 소실되었으며 항문팔약근의 긴장도도 회복되었다. 그러나 수술시 S상결장의 장간막은 특별히 길다고 생각되지는 않았다.

성인의 대장중첩증의 치료는 수술로써 유발병소와 함께 중첩된 장을 절제하는 것이 원칙이다. 결장직장항문 중첩증의 경우 그간 대부분 중첩된 장을 정복 한 후에 경복강 절제술을 시행하였지만 최근에는 회음부를 통한 절제술이 소개되었다.<sup>3</sup> 선도점 역할을 하는 종괴가 양성일 때 혹은 암이라 할지라도 침습성이 아니라고 판단될 때 그리고 환자의 전신상태가 개복술을 감당하기 힘든 경우에는 회음부를 통한 절제술을 시행하는 것이 좋다고 생각한다. 경복강 수술을 예정할 때는 중첩된 장을 정복하여야 하겠지만 회음부를 통한 절제술시에는 정복을 시도하지 않고 대장관장을 실시한 후에 절제 및 일차적 문합술을 실시한다.<sup>6</sup> 본 증례의 경우는 동반된 암을 촉진해 보았을 때 고유근층의 침습이 있을 것으로 생각되어 개복술을 시행하였다.

메이오클리닉의 고찰에서는 장중첩 증상으로 인하여 대장암이 발견된 경우에는 암의 병기가 대부분 Dukes B였고 따라서 예후도 좋았다고 하였는데 이는 장벽과 장간막의 가동성이 있어야 장의 함입이 일어나고 장중첩증이 발생하는데 국소적으로 진행된 암의 경우는 경결 및 조직반응

으로 인해 가동성이 적어서 장중첩이 일어나지 않기 때문이라고 하였다.<sup>2</sup>

## 결 론

결장직장항문 중첩증은 매우 드문 질환으로 직장탈출증과는 그 발생 원인과 이학적 소견이 다르며 수술 술식도 다소 차이가 있으므로 서로 감별을 하는 것이 중요하다. 이학적 소견상 선도점으로 작용하는 양성 혹은 악성 종양이 중첩된 장의 정상에 존재하며 항문직장이 정상적인 해부학적 위치에 머무르고 있다는 점에 있어서 서로 다르다. 환자의 전신상태가 양호하고 선도점 역할을 하는 종양이 진행된 암일 경우에는 개복술을 시행하여야 하겠지만 양성이거나 조기암이라고 판단될 때, 그리고 환자의 전신상태가 개복술을 감당하기 힘든 경우에는 회음부를 통한 절제술을 시행하는 것이 좋다고 생각한다.

## REFERENCES

1. Felix EL, Cohen MH, Bernstein AD, et al. Adult intussusception. *Am J Surg* 1976; 131: 758.
2. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981; 193: 230.
3. Nelson TM, Pearl RK, Prasad ML, et al. Perineal sigmoidectomy for sigmoid procidentia: report of a case. *Am Surg* 1995; 61: 320.
4. Nesbakken A, Haffner J. Colorectoanal intussusception. *Acta Chir Scand* 1989; 155: 201.
5. Pyper JB, Vause-Greig GW. Carcinoma of the sigmoid causing sigmoideo-rectal intussusception and protrusion through the anus. *J Int Coll Surg* 1956; 25: 510.
6. Zainea GG, Szilagy EJ. Perineal repair of colorectoanal intussusception. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1434.