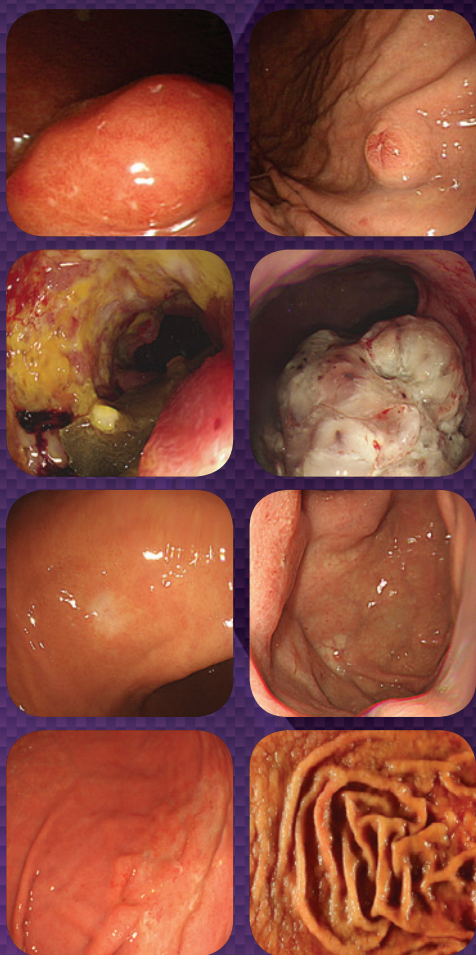




ENDOSCOPY ATLAS OF GASTRIC DISORDERS

VOL.3 NO.1

통권6호 | 2022



위질환 내시경 아틀라스

C O N T E N T S



위질환 내시경 아틀라스

ENDOSCOPY
ATLAS OF
GASTRIC DISORDERS



직장 말트 림프종 04

Rectal MALT lymphoma

명대성 | 화순전남대학교병원 소화기내과



자궁내막증 05

Endometriosis

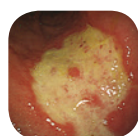
명대성 | 화순전남대학교병원 소화기내과



거대세포바이러스에 의해 유발된 위궤양 06

CMV-induced gastric ulcer

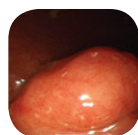
문희석 | 충남대학교병원 소화기내과



상피하종양 모양의 면역글로불린 G4 관련 질환 07

IgG4 related disease in the stomach presenting as gastric subepithelial tumor

문희석 | 충남대학교병원 소화기내과



위 말트 림프종 08

Gastric MALT lymphoma

양민아 | 예수병원 소화기내과



위 사구 종양 09

Gastric glomus tumor

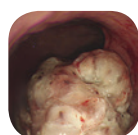
양민아 | 예수병원 소화기내과



양성 십이지장 궤양과 유사한 원발성 십이지장암 10

Primary duodenal adenocarcinoma mimicking benign duodenal ulcer

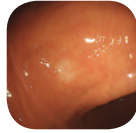
왕준호 | 건국대학교의료원 충주병원 소화기내과



췌관내 유두상점액종양의 위 침윤으로 관찰된 암 11

Adenocarcinoma observed as gastric infiltration of IPMN

왕준호 | 건국대학교의료원 충주병원 소화기내과



색조 변화로 발견된 조기위암 12

Early gastric cancer

조진웅 | 예수병원 소화기내과



식도암의 위전이 13

Gastric metastasis from esophageal squamous cell carcinoma

조진웅 | 예수병원 소화기내과

IN DEPTH CASE ANALYSIS

증례를 통해 살펴보는 EGC IIc의 치료 방침 결정에서
고려해야 할 사항들 14

이준행 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

.....
[For Healthcare Professional Only]

발행인: 김관홍 | 메디칼업저버

발행일: 2022년 월 일

발행처: 메디칼업저버

서울특별시 강남구 논현로 72길 29 리치노아빌 3층

TEL: 02-3467-5400 / FAX: 02-3452-9229 / www.monews.co.kr

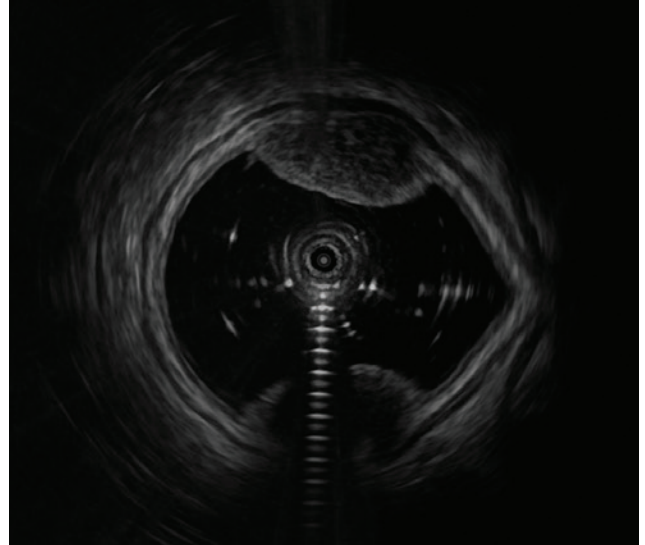
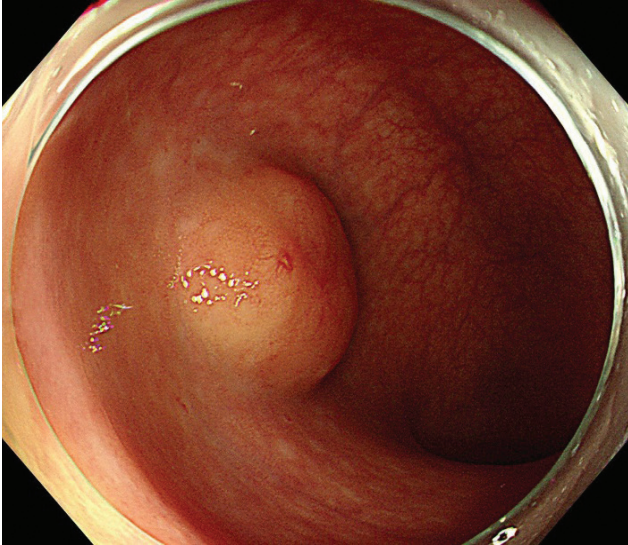
편집자문: 이준행 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

No part in this publication may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any mean.

직장 말트 림프종

Rectal MALT lymphoma

명대성 | 화순전남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

72세 여자가 검진으로 시행한 내시경에서 항문연으로부터 8 cm 정도 떨어진 곳에 위치한 12 mm 정도의 상피하병변으로 내원하였다. 타원에서 시행한 조직검사에서는 chronic colitis 소견을 보였다. 대장내시경에서 원형의 약간 노란 색조를 보이며 rolling sign 음성, pillow sign 음성, tenting sign 음성이었으며, 내시경초음파 검사에서 2층과 3층에 위치한 균질한 음영의 저에코성 병변으로 보였다. 주변의 림파선종대는 관찰되지 않았다.

진단 및 경과

상기 병변에 대해 대장점막하박리술을 시행하였다. 조직검사서 직장의 MALT (mucosal associated lymphoid tissue) lymphoma (extranodal marginal zone lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue)로 확정되었으며, 조직검사서 절제연 침범이 확인되었다. 추가적으로 해당 부위에 대해 방사선 치료 3,000cGy (200cGY × 15회)를 시행하였다. 이후 추적관찰에서 재발이나 전이 없이 경과관찰 중이다.

