

胃癌의 內視鏡診斷

慶北醫大 消化器內科

鄭 克 守

胃의 內視鏡檢查의 歷史는 지금 부터 100年前인 1868年 Kussmaul의 胃鏡에 비롯하나 臨床的으로 널리 利用되기 始作한 것은 1932年 Walf-Schindler의 軟式胃鏡이 製作된 以後부터이다. 그러나 이 胃鏡은 患者의 苦痛이 크다는 點, 胃鏡插入에 檢查醫의 熟練이 必要하다는 點, 그리고 blind area 때문에 檢查가 不充分하기 쉽다는 點 등으로서 이 胃鏡의 利用은 極히 少數의 臨床醫에 局限되어 있었다. 그러나 1957年 美國의 Hirschowitz가 glass fiber를 利用한 所謂 fiberscope를 創作한 以來, 그 胃內插入이 容易하며 患者에 對한 苦痛도 적다는 利點으로써 이의 利用度가 漸次 增加했고 特別 最近에는 視野가 넓고 鮮明할 뿐 아니라 blind area가 없고 內視鏡觀察下의 胃生檢 및 細胞診이 容易한 fiberscope의 出現으로서 胃疾患診斷에 對한 그 利用度가 急速度로 增加하고 있다. 한편 日本에서는 1950年 胃 camera의 實用化으로써 肉眼으로 觀察할 수는 없지만 患者의 苦痛이 아주 적고 極히 鮮明한 天然色 寫眞을 얻을 수 있는 點으로서 患者에 對한 檢查뿐만 아니라 胃의 集團檢診에도 利用되어 成果를 올리고 있는 現實이다. Fiberscope와 胃 camera는 그 特徵에 一長一短이 있어 用度에 따라 그 使用이 多少 區別되고 있으며 大體로 胃 camera는 screening에 利用되고 fiberscope는 더 精密한 檢查에 利用되고 있다. 特別 生檢用 또는 細胞診用 fiberscope는 生檢 및 細胞診을 直接 觀察하면서 狙擊的으로 할 수 있다는 利點이 있어 肉眼的 觀察, 寫眞攝影에 依한 記錄保存胃粘膜炎의 組織學的 檢查 등으로서 胃의 各種 疾患診斷에 決定的인 成果를 올리고 있다.

이와 같이 胃疾患의 診斷에 있어서 胃의 內視鏡檢查가 매우 重要하고 不可缺한 檢查法으로써 發展하고 있지만 그렇다고 해서 胃의 內視鏡檢查가 胃의 X線 檢查를 代替할 수는 없다. 亦是 胃의 診察에 있어서 基礎的인 檢查法은 X線檢查임에는 變動이 없다. 뿐만 아니라 胃의 初診患者에 있어서는 X線檢查를 먼저 施行하고 다음에 內視鏡檢查를 하는 것이 順序이며 原則이다. 胃의 X線檢查는 施行이 容易하고 苦痛이나, 危險성이 거의 없을 뿐 아니라 胃의 形態, 位置 및 運動狀態 등을 一目了然하게 알 수 있다. 이 點은 內視鏡檢查로써 把握하기 困

難한 것이며 또 X線檢查로써 胃에 對한 全體的인 狀況을 把握한 後에 內視鏡으로 局所的인 精密檢查를 함으로써 診斷에 더욱 正確性을 期할 수 있다. 故로 X線檢查와 內視鏡檢查는 一長一短이 있어 서로의 短點을 補償해 주는 立場에 있는 것이며 어느 쪽이 더 優秀하다는 것을 一律的으로 말할 수는 없다. 大概 X線檢查나 內視鏡檢查나 胃疾患의 確診率은 85~95%의 範圍內라고 볼 수 있으며 이 兩者의 驅使(生檢, 細胞診을 包含)로써 95~100%의 確診率을 期할 수 있다. 이 點은 例를 들어 早期胃癌의 診斷에 있어서도 마찬가지이다. 胃病巢의 診斷에 있어서 內視鏡檢查가 有利하다고 볼 수 있는 點은 胃病巢의 良·惡性鑑別에 있어서 肉眼的 觀察과 同時에 生檢 및 細胞診을 利用하여 더 正確하고 決定的인 診斷을 내릴 수 있다는 點, 胃前壁의 病巢의 觀察이 容易하다는 點, 反轉操作으로써 胃噴門部의 病巢觀察도 容易하다는 點等일 것이다.

胃癌의 治療는 現在 手術에 依한 切除術以外에는 그 根本的인 治療方法이 없기 때문에 胃疾患의 診斷에 있어서 우리가 가장 留意해야 할 것은 어떻게 해서 胃癌의 斷診을 正確하게 할 수 있느냐 하는 問題일 것이며 또 手術成績의 向上을 爲해서는 어떻게 하면 早期에 發見할 수 있느냐 即 早期胃癌의 診斷에 關한 問題일 것이다.

