

[2021년 3월] 대한소화기내시경학회 진료지침TF - 증례를 통한 임상진료지침 학습

대한소화기내시경학회 진료지침TF에서는 소화기내시경 증례와 함께 연관 임상진료지침을 정리하여 정기적 소식지 양식으로 보내드립니다으로써 유사 증례에 대한 회원들의 근거 기반 진료에 도움을 드리하고자 합니다. 관심과 조언을 기대합니다.

증례

[증례 1]

69세 남자가 외부 병원에서 위 전정부 소만의 후벽측으로 약 1.3 cm 정도의 발적을 동반한 평탄함몰형 병변(Paris 분류, EGC IIc)이 발견되어 내원하였습니다. 조직검사에서는 중등도 분화도의 선암(tubular adenocarcinoma, moderately differentiated)으로 진단되었습니다. 본원에서 내시경 점막하 박리술(endoscopic submucosal dissection, ESD)을 시행하였고 다음과 같은 병리 결과를 보고 받았습니다. 적절한 다음 단계 진료는 무엇일까요?

내시경 점막하 박리술 병리 보고서

Stomach, antrum, lesser curvature, endoscopic submucosal dissection (ESD):

Tubular adenocarcinoma, poorly differentiated (1,2), with

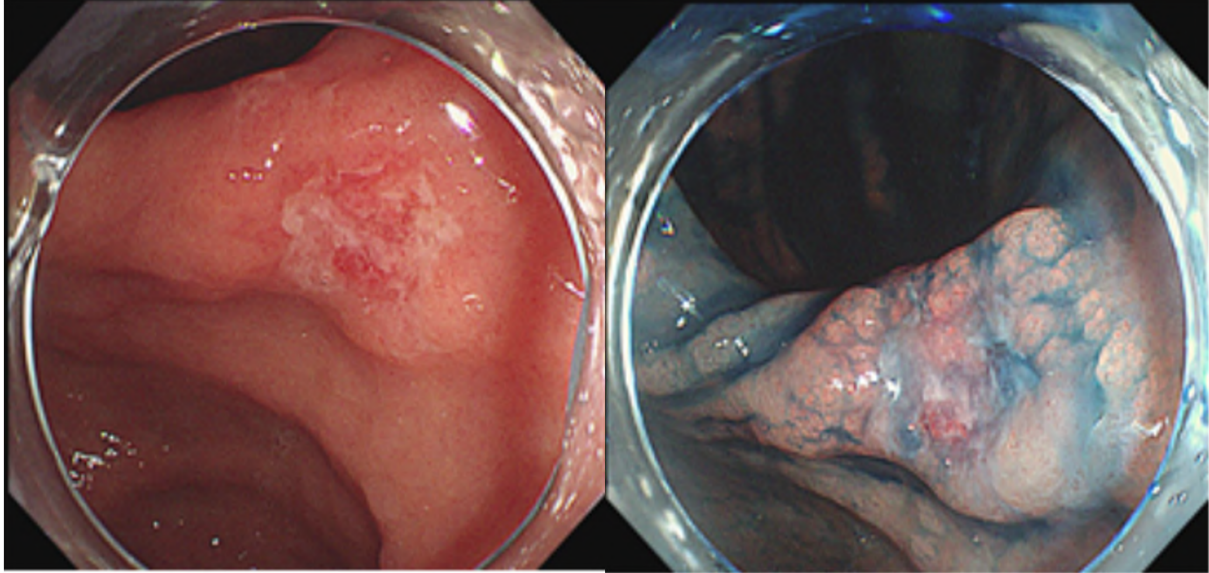
- 1) Gross and micro type: Early gastric cancer (EGC) Type IIc
- 2) Tumor size (or greatest dimension): Carcinoma: 12 x 12 mm
- 3) Tumor site: antrum, lesser curvature
- 4) Histologic type (WHO classification): Tubular adenocarcinoma
- 5) Tumor differentiation: poorly (G3)
- 6) Lauren classification: Intestinal type
- 7) Extent of tumor invasion: Submucosal invasion depth: 2 mm
- 8) Margins:
 - Basal resection margin: close to the resection margin
 - Lateral resection margins: Uninvolved, 2.5 mm free from the closest carcinoma
- 9) Lympho-vascular invasion: Present
- 10) Perineural invasion: Absent
- 11) Subepithelial lateral spreading: Absent
- 12) Additional findings: Chronic gastritis, moderate, with intestinal metaplasia

