

충수염으로 인한 충수-에스상결장루 1예

고신대학교 의과대학 외과학교실

김선우 · 안병권 · 박형석 · 이승현 · 백승언

Appendico-Sigmoid Fistula Due to Appendicitis

Seon Woo Kim, M.D., Byung Kwon Ahn, M.D., Hyung Seok Park, M.D., Seung Hyun Lee, M.D., Sung Uhn Baek, M.D.

Department of Surgery, Kosin University College of Medicine, Busan, Korea

An appendico-sigmoid fistula is a rare entity that has seldom been reported in the literature. In review articles, there are only several reports of appendiceal fistulas, including two into the ileum, two into the ascending colon, two into the sigmoid colon, and one into the Meckel's diverticulum. Presumably, these cases were caused primarily by antecedent appendicitis and diverticulitis. We experienced a case of an appendico-sigmoid fistula due to appendicitis. A 42-year-old man was admitted with complaints of low abdominal pain, distension, and a chilling sense for 1 month. On physical examination, the patient had right low-quadrant abdominal tenderness and rebound tenderness. However, the patient had no fever, and the WBC count was $8,900/\text{mm}^3$. On colonoscopy and barium study, the patient was diagnosed as having an appendico-sigmoid fistula due to appendicitis. An appendectomy and segmental resection of the sigmoid colon was done. **J Korean Soc Coloproctol 2004;20:225-227**

Key Words : Appendico-sigmoid fistula, Appendicitis
충수-에스상결장루, 충수염

서 론

충수와 인접장기의 누공은 매우 드문 질환이며 그 원인은 충수염, 게실염의 합병증으로 발생하는 것으로

보고되어 있다. 발생빈도는 충수-방광루, 충수-회장루, 충수-공장루 순으로 발생되며, 충수-에스상결장루도 드물게 보고되고 있다. 최근 본원에서는 충수염으로 인한 충수-에스상결장루 1예를 체험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환자: 채○○, 42세 남자

주소: 1개월 동안의 우하복부 통증과 복부팽만, 오한
이학적 소견: 활력징후는 혈압 100/80 mmHg, 맥박 66회, 호흡 20회, 체온 36.2°C 로 안정상태였다. 복부검사서 우하복부에 압통과 반동압통이 있었으나 촉진되는 종괴의 소견은 보이지 않았다.

검사소견: 혈액검사에서는 말초혈액 내 백혈구 $8,900/\text{mm}^3$, 헤모글로빈 12.9 g/dl, 헤마토크리트 38.1%, 혈소판수 $405 \times 10^3/\text{mm}^3$ 로 정상소견이었으며, 소변검사에서도 특이소견이 없었다. 대장내시경 소견에서 충수돌기 주위의 점막에서 부종과 충혈의 소견을 관찰하였으며, 항문연 35 cm 상방의 에스상결장에 2.0 cm 크기의 궤양이 관찰되었으며 궤양의 중심부에 누관의 입구로 추정되는 구멍을 확인하였다(Fig. 1). 대장바륨조영술 검사에서 충수와 에스상결장 사이의 누관을 통해 조영제가 통과하여, 맹장 및 말단회장부위에 조영제가 차 있는 소견을 확인하였다(Fig. 2).

수술소견 및 경과: 충수주위농양, 충수-에스상결장루로 진단하여 전신마취 하에 수술을 시행하였다. 수술 소견에서 우측 하복부의 충수와 에스상결장이 심하게

접수: 2004년 3월 12일, 승인: 2004년 8월 13일
책임저자: 안병권, 602-702, 부산광역시 서구 암남동 34번지
고신대학교 복음병원 외과
Tel: 051-990-6462, Fax: 051-246-6093
E-mail: gsabk@ns.kosinmed.or.kr