早期胃癌의 定義로써 現在 日本에서 通用되고 있는 것을 보면 “癌性變化가 粘膜炎 또는 粘膜炎下組織까지에 局限되어 있으며 淋巴腺 轉移가 없는 것”으로 되어 있다. 早期胃癌은 一名 表層擴大型 早期胃癌이라 불리기도 하며 癌浸潤이 粘膜炎에 局限되어 있을 境遇에는 粘膜炎이라고 불리운다.

早期胃癌의 形態上의 分類로써 日本의 學界에서는 다음의 3種으로 나누고 있다. 即

I型(隆起型) protruded type

II型(表面型) superficial type

III型(陷凹型) concaved type

上記中에 II型을 또 細分하여

IIa型(表面隆起型) elevated type

IIb型(表面平壇型) flat type

IIc型(表面陷凹型) depressed type

의 3者이다. 日本에서의 觀察에 의하면 IIc型이 가장 頻

도가 높아 大概 早期胃癌의 半數以上을 찾아 하며 IIc型과 他型과 混合된것 까지 合하면 IIc型이 關與한 例가 斷然多數를 찾아 한다. X線檢査上 IIa 및 IIc의 病變은 前者에서 直徑 3.0 cm 以上 後者에서 直徑 4.0 cm 以上이던 發見이 容易하나 그 以下이던 精密한 檢査가 必要하고, 2.0 cm 以下이던 X線檢査上 發見이 매우 困難하고 1.0 cm 以下이던 거의 不可能하다고 한다. 또 一次 X線檢査에서 發見치 못한 例中에는 內視鏡 檢査에서 指摘된後 X線檢査를 反復해서 비로소 發見되는 수가 相當히 많다고 하며 日本의 日暮는 早期胃癌을 發見하기 爲한 最高의 檢査는 X線檢査만으로는 到底히 不可能하다. X線檢査外에 內視鏡檢査, 細胞診 또는 生檢의 併用이 必要하다"고 強調하였다. 勿論 X線 檢査 및 內視鏡 檢査 등의 併用으로도 診斷이 不可能한 境遇가 있으며 특히 直徑이 1 cm 以下の 病變은 매우 困難하며 이 中에도 IIb型은 거의 不可能하다고 한다. 여기에 現在 臨床에서 할 수 있는 檢査方法의 診斷能力의 限界가 있다. 특히 胃癌의 始初인 carcinoma in situ의 時期에 있어서의 診斷은 큰 困難을 느끼게 된다. 勿論 X線檢査나 內視鏡檢査로서는 알 道理가 없는 것이고 다만 胃洗滌細胞診에 依해 癌細胞를 確認함으로써 癌의 存在를 認識할 수 있을지라도 그 發生部位 및 範圍에 對해서는 알 道理가 없는 現實이다. Schade는 胃癌發生의 機轉을 다음과 같

은 各段階로서 說明하고 있다. 即

- 1) normal mucosa
- 2) mucosa altered as result of gastritis
- 3) gastritis+carcinoma in situ
- 4) superficial carcinoma(early carcinoma)
- 5) carcinomatous tumor

우리가 흔히 臨床에서 볼 수 있는 것은 上記 中 가장 進展된 型인 carcinomatous tumor의 時期이며, 이 時期에는 X線檢査 또는 內視鏡檢査로써 比較的 容易하게 診斷을 내릴 수 있으나 이 時期에 手術을 하면 5年以上 生存率이 10~30%에 不過함으로 豫後의 向上을 爲해서는 5年以上 生存率이 90~100%로 알려진 早期胃癌의 時期에 이를 發見하여 手術하는 것이 理想的이다. 故로 이 早期胃癌의 發見을 爲하여 우리는 X線檢査, 內視鏡檢査 및 生檢 또는 細胞診을 驅使하여 確診에 努力을 아끼지 않아야 할 것이다. 早期胃癌의 內視鏡檢査所見은 여기서 일일이 說明할 것을 略하나 著者が 그間 經驗한 粘膜炎例와 癌浸潤이 一部에서 漿膜까지 達하였으나, 比較的 早期라고 認定되는 表層擴大型胃癌의 1例를 紹介한다. 이 例들은 數次的 X線檢査上 正常 또는 아주 작고 얇은 潰瘍으로써 良性으로 判讀 되었으나 fiberscope 檢査 및 細胞診으로써 癌으로 確診 되었고 手術에 依해 組織學的으로 確認되었다.(例示는 省略).