

■ S-63 ■

캡슐 내시경에서 출혈의 증거가 없었던 맥켈 계실에 의한 위장관 출혈 1예

관동대학교 의과대학 명지병원 소화기내과¹, 외과², 병리과³

*강병수¹, 김유진¹, 고원준¹, 강원식¹, 박재균², 송지선³

서론: 불분명한 위장관 출혈의 가장 흔한 원인은 소장 질환이다. 캡슐 내시경은 소장 질환의 중요한 진단 도구로 자리 잡고 있으나 캡슐 내시경의 진단율은 전체적으로 59.4%였으며 질환별 하위그룹으로 나누어 보았을 때 불분명한 위장관 출혈 60.5% 크론병 55.3% 소장종양 55.9%로 높지 않다. 저자들은 위궤양과 소장 종양이 동반된 환자에서 출혈 원인을 알아보기 위해 캡슐 내시경을 시행하였으나 소장 병변이 관찰되지 않았고 수술 후 맥켈 계실이 진단되었던 증례를 보고하고자 한다. **증례:** 40세 남자가 한 차례의 흑색변을 주소로 입원하였다. 비흡연자로서 특이 과거력 및 가족력은 없었으며 내원 당시 경한 전신 무력감과 하복부 불편감을 호소하였다. 혈압 110/70 mmHg 맥박수 90회/분 호흡수 14회/분 체온 36.8℃이었으며 신체검사상에서 특별한 이상 징후는 없었다. 말초 혈액검사상에서 혈색소 8.1 g/dL로 감소된 것 이외에 일반 화학검사, 소변 검사 결과는 정상이었다. 상부 위장관 내시경에서 만성 위축성 위염과 치유기의 위궤양이 관찰되었고 대장 내시경에서는 3 mm 크기의 대장폴립이 관찰되어 폴립절제술을 시행하였으며 혈액이 고여 있지는 않았다. 위궤양이 관찰되었으나 급성 출혈의 원인일 가능성 적어, 소장 병변 유무를 배제하기 위해 복부 컴퓨터 단층 촬영을 시행하였고 소장 원위부에 양성 종양으로 생각되는 종괴가 관찰되었다. 복부 컴퓨터 전산 촬영에서 소장 폐색의 근거가 없었고, 출혈의 원인이 위궤양인지 소장 종양인지 감별하기 위해 캡슐내시경을 시행하였다. 캡슐 내시경상 소장 통과시간이 3시간으로 짧았으며, 소장 원위부에 외인성 압박이 의심되는 병변이 있었으나 관내 종괴는 관찰되지 않았고 소장과 대장에 혈액이 고여 있지는 않았다. 입원 후에 혈변이나 흑색변은 없었으나 내원 3일째 혈색소가 5.8 g/dL로 감소하여 소장 종괴를 절제하기로 하였다. 개복 수술에서 회맹판으로부터 170 cm 근위부에 2 cm 크기의 장중첩증이 동반된 종괴가 만져졌으며 소장에 출혈은 관찰되지 않았다. 소장 분절 절제술을 시행하였고 현미경학적 병리 조직 소견은 뒤집힌(Inverted) 맥켈 계실이었다. 환자는 수술 후 추적 검사상 혈색소 감소하지 않아 위장관 출혈의 원인은 맥켈 계실 출혈로 결론 지었다. **결론:** 이번 증례에서 복부 컴퓨터 전산촬영에서는 소장 종괴가 관찰되었으나 캡슐 내시경에서는 병변이 관찰되지 않았다. 뒤집힌(Inverted) 맥켈 계실은 관내 종괴가 아니므로 캡슐내시경 검사 당시 궤양이나 출혈이 동반되지 않으면 캡슐내시경은 진단도구로서 제한점이 있다.

■ S-64 ■

장중첩으로 인해 직장 용종으로 오인된 측방발육성 종양 1예

국립중앙의료원 내과

*민지원, 권혁춘, 박상민, 최승준, 남승우

서론: 측방발육성 종양은 대장 벽을 따라서 측방향으로 성장하는 비교적 높이가 낮고 넓은 선종을 말한다. 직장 및 S상 결장부위에 가장 흔하고 증상으로서는 변비 등의 배변 이상이 제일 흔하고 복통, 혈변, 빈혈, 체중 감소가 있다. 그러나 지금까지 측방발육성 종양이 장중첩증을 동반하여 발견된 예는 보고된 바 없다. 저자 등은 직장 내경을 거의 폐쇄시키는 큰 용종으로 오인된 장중첩증을 일으킨 측방발육성 종양을 관찰하였기에 보고하고자 한다. **증례:** 80세 남환이 내원 10일 전부터 어지러움을 주소로 순환기내과 입원하였다. 폐결핵의 과거력이 있었고, 내원 당시 활력 징후는 혈압 90/50 mmHg, 맥박수 80회/분이었었고, 이학적 검사상 호흡음은 거칠고 심박은 불규칙하였으나 심초음파 및 홀터 검사 상 특이소견 보이지 않아 보존적 치료 중 2년간 지속된 하루 10여 차례의 묽은 변을 주소로 소화기내과에 자문의뢰 되었다. 결장경을 시도하였으나 항문연 상방 10 cm 부위에 넓은 기저면을 가진 4.5 cm 가량의 용기된 용종으로 직장이 폐쇄되어 더 이상의 진입이 어려워 조직검사만 시행하였고, 조직검사 상 저등도 관상용모성 선종으로 확인되어 내시경적 절제와 수술적 절제를 고려하였으나 용종의 기저부가 넓고 시야가 협소하여 천공에 대한 위험 때문에 수술적 절제를 하기로 하고 외과로 전과되었다. 수술 소견 상 병변은 10×11 cm의 측방발육성 종양이 장중첩증을 일으킨 상태로 종양 제거 후 펼쳤을 때 측방발육성 종양외에 용기된 용종은 관찰되지 않았다. 조직검사 상 선암으로 확인되었으며 종양제거 및 단단문합을 시행하였다. **고찰:** 측방발육성 종양은 대개 크기가 커질수록 악성 변화율이 높다. 이처럼 장중첩증을 일으킨 측방발육성 종양은 매우 드물나 본 증례와 같이 크기가 크고 넓은 기저면을 가진 종양의 경우 조직검사 상 양성이라 할지라도 악성화 가능성을 염두에 두고 시술 전 복부 단층화 촬영과 같은 보조 검사를 시행하여 환자 상태를 충분히 파악하고 시술에 임하는 것이 장천공이나 불완전 절제와 같은 시술 후 합병증을 줄일 수 있을 것으로 사료된다.