

충수대장 누공 1예

서울위생병원 외과, ¹진단방사선과, ²해부병리과

김민회 · 임덕호 · 김봉수 · 구진회¹ · 강행지² · 황용희 · 최건필

Appendicocolic Fistula

Min Hoe Kim, M.D., Deok Ho Lim, M.D., Bong Soo Kim, M.D., Jin Hoe Ku, M.D.¹, Haeng Ji Kang, M.D.², Yong Hee Hwang, M.D., Kun Phil Choi, M.D.

Departments of Surgery, ¹Radiology, and ²Pathology, Seoul Adventist Hospital, Seoul, Korea

An appendicocolic fistula is a rare disease. It seems likely that the appendix becomes adherent to the viscus either before or after its perforation due to appendicitis, so surgeons may become confused when an emergency appendectomy is done. We report one case of an appendicocolic fistula to draw attention to the importance of this fistula and to describe the clinical, the diagnostic, and the therapeutic aspects of the disease. *J Korean Soc Coloproctol* 2004;20:228-230

Key Words: Appendicocolic fistula, Perforation
충수대장 누공, 천공

서 론

급성 충수염은 흔히 접하게 되는 질환이나 충수와 다른 내장기관의 누공은 매우 드문 질환으로 한국에서는 방광과 충수와의 누공만이 2예가 보고된 바 있으며,^{1,2} 외국에서도 드물게 보고되었다. 1940년에 Garcia³가 충수와 회장 사이의 누공을 보고하였고, 1943년에는 Gile와 MacCarty⁴가 충수와 맥켈 게실(Meckel's diverticulum)과의 누공을 보고하였으며, 같은 해에 River와 Gradinger⁵는 충수와 상행결장과의 누공을 보고하였다. 본 증례는 급성 충수염으로 진단하고 현병력과 신체 검사에서 모호한 점이 있어서 게실염 및 악성종양을 배제하기 위해 검사하던 중

에 진단적 개복술을 시행하여 발견한 충수와 에스자결장 사이에 생긴 누공이다.

증 례

75세 여자 환자로 내원 30일 전부터 발생한 우하복부 동통으로 인근 의원에서 장염으로 치료받은 후에 증상이 호전되어 지내던 중 내원 5일 전부터 다시 하복부 동통이 발생하여 본원 응급실을 통하여 내원하였다. 과거력과 가족력상 특이 소견은 없었으며, 내원 당시 혈압은 120/80 mmHg, 맥박수 85회/분, 호흡수 18회/분, 체온은 36.8°C이었다. 신체 검사상 복부에 촉진되는 종괴는 없었고 우하복부와 치골 상복부에 압통만이 있었으며 그 외에는 특이 소견이 없었다. 일반 혈액검사 결과 혈색소 13.5 gm/dl, 혈색치 42.1%, 백혈구 수 6,100/mm³, 혈소판 수 286×10³/mm³였고 총단백, 총빌리루빈, alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase, alkaline phosphatase, lactate dehydrogenase 수치는 정상이었다. 종양 표지자 검사 결과 암태아성 항원은 3.4 ng/ml였다. 복부 초음파 검사에서 특별한 소견이 발견되지 않아 컴퓨터 단층 촬영을 시행한 결과 오른쪽 골반강 내에 소장 유착과 함께 약 7×4 cm 조영이 잘되지 않는 연부조직 병변과 소장 고리(loop)로 여겨지는 부위가 있었으나 소장의 확장은 보이지 않았다 (Fig. 1). Meckel's 게실염이 의심되어 Meckel's 주사(scan)를 시행하였으나 특이 소견은 없었다. 환자를 금식시키고 관찰하던 중 내원 5일째부터 증상이 호전되어 대장조영술 검사를 위한 장세척을 준비하였고, 내원 6일째 환자 압통 및 반발통이 발생하여 대장조영술을 시행하지 못하고 진단적 응급 개복술을 시행하였다. 육안 수술 소견상

