

하행결장 감돈을 동반한 요탈장

계명대학교 의과대학 외과학교실

박혜란 · 백성규 · 이태순 · 배옥석 · 박성대

Lumbar Hernia Combined with Descending Colon Incarceration

Hye Ran Park, M.D., Seong Kyu Baek, M.D., Tae Soon Lee, M.D., Ok Suk Bae, M.D. and Sung Dae Park, M.D.

Lumbar hernia is a relatively rare clinical phenomenon. They may be classified according to their anatomic location and they can be either congenital or acquired. These patients usually present with a protruding bulge in the posterolateral abdominal wall. Portions of the small and large intestine may be found in the sac. This may be asymptomatic or it can become incarcerated and strangulated. We report here on a rare case of secondary lumbar hernia combined with descending colon incarceration. The diagnosis of lumbar hernia was made by CT scan and barium enema. Excision of the sac was performed and the hernial defect in the fascia was repaired with polypropylene mesh reinforcement. (J Korean Surg Soc 2006;71:482-485)

Key Words: Lumbar hernia, Incarceration

중심 단어: 요탈장, 감돈

Department of Surgery, School of Medicine, Keimyung University, Daegu, Korea

서 론

요탈장은 전 세계적으로 300여 가량만이 보고된 드문 질환으로, (1) 1731년 de Garangoet에 의해 최초로 보고되었으며, 위치에 따라 상부 요탈장과 하부 요탈장으로 분류되거나 발생 원인에 따라 선천성 요탈장과 후천성 요탈장으로

책임저자 : 박성대, 대구광역시 중구 동산동 194

☎ 700-712, 계명대학교 의과대학 외과학교실

Tel: 053-250-7326, Fax: 053-250-7322

E-mail: parksd@dsmc.or.kr

접수일 : 2006년 5월 9일, 게재승인일 : 2006년 6월 28일

본 논문의 요지는 2004년 대한외과학회 춘계학술대회에서 포스터 전시되었음.

분류되고 있다. 후천성 요탈장은 요부 근육의 약화로 인한 일차적 탈장과 수술, 외상, 감염, 척추 결핵 등으로 인한 이차적 탈장으로 분류된다. (1) 국내에서는 지금까지 드물게 보고되었는데 모두 후천성 상요부 일차성 탈장이었다. 저자들은 하행결장 감돈을 동반한 이차성 하요부 탈장을 경험하였기에 국내 최초로 보고하는 바이다.

증 례

72세 여자 환자로 2주 동안 악화된 배꼽주위 통증을 주소로 외래로 방문하였다. 과거력상 1991년 척추협착증으로 인해 좌측 후방접근법으로 수술을 시행 받았으며, 이후 재발되어 2000년 복부접근법으로 수술을 시행 받았다. 환자는 첫 번째 수술 뒤 간간히 배꼽주위 통증이 있었으나 특별한 조치 없이 지냈으며, 2주 전부터 증상발현 빈도와 강도가 악화되었다. 내원 당시 이학적 검사상 1991년 당시의 수술 반흔 주위(좌측 하부 요삼각 부위)로 5×5 cm 크기의 불분명한 종괴가 촉진되었으며 경미한 압통이 있었으나, 방사통은 없었다. 종괴에 대한 확인을 위해 실시한 컴퓨터 전산단층촬영에서 하행결장 감돈을 동반한 요탈장을 확인할 수 있었으며(Fig. 1), 대장조영술(Fig. 2)에서도 유사한 소견을 나타내었다. 수술소견상 척추협착증 수술 당시의 반흔 주위, 장골 상부로 4×4 cm 크기의 탈장낭이 발견되었으며 하행결장이 탈장낭에 유착되어 있었다. 수술은 하행결장을 탈장낭으로부터 박리 후 탈장낭을 절제하였다. 근막 결손 부위는 단순 봉합하기에 조직 긴장도가 있어서 Prolene mesh를 이용한 교정 술식을 시행하였으며(Fig. 3), 수술 후 시행한 복부전산화단층촬영(Fig. 4)에서 탈장이 교정된 소견을 확인하였고 환자는 합병증 없이 잘 퇴원하였다.