해설

MALT 림프종은 비호지킨 림프종의 아형으로 MALT 유형의 림프절 외변연부 B 세포 림프종으로 분류된다. 위 점막과 관련된 위 MALT 림프종은 잘 알려져 있어 치료와 관리가 효과적으로 이루어지고 있지만, 대장 MALT 림프종은 매우 드물게 발생할 뿐만 아니라, 현재 그 치료법이 명확히 확립되어 있지 않다. 대장 림프종에 대한 치료로 경과관찰(watch and wait), 국소 방사선 치료, 수술적 절제, 항암화학요법, 내시경 절제 등이 보고되었다. *H. pylori*에 대한 항생제 치료 후 관해를 보인다는 보고도 있는데, 그 증례가 많지 않다. 대부분의 임상 의사들은 위 이외의 장기에서 발생한 MALT 림프종(non-gastric MALT lymphoma)에 대해 국소 방사선 치료를 첫 번째 치료로 권유하는 경우가 많으며, NCCN 가이드라인에서도 위 이외의 장기에서 발생한 제한된 병기의 MALT 림프종에 대해 국소 방사선 치료를 우선하여 권유하고 있다.

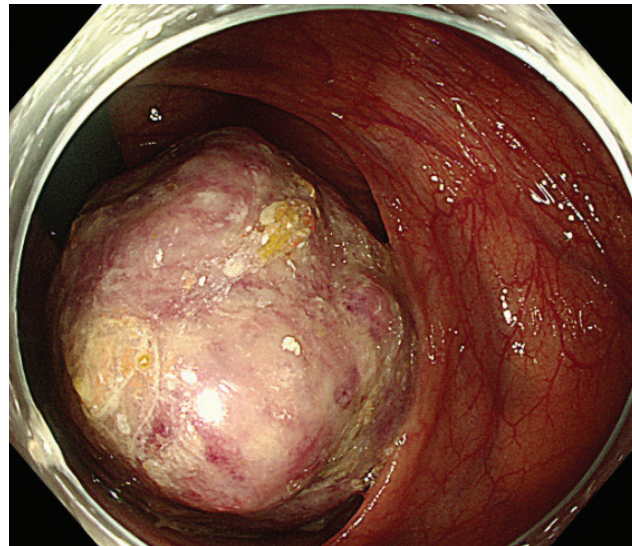
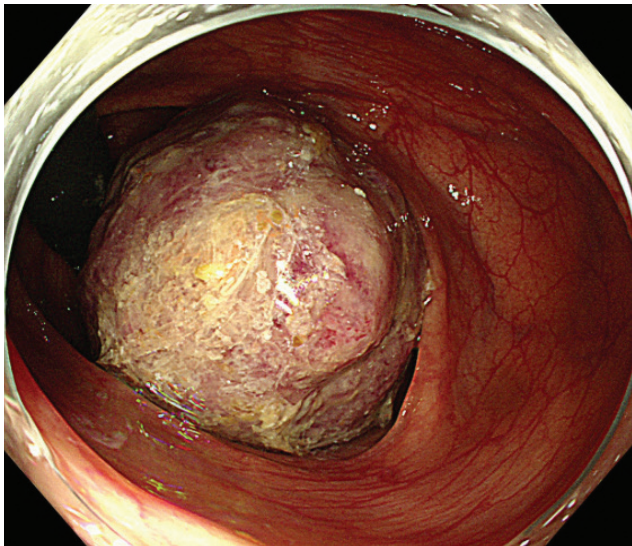
토의

이준행: 해설에 언급된 바와 같이 위 이외의 장기에서 발생하는 말트 림프종에 대해서는 low grade lymphoma에 준한 국소 방사선치료가 선택되는 경우가 많습니다. 이번 증례는 조직검사서 림프종으로 확인되지 않고 ESD 후 확인되었다는 점입니다. 말트 림프종은 드물게 점막하종양과 비슷한 형태로 보일 수 있습니다.

자궁내막증

Endometriosis

명대성 | 화순전남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

39세 여자가 일주일 전부터 시작된 혈변과 경도의 우측하복부 통증으로 내원하였다. 4년 전 자궁내막증으로 우측 난소절제술을 시행받은 과거력이 있다. 대장내시경에서 상행결장에 5 cm 정도의 대장 내강으로 돌출된 원형의 붉은 색조를 보이는 종괴를 관찰하였으며 병변의 하부는 대장벽에 단단히 고정되어 있었다. 내시경 시 시행한 조직검사에서는 염증 소견 외 특별한 소견이 관찰되지 않았다.

진단 및 경과

CT상 상행결장 내의 종괴를 제외하고는 특이 소견은 보이지 않았다. 악성 종양을 배제할 수는 없었으며 혈변의 원인이라 생각하여 이에 대해 우측 대장절제술을 시행하였다. 조직검사상 자궁내막증으로 진단하였다.

해설

자궁내막증은 자궁내막의 선(gland) 조직이나 기질(stroma)이 자궁근육층 외부에 존재하는 것을 말한다. 흔한 부인과 질환 중 하나이며, 가임기 여성의 10% 정도에서 나타날 수 있다. 그 중 위장관 침범은 약 5% 정도에서 보이며, 위장관 중에서는 직장에서 가장 흔하게 볼 수 있고 그 외에 말단 회장(2 - 16%)이나 충수(3 - 18%)에서도 발생할 수 있다. 위장관 자궁내막증은 하부위장관 출혈, 변비, 장폐색을 일으키며, 드물게는 악성 변화나 천공을 유발할 수 있다. 내시경을 통한 조직검사서 진단이 잘 되지 않으며, 증상이 없는 경우가 대부분이다. 때로는 정상 점막이 융기된 정도의 소견이나 점막의 궤양 형성을 관찰할 수 있는 경우도 있다. 자궁내막증의 치료는 질환의 발병 장소, 진행 정도, 재발 여부에 따라 다르며, 환자의 증상, 전신 상태, 연령 및 향후 임신 여부 등을 고려하여 치료 방법을 결정해야 한다. 산부인과 의사의 협조가 필요하다.

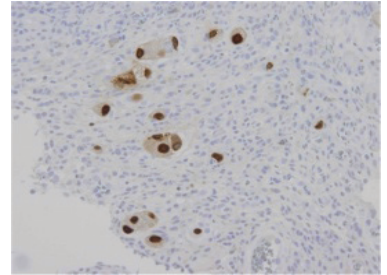
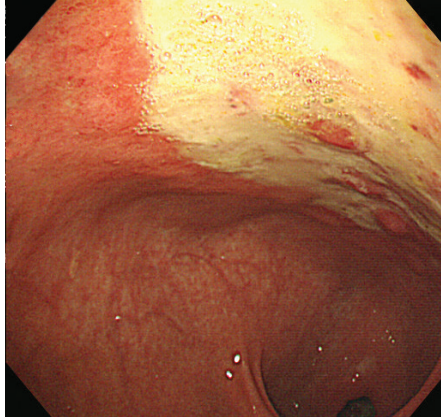
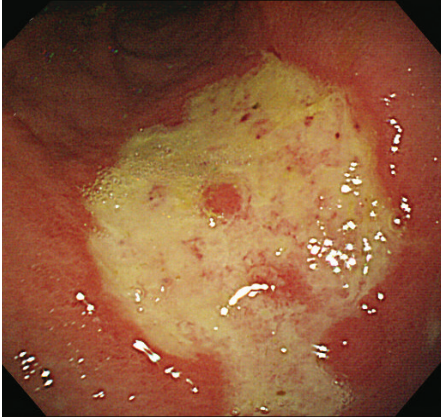
토의

이준행: 점막하종양이나 외부 압박의 형태를 보이는 경우는 내시경을 통한 조직검사로 진단하기 어렵지만 주기적인 출혈을 보이는 환자에서 용종의 모습을 가진 경우 조직검사로 진단되는 경우가 있습니다. 면역형광염색에서 estrogen 수용체 혹은 progesterone 수용체가 양성입니다. 증상이 있는 경우 절제술이 기본이지만 GnRH agonist (leuporeline 3.75 mg IM once monthly)를 투여할 수 있습니다.

