우하복부 통증으로 내원한 흔하지 않은 말단회장 게실염

김대진, 류한준, 김현수, 박창근, 정재권, 정윤진, 이재광
대구파티마병원 내과

Uncommon Terminal Ileum Diverticulitis for Right Lower Quadrant Pain

Daejin Kim, Hanjun Ryu, Hyunsoo Kim, Changkeun Park, Jaekwon Jung, Yunjin Chung, Jaekwang Lee
Department of Internal Medicine, Daegu Fatima Hospital, Daegu, Korea

Terminal ileum diverticulitis is a very rare disease that may lead to an acute abdomen mimicking appendicitis. Most patients are asymptomatic and diagnosis is made on routine imaging studies. The acute complications of ileal diverticula including inflammation are very rare. The management of ileal diverticulitis is similar to that of colonic diverticulitis. It can treat conservatively if recognized on imaging prior to laparotomy. Some patients need surgical intervention because of complication. A 37-year-old man visited emergency room because of right lower quadrant pain. Abdomen ultrasound showed small sac-like outpouching lesion with increased echogenicity of surrounding fat in thickened terminal ileum, suggesting inflamed diverticulum and sonogenic tenderness. The patient was treated and recovered after terminal ileum diverticulitis was diagnosed.

Keywords: Ileum; Diverticulitis; Appendicitis

서론

우하복부 통증은 충수돌기염, 대장게실염, 장염, 장간막림프절염, 요로결석 등 비뇨기계 질환, 산부인과 질환 등 다양한 원인이 있고 감별진단이 매우 중요하다. 게실염은 서양에서는 왼쪽 대장에 많고 동양에서는 오른쪽 대장이 많다. 회장 게실염은 가성게실로 우하복부 통증을 일으키는 드문 질환이고 대장 게실염, 충수돌기염과 비슷하여 주위가 요한다. 복부 초음파와 컴퓨터단층촬영으로 비교적 정확히 진단할 수 있고 약물, 수액 요법 등 보존적 치료로 충분히 치료할 수 있다. 저자는 특별한

과거질환이나 복부수술 경험이 없는 37세 남자가 우하복부 통증으로 응급실 내원하여 영상의학검사로 말단회장 게실염을 정확히 진단, 치료하였고 현재까지 재발없는 환자가 있어 보고한다.

증례

37세 남자가 하루의 우하복부 통증으로 응급실을 방문하였다. 특별한 과거력은 없었고 술은 소량 마시고 흡연은 하지 않았다. 복부 수술 과거력이 없었고 특이한 음식력 및 설사, 변비

Address for Correspondence: Daejin Kim, M.D.

Department of Internal Medicine, Daegu Fatima Hospital, 99 Ayang-ro, Dong-gu, Daegu 41199, Korea
Tel: +82-53-940-7191, Fax: +82-53-954-7417
E-mail: cognex@naver.com

Received : 2018. 4. 12

Revised : 2018. 4. 19

Accepted : 2018. 5. 3

도 없었다. 우하복부에 압통이 있었고 반발통도 일부 있었다. 활력 징후는 혈압 135/80 mmHg, 맥박 분당 70회, 호흡 분당 16회, 체온 37.2°C였다. 당시 백혈구 $13,300/\text{mm}^3$, 혈색소 14.3 g/dL, 혈소판 $181,000/\text{mm}^3$, OT/PT 23/34 U/L, ALP/rGTP 110/70 U/L, 총 빌리루빈 0.8 mg/dL, amylase/lipase 40/90 U/L, BUN/Cr 20/1.1 mg/dL, HBsab(-/-)였다. 응급실 내원 후 시행한 복부 컴퓨터단층촬영에서 정상 충수돌기, 말단회장의 부종과 염증 소견이 있었다(Fig. 1). 복부 초음파상 말단회장이 일부 두꺼워지고 주위의 지방의 에코상승이 있는 작은 주머니(sac) 모양의 병변이 회장 밖으로 돌출되는 것을 관찰할 수 있었다. 말단회장의 계실염 증 소견이며 초음파를 병변에 누르면 압통이 있었다(Figs. 2 and 3). 충수돌기도 관찰이 가능하였으며 정상 소견이었다(Fig. 4). 말단 회장 계실염으로 진단하고 항생제, 수액요법 및 통증조절을 시

행하고 수일 후 복통은 사라지고 퇴원하였다. 수주일 후 외래에서 시행한 대장내시경으로 말단회장의 계실이 관찰되었고 염증 소견은 없었다(Fig. 5). 말단회장 계실염으로 진단되어 비수술적으로 충분히 치료되었고 현재까지 재발 없이 지내는 중이다.

고 찰

우하복부 통증은 급성 복통의 증상으로 충수돌기염 등 수술적 치료가 필요한 것부터 장염, 대장계실염, 장간막림프절염, 요로결석 등 비뇨기계 질환, 산부인과 질환 등 다양한 원인이 있고 감별진단이 매우 중요하다.

