

자궁탈을 동반한 직장질루를 통한 직장 탈출 1예

충북대학교 의과대학 외과학교실

이 상 전

A Case Report of Rectal Herniation through Rectovaginal Fistula Associated with Uterine Prolapse

Sang-Jeon Lee, M.D.

Department of Surgery, College of Medicine, Chungbuk National University

A rectovaginal fistula, associated with a uterine prolapse, is a very rare entity. The case presented here is that of an elderly woman with a uterine prolapse, associated with an anterior rectal wall herniation through a rectovaginal fistula just above the anorectal ring. It was thought the uterine prolapse had caused the weakness, and long diastasis, of the posterior vaginal wall and the rectovaginal fistula, and then the anterior rectal wall became herniated, with eversion through the rectovaginal fistula. A total abdominal hysterectomy, with bilateral salpingo-oophorectomy, was performed. The rectum was mobilized just beyond the level of the rectovaginal fistula, and resected at that point. Then, from a perineal approach, a coloanal anastomosis was performed using the Parks' sleeve anastomosis technique. After the repair of the long diastasis of the posterior vaginal wall, with inclusion of the fistula opening, a portion of the omentum was interposed between the posterior vaginal wall and the coloanal anastomosis site. **J Korean Soc Coloproctol 2003;19:45-47**

Key Words: Rectal herniation, Rectovaginal fistula, Uterine prolapse

직장 탈출, 직장질루, 자궁탈

서 론

자궁탈에 동반된 직장질루의 누공을 통해 직장이 질강 내로 탈출되는 사례는 매우 드물다. 본 증례는 자궁탈에 동반되어 질 후벽이 중주형으로 균열되어 직장

전벽이 질강에 노출되고, 항문직장륜 직상방 수준에는 직장-질 누공이 발생하여 이 누공을 통해 직장의 전벽이 질강으로 외번되어 탈출되어 나왔던 경우이다.

증 례

환자: 황○○, 63세 여자

주소: 자궁탈(시작: 내원 7개월 전) 및 질을 통한 변 탈출(시작: 내원 1개월 전)

현병력: 내원 7개월 전부터 자궁이 완전히 빠져 나왔으며 1개월 전부터는 변이 질에서 밖으로 흘러나온다고 하였으나 항문을 통한 변실금은 없었으며 소변을 참기 힘들다고 하였다. 빠져 나온 자궁으로 인해 통증을 느껴 보행에 지장이 있고 좌석에 앉기도 힘들다고 호소하였다.

가족력: 특이한 사항은 없었음.

과거력: 수술한 적이 전혀 없었음. 30년 전 폐결핵을 앓은 적이 있음.

출산력: 3-0-0-3 < 1/2분만 시 난산의 과거력은 없었음.

진찰 소견: 내원 시 환자는 비교적 정상적인 체격이었으나 회음부 통증으로 인해 고통스러운 표정이었다. 활력징후는 정상이었다. 복부 진찰 결과 특이 소견은 없었으며 회음부 진찰 결과 회음부가 변성 물질로 심하게 오염되어 있었고 자궁은 완전히 탈출되어 나와 있고 질 후벽은 상부에서 중부 수준까지는 열개되어 직장 전벽으로 대체되어 있었다(Fig. 1). 그리고 직장수지 검사를 해보니 항문직장륜 직상방에 집게손가락이 자유로이 통과하는 직장-질 누공이 존재하였으며 이 누공을 통해 질강측으로 직장 전벽이 외번되어 탈출되어 있었다. 항문에는 직장점막 탈출과 철퍼가 관찰되었고 괄약근의 긴장도는 다소 저하되어 있었다.

검사실 소견: 혈액 소견은 전혈구계산치 11.6 g/dL-33.9%-12,900/mm³, 혈소판 수 279,000/mm³, 혈청 전해질 치는 143 mEq/L-4.2 mEq/L-108 mEq/L, GOT

책임저자: 이상전, 충북 청주시 흥덕구 개신동 62번지
충북대학교 의과대학 외과학교실
(우편번호: 361-711)
Tel: 043-269-6360, Fax: 043-266-6037
E-mail: sjlee@med.chungbuk.ac.kr

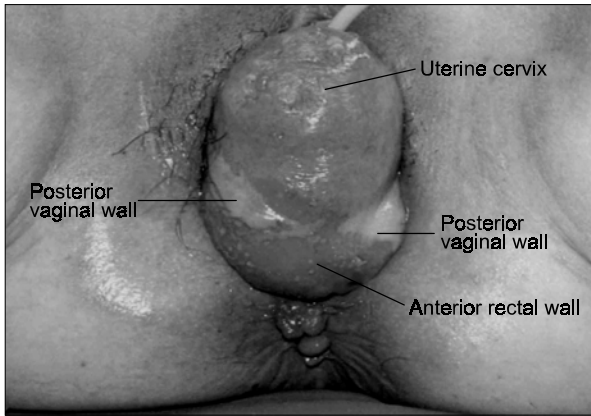


Fig. 1. Complete uterine prolapse seen with the anterior rectal wall through a defect in the diastased posterior vaginal wall.