거대세포바이러스에 의해 유발된 위궤양

CMV-induced gastric ulcer

문희석 | 충남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

67세 여자가 복부 통증으로 원위부 총수담관암(Distal CBD Cancer) 4기(폐장 및 다발성 림프절 전이)로 진단을 받고 항암방사선 치료 후에 흑색변을 주소로 내원하였다. 내시경 검사에서 위 전정부의 소만 측으로 넓은 경계가 분명한 지도상의 현성 궤양이 관찰되었다

진단 및 경과

면역저하된 환자에서 발생한 거대세포바이러스(cytomegalovirus, CMV)에 의해 유발된 위궤양 조직생검의 병리 소견에서는 악성세포는 없었으나 핵 내 봉입체를 가진 CMV에 감염된 세포가 관찰되었고, 면역조직화학 검사에서 CMV 양성 소견을 보였다. 면역기능정상 거대세포바이러스 위궤양으로 진단을 내렸고 고령이면서 동반된 원위부 총수담관암에 의한 항암방사선 치료 그리고 증상이 있는 경우로 면역기능 저하의 증거가 명확하다고 사료되어 ganciclovir의 항바이러스제 치료를 시행하였다.

해설

CMV는 면역이 저하된 환자의 주요한 병원체로 순환하는 림프구, 단핵구, 다형 백혈구 등에 잠복 바이러스로 존재하다가 숙주의 면역 기능이 저하되면 활성화 되어 폐, 간, 중추신경계, 위장관, 망막 등에 병변을 유발하는 것으로 알려져 있다. 따라서 CMV와 연관된 질환은 악성종양 환자, 장기이식술 후 면역억제제를 투여 중인 환자, 후천성 면역결핍증후군 환자, 부신피질호르몬 치료 환자 등 대부분 면역결핍 환자에서 보고되고 있다. 장관계의 감염 장소는 대장이 가장 빈도가 높고 식도, 위, 소장도 가능하다 또한 CMV에 감염된 위장관 병변의 내시경 소견은 경계가 분명한 궤양, 다발성 미란, 점막 부종, 점막 결절, 용종 등의 다양한 형태를 보일 수 있다. 거대세포바이러스 감염의 치료로 acyclovir의 유도체인 ganciclovir가 가장 널리 사용된다. 이 약제로 70 - 90%에서 증상의 호전과 위장관계 병변의 호전을 보인다. 이 증례에서도 2주간의 ganciclovir 정맥 주사 이후에 증상이 호전되었고, 추적 병리 조직검사에서도 CMV는 관찰되지 않았다.

토의

문희석: CMV gastric ulcer는 작은 미란처럼 보이는 경우부터 Borrmann type II와 같이 큰 궤양을 보이는 경우까지 다양해서 단일 소견으로 요약하기는 어려운 것 같습니다.

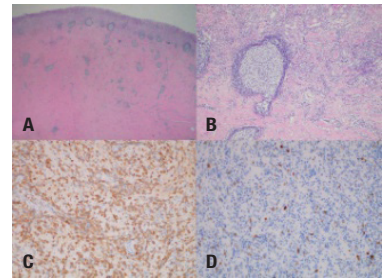
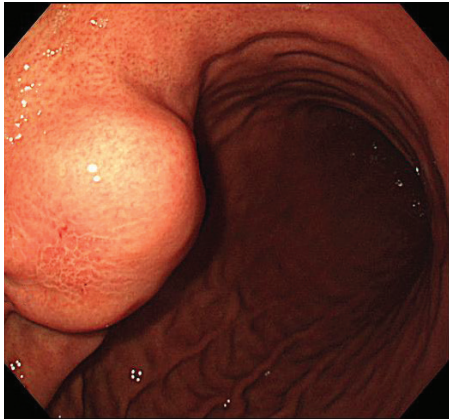
이준행: CMV 위염 혹은 궤양은 대부분 면역억제자에서 진단되지만 간혹 면역기능의 이상이 발견되지 않은 환자에서도 진단될 수 있습니다.

양민아: 면역이 많이 억제되어 있는 투석 환자에서는 ganciclovir를 가끔 쓰는데 정상 면역인 환자에서는 PPI만 쓰고 경과관찰하기도 합니다.

상피하종양 모양의 면역글로불린 G4 관련 질환

IgG4 related disease in the stomach presenting as gastric subepithelial tumor

문희석 | 충남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

43세 남자가 건강검진에서 이상소견이 발견되어 의뢰되었다. 내시경 검사에서 위 중체부의 전벽측으로 약 3 cm 정도의 정상 점막을 가지는 반구상의 융기성 병변이 관찰이 되었고 상피하종양으로 의심되었으며 크기가 2 cm 이상으로 상대적으로 커서 복부 CT를 촬영하였다. 복부 CT상 3 × 2.5 cm 크기의 heterogeneous enhancing endophytic & exophytic한 상피하종양으로 진단하였다.

진단 및 경과

IgG4 related disease in the stomach presenting as gastric subepithelial tumor

복강경 췌기 절제술을 시행하였고 IHC 염색에서 종양은 항 CD117 (c-kit protein), SMA에 대해 음성으로 염색되어 GIST를 배제할 수 있었다. 또한, IgG4/IgG의 비율은 총 40%로 IgG와 IgG4가 양성이었고, IgG4 양성 형질세포의 수는 60/HPF로 종양이 IgG4 관련된 염증성 가성 종양임을 확인하였다.

해설

면역글로불린 G4 관련 질환(Immunoglobulin G4-related disease, IgG4-RD)은 폐, 췌장, 담관, 신장, 후복막, 전립선, 대동맥, 유방, 림프절, 갑상선, 침샘, 폐, 심낭 및 피부와 같은 다양한 장기에서 발생하는 것으로 알려져 있다. Shinji 등은 2004년에 위에 발생한 IgG4-RD를 처음 보고하였고 국내에서는 Seo 등이 자신의 증례를 포함하여 위 상피하종양으로 나타나는 6예의 IgG4-RD를 기술하였으며 대부분의 경우 병변은 외과적으로 절제된 것으로 보고하였다. 실제로 IgG4-RD의 1차 치료는 글루코코르티코이드 투여이며, 필요한 경우 azathioprine, mycophenolate mofetil 또는 methotrexate와 같은 면역조절제를 투여하고 있다. IgG4-RD의 예후는 스테로이드 요법으로 단기적으로 좋은 것으로 보고되고 있다. 그러나 위 상피하종양으로 발현하는 경우 IgG4-RD를 수술 없이 병리학적 결과를 확인하기 어렵고 희귀하여 임상적으로 진단하기 어려운 것으로 보고하고 있다.

토의

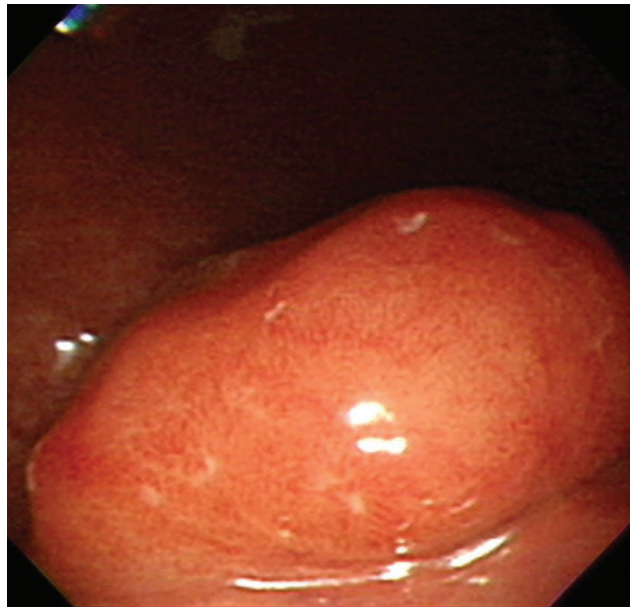
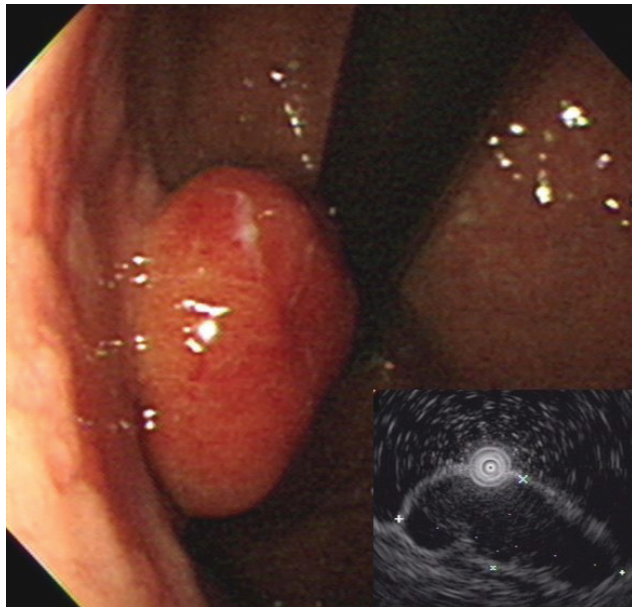
이준행: IgG4-related disease가 알려지기 전까지 각 장기별 특성에 따라 별도의 진단명이 있었습니다. 저희 소화기내과 의사에게 관심있는 영역은 autoimmune pancreatitis, sclerosing mesenteritis, retroperitoneal fibrosis 등인데 위장관 상피하종양의 양상으로 발현될 수 있습니다. 증상이 없으면 치료 없이 경과관찰할 수 있습니다.