대장 계실증은 대장벽이 바깥쪽으로 둥그랗게 파리 모양으로 튀어나오는 질병이다. 이러한 튀어나온 주머니, 즉 계실 안으로 대변과 같은 오염 물질이 들어가서 염증을 생기는 것을 계실염이

Figure 1. Computed tomography (CT) showed terminal ileum edema and wall thickness.

Figure 2. Abdomen ultrasound showed sac-like outpouching in terminal ileum.

Figure 3. Abdomen ultrasound showed increased echogenicity of surrounding fat in terminal ileum.

Figure 4. Normal appendix was seen.

Figure 5. Colonoscopy showed healed diverticulum in terminal ileum.

라고 한다. 계실염은 서양에서는 왼쪽 대장, 동양에서는 오른쪽 대장에서 주로 발생한다. 대장벽의 특정 부위가 선천적으로 약한 경우 대장 안의 압력이 증가하면 이 부위가 바깥으로 튀어나오게 되고, 이로 인하여 계실이 생기는 것으로 추측할 수 있고 계실은 고령층에서 연령이 많아질수록 발생률이 높아지고, 식사 습관, 변비 등과 관련이 있다.

말단회장 계실염은 드문 질환으로 0.1-1.5%의 발병률이다[1]. Meckel 계실과 다르고 주로 대장계실과 비슷한 원인으로 후천적인 경우가 많고 가성계실이며 충수돌기염과 감별이 필요하다. 일차적 원인도 있지만 복부 수술, 결핵, 크론병의 의한 이차적 계실도 있을 수 있고 60대에 많다는 보고가 있다[2]. 계실은 일반적으로 다발성이고 장간막 가장자리, 때로는 장간막에 감추어져 있기도 한다[3]. 대부분은 무증상이고 검사에서 우연히 발견되며 회장 계실의 합병증은 드물다.

합병증은 계실염, 장폐색, 장염전, 누공, 출혈, 천공 등이 있으며 충수돌기염과 유사할 수도 있다. 충수돌기염으로 오인하여 수술하거나 회장 계실 합병증으로 수술하는 경우도 있다[4].

진단은 병력청취, 이학적 검사, 영상학과 검사가 있다. 급성 계실염의 초음파 소견은 계실 관찰과 저에코의 계실 주위 염증 반응, 계실벽 혹은 주위의 농양, 통증부위 장벽비후 등이 있다. 초음파는 폐색, 복수나 복벽비후, 액체고임을 동반한 복막염, 누공, 농양생성 합병증을 관찰할 수도 있다. 누공은 저에코성 병변

으로 나타나고 다른 장기로 확장될 수 있다. 초음파는 국소농양이 있을 때 배액에 도움을 주어 응급수술은 피하거나 한 번의 계획된 수술로 유도할 수도 있다. 또한 초음파는 충수돌기염 발생 여부를 확인할 수 있는 중요한 검사이다. 컴퓨터단층촬영은 충수돌기 확인 및 대장 및 회장 계실염 발생에 좋은 검사이며 천공이 발생하였다면 벽비후, 장관 밖 가스, 장간막 염증 파급, 액체 고임도 확인이 가능하다.

치료는 대장계실염과 유사하고 수술 전 진단하는 것이 중요하고 항생제, 수액요법 등으로 치료가 가능하다. 심한 출혈, 장폐색, 천공 등이 있으면 수술을 고려해야 한다.

요약

37세 남자 환자가 우하복통으로 응급실 방문 후 복부 초음파, 전산화단층촬영을 하였다. 복부 초음파상 말단회장이 일부 두꺼워지고 주위의 지방의 에코상승이 있는 작은 주머니 모양의 병변이 회장 밖으로 돌출되는 것이 관찰되어, 말단회장 계실염으로 진단하고 약물치료 등 보존적으로 치료하였다. 증상이 호전되어 퇴원 후 외래에서 수주 후 대장내시경을 시행하여 염증 소견 없이 충분히 치료된 말단회장 계실을 확인할 수 있었고, 현재까지 재발은 없었다. 우하복부 통증 중 흔하지 않는 말단회장 계실염을 의심하고 적절한 검사, 치료를 고려할 필요가 있다.

중심 단어: 회장; 계실염; 초음파

REFERENCES

1. De Raet J, Brugman T, Geukens A. Non-Meckel's ileal diverticulitis with perforation: a rare cause of acute right lower quadrant pain. *Acta Chir Belg* 2010;110:90-92.
2. Park HC, Lee BH. The management of terminal ileum diverticulitis. *Am Surg* 2009;75:1199-1202.
3. Kirbaş I, Yildirim E, Harman A, Başaran O. Perforated ileal diverticulitis: CT findings. *Diagn Interv Radiol* 2007;13:188-189.
4. Kleyman S, Logue L, Lau V, Maio E, Sanni A, Khan F. Ileal diverticulitis: an uncommon diagnosis for right lower quadrant pain. *J Surg Case Rep* 2012;2012:rjs010.