고 찰

요탈장은 해부학적 경계에 따라 상부 요부삼각에 생기는 Grynfeltt 탈장과 하부 요부삼각에 생기는 Petit 탈장으로 분류된다. Grynfeltt의 상부 요부삼각경계는 위쪽으로 12번째 늑골적하방과 앞쪽으로 내사근, 뒤쪽으로 척추기립근으로 구성되고, Petit의 하부 요부삼각탈장은 앞쪽으로 외사근, 뒤쪽으로 광배근, 아래쪽 경계는 장골로 구성된다. (2)

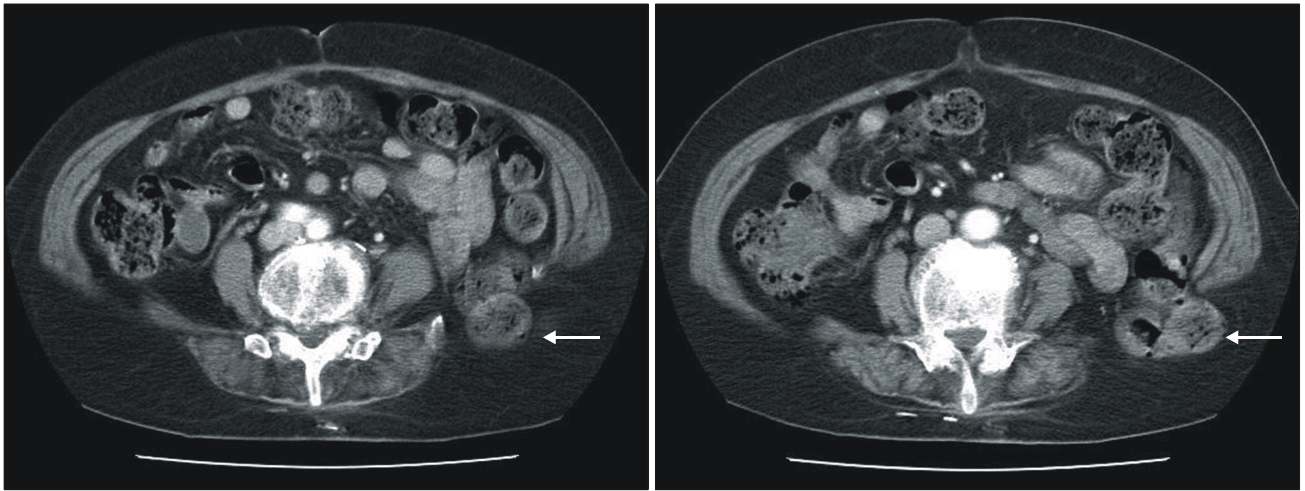


Fig. 1. Abdominal CT demonstrating retroperitoneal fat and a part of descending colon protruding through the left inferior lumbar triangle.

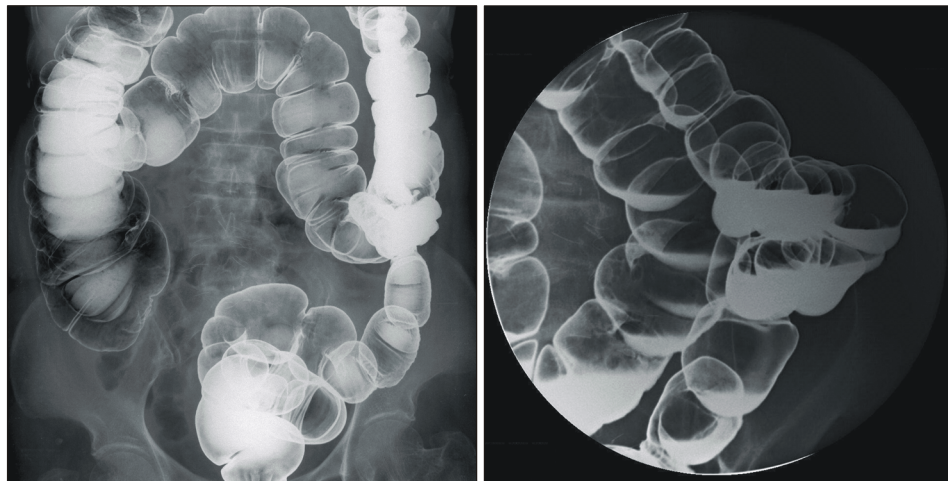


Fig. 2. Barium enema reveals a herniation of the descending colon.