조진웅: 저도 전신적으로 involvement한 소인이 보이는 경우에는 스테로이드를 단기간 사용하거나 반응이 없으면 azathioprine을 쓰면서 경과관찰합니다.

위 말트 림프종

Gastric MALT lymphoma

양민아 | 예수병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

73세 여자가 검진 목적으로 위내시경 검사를 시행하였고 상부 위체부 후벽에 약 3 cm 정도 크기의 발적을 보이는 점막을 가진 돌출형 종괴가 관찰되었다. 내시경초음파에서 점막근층에 국한된 균등한 무에코성 병변이 관찰되었다.

진단 및 경과

Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma (MALT lymphoma)

진단을 목적으로 상부위장관내시경 점막하박리술을 시행하였고 조직검사 결과 37 mm × 25 mm의 MALT lymphoma로 확진되었으며 점막하 침윤은 관찰되지 않았다. *H. pylori* 항원검사와 CLO 검사에서 음성이었으나 제균 치료하였고 재발 없이 경과관찰 중이다.

해설

위 MALT 림프종은 비교적 드물고 내시경적 특징이 다양하여 조기 진단이 쉽지 않다. 내시경 육안 소견이 중요하며 의심되면 적극적인 조직검사가 필요하고, 침윤 깊이나 주변 임파절 평가에 내시경 초음파가 도움이 된다. *H. pylori* 감염이 중요한 역할을 하며, 제균 치료로 약 80%에서 관해가 유도된다. 관해 후에는 정기적인 추적관찰이 필요하며, 제균 후에도 관해되지 않거나 *H. pylori* 음성인 위 MALT 림프종은 방사선 치료, 항암화학요법, 수술 등을 시행할 수 있다.

토의

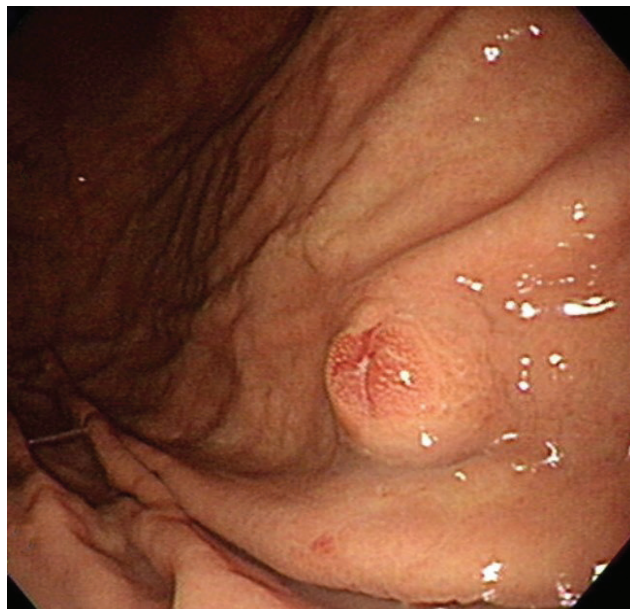
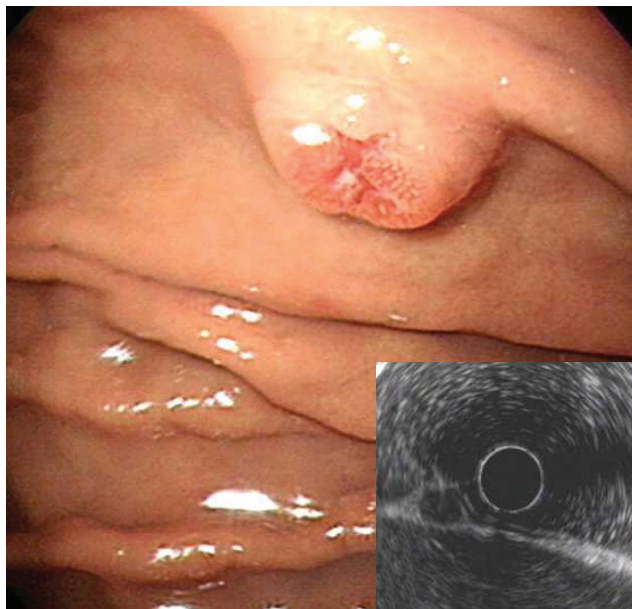
명대성: 저는 geographic ulcer인 MALToma를 주로 보고 있어서, SMT 형태를 띄는 MALToma는 처음 봤습니다. 선생님께서 EUS를 통해 SM층을 침범하지 않았다는 것을 감별한 후 ESD로 잘 치료하신 것 같습니다.

이준행: 위 말트 림프종의 내시경 분류법은 많은 저자들이 제시하고 있으나 저는 다음과 같이 나누고 있습니다. (1) gastritis-like MALTomas, (2) multifocal atrophy pattern MALTomas, (3) multinodular MALToma, (4) ulcer MALTomas, (5) polypoid /mass/SMT-like MALToma, (6) EGC-like MALTomas. 실제로는 약간 지저분하면서 불규칙하게 분포하는 미란성 위염과 비슷한 형태를 보이는 경우가 가장 많습니다. 점막하종양 양상으로 보이는 경우는 절제술 후 진단되거나 장기 추적관찰에서 뒤늦게 진단되는 경향입니다.

위 사구 종양

Gastric glomus tumor

양민아 | 예수병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

78세 남자가 검진 목적으로 위내시경 검사를 시행하였고 위체부 소만에 약 12 mm 정도 크기의 중심부 궤양을 가진 융기형 병변이 관찰되었다. 내시경초음파에서 점막하층에서 기원하는 종양의 소견을 보였다.

진단 및 경과

사구 종양

진단을 목적으로 상부위장관내시경 점막하박리술을 시행하였고 조직검사 결과 15 × 12 mm의 사구 종양으로 확진되어 경과관찰 중이다.

해설

위 사구 종양은 사구체에서 발생하는 종양으로 궤양이나 출혈을 동반되거나 일부에서는 무증상으로 우연히 발견되기도 한다. 점막하종양의 형태로 나타나므로 내시경초음파 검사가 감별에 중요한 역할을 한다. 대개는 양성 경과를 보이거나 전이를 일으키기도 한다. 치료는 음성 절제연을 확보한 국소 절제술이 추천되고 있으며 최근에는 내시경을 이용한 절제술도 시행되고 있다.