본 논문의 요지는 2003년 대한대장항문학회 추계학술대회에서 포스터 발표되었음

Received March 12, 2004, Accepted August 13, 2004
Correspondence to: Byung Kwon Ahn, Department of Surgery,
Kosin University College of Medicine, 34 Amnam-dong,
Seu-gu, Busan 602-702, Korea.
Tel: +82-51-990-6462, Fax: +82-51-246-6093
E-mail: gsabk@ns.kosinmed.or.kr

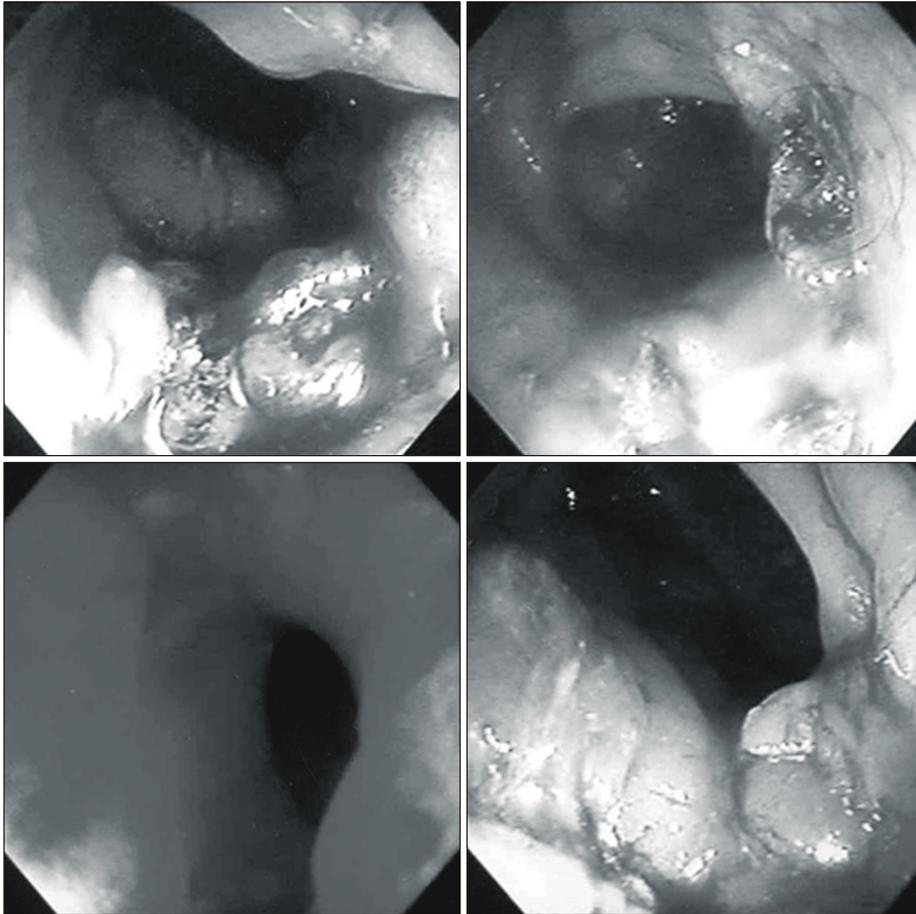


Fig. 1. Colonoscopic finding. (1) edematous and hyperemic mucosa was noted at periappendiceal area, and (2) 2.0 cm sized deep dirty ulcer with fistulous opening was noted at 35 cm from anus.



Fig 2. Barium enema finding. Barium filled cecum and terminal ileum in retrograde direction from sigmoid colon.

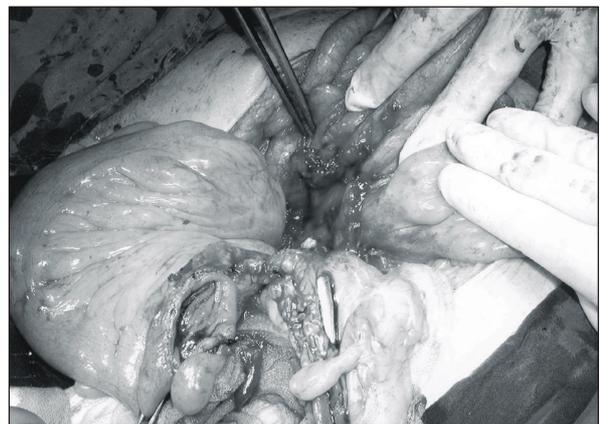


Fig. 3. Appendico-sigmoid fistula at operation (forcep indicated).