요탈장은 후복벽 요추부위에 선천성 또는 후천성으로 발생하며 후천성 요탈장은 일차성과 이차성 탈장으로 분류된다.

선천성 요탈장은 드물지만 보통 어린아이들에게서 나타나고, 주로 편측에 발생한다. 선천성 요탈장 중 양측성은 태생 3주경의 비정상적인 근골격계의 성장에 의해 발생한다고 생각한다.(3) 후천성 요부탈장은 좌측이 우측보다 2배 정도 호발하고 여자보다 남자에서 3배 정도로 더 잘 나타나며 50대에서 70대 사이에 가장 많이 발생한다.(4) 요부의 근육약화에 의한 후천성 일차성 탈장은 모든 요부탈장의 55% 정도를 차지하며 노인에게서 잘 발생하며 비만이나 체중감소, 폐질환 등이 발생인에게 관계된다.(3,4) 후천성 이차성 요부탈장은 장골이식이나 신절제 등의 수술이나 외상, 감염, 척추절핵 등에 의해 발생하며, 전체 요탈장의 25% 정도를 차지한다.(1,5)

상부 요탈장의 크기가 더 큰 편이며, 빈도가 더 높고 하부 요탈장은 드문 것으로 알려져 있다. 상부 요탈장이 하부 요탈장보다 발생빈도가 높은 이유는 상부 요부삼각의 바닥에 복횡근막만이 지지하고 있기 때문이다.(1) 국내에 보고된 요탈장의 사례들도 모두 상부 요탈장의 경우들이었으나 본례의 경우는 척추협착증 수술을 시행했던 절개부위인 하부 요부삼각에 종괴가 발견되었다. 대체로 하부 요탈장은 증상이 없는 경우가 많으나, 요통이나 복통을 호소하기도 한다.(6)

요탈장의 증상은 환원이 가능한 종괴, 둔한 불편감, 복통, 요부 압통, 구역, 구토, 복부팽만 등으로 다양하며 종괴와 둔한 요부 불편감이 가장 흔한 증상이다. 종괴는 대체로 일어난 자세 또는 기침을 하거나 일을 할 때 더욱 튀어나오며 누우면 소실된다.(1,10)