토의

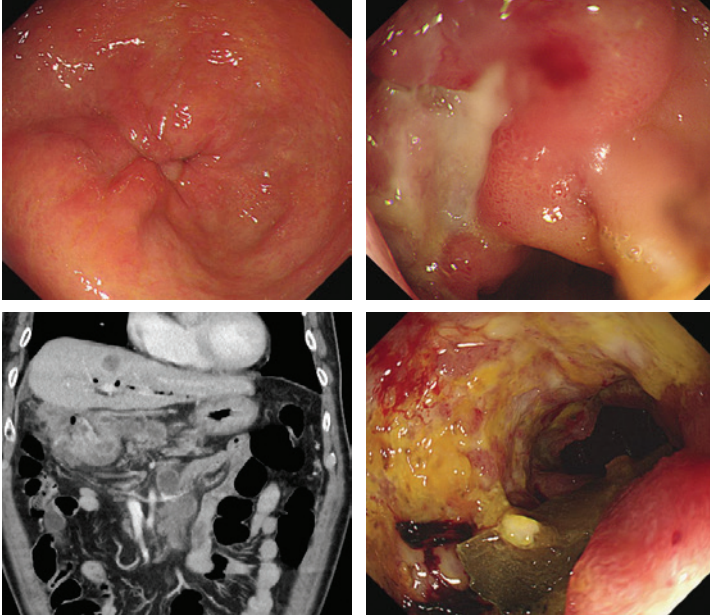
이준행: 위 사구 종양은 위장관에서는 드물게 발견되지만 원래 손가락 같은 데서 손톱 옆에 많이 발생하는 경향이라고 알고 있습니다. 위에서 발생할 때는 이상하게도 약간 표면이 빨갱게 보이는 예가 있다고 책에 기술되어 있는데, 이 환자도 표면이 일반적인 SMT와는 달리 빨갱게 되어 있어서, 돌이켜 보건대 이 자체가 glomus tumor의 소견 중에 하나일 것 같다고 생각할 수 있겠습니다. 위 사구종양은 면역화학염색에서 VT (vimentin)과 SMA (smooth muscle actin)은 양성, c-kit, CD31, Factor VIII 등은 음성인 경우가 많습니다.

양민아: 이 증례의 환자는 SMA 양성이었다는 것으로 기억하고 있습니다.

양성 십이지장 궤양과 유사한 원발성 십이지장암

Primary duodenal adenocarcinoma mimicking benign duodenal ulcer

왕준호 | 건국대학교의료원 충주병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

75세 남자가 내원 10일 전부터 심와부 통증을 주소로 내원하였다. 이 환자는 3년 전 담석 제거 후 추적관찰 중이었다. FGS 상 유문부(pylorus)에서 특이 소견이 보이지 않았다. 십이지장 bulb에서 관찰된 5각형 궤양의 마진은 일부에서 명확하게 경계가 없었고 모서리 병변이 진행하는 듯한 모양이었다. PPI를 약 10주간 투여한 후 추적검사한 상부위장관 내시경에서 십이지장 궤양이 유문부와 distal bulb 방향으로 침입하였고 lumen을 circling하는 궤양성 침윤성 병변으로 관찰되었다.

진단 및 경과

내시경 검사에서 조직검사를 시행했으며 poorly differentiated adenocarcinoma로 진단되었다.

복부 CT: About 1.6 cm-sized, ovoid lesion with peripheral rim enhancement in the segment 4 and 9 mm-sized lesion in the segment 6 of the liver. About 4 cm-sized, conglomerated lymph nodes in the common hepatic chain and 1.5 cm-sized lymph nodes in the retropancreatic and proximal splenic chains.

해설

십이지장 궤양의 원인은 진통제 복용과 헬리코박터균이 연관되어 있으며, PPI와 헬리코박터 제균 치료로 잘 호전되는 것으로 알려져 있다. 원발성 십이지장암은 매우 드문 질환으로 알려져 있다, 본 증례의 경우 십이지장에 궤양이 관찰된 이후 짧은 시간에 추적관찰한 위내시경에서 십이지장 궤양이 궤양성 침윤성 병변으로 관찰되었고, 조직검사에서 poorly differentiated adenocarcinoma가 관찰되어 원발성 십이지장 악성 궤양이 의심된다. 한편으로 복부 CT에서 간에 악성 병변과 전이된 림프절들이 관찰되어 십이지장에 전이된 병변이 궤양으로 관찰되었을 것으로도 생각된다. 십이지장 궤양도 보통 관찰되는 원형의 양성 궤양이 아닌 경우 악성을 의심해 보아야 할 것으로 생각된다.

토의

조진웅: 십이지장 궤양은 대부분 양성이지만 간혹 악성도 있습니다. 일반적인 benign ulcer로 생각이 되는 경우에는 6주 정도 약물 치료해 보지만, 궤양의 margin이 irregular 하거나 조금이라도 의심되면 조직검사를 하는 것이 좋겠습니다.

췌관내 유두상점액종양의 위 침윤으로 관찰된 암

Adenocarcinoma observed as gastric infiltration of IPMN

왕준호 | 건국대학교의료원 충주병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

82세 여자 환자가 1달 전부터 복통, 식욕 부진, 체중 저하를 주소로 내원하였다. 이 환자는 25년 전 췌장에 혹이 있어 수술한 과거력이 있으며, 병변을 완전히 절제하지 못했다고 한다. 최근 췌장암이 위, 대장으로 전이되어 보존적 치료 중이다. 위 내시경에서 위체부 후방부에 과도하게 분비된 뮤신으로 덮여진 3.5 cm의 모성 종양이 관찰되었다.

진단 및 경과

복부 CT에서 주 췌관은 확장되어 있으며, 확장된 병변은 위 후벽으로 침윤된 것으로 관찰되었다. 내시경 검사에서 조직검사를 시행했으며 췌장에서 침입한 mucine producing adenocarcinoma로 진단되었다.

해설

Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN)은 췌장관의 확장과 과도한 뮤신을 분비하는 상피세포가 특징이다. IPMN은 저등급의 종양이 선종에서 암까지 진행할 수 있는 전암 병변이고 외과적 절제로 근치적 치료가 가능하다. 그러나 병변이 진행할 경우에는 일차적으로 췌장 실질, 그리고 주위 림프절을 우선적으로 침범하는 것으로 되어 있다. 더 진행하면 주위 장기로도 침입할 수 있으며, 십이지장, 담관 그리고 위의 순서로 침입을 한다고 알려져 있다. 주위 장기로 침입한 경우 5년 생존율 28% 이하로 보고되어 있다.

토의

이준행: 매우 흥미로운 증례라고 생각합니다. 점액종양에서 mucin이 좀 묻어 있는 건 봤지만 이처럼 뚜렷하게 구름처럼 덮고 있는 모습은 처음 본 것 같습니다.

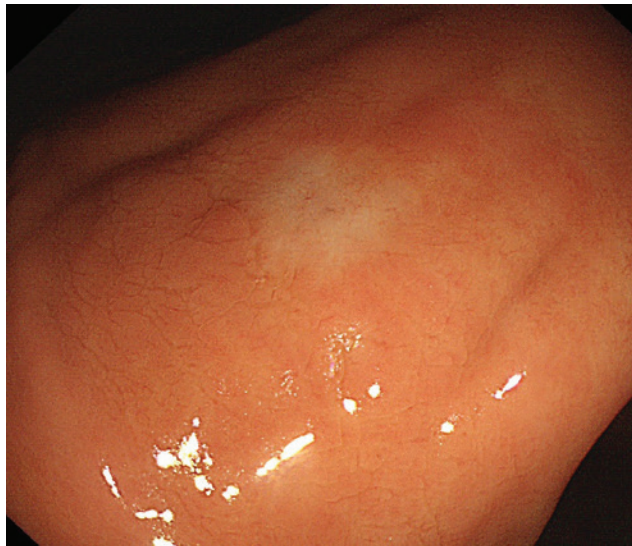
왕준호: IPMN은 원발전이는 아니지만 국소적으로 진행되어 주위 장기로 침윤하는 특징이 있는 것으로 문헌에 기술되어 있습니다.

이준행: Mucin이 현저한 종양에서 IPMN 위침윤을 의심해야 한다는 교훈을 주는 드문 증례라고 생각합니다.

색조 변화로 발견된 조기위암

Early gastric cancer

조진웅 | 예수병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

72세 여자 환자가 건강검진으로 시행한 내시경 검사에서 하체부 소만부에 1 cm 크기의 하얀 색조 변화가 발견되었으며 조직검사에 미분화암으로 진단되었다.

