

## 4월 대한소화기내시경학회 교육자료

– 반복적인 대장 게실염에 의한 대장 협착 –

(Colonic stricture due to recurrent colonic diverticulitis)

### 서론

위장관 게실은 장관벽의 일부가 돌출되는 가성 게실 혹은 전층이 관강 밖으로 돌출되어 나가는 진성 게실로 구분된다. 위장관 게실은 식도부터 대장까지 어느 부위에서나 발생할 수 있으나, 발생 빈도는 대장이 가장 흔하다. 대장 게실이 있는 1/4 가량의 환자에서 게실염이 동반되는 것으로 알려져 있다.<sup>1</sup> 대장 게실염의 합병증으로 출혈, 천공, 농양, 협착, 폐색, 누공 등이 발생할 수 있다. 협착은 출혈이나 천공에 비해 흔하지는 않으나 반복적인 게실염 병력이 있는 경우 침범된 대장 관강의 협착을 일으킬 수 있고 이 경우 대장암과의 감별이 어려울 수 있다.

이번 교육자료에서는 하복부 복통으로 시행한 검사에서 심한 대장 협착과 종괴가 확인되어 수술을 시행하여 치료했던 증례를 소개하고자 한다.

### 증례

61세 남자가 지속되는 하복부 통증으로 내원하였다. 환자는 미국인으로 수년 전부터 우리나라에서 거주하는 중이었다. 2년전 우측 고관절 퇴행성 관절염으로 전고관절치환술, 1개월 전 우측 요로 결석 및 동반된 우측 수신증으로 요관경하 요석 제거술을 시행받은 병력이 있었다. 평소 변비 증상을 호소하였고, 1개월 전 수술 이후 변비와 하복부 통증이 점차 심해져서 내과적 약물치료를 하였으나 증상 호전이 없었다.

대장내시경을 시행하였고 장정결이 불량한 제한적인 검사였으며, 항문연 상방 50cm부터 점막이 결절 양상을 보이면서 급격하게 좁아진 양상을 보였다. 이보다 근위부로는 점막이 딱딱하게 좁아져 있어 위내시경으로 변경하여 검사하여도 내시경 진입이 불가능하였다 (그림 1).

환자에게 심한 장폐색 소견은 보이지 않아 다시 장정결을 시행한 후 두 번째 대장내시경을 시행하였으나 역시 항문연 상방 50cm부터 급격한 협착 소견을 보이며 내시경 통과가 불가능하여 병변 근위부 관찰에 실패하였다. 추가적으로 병변의 원위부인 항문연 상방 30-40cm 부위에도 다발성의 결절 형태의 점막 변화가 관찰되었다 (그림 2).

그림 1. 첫번째 대장내시경 검사 사진. 장정결이 불량하며 다발성의 결절 형태의 점막변화가 관찰

되며 관강이 현저하게 좁아져 있었다.