유착되어 있었으며 유착을 박리한 후 충수의 말단부 및 에스상결장의 장벽 전층에 천공이 있음을 확인하였다. 수술방법으로 충수절제술 및 에스결장부분절제술을 시행하였다(Fig. 3). 환자는 수술 후 10일째 특별한 이상이 없어 퇴원하였다.

고찰

충수와 인접장기의 누공은 매우 드문 질환이며 충수-방광루, 충수-회장루, 충수-공장루 순으로 흔하게 발생되며, 충수-에스상결장루는 1954년 Dale이¹ 처음으로 보고한 이후 다른 저자들이 소수 보고하고 있다.^{2,4}

충수-에스상결장루는 대부분 게실염, 충수염 등의 합병증으로 발생하며^{3,4} 그 외에 이물질, 크론병이 원인이 되기도 한다. 대부분의 복강 내 누공은 게실 질환에 의해 유발되지만 충수-에스상결장루는 충수염이 선행하는 경우가 많다. 게실염에 의해 유발된 충수-에스상결장루는 충수염에 의한 경우보다 환자의 연령이 많고 유병 기간이 길며, 이전 급성 게실염의 병력을 가지고 있는 경우가 많다. 대장바륨조영술 검사에서는 충수돌기의 내강이 조영되는 경우가 많고, 대장내시경은 대장암의 동반 여부를 확인하기 위해 반드시 필요하다. 충수염에 의한 충수-에스상결장루는 비교적 젊은 연령에서 나타나고 대장바륨조영술 검사에서 누관은 조영되나 충수는 대부분의 경우에서 조영되지 않는다.⁵ 충수가 조영되는 경우는 충수가 바륨이 누출되어 저류되는 방향으로 있는 소견을 보이기도 한다.⁶ 수술소견에서 복강 내 다른 병소가 없고 충수의 조직검사에서 만성 염증 소견을 보이면 진단이 가능하다.² 일반적으로 누공은 자연적으로 치유되지만^{3,5} 경우에 따

라서는 경미하고 간헐적인 하복부 통증이 지속적으로 나타날 수 있다.³ 수술이 필요한 경우에는 수술 전 자세적이 선행되어야 하며, 수술 방법은 충수를 절제하고 누공에 의한 에스상결장의 결손은 일차 봉합하면 된다.^{2,6} 본원의 경우는 충수를 절제하고 에스상결장도 부분절제를 시행하였으며 향후 에스상결장의 결손에 대한 일차봉합과 부분절제 등 수술방법에 대해 논의가 더 필요할 것으로 생각한다.

REFERENCES

1. Dale WA. Persistent appendiceal-sigmoid fistula. *AMA Arch Surg* 1954;69:132-4.
2. Dent TL, Harrison TS. Persistent appendiceal sigmoid fistula. *Arch Surg* 1968;96:309-11.
3. Conlon PC, Lewin JR. Roentgen diagnosis of appendicocolonic fistulation. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1962;88:707-11.
4. van Hillo M, Fazio VW, Lavery IC. Sigmoidappendiceal fistula-an unusual complication of diverticulitis: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1984;27:618-20.
5. Yiangou C, Holme TC. Sigmoid-appendiceal fistula due to diverticulitis. *J R Soc Med* 1998;91:544.
6. Pairolero PC, Judd ES, Hodgson JR. Appendicoenterosigmoid fistula. *Surgery* 1969;66:695-7.
7. 유태환. Appendico-Jejunal Fistula 1예 보고. *대한외과학회지* 1973;15:879-81.