20 IU/L, GPT 20 IU/L, alkaline phosphatase 249 IU/L, total bilirubin 0.4 mg/dL, protein 7.0 g/dL, albumin 3.6 g/dL, BUN 8 mg/dL, Creatinine 0.6 mg/dL로 정상이었으나 소변 검사 백혈구가 many/HPF로 관찰되었다.

대장내시경검사: 직장질 누공과 여러 개의 에스상 결장 개실이 관찰되었다.

수술 및 소견: 전신마취하에 쇄석위에서 Trendelenburg 체위를 취한 다음 탈출된 자궁을 질 속으로 정복한 후 견인기구로 질을 벌려서 질 속을 관찰하였다. 질의 후벽이 자궁경부 수준부터 직장-질 누공까지 종주형으로 균열되어 열개된 부분의 폭이 질 후벽의 반 이상을 차지할 정도였으며 열개부로 직장 전벽이 노출되어 있었다. 그리고 항문직장륜 직장방에는 집게손가락이 자유로이 통과할 수 있는 크기의 직장-질 누공이 형성되어 있어 있었는데(Fig. 2), 이 누공을 통해 직장 전벽이 질강으로 외번되어 탈출되어 나와 질강으로 직장의 점막이 노출되어 있었다(Fig. 2, 3). 개복한 다음 자궁적출술 및 양측 난관 및 난소 적출술을 시행하였다. 양측 난소에는 낭성 변화가 있었다. 그리고 직장을 직장질루를 지나 항문직장륜 수준에서 절단하여 절제하였다. 항문을 통해 잔여 직장의 점막을 절제한 후 Gambee 봉합을 이용한 단층 문합술로 결장과 항문을 문합한 후 대망을 끌어내려서 질과 결장-항문 문합부 사이에 삽입하여 고정시켰다. 그 후 질을 통하여 질 후벽의 열개 부분과 직장-질 누공을 봉합하였다.

병리조직학적 소견: 누공 부위의 직장은 국소적으로 허혈성 괴사 소견을, 자궁경부는 자궁탈에서 흔히 볼 수 있는 편평상피성 화생 소견을, 양측 난소는 장액성 낭성선종을 보였다.

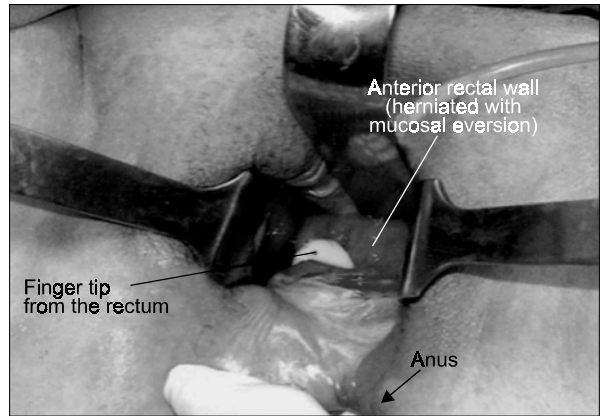


Fig. 2. Index finger inserted into the anus passed through the rectovaginal fistula.

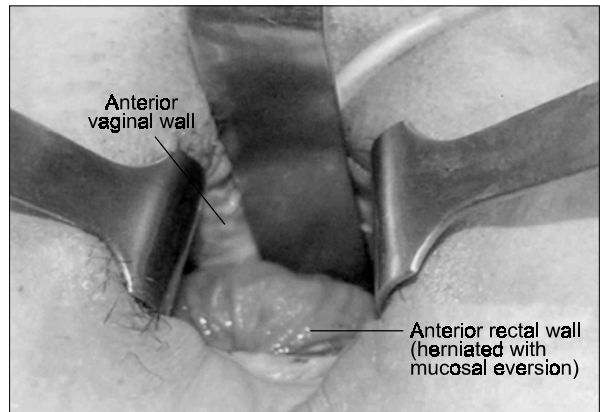


Fig. 3. The anterior rectal wall was herniated with mucosal eversion through the rectovaginal fistula.

수술 후 경과: 수술 후 합병증 없이 양호한 경과를 보였고 수술 후 3개월 및 6개월째 추적 방문에서도 재발의 징후나 변실금 증상이 없었다.

고 찰

직장질루의 원인으로 산과적 손상 및 부인과적 원인 등에 의한 외상, 방사선 조사, 신생물, 감염, 염증성 장질환, 혈액병, 선천성기형 등을 들 수 있는데 산과적 손상에 의한 것이 가장 흔한 것으로 보고하고 있다.^{1,3}

본 증례는 골반저가 약화되어 자궁탈이 발생한 후 장기간의 기계적 압박으로 질 후벽이 약화되고 균열되어 누공이 형성되고 이를 통해 직장도 함께 외번되어 탈출되어 나온 것으로 추정된다. 자궁탈이 동반된 직장질루를 통해 직장이 질강내로 탈출되는 사례는

매우 드물어서 저자가 문헌 검색을 해 본 바로는 아직 까지 보고된 예를 발견할 수 없었다.