탈장낭은 장이나 장간막, 신장, 비장, 위 등의 복강 내 장

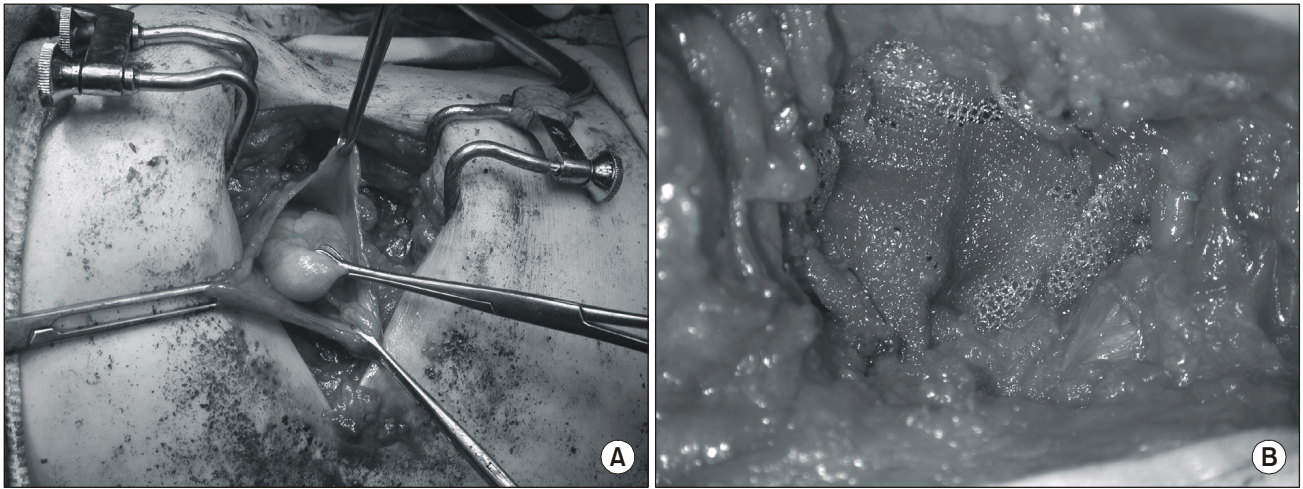


Fig. 3. The operative finding of Lt. inferior lumbar hernia. (A) Large hernia sac was noted above the Lt. iliac crest. Descending colon was adhered to the sac. (B) The defect of fascia was repaired with prolene mesh.

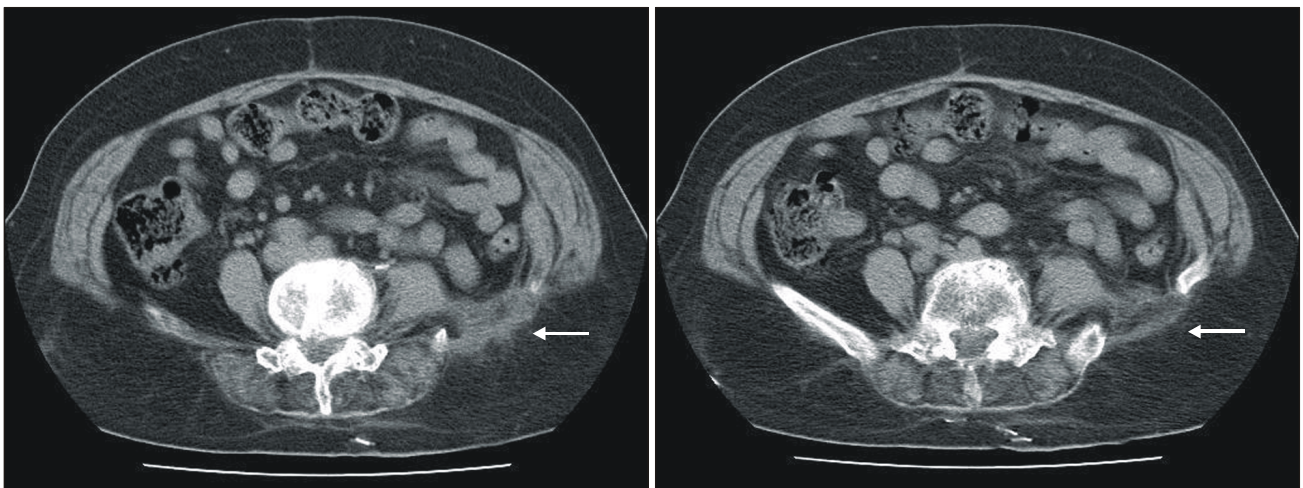


Fig. 4. Postoperative CT scan showing repair of hernial defect.

기를 포함할 수 있다. 탈장낭의 시작부위가 대체로 넓기 때문에 교맥의 발생은 드물지만, (2) 요부탈장 환자들 중에서 감돈은 25%, 교맥은 10% 정도 발생하며 이 경우에 종종 장폐쇄 증상이 발생하여 구토나 복부 팽만 증상 등이 나타난다. 본례의 환자의 경우에는 하행결장의 감돈이 동반되어 있었으나 구토나 복부 팽만 등의 장폐쇄 증상은 없었다.

진단은 환원이 가능한 종괴 등의 증상과 이학적 검사를 통하여 가능하나 증상이나 진찰소견이 모호하거나 특이소견이 없을 때나, 지방종, 섬유종, 다른 연부조직 종양, 혈종이나 농양 등과의 감별을 위해서 복부 초음파나 컴퓨터 전산단층촬영술의 시행이 필요하다.(3,4) 이러한 검사를 통해서 수술 전에 탈장낭 내에 포함된 장기를 확인할 수 있다.

