

소장의 대량출혈을 유발한 공장게실 1예

이호찬 · 장병익 · 박재현 · 김성준 · 박준석 · 정상훈*

영남대학교 의과대학 내과학교실, 외과학교실*

A Case of Jejunal Diverticula Which Caused Massive Small Bowel Bleeding

Ho Chan Lee, Byung Ik Jang, Jae Hyun Park, Sung Joon Kim,
Jun Seok Park, Sang Hoon Jung*

*Department of Internal Medicine, Department of Surgery**
College of Medicine, Yeungnam University, Daegu, Korea

— Abstract —

Gastrointestinal bleeding is a common cause of hospitalization. Jejunal diverticula is a rare disease and it is an unusual cause of obscure gastrointestinal bleeding. After exclusion of the more common bleeding sources, small bowel diverticula should be considered as a possible rare cause of gastrointestinal bleeding. Jejunal diverticular bleeding is difficult to diagnose and treat because the bleeding site cannot be identified by routine endoscopy and radiologic studies. An exploratory operation is sometimes needed to diagnose and treat obscure gastrointestinal bleeding. If the bleeding site is certain, then surgical resection of the bleeding part of the bowel is the procedure of choice. We report here on a case of jejunal diverticular bleeding that was diagnosed by and treated with surgical resection.

Key Words: Jejunal diverticula, Bleeding

서 론

위장관 출혈로 입원한 환자들은 흔히 있지만 상세 불명의 위장관 출혈, 특히 소장 게실 출혈로 입원한 경우는 드물다. 소장 게실은 비

교적 드문 질환이지만 위장관 출혈, 천공, 게실염과 같은 여러 가지 합병증을 유발할 수 있다.¹⁾ 특히 소장 게실 출혈이 혈변의 원인이 되는 경우 위내시경 또는 대장내시경으로 병변을 확인할 수 없어 진단이 어렵다. 그런 경우 방

책임저자 : 장병익, 대구광역시 남구 대명5동 317-1번지, 영남대학교 의과대학 내과학교실
Tel: (053) 620-3830, Fax: (053) 654-8386, E-mail: jbi@med.yu.ac.kr

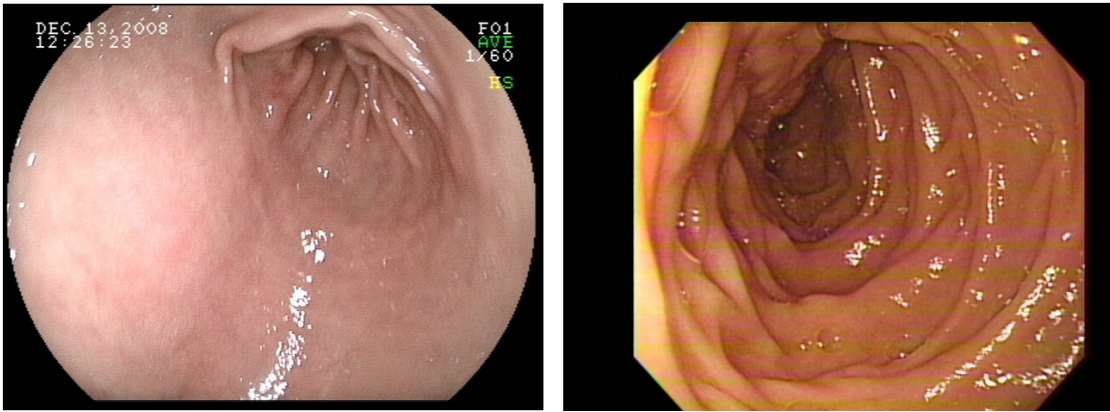


Fig. 1. Gastroscopic findings. The findings do not show the specific evidence of bleeding.

사선학적 검사를 시행하지만 역시 정확한 출혈 부위를 찾지 못하는 경우가 흔히 있어 수술을 통해 소장 계실 출혈을 진단하고 치료하게 된다. 저자들은 뇌경색으로 신경과에 입원 중 흑색변으로 의뢰되어 반복적인 내시경 및 영상학적 검사에서 원인을 찾지 못한 위장관 출혈 환자에서 소장 출혈을 의심하여 시행한 수술에서 공장 계실 출혈을 진단하고 치료한 1예를 경험하여 보고하고자 한다.

증 례

언어 장애로 뇌경색이 의심되어 신경과에 입원 중이던 67세 여자 환자가 흑색변이 지속되어 소화기 내과에 의뢰되었다. 과거력에서 결핵으로 6개월간 결핵약을 복용한 후 중단하였으며 그밖에 특이 소견은 없었다.

내원 당시 혈압 90/60 mmHg, 맥박 116회/분, 호흡 20회/분, 체온 36.8℃ 였고 신체 검사에서 만져지는 복부 종괴는 없었으며 압통 및 반발통도 없었다.

