

상행 결장의 게실염을 동반한 S상 결장암 1예

이승현, 안병권, 백승언

고신대학교 의과대학 외과학교실

Sigmoid Colon Cancer with Diverticulitis of Ascending Colon : Report of A Case

Seung-Hyun Lee, Byung-Kwon Ahn, Sung-Uhn Baek

Department of Surgery, Kosin University College of Medicine, Busan, Korea

Abstract

The coexistence of colon cancer and colonic diverticulum has been reported. It is suggested to share similar epidemiologic features and risk factors between diverticular disease and colorectal neoplasia. An 51-year-old man patient was admitted for evaluation. He had no subjective symptoms. He had a mass-like lesion of ascending colon on CT. Multiple outpouching diverticuli with pus-like discharge of ascending colon were identified on colonofiberscope. A sigmoid polyp was also noted incidentally. Biopsy confirmed the diagnosis of adenocarcinoma. Thereafter, the patient underwent right hemicolectomy with sigmoidectomy.

Key Words : Colon cancer, Diverticulitis of the ascending colon

서 론

결장에 게실이 있는 환자에서 결장암이 동시에 발생한 예들에 대한 보고들이 있으며,¹⁻⁸⁾ 이에 대해 결장암과 결장의 게실의 발생에 영향을 주는 환경적 요인이 서로 비슷하다는 가설과 게실의 만성 염증으로 결장암의 빈도가 높아진다는 가설이 제기되었다.^{8,9)} 최근 본원에서는 상행 결장의 게실염이 동반된 S상 결장암 1예를 경험하여 보고하는 바이다.

증 례

환 자 : 권○상

현병력 : 51세 남자 환자로 자각 증상이 없이, 건강 검진을 위해 병원을 방문하였다. 과거 병력으로 4-5년 전 치핵절제술을 받았으며, 5년 전에는 폐결핵으로 6개월간 결핵 치료를 받았던 적이 있었다. 환자는 평소 거의 매일 소주 한 병 정도를 마셨으며, 하루 2갑 정도의 흡연을 하고 있었다. 입원했을 때 활력징후는 혈압 120/60 mmHg, 맥박 76회/분, 호흡수 24회/분, 체온 36.5℃였다. 신체검사에서 복부 우측의 압통 및 반발통, 근육강직의 소견은 보이지 않았다. 검사실 소견은 말초혈액검

교신저자 : 안 병 권

주소 : 602-702, 부산광역시 서구 암남동 34번지

고신대학교 복음병원 외과

TEL : 051-990-6462, FAX : 051-246-6093

E-mail : gsabk@ns.kosinmed.or.kr

사에서 혈색소 14.9 g/dl, 헤마토크리트 42.5%, 백혈구 수 12,800/mm³, 혈소판 수 306×103/mm³ 이었고, 혈액화학검사에서 총 단백 8.5 gm/dl, 알부민 4.6 g/dl, 총 빌리루빈 0.6 mg/dl, GOT 32 IU/L, GPT 21 IU/L, 아밀라제 67 U/L, 리파제 40 U/L, 혈중요소질소 12 mg/dl, 크레아티닌 1.0 mg/dl 이었다. 혈중 암태아성항원 6.60 ng/ml, CA 19-9 1.74 U/ml 였다. 흉부 X-선 촬영에서 양측 폐부위에 다발성의 섬유화 및 석회화 음영이 산재하여, 비활동성 폐결핵이 추정되었다. 전산화단층촬영에서 맹장에서 상행 결장, 간만곡부에 이르는 결장 벽의 불규칙적으로 두꺼워져 있고 주위 장간막에 희미함이 증가되어 있는 소견을 보였다.(Fig 1) 대장내시경 소견에서 상행 결장에 결장 안으로 돌출된 종양성 병소가 있었으며, 종양성 병소를 덮고 있는 점막은 다소 충혈 소견을 보였으며, 농이 배출되고 있었다. S상 결장에서는 2.0 cm 정도 크기의 용종성 종물이 우연히 발견되었으며,(Fig 2. A, B) 병리조직검사에서 선암으로 진단되었다. 수술은 우반대장절제술 및 S상 결장절제술을 시행하였으며, 우반대장절제술을 통해 얻은 검체에서 회맹부 직장 방에 다발성의 염증이 동반된 게실들을 관찰할 수 있었으며, 호산구성 농양들이 다수 관찰되었다.(Fig 3) S상 결장암은 결장의 점막에 국한되어 있었으며 주위 림프절로의 전이 및 원격전이는 관찰되지 않았다. 환자는 수술 후 합병증 없이 10일 후에 퇴원하였다.