직장질루의 분류는 2가지가 널리 이용되고 있다. Daniel⁴의 분류 및 Tsang과 Rothenberger⁵의 분류에서는 단순형과 복잡형으로 대별하였는데 단순형은 저위 또는 중간 직장질중격에 발생하며, 누공의 크기가 2.5 cm 이하인 경우 및 수술 후 손상이나 감염에 의해 발생한 경우로 하고 복잡형은 고위 직장질 중격에 발생하거나, 누공의 크기가 2.5 cm 이상인 경우 및 염증성장질환, 방사선 조사 및 악성 종양에 의해 발생한 경우로 하였다. Rosenshein 등⁶은 누공의 위치에 따라 저위형, 중간형, 고위형으로 구분하였는데 저위형은 누공이 치상선이나 치상선의 직상부에 위치하여 질쪽 누공이 질 입구 바로 안쪽에 위치하는 경우이고, 고위형은 질쪽 누공이 자궁경부 뒤쪽이나 가까이에 위치하는 경우이며, 중간형은 누공이 저위형과 고위형 사이의 수준에 존재하는 경우이다.

치료법을 선택할 때는 누공의 위치, 크기, 원인 등을 고려한 분류형뿐 아니라 괄약근 손상 등의 동반된 병변, 환자의 전신상태 등도 고려하여야 한다. 일반적으로 하위형 및 단순형은 항문괄약근의 기능이 정상인 경우는 경질, 경항문, 혹은 경회음 접근법으로 층층문합, 누공내번술 등의 국소적 복원술을 시행하거나 경항문 접근법으로 직장점막판 전치술(sliding flap advancement)법을 사용하고 항문괄약근의 기능이 비정상인 경우는 괄약근 성형술, 직장-회음부 절개 후 층층문합 등의 국소적 복원술을 시도한다.⁷ 그러나 고위형 및 복잡형은 일반적으로 경복강 접근술로 저위전방절제술이나 항문결장문합술 등을 시행하거나 조직치환술을 시행한다.

본 증례는 단순히 누공의 위치로만 볼 때는 Rosenshein 등의 분류상 하위형에 속하고 Daniel의 분류 및 Tsang과 Rothenberger의 분류로도 복잡형으로 분류하기 힘들나 질 후벽을 거의 다 침범한 긴 종주형 질 후벽열개로 인해 직장 전벽이 노출되어 있고 자궁탈이 동반되어 있는 경우여서 경복강 교정을 하는 것이 최상의 선택이라 생각하였다. 따라서 직장을 항문직장루 수준까지 내려가 누공까지 포함하여 절제를 해낸 후 전형적인 Parks의 결장항문 문합술을 시행하고 재

발 가능성을 줄이기 위해 대망을 질 후벽과 결장항문 문합부 사이에 삽입하였다. 이러한 결장항문 슬리브 문합법은 Parks⁸가 방사선 손상에 의한 직장질루의 치료로서 보고한 이래 주로 방사선 손상에 의한 직장질루의 치료에 사용하고 있으나 본 증례에서는 탈출된 여분의 직장을 절제할 필요가 있었고 누공이 항문직장루 직상방에 위치하고 있었기 때문에 이 방법을 사용하였다.

결 론

자궁탈에 동반되어 질 후벽이 균열되고 직장질루가 발생하여 직장의 전벽이 질강으로 외번되어 탈출되어 나왔던 환자에서 경복강으로 접근하여 자궁적출술을 시행하고 Parks의 결장항문 문합술을 시행한 후 대망을 질 후벽과 결장항문 문합부 사이에 삽입하여 양호한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. Given FT Jr. Rectovaginal fistula: A review of 20 years' experience in a community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1970;108:41-6.
2. Hibbard LT. Surgical management of rectovaginal fistulas and complete perineal tears. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130:139-41.
3. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, Goldberg SM. Repair of simple rectovaginal fistulas. Influence of previous repairs. *Dis Colon Rectum* 1988;31:676-8.
4. Daniels BT. Rectovaginal fistula. A clinical and pathological study. Thesis, University of Minnesota Graduate School; 1949
5. Tsang CB, Rothenberger DA. Rectovaginal fistulas: Therapeutic options. *Surg Clin N Am* 1997;77:95-114.
6. Rosenshein NB, Genadry RR, Woodruff JD. An anatomic classification of rectovaginal septal defects. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137:439-42.
7. Gordon PH. Rectovaginal fistula. In: Gordon PH, Nivatvongs S, eds. *Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus*. St. Louis: QMP 1992;361-81.
8. Parks AG, Allen CL, Frank JD, McPartlin JF. A method of treating post-irradiation rectovaginal fistulas. *Br J Surg* 1978;65:417-21.