증례

[그림1] 내시경 점막하 박리술 및 절제 후 검체

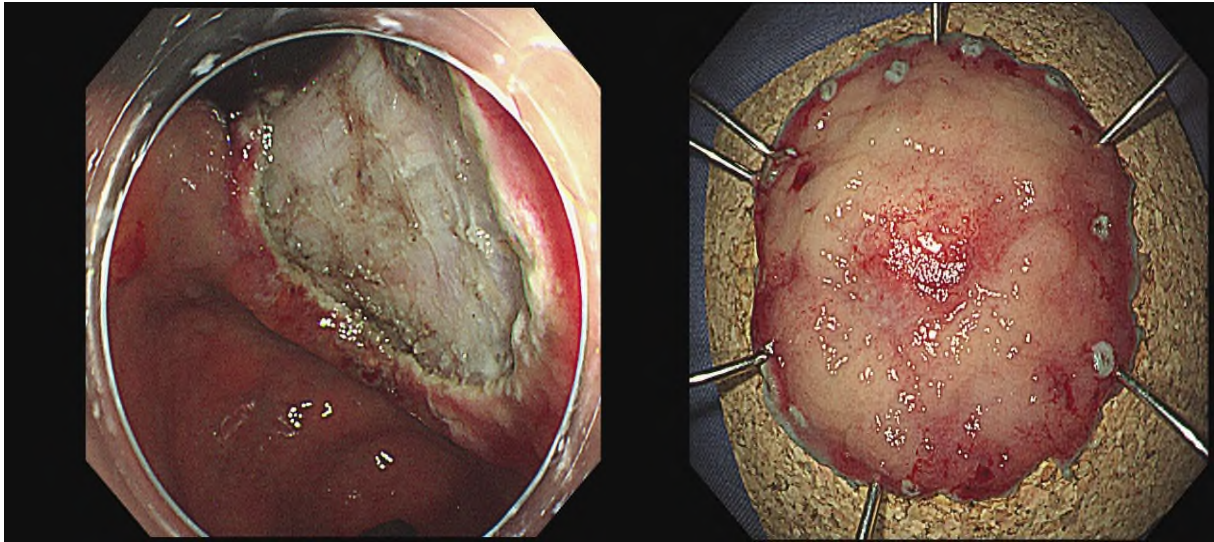
A. 위내시경

B. 내시경 (인디고 카민 도포 후)



C. 내시경 점막하 박리술

D. 절제 후 검체



해설

조기 위암의 내시경 치료에 대한 가이드라인은 국내외적으로 2020년 대한소화기내시경학회 진료지침을 포함하여 미국소화기내시경학회(ASGE), 유럽소화기내시경학회(ESGE) 및 일본소화기내시경학회(JGES)에서 진료지침이 출간되어 있습니다. 이들 임상진료지침들은 절제면 양성, 점막하 침범, 림프혈관 침습, 그리고 분화도가 좋지 않은 조직병리학적 상황을 불완전한 내시경 절제로 정의하고 있고 조기위암 내시경 치료의 확장된 기준을 넘어서는 내시경 절제인 경우에도 불완전 절제로 간주하고 있습니다.

해설

병리학적 검사 결과가 불완전한 절제인 경우에는 잔여암이나 림프절 전이 위험을 고려하여 위절제술을 권유합니다. 특히 수직절단면 양성, 점막하 침윤, 림프혈관 침범의 경우 림프절 전이와의 연관성이 높다고 알려져 있습니다. 그러나 일부 환자에서는 불완전한 절제 후 추가 수술을 원하지 않거나 동반 질환/고령 등으로 수술이 어려운 경우도 있습니다. 그러므로 조기위암의 내시경 치료 후 추가 치료 여부는 병변의 침윤 깊이, 분화도, 림프관 침범 여부와 함께 환자의 전신 상태 등을 종합적으로 고려하여 결정하게 됩니다.

최근 일본에서 소개된 불완전 절제 관련 eCure 점수 체계는 림프관 침습의 경우 3 점, 종양 크기 > 30 mm, 수직 절단면 양성, 정맥관 침습 및 점막하 침범 $\geq 500 \mu\text{m}$ 의 경우 각각 1 점으로 하여 저위험군(0-1 점: 2.5%), 중간 위험군 (2-4 점: 6.7%), 고위험군 (5-7 점: 22.7%)의 세 가지 림프절 전이 위험군으로 분류하고 있어 환자의 위험도를 세분화하는데 이용할 수 있습니다. 본 증례에서는 poorly differentiated adenocarcinoma로 좋지 않은 조직 분화도를 보였고 림프관/맥관 침범이 있었으며 수직절제면 침범은 없었으나 암이 점막근판을 넘어 점막하층으로 2 mm 깊이까지 침범하는 소견을 보여 추가적인 치료가 필요하였습니다.

앞서 언급한 진료지침들에 근거하여 환자 및 보호자에게 설명하고 추가적인 수술을 결정하였습니다. 수술 전 내시경으로 클립 장착하고 Indocyanine green (ICG)를 이용한 표식(marking)을 시행한 후 복강경 수술을 시행하였으며 수술 후 병리조직검사 결과는 다음과 같았습니다.