접수: 2004년 4월 13일, 승인: 2004년 7월 27일
책임저자: 황용희, 130-711, 서울특별시 동대문구 휘경2동 29-1
서울위생병원 외과
Tel: 02-2210-3563, Fax: 02-2249-0403
E-mail: Hwangyon@hotmail.com

Received April 13, 2004, Accepted July 27, 2004
Correspondence to: Yong Hee Hwang, Department of Surgery, Seoul Adventist Hospital, 29-1 Hwigyeong 2-dong, Dongdaemun-gu, Seoul 130-711, Korea. Tel: +82-2-2210-3563, Fax: +82-2-2249-0403, E-mail: Hwangyon@hotmail.com

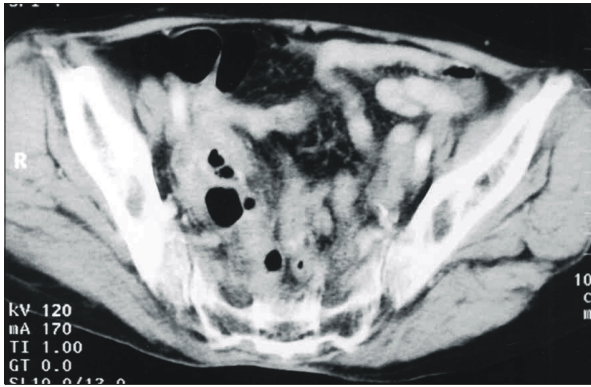


Fig. 1. Abdomen and pelvic CT shows a 7×4 cm sized, poorly enhanced soft tissue lesion in right pelvic cavity.

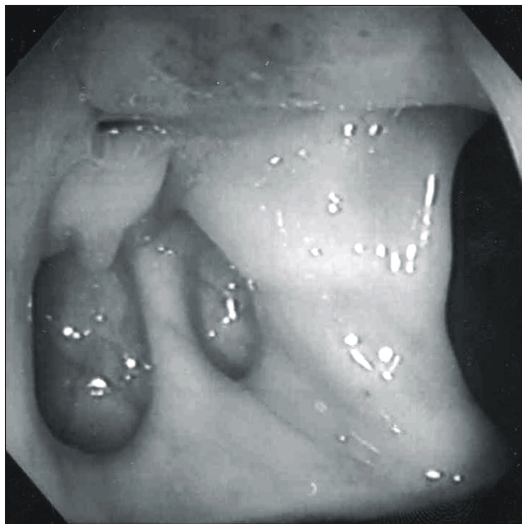


Fig. 2. Colonoscopy shows a fistula and two diverticula at rectosigmoid junction.

소장의 일부와 맹장 및 에스자결장이 우측 골반강 내에서 유착이 심하였고, 맹장을 박리하던 중에 충수가 심한 염증성 비후를 보이며 직장-에스자결장 경계부위까지 내려가 있는 것이 발견되어, 먼저 소장을 유착된 부위로부터 박리하였다. 소장 and 대장과의 연결이 없음을 확인하고 충수를 따라 직장-에스자결장 경계 부위까지 박리하던 중에 충수와 에스자결장이 연결된 것이 의심되어 수술 도중 대장 내시경을 시행하였다. 대장 내시경으로 공기를 주입하자 에스자결장이 확장되기 전에 맹장 부위가 먼저 팽창되었으며, 직장-에스자결장 경계 부위에 누공과 함께 게실이 발견되었다(Fig. 2). 충수의 기저부를 절제하여 탐침으로 충수와 에스자결장부위의 누공을 확인한 후에 충수절제와 전방절제술 및 결장직장 단단 문합을 실시하였는데, 장세척을 충분히 시행하지는 않았지만