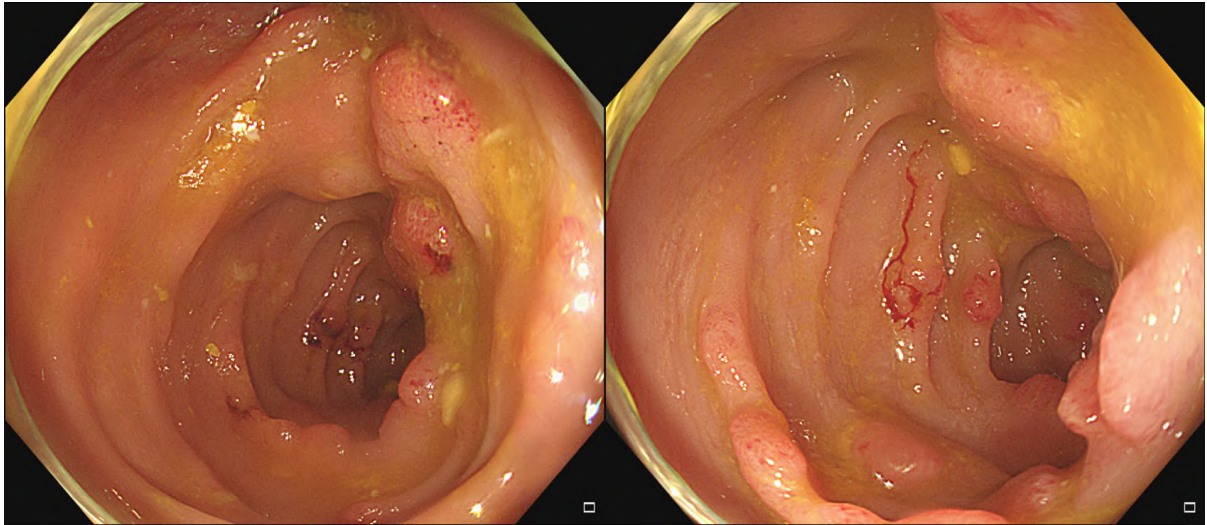
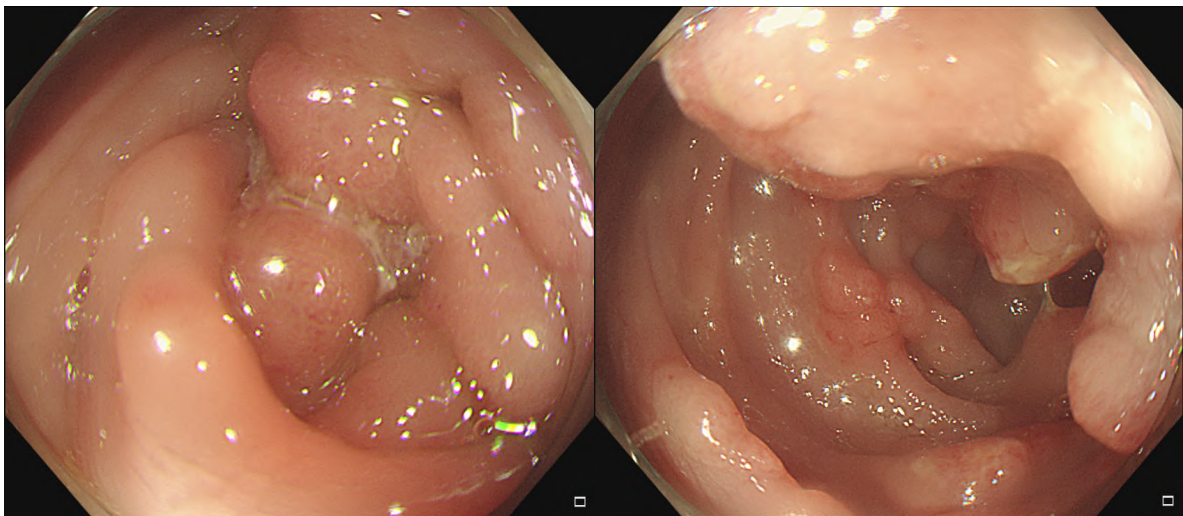


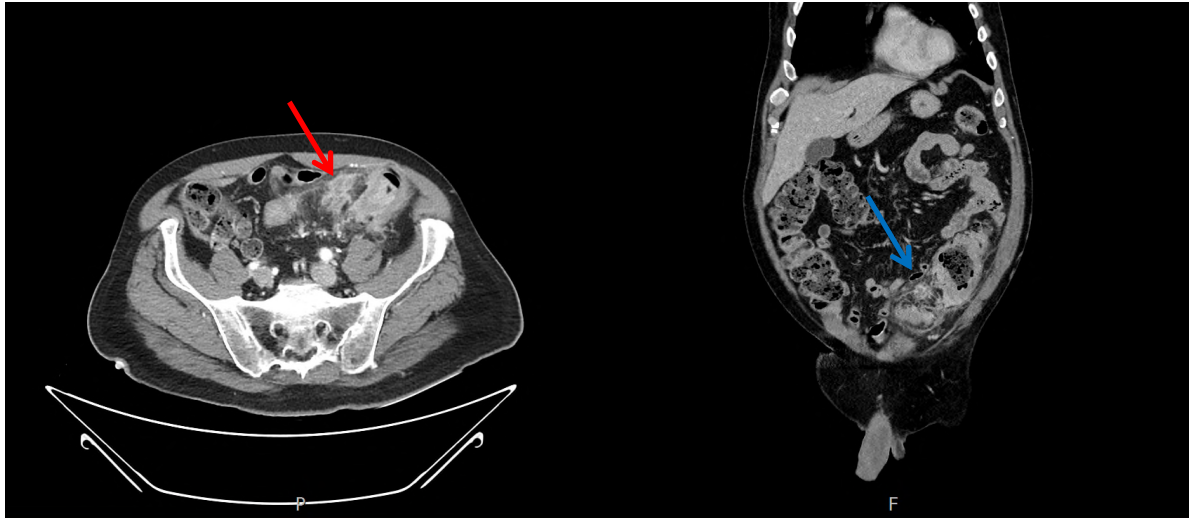
그림 2. 두번째 대장내시경 사진. 장정결 후에도 같은 양상이 관찰되며 현저한 협착으로 인해 내시경 통과가 불가능하였다.