추가 복강경 수술후 병리보고서

- Totally laparoscopic distal gastrectomy

병 리 진 단

1. Stomach, distal gastrectomy:
 - 1) No residual tumor (A1-A8)
 - 2) Submucosal hemorrhage (A5,A6)
 - 3) Lymphovascular invasion: absent
 - 4) Perineural invasion: absent
 - 5) Perigastric lymph node metastasis: absent (0/33)
 - 6) Clear resection margin: proximal: 4.3 cm, distal: 4.3 cm
 - 7) Associated findings: ulceration with granulation tissue proliferation
 - 8) Subepithelial lateral spreading: absent
2. Stump, labeled "4SB", resection;

No tumor invasion (B)

* pTNM stage (by AJCC 8th edition): pT1b N0 Mx

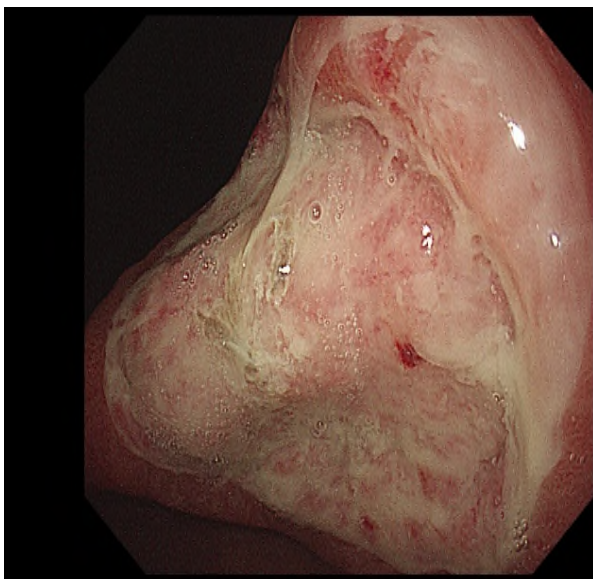
해설

Table 1. 조기위암의 내시경 치료 후 불완전 절제에 대한 가이드라인 비교

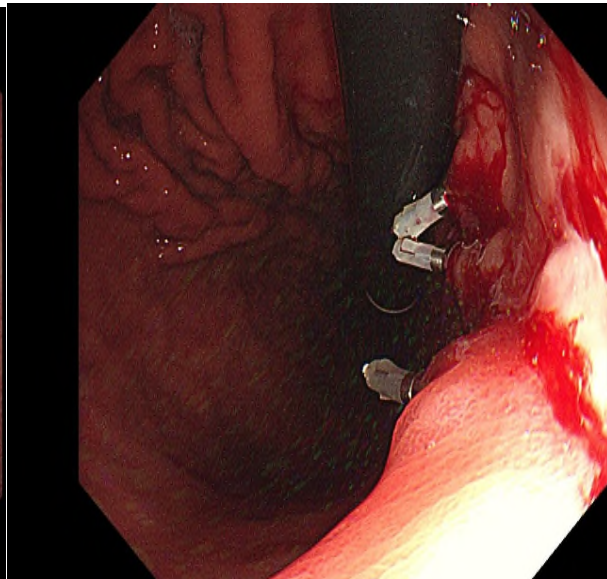
	Korean guideline ¹ , 2020	Japanese guideline ² , 2016	ESGE guideline ³ , 2015
	권고 등급: 높음 근거 수준: 중간	권고등급: C1 근거 수준: V	언급 없음
Definition of Non- curative resection	1. lymphatic invasion, 2. positive vertical resection margin, 3. vascular invasion, 4. Submucosal invasion depth >500 μm	1. vascular infiltration, 2. >3 cm, predominantly differentiated type, pT1a & UL(+) lesions 3. >3 cm, predominantly differentiated & pT1b (SM1), 4. >2 cm, predominantly undifferentiated, pT1a & UL(-)	1. lymphovascular invasion 2. deeper infiltration than sm1 (> 500 μm) 3. positive vertical margins 4. ulcerated features in tumors > 30mm or with submucosal invasion

[그림 2] 내시경 표식

A. 위내시경



B. 클립 장착 및 ICG 주입



요약

내시경 점막하 박리술의 적응증에 해당하는 병변을 완벽히 예측하기는 어렵습니다. 하지만 병변의 크기나 궤양 유무, 침윤 깊이, 조직분류와 분화도 등을 되도록 정확히 확인하여 림프절 전이의 위험성이 낮은 병변에 대해 내시경 절제술을 시행함으로써 불필요한 수술을 최소화하도록 노력해야 하며, 치료의 한계에 대해 사전에 환자에게 자세히 설명하고 추가적인 수술이나 시술 가능성을 염두에 두고 시술 여부를 결정해야 하겠습니다. 시술 후 병리학적으로 불완전 절제시 림프절 전이 및 재발 가능성과 수술에 따른 위험성을 고려하여 환자에게 최선의 선택을 할 수 있도록 해야 합니다.

참고문헌

1. Park CH, Yang DH, Kim JW, et al. Clinical Practice Guideline for Endoscopic Resection of Early Gastrointestinal Cancer. Clin Endosc. 2020 Mar;53(2):142-166. doi: 10.5946/ce.2020.032. PMID: 32252507; PMCID: PMC7137564.
2. Ono H, Yao K, Fujishiro M, et al. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer. Dig Endosc 2016;28:3-15.
3. Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, et al. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy 2015;47:829-854.

정리: 문희석 (충남의대 소화기내과)