

## 회장-회장 장중첩을 유발한 염증성 섬유성용종 1례

계명대학교 의과대학 진단방사선과 학교실, 병리학교실\*

김갑철 · 우성구 · 이희정 · 강유나\* · 권중혁

### A Case of Inflammatory Fibroid Polyp Producing Ileo-ileal Intussusception

Gab Chul Kim, M.D., Seong Ku Woo, M.D., Hee Jung Lee, M.D., Yu Na Kang, M.D. \*,  
Jung Hyeok Kwon, M.D.

*Department of Diagnostic Radiology, and Pathology\*,  
Keimyung University School of Medicine, Daegu, Korea*

**Abstract :** The inflammatory fibroid polyp of the small bowel producing ileo-ileal intussusception is a rare disease entity. We present herein a case of inflammatory fibroid polyp arising from the distal ileum which resulted in the ileo-ileal intussusception. We also reviewed the literatures in this field, especially in reference to characteristic features of the inflammatory fibroid polyp as well as its radiological aspects.

**Key Words :** Benign polyp, Ileum, Inflammatory fibroid polyp, Intestine, Intussusception

## 서 론

성인의 장중첩은 모든 장폐색에서 약 1%의 빈도로 발생한다. 장중첩은 약 95%에서 소아에서 발생하며 성인은 5% 전후의 발생을 보인다. 성인 장중첩의 80% 이상은 중괴에서 기인하며, 중괴 중에는 악성종양이 27-46%를 차지한다[1,2]. 그 외 양성종양, 선천성 이상, 소장벽의 국소 이상 등 다양한 원인이 있으며 원인불명의 장중첩은 13% 이하이다[2].

소장의 염증성 섬유성용종(inflammatory

fibroid polyp)은 매우 드문 양성 병변이며 비종양성 증식이다[3,4]. 저자들은 회장의 염증성 섬유성용종에 의해 성인의 회장-회장 장중첩이 초래된 1례를 문헌고찰과 함께 보고하고자 한다.

## 증 례

환자 : 배 ○ ○, 30세 남자

주소 : 복통과 구토

현병력 : 평소 건강하게 지내던 중 7일 전부터

배꼽 주위 복부에 간헐적 통증이 있었으나 별 치료 없이 지냈다. 내원 1일 전부터 담즙성 구토가 발생하였고 복부 동통이 심해져 내원하였다.

기왕력 : 특이 소견 없음.

검사실 소견 : 특이 소견 없음.

이학적검사 소견 : 복부는 약간 팽만되어 있었고 장음은 항진되어 있었으며 미만성 압통이 있었다.

영상 소견 : 단순복부촬영에서는 장폐색에 의한 다수의 공기-액체층을 보였다. 복부 전산화단층촬영에서는 회장-회장 장중첩과 저음영의 용종성 종괴, 그리고 소장폐색을 보였다.

치료 및 경과 : 개복수술을 시행하여 회장-회장 장중첩과 회맹관 30 cm 상방에서 장경 3 cm 크기의 종괴를 확인하였고 회장 분절절제와 문합술을 시행하였다. 수술 9일 경과 후 완치되어 퇴원하였다.

진단 : 회장의 종괴는 병리조직검사 결과 염증성 섬유성 용종으로 진단되었다.

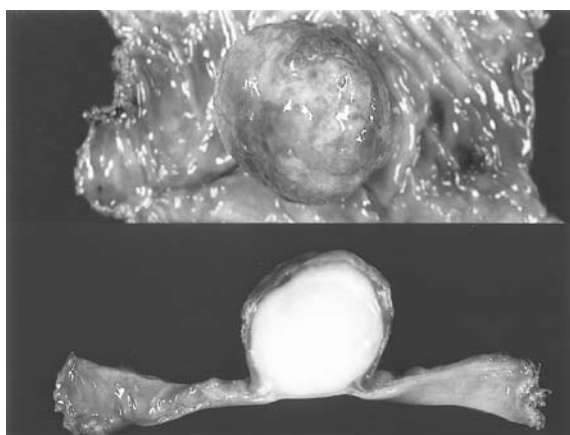
## 고 찰

염증성 섬유성 용종은 드문 비종양성 증식이며 발병연령은 다양하고 남녀에서 비슷한 비율로 발생하는 것으로 알려져 있다. 주된 발생부위는 원위부 위장과 원위부 회장이며 드물게 대장과 식도를 포함하는 다양한 곳에서 발생할 수 있다[5,6]. 염증성 섬유성 용종은 1949년 Vanek에 의해 호산구 침윤을 보이는 위장의 점막하 병변으로 처음 보고되었다[4]. 그 이후 다른 용어로는 호산구성 육아종, 혈관주위 세포종, 염증성 가성종양, 호산구 침윤성섬유종, 호산구성 위소장염 등으로 혼동되어 불리기도 하였다.