당시 시행한 CT에서는 S결장 부위에 현저한 점막 비후, 주변 조직 염증소견 및 3.6cm 크기의 종괴가 의심되었고 주변 림프절의 비후 소견이 확인되었다 (그림 3). 두 번의 대장내시경에서 시행한 조직검사 결과에서 심한 염증 소견 외에 악성 세포는 확인되지 않았으나 내시경 소견 및 CT 소견을 종합해 봤을 때 악성 질환을 배제할 수 없었고 내과적 치료에 증상의 호전이 없는 상태임을 고려하여 수술을 시행하였다.

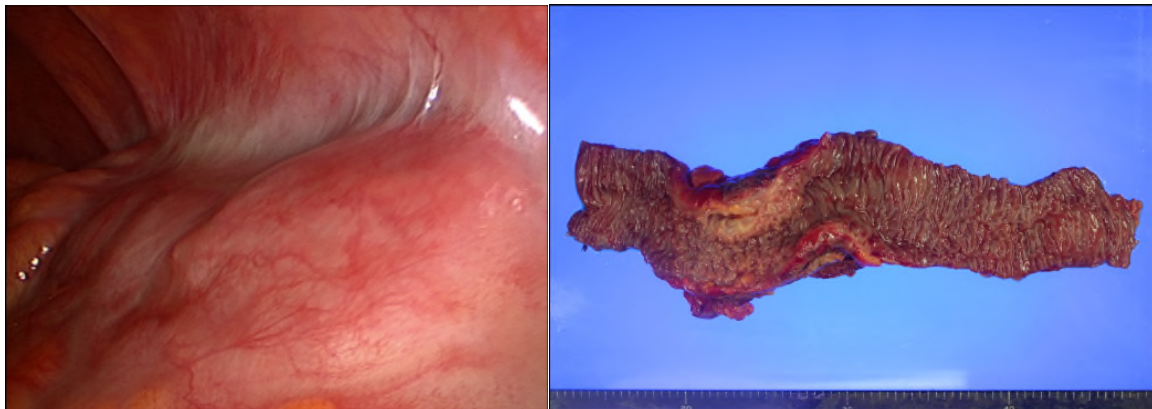
그림 3. 복부골반 전산화 단층촬영 사진. S결장 부위의 점막 비후, 주변 조직의 염증소견과 3.6cm

크기의 종괴 (붉은색 화살표) 및 1.2cm 크기의 림프절 비후 (파란색 화살표) 소견이 확인되었다.



수술장 복강경 소견상 S결장과 복막, 방광의 심한 유착이 관찰되었으며 S결장의 게실과 농양이 확인되어 좌측반결장절제술 및 부분방광절제술을 시행하였다. 수술 후 병리소견에서 반복적인 게실염의 미세 천공으로 인한 만성 농양 형성으로 S결장과 방광 사이의 유착 및 섬유화 종괴를 형성한 것으로 판단되었으며 악성세포는 확인되지 않았다 (그림 4). 환자는 수술 후 복통 및 변비가 호전된 상태로 경과관찰 중이다.

그림 4. 수술장 복강경 소견상 복막의 심한 유착이 관찰되었고 (좌측 사진), 수술 후 병리 소견상 반복적인 게실염에 의한 만성 농양 소견과 유착, 섬유화 종괴 소견이 확인되었다.