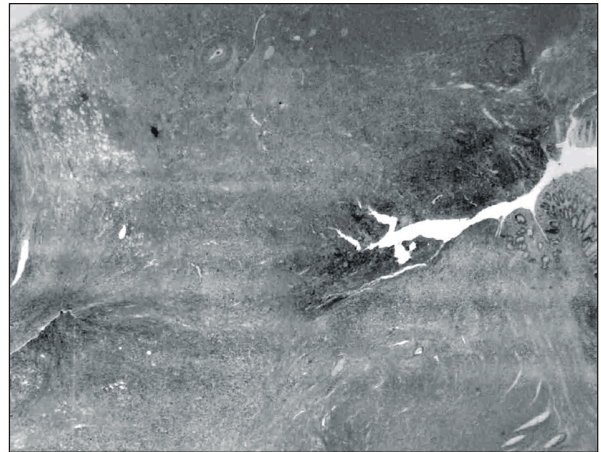


Fig. 3. The colonic wall shows a fistula tract with poor muscular fibers and many inflammatory cells infiltrations (H&E, ×12.5).

수술 중 시행한 대장 내시경 소견상 문합이 가능하다고 판단하였다. 조직검사 결과에서 충수는 화농성(suppurative)으로 나왔고 대장의 누공관에는 많은 염증 세포들의 침윤 소견이 나왔다(Fig. 3). 환자는 경미한 창상 감염은 있었으나 다른 합병증은 없이 수술 후 23일째 퇴원하였다.

고 찰

우하복부 동통을 호소하는 여러 질환 중에 급성 충수염을 많이 접하게 되는데 충수염의 합병증인 천공으로 인한 복막염 및 복부농양 등의 합병증을 막기 위해 흔히 응급 충수 절제술을 시행한다. 충수대장 누공은 아주 드문 질환이기는 하나 외과의에게 있어서 응급 충수 절제술 시행 시에 수술자를 당황하게 만드는 질환이 될 수 있다. 보고된 기전으로는 충수의 천공으로 농양을 형성하고 이것이 대장벽에 천공을 일으켜 누공이 형성된다고 하며, 주로 상행결장과 에스자결장에서 충수와 누공이 잘 생기는 것으로 알려져 있다.⁶ River와 Gradinger⁵ 그리고 Dale⁷가 보고한 증례를 보면 충수대장 누공의 진단은 바륨 조영술이 가장 유용하다. 하지만 본 증례의 경우에는 복부농양도 없는 상태로 주위조직들과 유착이 심하여 복부 초음파검사나 컴퓨터 전산화 단층촬영으로는 정확한 진단이 힘들어서 바륨 조영술을 시행하려 하였다. 그러나 검사 당일 환자 복부에 압통과 반발통이 심하여 바륨 조영술을 시행한다면 장천공이 발생할 가능성이 있다고 생각하여, 충수대장 누공으로 진단하지 못하고 응급 개복술을 시행하게 되었다. 수술적 치료로는 충수 절제술과 누공관 절제술이 시행되나,⁷ 본 증례는 직장-에스자

결장 경계부위까지 주위조직과 염증이 심하며 대장벽에도 염증성 반응이 심하여 누공관 절제술만 시행한다면 수술 후 또 다른 대장피부 누공의 형성 가능성이 있어 전방절제술 및 결장직장 단단 문합을 시행하였다. 이에 저자들은 충수대장 누공에 대한 1예를 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. 이용배, 김성철, 김광태. 충수방광루 1예. 대한외과학회지 1987;32:496-500.
 2. 이준상, 양승학, 권용후, 강정기, 한보현. 방광-S결장-충수루 1예. 대한비뇨기과학회지 1990;31:943-7.
 3. Garcia DA. A congenital anastomosis of the appendix with the ileum. Report of a case. J Philipp Med Assoc 1940;20:725-8.
 4. Gile JF, MacCarty WC. Calcified concretion within a Meckel's diverticulum. Radiology 1943;41:491.
 5. River LP, Gradinger BC. Appendicocolic fistula: case report. Am J Surg 1943;61:297-9.
 6. Conlon PC, Lewin JR. Roentgen diagnosis of appendicocolic fistulation. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 1962;88:707-11.
 7. Dale WA. Persistent appendiceal-sigmoid fistula. AMA Arch Surg 1954;69:132-4.
-