진단 및 경과

표면이 매끈하고 크기가 작아서 내시경점막하박리술을 이용하여 병변을 제거하였다. 최종 조직검사에서 0.6 × 0.4 cm, Poorly cohesive carcinoma, signet-ring cell type (반지세포암)이었으며 lamina propria layer만 침범하였으며 완전절제하였다.

해설

미분화위암은 전이의 위험 때문에 내시경적 절제의 절대 적응증은 아니다. 다만 2 cm 이하의 점막에 국한된 미분화위암은 내시경점막하박리술의 확대 적응증(expanded indication)에 속한다. 초기에 발견된 반지세포암은 다른 세포형에 비해 국소림프절 전이가 적고 예후가 좋다. 내시경 절제 후 병리조직 검사에서 절제면에 종양 세포가 발견되는 경우가 있는데 이는 반지세포암의 일부는 상피하로 자라는 양상을 갖기 때문이다. 내시경 검사에서 초기의 반지세포위암은 체부에서 많이 발견되며 색조 변화, 함몰, 궤양으로 나타난다.

토의

문희석: Signet ring cell 크기가 이렇게 작고 superficial하면 조심스럽게 ESD를 시도할 수는 있지만 주름에 어떤 변화가 있거나 경계가 불명확하면 저는 대부분 수술을 했던 것 같습니다.

이준행: Signet ring cell carcinoma는 점막암의 경우 flat white discolored area로 관찰되는 경우가 많습니다. ESD의 확대 적응증인데 보통 1-1.5 cm 이하의 경우에 시도하고 있습니다. 병리학적 완전절제인 경우 예후는 좋습니다.

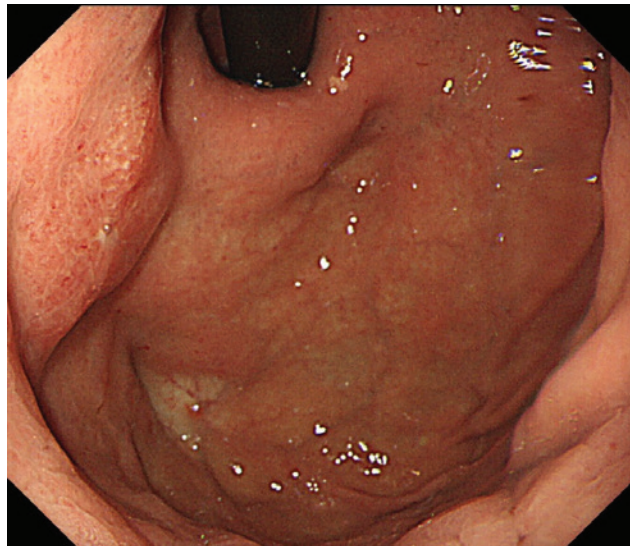
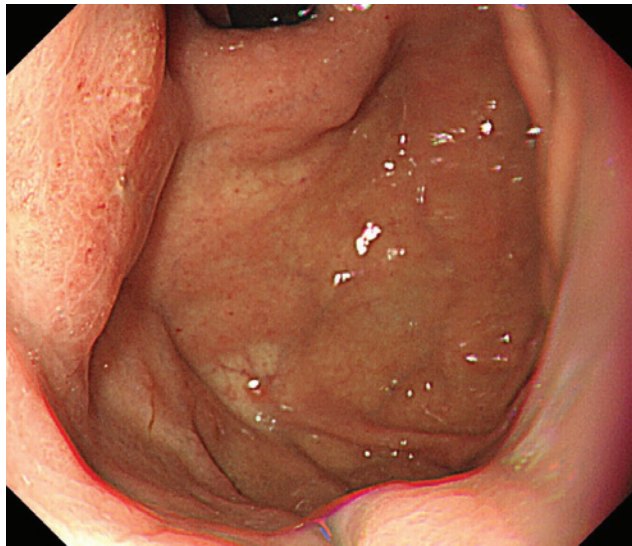
명대성: 일반적으로 조기위암 내시경 치료 CT FU을 어떻게 하시는지, 그리고 이 환자처럼 poorly differentiated나 signet ring cell인 경우에는 좀 다르게 적용하는지 두 가지 관점에서 의견을 주시면 고맙겠습니다.

조진웅: 2년 간은 6개월 간격으로 FU 하고 있고, 이후 3년 간은 1년에 한 번 FU 하고 있습니다. Signet ring cell이나 poorly였다가 해서 다르게 가져가지는 않고 있습니다. 기타 매우 고령이거나 크기는 1-2 cm 사이지만 추적을 원할 경우에는 3년까지 6개월 간격으로 FU 하고 있습니다.

식도암의 위전이

Gastric metastasis from esophageal squamous cell carcinoma

조진웅 | 예수병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

66세 남자 환자가 중부식도의 편평상피세포암에 대해 항암방사선 치료를 받았으며, 7개월 후 시행한 내시경 검사에서 상체부 후벽에 2.5 cm 크기의 용기형 병변이 발견되었다. 비교적 경계가 명확한 종괴가 약간의 홍조를 동반하고 있었으며, 조직검사상에서 식도암의 위 전이로 진단되었다.

진단 및 경과

환자는 처음 내원 당시 중부식도에 환형으로 자라나는 종괴를 가지고 있었으며, 수술 전 검사에서 흉부와 복부에 다발성의 림프절 전이를 가진 cT2N3로 평가되어 항암방사선 치료를 시행하였다. 치료 7개월 후 시행한 내시경 검사에서 식도의 종괴는 발견되지 않았지만, 위체부 후벽에 종괴에서 식도암의 위전이 발견되었고 영상 검사에서 복막과 폐 전이가 다발성으로 관찰되었다. 환자는 3개월 후 사망하였다.

해설

위의 전이성 종양은 드물지만 원발 부위는 식도가 가장 흔하다. 식도암에 의한 위 전이는 위벽내 원격 전이, 위 주위 림프절 전이를 통한 위벽 침윤, 복강내 전이를 통한 위벽 침윤을 통해 발생한다. 분문부 전이는 원격 전이나 위 주위 림프절의 침윤에서 많이 보이며 이는 식도와 위의 분문부는 풍부한 점막하 림프관망으로 연결되어 있기 때문이다. 분문부 위벽 전이는 매끈한 경계를 보이는 점막하 종양의 양상을 보이거나 위선암과 유사한 소견을 보이며 궤양을 동반한다. 림프절 전이에 의한 위벽 침윤에서는 분문의 소만 쪽에 외부 종괴에 의한 압흔 양상을 보일 수 있다. 내시경 소견으로 보아 본 증례는 식도암의 분문부 원격 전이로 생각된다.

토의

조진웅: 위와 식도가 림프관 망이 많이 연결이 되어 있기 때문에 그 림프관 망을 통해서 식도벽에서 위벽으로 전이가 일어난 식도암 증례라고 추정합니다.

이준행: 식도암 수술 시 위 주변 림프절을 박리하는 바와 같이 식도암은 복강내 림프절로 전이하는 경우가 많습니다. 이 경우 extrinsic compression으로 관찰될 수 있습니다.