고 찰

결장 게실이 있는 환자에서 결장암이 동시에 발생된 예들에 대한 보고들이 있으며,¹⁻⁸⁾ 이에 대해 결장암과 결장 게실의 발생에 영향을 주는 환경적 요인이 서로 비슷하다는 가설과 게실의 만성 염증으로

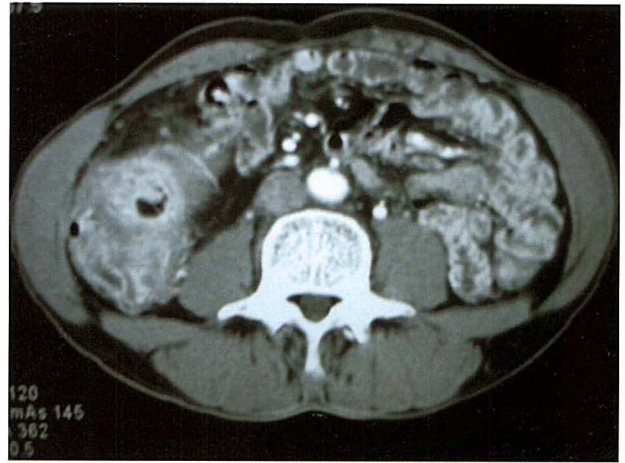


Fig. 1 : Preoperative CT demonstrate wall thickening of ascending colon with haziness of mesentery. Diverticulitis of ascending colon was suspected.

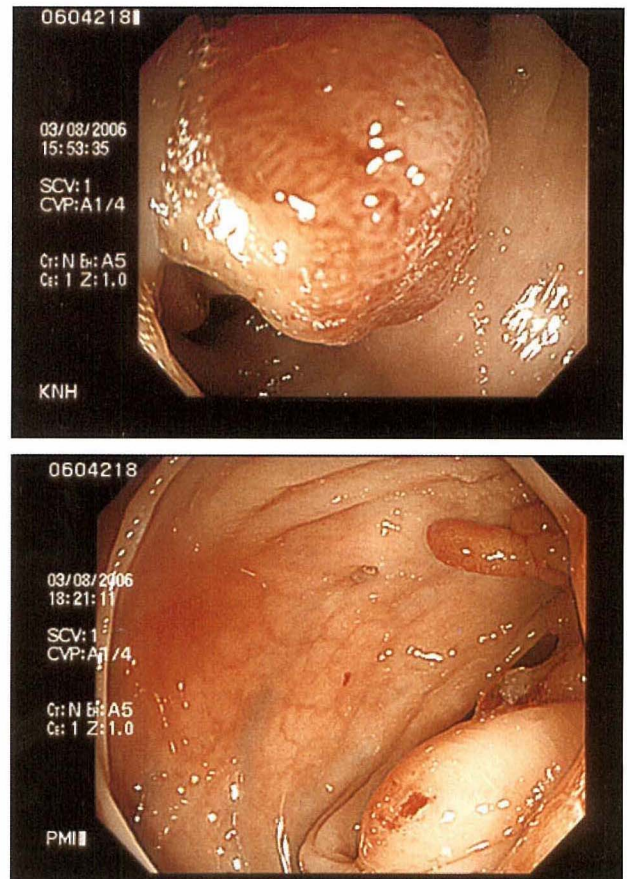


Fig. 2. A : Preoperative colonofiberscopic finding shows mass lesion of ascending colon with pus-like discharge. Multiple polypoid projection of mucosa was identified. B : Polypoid mass in the sigmoid colon was identified. Biopsy confirmed the diagnosis of adenocarcinoma.

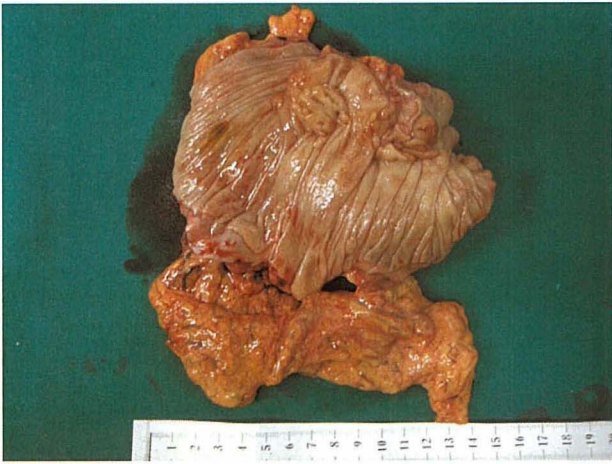


Fig 3. After right hemicolectomy, specimen shows multiple outpouching diverticuli at ascending colon near IC valve.