말초혈액검사에서 백혈구는 10,070/mm³, 혈색소는 7.1 g/dL, 헤마토크릿은 21.2%, 혈소판은 206,000/mm³ 였으며 혈청 생화학검사에서

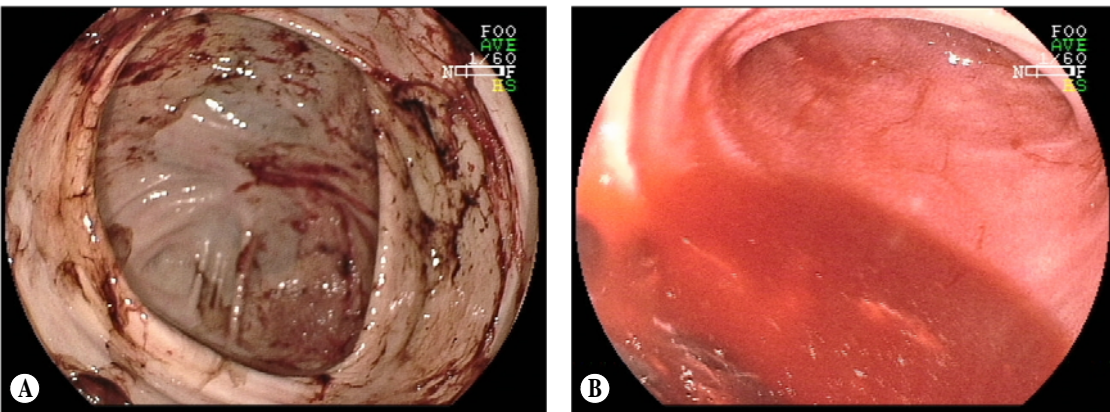


Fig. 2. Colonoscopic findings. (A) It shows dark blood clots in the terminal ileum and cecum. (B) It shows a moderate amount of blood and blood clots in the descending colon.



Fig. 3. The specimen from the segmental jejunal resection shows that the diverticulum was the source of hemorrhage.

총단백 5.15 g/dL, 알부민 3.86 g/dL, 총빌리루빈 0.46 mg/dL, AST 22 IU/L, ALT 14 IU/L, 혈중 요소 질소 32.64 mg/dL, 크레아티닌 0.71 mg/dL 였다.

위내시경 검사에서 역류성 식도염, 위염이 관찰되었고 출혈 원인으로 생각되는 병변이 없어 (Fig. 1) 복부 전산화 단층 촬영을 시행하였다. 복부 전산화 단층 촬영에서도 특이 소견이 없었으나 흑색변이 지속되어 다음날 시행한 S-결장경 검사에서는 직장에 약간의 혈괴가 관찰 되었지만 출혈 부위는 없었다. 흑색변과 혈색소 감소가 지속되어 다음날 다시 위내시경을 시행하였으나 역시 특이 소견이 없었다. 그리하여 대장내시경을 시행하게 되었고 전대장에 걸쳐 다량의 혈액과 혈괴가 관찰되었지만 정확한 출혈부위는 관찰되지 않았다 (Fig. 2(A), (B)). 소장 출혈의 가능성을 고려하여 일반 외과로 전과하여 수술을 시행하였으며 공장 계실 출혈이 확인 되어 (Fig. 3) 소장 부분 절제술을 시행하였다. 수술 후 특별한 합병증은 없었고 더 이상 흑색변도 없었으며 환자의 상태도 안정되어 신경과로 전과되어 뇌경색으로 인한 언

어 장애에 대한 치료 후 퇴원하여 외래에서 경과 관찰 중이다.

고 찰

상세 불명의 위장관 출혈은 전체 위장관 출혈의 약 5%를 차지한다.²⁾ 상세 불명의 위장관 출혈의 원인은 대부분이 소장 질환이며 연령에 따라서 노년층에서는 소장계실, 혈관이형성, 소장 종양 등이 원인이 될 수 있고 젊은 층에서는 맥켈 계실 등이 흔한 원인이다.³⁾ 소장 계실은 발생률이 0.1~0.4% 정도의 드문 질환이며 주로 60대 이후에 발생한다. 소장 계실 중 십이지장 계실이 79%, 공장과 회장 계실이 18%이며 그 중에서도 공장 계실이 회장 계실보다 흔한 것으로 알려져 있고 십이지장과 공장, 회장 세 곳 모두에 계실이 있는 경우가 약 3%를 차지한다.⁴⁾ 일반인을 대상으로 바륨을 이용한 위장관 조영술을 시행할 경우 십이지장 계실은 약 6~7%에서, 공장 계실은 약 0.7%에서 발견 된다.⁵⁾ 그러나 부검을 시행할 경우 공장 계실의 비율은 4.6%로 높게 나타난다.⁶⁾ 공장 계실