치료는 수술적 교정이 원칙으로 근막결손부위가 작을 경우에 일차 봉합술을 시행할 수 있으며, 결손부위가 클 경우

근막을 이용한 피판술이나 인조막을 사용하여 복벽근의 근막과 봉합하는 방법이 있다.(8,9,11) 대체로 결손부위가 고정되어 있으므로 일차 봉합술보다는 인조막을 사용하여 봉합하는 방법이 선호된다. 피판술을 시행하기 위해 혈류가 유지되는 피판을 만들어야하나, 그 방법이 어렵기 때문에 최근에는 인조막을 사용하여 봉합하는 방법이 선호된다. 선천성 요탈장이나 외상 외의 원인에 의한 후천적 요부탈장의 경우에는 후복막 접근법을 사용하지만 외상성 요부탈장의 경우에는 복강 내 다른 손상을 확인해 볼 필요가 있으므로 개복술을 사용하는 것이 좋다. 이러한 방법 외에 최근에는 복강경적 접근법도 시행되고 있다. 복강경적 접근법은 시야가 잘 확보되어 수술 중 주변 구조물의 손상을 피할 수 있고, 결손부위를 정확하게 파악할 수 있으며, 인조막을 결손부위 안쪽으로 깊게 고정시킬 수 있는 장점이 있다. 또

한 환자의 통증을 감소시킬 수 있으며 미용적인 의미에서도 장점이 있다.(7)

최근 저자들은 계명대학교 동산의료원에 좌측 하부 요부 삼각부위의 종괴를 주소로 내원한 하행결장 감돈을 동반한 이차성 하부 요탈장 1예를 Prolene mesh를 사용하여 교정하여 좋은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다. 요탈장은 드문 질환이므로 임상에서 요부종괴를 발견했을 때 간과하기 쉬우나, 감돈, 교액 등의 합병증이 발생할 수 있으므로 반드시 염두에 두고 진단 및 치료에 임해야 할 질환이다.

REFERENCES

- 1) Zhou X, Nve JO, Chen G. Lumbar hernia: clinical analysis of 11 cases. *Hernia* 2004;8:260-3.
- 2) Wechsler RJ, Kurtz AB, Needleman L, Dick BW, Feld RI, Hilpert PL, et al. Cross-sectional imaging of abdominal wall hernias. *Am J Roentgenol* 1989;153:517-21.
- 3) Siffring PA, Forrest TS, Frick MP. Hernias of the inferior lumbar space: diagnosis with US. *Radiology* 1989;170:190.
- 4) Baker ME, Weinerth JL, Andriani RT, Cohan RH, Dunnick NR. Lumbar hernia: diagnosis by CT. *Am J Roentgenol* 1987;148:565-7.
- 5) Esposito TJ, Fedorak Z. Traumatic lumbar hernia: case report and literature review. *Traumatic lumbar hernia. J Trauma* 1994;37:123-6.
- 6) Astarcioglu H, Sokmen S, Atila K, Karademir S. Incarcerated inferior lumbar (Petit's) hernia. *Hernia* 2003;7:158-60.
- 7) Ipek T, Eyuboglu E, Aydingoz O. Laparoscopic management of inferior lumbar hernia (Petit triangle hernia). *Hernia* 2005;9:184-7.
- 8) Park SG, Lim HG, Kim KT, Kim SH. 2 cases of lumbar hernia. *J Korean Surg Soc* 2001;61:114-7.
- 9) Shin DJ, Kim W, Lee DS, Song MH, Sung KY, Park IY, et al. Superior lumbar hernia. *J Korean Surg Soc* 1999;56:1052-4.
- 10) Thor K. Lumbar hernia. *Acta Chir Scand* 1985;151:389-90.
- 11) Lichtenstein IL. Repair of large diffuse lumbar hernias by an extraperitoneal binder technique. *Am J Surg* 1986;151:501-4.