IN DEPTH CASE ANALYSIS

증례를 통해 살펴보는 EGC IIc의 치료 방침 결정에서 고려해야 할 사항들

이준행 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

내시경 소견

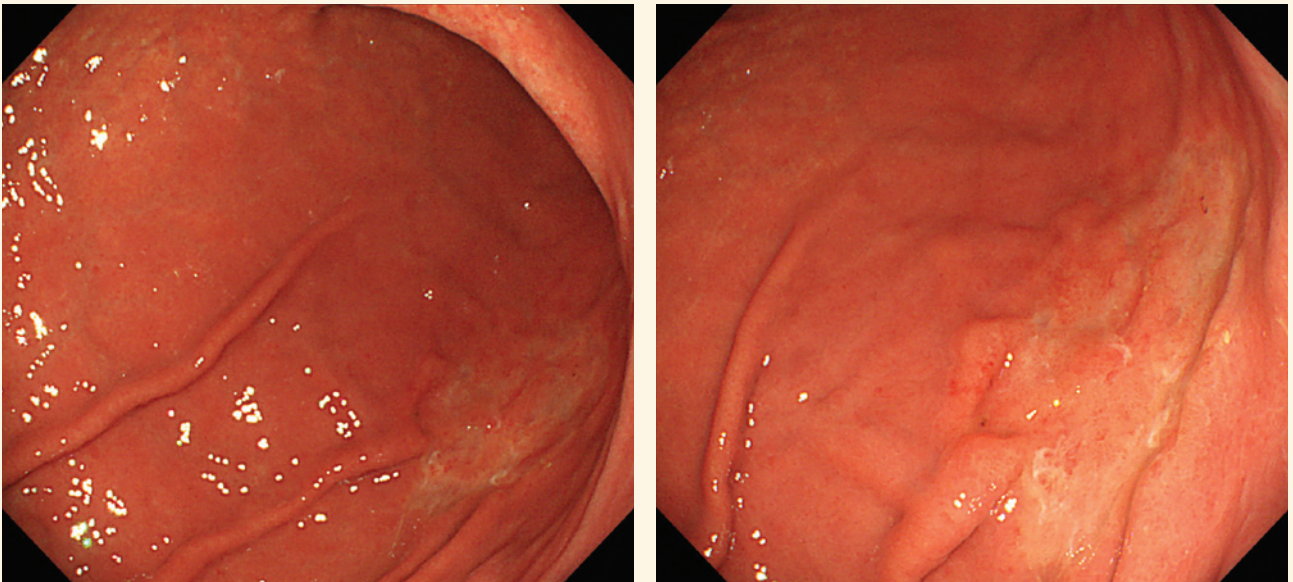


그림 1. 내시경 소견

- 위치: 위체하부 후벽
- 크기: 3 × 3 cm
- 주소견: Pale depressed lesion
- 부소견: 정상 점막과 병소의 edge는 다소 불분명하지만 flat round depressed lesion으로 관찰된다. 병소 바닥은 균일하지 않게 퇴색되어 있으나 tumor island는 없다. 주변 점막은 비교적 정상인데 위체하부의 정상 주름 2개가 flat depressed lesion에 의하여 단절되어 있다.
- 내시경 진단: 조기위암
- 분류: IIc

병리 및 CT 소견

병소의 edge와 바닥에서 시행한 조직검사는 tubular adenocarcinoma, moderately differentiated로 보고되었다(그림 2). CT에서 조기위암 병소는 관찰되지 않았고 림프절 종대나 원격 전이 소견은 없었다(그림 3).

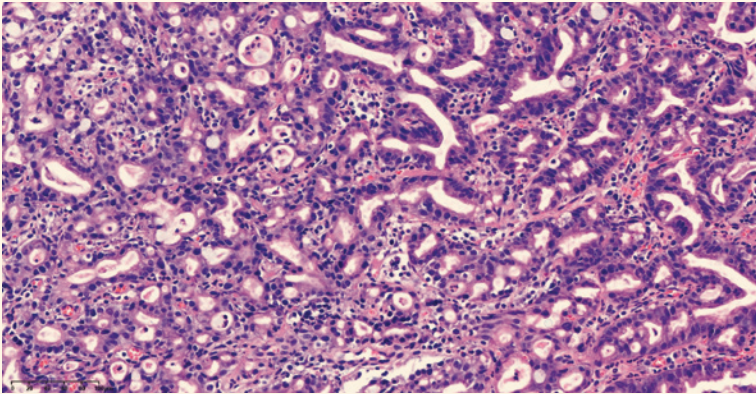


그림 2. 내시경 조직검사

Tubular adenocarcinoma, moderately differentiated

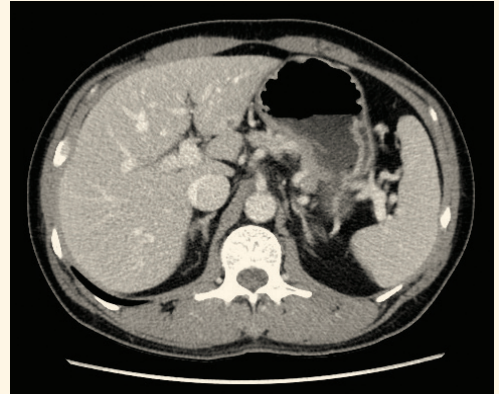


그림 3. 컴퓨터단층촬영 검사

위암 병소가 보이지 않음. 림프절 전이 소견 없음.

치료

50대 남성에서 발견된 경계가 다소 불분명한 flat depressed type의 조기위암이었다. 약간 함몰된 모양이지만 그로 인하여 정상 위주름이 뚜렷하게 단절되어 있었고, 병소를 향하여 끌려오는 새로운 주름은 없었다. 크기는 3 cm 혹은 그보다 조금 클 것으로 추정되는 상황이었는데 병소의 위치는 위체하부 대만으로 내시경 절제술을 위한 접근이 다소 까다로울 수 있는 위치였다. 주름 절단을 동반한 함몰형 위암으로 크기가 절제적응증 기준을 초과하고 내시경 절제술도 쉽지 않은 위치인 점을 고려하여 내시경 절제술보다는 수술적 치료를 권하였다. 부분위절제술(subtotal gastrectomy)을 시행하였다(그림 4).



그림 4. Subtotal gastrectomy 절제 표본

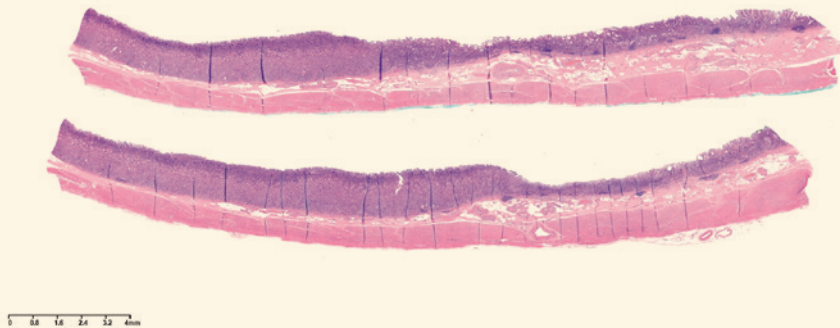
수술 후 최종 병리 결과는 아래와 같았다. 장경 4 cm, 점막에 국한된 중등도 분화 선암이었고 림프절 전이는 없었다(그림 5).

Stomach, radical subtotal gastrectomy: early gastric carcinoma

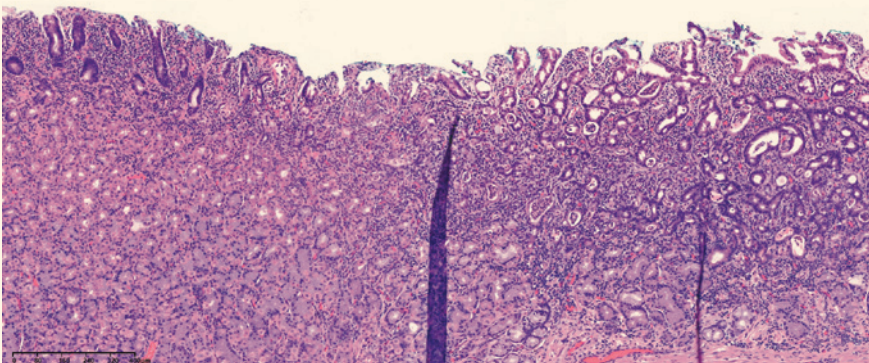
1. Location: lower third, center at body and greater curvature
2. Gross type: EGC type IIc
3. Histologic type: tubular adenocarcinoma, moderately differentiated
4. Histologic type by Lauren: mixed
5. Size: 4.0 × 3.0 cm