## Mini-Review

대장 게실염은 흔하게 접할 수 있는 소화기 질환 중의 하나로, 최근 발생률이 증가하고 있다.<sup>2</sup> 동양인과 서양인에서 대장 게실염의 양상이 차이를 보이는 것이 알려져 있는데, 서양인의 경우 좌측 대장, 특히 S결장에서 많이 발생하고 식생활, 기능성 질환 등의 후천적 요인이 복합적으로 작용하는 가성 게실이 많은 반면, 동양인의 경우 장벽의 선천적인 유약에 기인한 진성 게실이 우측 대장, 주로 맹장에서 많이 발생한다고 알려져 있다.<sup>3</sup> 전체 대장 게실증 환자에서 게실염이 서양의 경우 10-20%에서 발생한다고 보고되었고, 우리나라에서는 2.1% 정도로 보고되었으나, 서구화된 식생활과 생활습관이 빠르게 보급되고 고령화 사회로 접어들고 있는 점을 고려했을 때 우리나라에서도 점차 대장 게실염의 발생률이 증가되고 서양의 패턴으로 변화될 것으로 예상된다.

대장 게실염은 대개 복통, 변비 또는 설사, 발열, 출혈 등을 동반한 급성 경과를 보이고 항생제를 포함한 내과적 치료에 좋은 반응을 보인다. 일부 대장 게실염은 천공, 협착, 누공 등이 발생할 수 있는데 좌측 대장 게실염이 우측 대장 게실염에 비해 합병증 발생 가능성이 높다고 알려져 있다.<sup>4</sup> 특히 좌측 대장 게실염에서 천공의 발생 비율이 높다고 보고되는데 이는 좌측 대장 게실염의 호발 연령이 우측 대장 게실염보다 높고, 게실염 가능성을 간과하여 진단이 늦어지는 가능성 등을 고려할 수 있다.<sup>3</sup> 본 증례의 경우 미국인 환자이고 평소 입원이 필요할 정도의 심한 복통은 없었으나, 반복되는 경증의 좌측 대장 게실염과 연관되어 지속되는 변비 증상이 있었고, 합병증으로 미세 천공과 염증을 일으켜서 주변 조직과 유착을 일으키고 장 협착까지 진행된 것으로 추정된다.

대장 게실염의 합병증으로 천공이 확인되거나 내과적 치료에 호전이 없는 경우는 수술을 고려해야 한다. 대장 게실염의 협착으로 장폐색 증상이 심한 경우 수술전 자가팽창형 금속 스텐트를 삽입하여 감압한 후 수술적 치료를 시행할 수 있다.<sup>5</sup> 본 환자의 경우 대장내시경 전후 장폐색 소견이 심하지 않았고 대장암의 가능성이 높다고 판단하여 내시경적 감압술을 고려하지 않고 수술적 치료를 시행하였다.

결론적으로 좌측 대장 게실염은 우측 대장 게실염에 비해 천공, 농양, 협착 등의 합병증이 발생할 가능성이 상대적으로 높다, 우리나라에서도 좌측 대장 게실염의 발생률이 점차 증가할 것으로 예상되는 점을 고려했을 때, 좌측 대장 게실염이 의심되는 환자의 경우 적극적인 검사로 빠른 진단과 치료를 진행할 수 있어야 하겠다.

**증례 및 리뷰: 남광우 (단국의대 단국대병원 소화기내과)**

**Key Words: Diverticulitis, Colonic; Colonic Neoplasms; Intestinal Obstruction**

## 참고문헌

1. Keum B. Diagnosis and Treatment of Diverticular Bleeding and Perforation. Korean J Med 2013;85.
2. Talutis SD, Kuhnen FAH. Pathophysiology and Epidemiology of Diverticular Disease. Clin Colon Rectal Surg 2021;34:81-85.
3. Lee HC, Jeon SW, Kim SY, et al. Clinical characteristics of right versus left colonic diverticulitis. Korean J Med 2008;75:533-538.
4. Law WL, Lo CY, Chu KW. Emergency surgery for colonic diverticulitis: differences between right-sided and left-sided lesions. Int J Colorectal Dis 2001;16:280-284.
5. Ohta R, Sakon R, Goto M, Tachimori Y, Sekikawa K. Self-expanding metal stent restenosis in obstructive colon diverticulitis mimicking colon cancer: A case report. Int J Surg Case Rep 2018;53:259-261.