발생기전은 국소적 손상에 따른 비후성 조직반응으로 생각되고 있으며 감염, 알레르기, 수술, 외상 등과 다양한 관련성이 제기되고 있으나 정확한 원인은 밝혀져 있지 않다[5,6].

병리조직학적으로는 점막하 조직의 섬유모세포와 호산구가 우세한 염증세포 및 풍부한 혈관들로

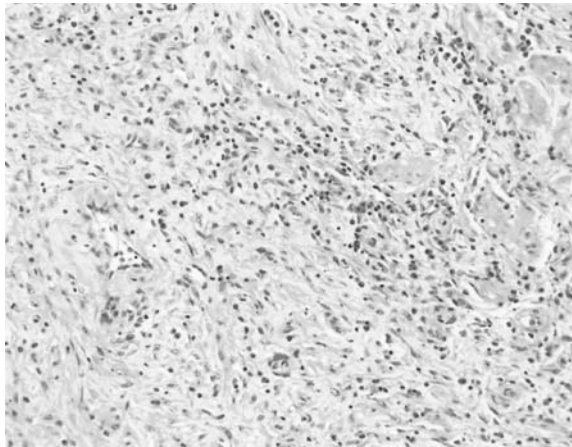
구성된다. 일부 염증성 섬유성 용종의 경우는 매우 고혈관성이어서 종괴내 결합조직의 상당 부분이 혈관인 경우도 있다[5,6]. 병변의 조직에서 호산구가 넓게 분포하기도 하여 호산구성 위소장염과의 연관성 유무가 논의 되었으나 현재는 관련성이 없는 것으로 생각되고 있으며 주된 실질세포는 섬유모세포이며 면역조직화학적 특성은 조직구성 혹은 섬유조직구성 특성 (histiocytic or fibrohistiocytic nature)을 보인다[5] (Fig. 1&2).



**Fig. 1.** Inflammatory fibroid polyp in the small bowel. A 3.0 cm-in-diameter, round sessile polyp attached to the mucosa of the small bowel from a 30-year-old male presenting with small bowel obstruction.

위장의 염증성 섬유성 용종은 대부분 내시경검사 도중 우연히 발견되며 소수에서 위출혈을 유발하거나 드물게 용종이 십이지장으로 탈출하여 위장폐색을 유발하기도 한다[7]. 점막하 종괴로 나타나며 위장의 내시경적 조직검사만으로는 감별이 어려우며 대개 내시경하 종괴 제거나 외과적 절제가 되어야 진단이 가능하다. 소장의 염증성 섬유성 용종은 복통과 구토를 동반하는 장중첩에 의한 장폐색이 주증상이며 드물게 장출혈을 주소로 내원하기도 한다[8,9]. 드문 형태인 식도의 염증성 용종은 연하곤란, 출혈 등을 유발하기도 하며 위-식도 연결부에 인접한 원위부 식도에서 주로 발생하며 위-식도 역류가 그 원인으로 생각되고 있다[4].

염증성 섬유성 용종의 영상소견은 경계가 좋은



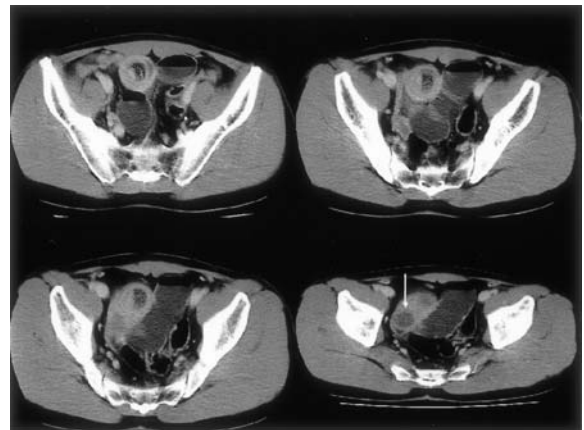
**Fig. 2.** Inflammatory fibroid polyp in the small bowel. Microscopic high power shows more cellular, fibroblastic area with reactive spindle cells, eosinophils and numerous blood vessels.