환자 중 35%는 대장 계실이, 26%에서는 십이지장 계실이 그리고 2%에서는 식도 계실이 동반된다.⁷⁾

십이지장 계실은 13%에서 합병증이 나타나는데 반해 공장 계실의 경우 약 46%가 합병증을 동반한다.⁵⁾ 공장 계실이 계실염이나 천공, 출혈과 같은 급성 증상으로 나타나는 경우는 약 18%를 차지하며⁸⁾ 위장관출혈은 갑작스런 다량의 출혈 형태로 나타난다.⁹⁾

소장 질환이 의심되는 경우 여러 가지 방사선학적인 검사들을 시행하지만 대개 진단율이 낮아 유용성이 부족하고 특히 상세 불명의 위장관 출혈의 경우 진단율이 4~7%에 불과하다.¹⁰⁾ 최근에는 캡슐 내시경이 도입되어 비침습적으로 소장 전체를 관찰할 수 있고 상세 불명의 위장관 출혈의 경우 진단율이 55% 정도로¹¹⁾ 다른 검사들 보다 높게 알려져 있지만 실시간이 아니므로 병변을 자세히 관찰할 수 없고 조직 생검과 치료내시경이 불가능하다는 단점이 있다.^{12), 13)} 결국 상세 불명의 위장관 출혈이 지속되지만 여러 가지 검사로도 원인을 찾지 못하는 경우에는 소장 출혈을 의심하여 수술을 시행하게 되고 수술을 통해 진단과 동시에 치료를 할 수 있다.

상세 불명의 위장관 출혈의 상당 부분이 기본적인 위내시경과 대장내시경으로 찾을 수 있으나 소장에 원인이 있을 경우는 진단이 어렵다. 따라서 출혈의 원인에 대해 적극적으로 검사할 필요가 있으며 흔한 출혈의 원인이 배제된 후에는 드물지만 가능한 원인으로 소장 계실을 반드시 염두에 두어야 하겠다.

결론적으로 저자들은 내시경 검사 및 영상학적 검사로도 원인을 찾을 수 없었던 상세 불명의 위장관 출혈 환자에서 개복술을 통하여

공장의 계실 출혈을 진단하고 치료한 증례를 경험하여 이를 문헌 고찰과 함께 보고한다.

참 고 문 헌

1. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 8th ed. Feldman, 2006. p.472-473.
2. Myers RT. Diagnosis and management of occult gastrointestinal bleeding: visualization of the small bowel lumen by fiberoptic colonoscope. *Am Surg* 1976 Feb;42(2):92-5.
3. Kim JP, Han DS, Lee HL, Kim JB, Park JY, Eun CS, et al. Clinical feature of obscure-over gastrointestinal bleeding. *Korean J Gastroenterol* 2003 Jul;42(1):27-34.
4. Williams RA, Davidson DD, Serota AI, Wilson SE. Surgical problems of diverticula of the small intestine. *Surg Gynecol Obstet* 1981 May;152(2):621-626.
5. Akhrass R, Yaffe MB, Fischer C, Ponsky J, Shuck JM. Small-bowel diverticulosis: perceptions and reality. *J Am Coll Surg* 1997 Apr; 184(4):383-8.
6. Wilcox RD, Shatney CH. Surgical implications of jejunal diverticula. *South Med J* 1988 Nov; 81(11):1386-91.
7. Baskin RH Jr, Mayo CW. Jejunal diverticulosis: a clinical study of 87 cases. *Surg Clin North Am* 1952 Aug;1185-96.
8. Tsiotos GG, Farnell MB, Ilstrup DM, Nonmekelian jejunoileal diverticulosis: an analysis of 112 cases. *Surgery* 1994 Oct;116(4):726-31.
9. Patel VA, Jefferis H, Spiegelberg B, Iqbal Q, Prahudesai A, Harris S. Jejunal diverticulosis is not always a silent spectator: a report of 4 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2008 Oct 14;14(38):5916-19.
10. Rabe FE, Becker GJ, Besozzi MJ, Miller RE. Efficacy study of small-bowel examination.

- Radiology 1981 Jul;140(1):47-50.
11. Gong F, Swain P, Mills T. Wireless endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000 Jun;51(6):725-9.
 12. Costamangna G, Shah SK, Riccioni ME, Foschia F, Mutignani M, Perri V, et al. A prospective trial comparing small bowel radiographs and video capsule endoscopy for suspected small bowel disease. *Gastroenterology* 2002 Oct;123(4):999-1005.
 13. Hartmann D, Schilling D, Bolz G, Hahne M, Jakobs R, Siegel E, et al. Capsule endoscopy versus push enteroscopy in patients with occult gastrointestinal bleeding. *Z Gastroenterol* 2003 May;41(5):377-82.