

IMAGE OF THE MONTH

## 지방종에 의한 대장-대장 중첩증

정택근, 최석채, 서검석

원광대학교 의과대학 소화기내과학교실, 소화기질환연구소

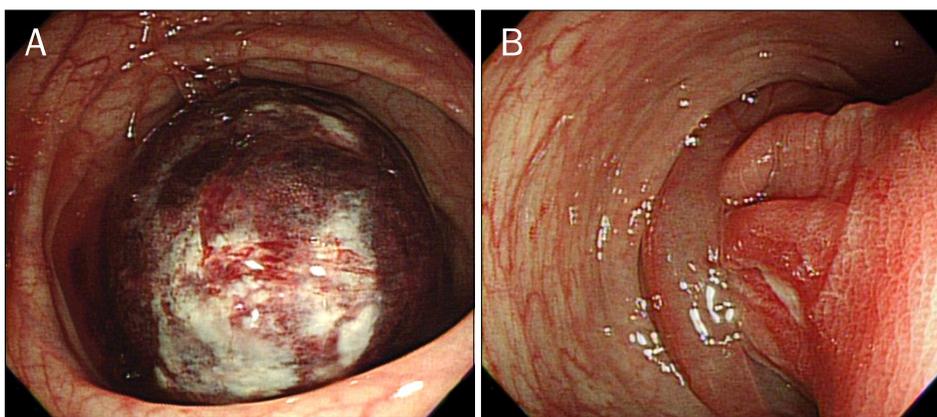
### Colocolic Intussusception Caused by Lipoma

Taek Geun Jeong, Suck Chei Choi and Geom Seog Seo

Department of Gastroenterology and Digestive Disease Research Institute, Wonkwang University School of Medicine, Iksan, Korea

**증례:** 37세 남자 환자가 내원 10일 전 시작된 좌하복부 통증과 4회의 선홍색 혈변이 있어 지역 의원에서 대장내시경을 시행하였고, 대장종괴 소견으로 추가 검사 및 치료를 위해 전 원되었다. 내원 시 신체활동력징후는 혈압 120/80 mmHg, 맥박 80회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.3°C였다. 검사실 소견으로 말초혈액검사에서 백혈구 7,180/mm<sup>3</sup>, 혈색소 14.7 g/dL, 혈소판 246,000/mm<sup>3</sup>, protein 6.8 g/dL, albumin 4.2 g/dL, AST 18 IU/L, ALT 18 IU/L, ALP 191 IU/L, BUN 17.4 mg/dL, 크레아티닌 0.64 mg/dL, CRP 17.1 mg/L, CEA 1.8 ng/mL였다. 대장내시경 검사에서 검붉은 색깔로 울혈된 4-5 cm 크기의 구형의 종괴가 좌측 대장 내강에서 관찰되었다

(Fig. 1). 종괴의 말단부위에서 충혈 및 백색의 괴사 소견 및 기저부에 장중첩증 소견이 보였고, 복부CT에서 하행결장 부위에(Fig. 2) 평균 -80 Hounsfield units (HU)을 보이는 종양을 제거하기 위해 외과로 전과하였다. 복강경하 좌측 결장 반절제술을 시행하였으며, 비만곡부의 횡행결장부위에 장중첩증이 시작되어 하행결장부위까지 내려와있는 소견이었다. 병리검사서에서 5.8 cm 크기의 지방종과 종양의 원위부에 육아 조직이 관찰되었다(Fig. 3). 이후 환자는 호전되어 퇴원하였고, 외래 추적관찰 중이다.



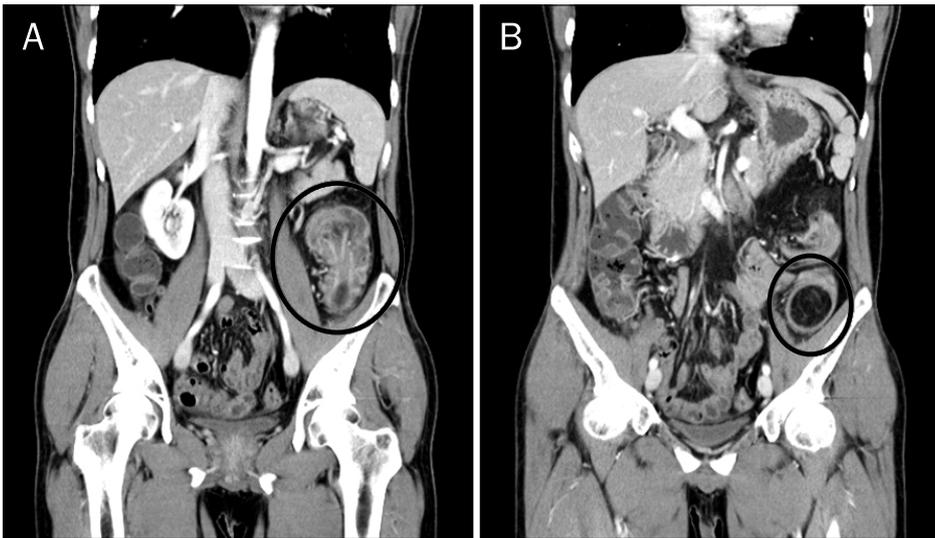
**Fig. 1.** Colonoscopic findings. (A) A huge dark-reddish discolored mass with focal ulceration, oozing was noted. (B) Thickened, short pedicle and whitish ulcerative necrosis was seen.