평활한 점막하 종괴로 나타나며 점막의 궤양을 동반하기도 한다. 무경(sessile)의 종괴 혹은 폴립양 종괴로 보이기도 하며 크기가 커질수록 폴립 형태로 장관 내로 돌출하는 경향을 보인다. 지방종, 평활근종, 평활근육종, 선종성용종, 위장관 간질종양, 그 외 여타의 장관내 점막하 종괴 등을 포함하는 양성 및 악성 위장관 병변과 유사한 형태를 보이므로 영상소견만으로는 다양한 감별이 가능하여 특이적 진단이 어렵다[10,11].

대부분의 염증성 섬유성용종의 크기는 3 cm 이하의 크기이나 장경 19 cm 크기까지 보고된 적이 있으며, 회장에서 발생한 경우가 위장에서 보다 크기가 큰 경향을 보인다[12].

장중첩은 근위부 장관이 원위부 장관 내로 함입되어 장폐색을 유발하는 질환이며 종양, 용종, 역전된 맹장기부, 맥켈씨 계실 등 다양한 질환이 병인이 되고 있다[1-3]. 근위부 장관이 원위부 장관 내로 함입되면서 전산화단층촬영 소견에서 특징적인 동심원 혹은 과녁 모양의 연부조직 종괴로 나타나며 측면상은 소시지모양을 보이게 된다[3]. 이때 종괴 내부로 장간막의 지방과 혈관이 함께 함입되어 동심원 소견 내에 혈관과 특유의 낮은 지방음영을 보여 진단의 단서가 된다. 유발원인이 되는 병변이 장중첩의 원위부 말단에서 관찰되는 경우

가 흔히 있으며 본 증례 역시 동심원상의 장중첩 소견과 장중첩 원위부 말단에서 저음영의 용종성 종괴를 잘 보여 주고 있다(Fig. 3).



**Fig. 3.** 'Target or sausage' lesion consistent with intussusception. Selected images from abdomino-pelvic CT demonstrating a small bowel, ileo-ileal intussusception and about 3.0 cm sized a low attenuated polypoid mass (arrow) in the distal ileum.

## 요 약

염증성 섬유성용종은 비종양성 증식으로 매우 드문 양성 질환이다. 발생기전은 국소적 손상에 따른 비후성 조직반응으로 생각되고 있으며 정확한 원인은 밝혀져 있지 않다. 소장의 염증성 섬유성용종의 주증상은 복통과 구토를 동반하는 장중첩과 장폐색이며 장중첩에 의한 장폐색의 원인에 드문 질환이지만 염증성 섬유성용종의 가능성을 고려하여야 하겠다. 또한 분명한 양성질환이므로 악성종양과 감별되어야 하며 수술은 병변의 국소절제로 국한하여야 하겠다.

## 참 고 문 헌

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997;226:134-8.

2. Tito W, Sarr M. Intestinal obstruction. In: Zuidema G, editor. *Surgery of the Alimentary Tract*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1996, p395-6.
3. Bar-Ziv J, Solomon A. Computed tomography in adult intussusception. *Gastrointest Radiol* 1991;**16**:264-6.
4. Slavin G. Tumor and tumor like conditions. In: Booth C, Neale G, editor. *Disorders of the Small Intestine*. Oxford: Blackwell Scientific; 1985, p.371-2.
5. Rosai J. *Ackerman's Surgical Pathology*. 8th ed. St Louis: Mosby-Year Book; 1996, p.696.
6. Tito W, Sarr M. Intestinal obstruction. In: Zuidema G, editor. *Surgery of the Alimentary Tract*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1996, p.395-6.
7. Helwig EB, Ranier A. Inflammatory fibroid polyps of the stomach. *Surg Gynecol Obstet* 1953;**96**:355-67.
8. Shih LN, Chang SL, Chuang SM, Kuo CF. Inflammatory fibroid polyp of the jejunum causing intussusception. *Am J Gastroenterol* 1997;**92**:162-4.
9. Dawson PM, Shousha S, Burn JI. Inflammatory fibroid polyp of the small intestine presenting as intussusception. *Br J Clin Pract* 1990;**44**:495-7.
10. Winkler H, Zelikovski A, Gutman H, Mor C, Reiss R. Inflammatory fibroid polyp of the jejunum causing intussusception. *Am J Gastroenterol* 1986;**81**:598-601.
11. David J. Kaufman, Sean Duerr, Pars Ravichandran Ingram M. Roberts. Inflammatory fibroid polyp of the ileum presenting as intussusception and obstruction, *Am J Gastroenterol* 2003;**98**(suppl 1):S148.
12. Sah SP, Agarwal CS, Rani S. Inflammatory fibroid polyp of the jejunum presenting as intussusception. *Indian J Pathol Microbiol* 2002;**45**:119-22.