결장암의 빈도가 높아진다는 가설이 제기되었다.^{8,9)} 결장 계실 자체에서 발생한 결장암의 예들은 계실의 만성 염증과 결장암의 연관성이 있음을 시사한다.¹⁰⁻¹³⁾ 반면 결장 계실과 결장암의 동반은 우연히 동시에 발견된 것이라는 주장도 있다.¹⁴⁾ 이는 대부분의 결장 계실이 염증, 이형성을 항상 동반하지는 않는다는 연구 결과를 토대한 주장이다.¹⁵⁾

결장 계실과 결장암이 동시에 발생한 예들의 대부분은 좌측 결장의 계실과 좌측 결장암 특히 S상 결장암이 동반된 경우들이며^{8,11-13)} 우측 결장의 계실과 결장암이 동반된 경우는 드물다.^{11,14)} 이는 보고된 예들의 대부분이 서양인을 대상으로 한 연구였기 때문인 것으로, 서양인의 경우 결장 계실의 발생이 연령 증가와 연관되어 좌측 결장에 많이 발생하기 때문인 것으로 추정된다. 동양인의 경우 서양인에 비해 젊은 연령층에서 결장 계실이 발견되며, 우측 결장의 발생빈도가 높아 우측 결장의 계실과 결장암의 연관성에 대한 더 많은 연구가 필요할 것으로 생각한다.

결장 계실과 결장암의 동반이 예후에 미치는 영향에 대해서는 아직 연구가 부족한 실정이지만, Mayo와 Delaney는⁶⁾ 결장 계실과 결장암이 동반된 경우의 5년 생존율이 39%인 반면 동반되지 않은 대조군에

서는 5년 생존율이 53% 라고 보고하여 동반되는 경우의 예후가 불량하고, 이는 계실염이 동반되는 경우 결장암의 진단이 늦어지는 경우가 많기 때문이라고 보고하였다. 실제 보고된 예의 25% 정도가 결장암이 진단이 수술 후에 이루어진 경우들이었다. 본원의 경우에서는 환자는 우측 결장에 발생한 계실염에 대한 검사 및 치료를 위해 병원을 방문하였으며, 검사 중 우연히 S상 결장암이 발견된 경우였다. 발견된 S상 결장암의 병기는 1기(T1N0M0)였으며, 수술 전에 진단한 경우였다. 이 경우와 같이 우측 결장의 계실염과 좌측 결장암이 동반되는 경우 결장의 절제 범위에 대해서는 논란의 여지가 있을 것으로 생각한다. 최근 저자들은 우측 결장의 계실과 S상 결장암이 동반된 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하고자 한다.

참고문헌

1. Wilson LB. Diverticula of the lower bowel : their development and relationship to carcinoma. Ann Surg 53 : 223-31,1910.
2. Ponka JL, Fox JD, Brush BE. Coexisting carcinoma and diverticula of the colon. Arch Surg 31 : 373-82,1959.
3. Rauch RF. Coexisting diverticulitis and carcinoma of the colon : comprehensive study of survival. Arch Surg 73 : 823-7,1956.
4. Rowe RJ, Kollmar GH. Collective review : diverticulitis of the colon complicated by carcinoma. Int Abstr Surg 94 : 1-9,1952.
5. Morton JJ. Diverticulitis and carcinoma of the sigmoid. Surgery 32 : 765-83,1952.
6. Mayo CW, Delaney LT Jr. Colonic diverticulitis associated with carcinoma : review of fifty cases. Arch Surg 72 : 957-61,1952.
7. Stavorovsky M, Finkelstein T. Colonic cancer and associated

- diverticulitis. *Int Surg* 64 : 49-53,1979.
8. Stefansson T, Ekblom A, Sparen P, Pahlman L. Association between sigmoid diverticulitis and left-sided colon cancer : a nested, population-based, case control study. *Scand J Gastroenterol* 39 : 743-7,2004.
 9. Burkitt D. Epidemiology of cancer of the colon and rectum. *Cancer* 28 : 3-13,1971.
 10. Tolley JA III. Chronic diverticulitis with perforation and associated carcinoma of the cecum. *Dis Colon Rectum* 10 : 389-93,1967.
 11. Hines JR, Gordon RT. Adenocarcinoma arising in a diverticular abscess of the colon : report of a case. *Dis Colon Rectum* 18 : 49-51,1975.
 12. McCraw RC, Wilson SM, Brown FM, Gardner WA. Adenocarcinoma arising in a sigmoid diverticulum : report of a case. *Dis Colon Rectum* 19 : 553-6,1976.
 13. Cohen KH, Weimar JA, Fani K, DeSoto-La Paix F. Adenocarcinoma arising within a colonic diverticulum : Report of two cases and review of the literature. *Surgery* 113 : 223-6,1993.
 14. Kajiwara H, Umemura S, Mukai M, Sadahiro S, Tsutsumi Y. Adenocarcinoma arising within a colonic diverticulum. *Pathol Int* 46 : 538-9,1996.
 15. Lennard-Jones JE, Morson BC, Ritchie JK, Shove DC, Williams CB. Cancer in colitis : Assessment of individual risk by clinical and histological criteria. *Gastroenterology* 73 : 1280-9,1977.