© This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**교신저자:** 서검석, 570-749, 익산시 신용동 344-2, 원광대학교병원 소화기내과, 소화기질환연구소

**Correspondence to:** Geom Seog Seo, Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Wonkwang University School of Medicine, 344-2 Sinyong-dong, Iksan 570-749, Korea. Tel: +82-63-859-2670, Fax: +82-63-859-2670, E-mail: medsgs@wonkwang.ac.kr

Financial support: None. Conflict of interest: None.



**Fig. 2.** Abdominal CT findings. (A) “Bowel within bowel” appearance was noted in the descending colon. (B) A round homogenous mass was seen on the descending colon.



**Fig. 3.** Pathologic findings. (A) Large tumor was measured 5.8 cm. The outer surface was dark discolored and ulcerated. (B) Yellowish encapsulated submucosal tumor with focal necrosis was seen.

**진단: 지방종에 의한 대장-대장 중첩증**

성인에서의 장중첩증은 소아의 그것과는 달리 매우 드문 질환으로 장폐색을 일으키는 원인의 약 1%를 차지한다. 주된 발생부위는 회맹판 또는 소장이며, 이번 환자과 같이 대장에서 발생하는 경우는 장중첩증이 확진된 환자의 약 17%를 차지한다.<sup>1</sup> 성인에서 대장 중첩증을 유발하는 원인은 대부분 특발성이다. 원인이 밝혀진 증례의 90%가 종양에 기인하며, 이 중 선암과 림프종 등의 악성종양이 43-63%를 차지하고, 57%가 양성종양이다.<sup>1,2</sup> 양성종양 중 지방종이 대장 중첩증을 유발하는 가장 흔한 종양이다.<sup>3</sup>

소화관에서의 지방종은 드문 양성종양으로, 50-60대 여성에서 빈도가 높은 것으로 되어있다.<sup>4</sup> 지방종은 우측 결장에서 79%로 가장 빈번하고, 상행결장(38%), 횡행결장(22%), 맹장(19%) 순을 보인다.<sup>5</sup> 이 증례는 30대 남성으로 비만복부에서 발생한 장중첩증이 하행결장 부위까지 길게 내려와 있는 양상이었다. 대부분의 대장의 지방종은 무증상이며 특별한 치료가

필요하지 않으나, 약 25% 정도에서는 장폐색과 장중첩증을 포함한 증상이 발현될 수 있다.<sup>6</sup> 지방종이 4 cm보다 큰 경우에 거대지방종이라고 부르며, 약 75%에서 증상이 발생한다.<sup>7,8</sup>

지방종에 의한 대장 장중첩증의 수술 전 진단방법으로는 복부CT가 추천되는데, 특징으로는 형태학적으로 균일한 구형 또는 타원형의 모양에 부드러운 변연을 가지고 있으며, 얇은 섬유화 격막 및 -40에서 -120까지의 HU 범위 내에 보여 다른 종양과 쉽게 감별할 수 있다.<sup>2,9</sup> 이 환자는 술 전 진단으로 복부CT를 시행하였고, 구형의 균일한 조직소견과 함께 -80 HU 정도를 보여 지방종에 유발된 장중첩증으로 진단할 수 있었다.

대장내시경을 이용한 대장 지방종의 절제술은 수술적 치료 이전에 고려해 볼 수 있는 치료방법이다. 그러나 기저부가 2 cm 이상이거나 짧은 유경을 가진 경우에는 천공의 위험성이 증가하므로 수술적 치료를 권장하고 있다.<sup>10,11</sup> 이번 증례의 경

우 진행되는 복통 및 장괴사 소견이 동반되어 수술적 절제를 시행하였다. 대장 장중첩증의 원인은 악성 및 양성종양 모두에서 가능하기에 내시경 및 방사선학적 검사방법을 통하여 정확한 진단을 한 후, 질병의 경과가 악화되기 전에 치료방향을 결정하여야 한다.

## REFERENCES

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997;226:134-138.
2. Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. *J Surg Oncol* 2008;98:444-447.
3. Gordon RT, Beal JM. Lipoma of the colon. *Arch Surg* 1978;113:897-899.
4. Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucous large-bowel lipomas—presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg* 1991;157:51-55.
5. Paškauskas S, Latkauskas T, Valeikaitė G, et al. Colonic intussusception caused by colonic lipoma: a case report. *Medicina (Kaunas)* 2010;46:477-481.
6. Huh KC, Lee TH, Kim SM, et al. Intussuscepted sigmoid colonic lipoma mimicking carcinoma. *Dig Dis Sci* 2006;51:791-795.
7. Chiba T, Suzuki S, Sato M, et al. A case of a lipoma in the colon complicated by intussusception. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14:701-702.
8. Bahadursingh AM, Robbins PL, Longo WE. Giant submucosal sigmoid colon lipoma. *Am J Surg* 2003;186:81-82.
9. Gray Y, Jhung JW, Shapiro BA. Small intestinal intussusception secondary to a submucosal lipoma. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126:231-232.
10. Pfeil SA, Weaver MG, Abdul-Karim FW, Yang P. Colonic lipomas: outcome of endoscopic removal. *Gastrointest Endosc* 1990;36:435-438.
11. Yu HG, Ding YM, Tan S, Luo HS, Yu JP. A safe and efficient strategy for endoscopic resection of large, gastrointestinal lipoma. *Surg Endosc* 2007;21:265-269.