6. Depth of invasion: invades mucosa (muscularis mucosae) (pT1a)
7. Resection margin: free from carcinoma, safety margin: proximal 1.5 cm, distal 10.5 cm
8. Lymph node metastasis: no metastasis in 33 regional lymph nodes (pN0) (0/33: "3", 0/7; "4", 0/7; "1", 0/4; "11p", 0/1; "12a", 0/4; "4sb", 0/0; "5", 0/0; "6", 0/2; "7", 0/2; "8a", 0/3; "9", 0/2; "4d", 0/1)
9. Lymphatic invasion: not identified
10. Venous invasion: not identified
11. Perineural invasion: not identified
12. AJCC stage by 8th edition: pT1a N0
13. c-erbB-2(HER2): negative (1+)
14. MLH1: intact

A



B



C

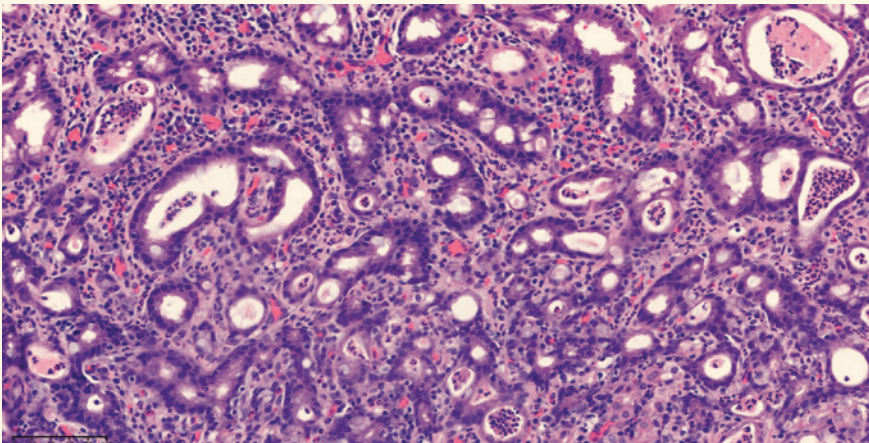


그림 5. 수술 병리

- (A) 좌측 절반은 정상, 우측 절반은 점막에 국한된 위암.
 (B) 정상과 위암의 경계부위.
 (C) Tubular adenocarcinoma, moderately differentiated

고찰

2020년 박찬혁 등이 발표한 '조기위장관암 내시경 치료 임상진료지침'의 권고안 G3는 조기위암 내시경치료의 절대적응증에 해당한다.

권고안 G3: 분화형 선암(well or moderately differentiated tubular or papillary adenocarcinoma)이고 궤양이 없으면서 내시경 소견으로 점막하 침윤이 의심되지 않는 직경 2 cm 이하의 육안적 점막 침범 조기위암은 내시경 절제술을 권고한다(권고등급: 강함, 근거수준: 중등도).

동 권고안 G4는 분화 조직형 조기위암의 내시경치료 확대적응증에 해당한다. 미분화 조직형 조기위암의 내시경치료 확대적응증은 권고안 G5에 언급되어 있다.

권고안 G4: 분화형 선암(well or moderately differentiated tubular or papillary adenocarcinoma)이면서 내시경 소견에서 1) 궤양이 없고 크기가 2 cm를 초과하는 점막암이거나, 2) 궤양이 있으면서 크기가 3 cm 이하인 점막암의 경우 내시경 절제술 시행을 권고한다(권고등급: 약함, 근거수준: 중등도).

본 증례는 초기 평가에서 3 cm 크기의 flat depressed lesion이었으므로 절대적응증(권고안 G3)에는 해당하지 않는다. 문제는 확대적응증(권고안 G4)에 해당하는가 여부이다. 핵심 이슈는 flat depressed lesion을 궤양으로 볼 것인가 여부이다. 만약 flat depressed lesion을 궤양으로 본다면 권고한 G4-1에는 해당하지 않고 G4-2에는 해당한다고 볼 수 있다. 3 cm로 평가하였기 때문이다. 그러나 병소의 경계가 불명확하여 최소한 3 cm이지 좀 더 클 수 있겠다고 추정되었고 비교적 뚜렷한 depression이었기 때문에 필자는 내시경절제술 대신 수술적 치료를 권하였다. 각 항목을 하나씩 평가하면 뚜렷하게 확대적응증을 초과하는 것은 아니었으나 여러 기준이 아슬아슬한 상황이고 내시경 치료가 쉽지 않은 위치라는 점을 고려한 판단이었다. 이에 대해서는 ESD 시술자에 따라 의견이 다를 수 있다고 생각된다.

최종 병리 결과는 4 cm 크기의 muscularis mucosa cancer였는데 시술 전 추정하였던 것보다 1 cm 정도 큰 것으로 나왔다. 다행스럽게 림프절 전이가 없었다.

토의

이준행: 위체 하부 후벽에 3 × 3 cm 크기의 pale depressed lesion이 발견되었고 조직검사서 moderate differentiated adenocarcinoma였습니다. 다소 고령인 남성이었는데, 이 정도 병소라면 ESD를 시도해야 할지, 수술을 고려해야 할지 의견을 부탁드립니다.

문희석: 저 같으면 처음부터 바로 수술을 고려할 것 같습니다.

이준행: 일반적으로 3 cm까지는 ESD를 하고 있는데 이 환자는 보시는 바와 같이 명백하게 폴드 커팅이 좀 있고 병소와 병소 경계가 명확하지 않아 resection margin을 정하는 것도 까다로울 것 같아 저도 바로 수술을 선택했습니다. 수술 전 조직검사에서는 moderate differentiated adenocarcinoma가 나왔고 CT에서 특별한 림프절 전이는 없었습니다. ESD 하기 전에 EUS는 거의 안 하고 있는데, 왜냐하면 EUS로 minute submucosal invasion을 확인하기는 거의 어렵다고 판단하기 때문입니다. 수술 결과가 4 × 3 cm 크기의 T1a muscularis mucosa로 나왔고 림프절 전이가 없었습니다. 크기가 4 cm이고 함몰형이었기 때문에 수술이 적절하였다는 생각이 들었습니다.

수술한 부위에 deep mucosa 층의 확대 소견을 보면 gland를 형성하는 moderate differentiated adenocarcinoma였습니다. 분류를 하자면 궤양이 있다고 봐야 할까요, 없다고 봐야 할까요?

명대성: 저도 실제로 그걸 늘 고민을 하고 있는데, 저는 일단 궤양이 없다고 볼 것 같고, Ilc lesion으로 보고 EGC type III 라고 보지는 않을 것 같습니다.

이준행: EGC type III가 아니고 type IIc인데 개념적으로 궤양이 있다고 봐야 할까요, 없다고 봐야 할까요?

조진웅: Type IIc 병변 중에도 궤양이 있을 수도 있고, 없을 수도 있지 않을까 생각합니다.

이준행: 점점 어려워지고 있습니다. 양민아 선생님은 어떻게 생각하십니까?

양민아: 저는 엄밀한 의미에서 궤양이 없다고 생각하고 궤양이 아니라고 생각하는데, 다른 선생님들 의견이 궁금합니다.

이준행: Slightly depressed 된 lesion은 틀림없고 나중에 수술 봤을 때도 그 부분은 약간 함몰된 erosion에 해당하는 정도의 깊이였습니다. 그래서 궤양이 있다고 얘기하기는 어렵지만, 고토다 선생님의 논문을 보면 'ulcer'라는 표현을 쓰지 않고 'ulcer finding'이라는 표현을 썼는데요, 조기암의 거의 50%에서 'ulcer finding'이 관찰됩니다. 그래서 아마 고토다 선생님이 얘기하신 'ulcer finding'은 'erosion' + 'ulcer'가 아닐까 추측합니다.

명대성: 실제로 조기위암의 생활사에서 보면 워낙 EGC 모양이 천차만별이고 이전에 궤양이 있었다가 회복된 병변이 있기 때문에 'ulcer finding'이라고 설명한 것 같습니다.

이준행: Scar 타입의 depressed lesion이나, EGC type III는 전체 EGC중 mucosa cancer에서 보통 10% 내지는 5% 미만인데 고토다 논문에 보시면 'ulcer finding'이 50% 정도로 추산됩니다. 아마 굉장히 넓은 의미에서 조금이라도 함몰되었으면 모두 'ulcer finding'이라고 한 것이 아닌가 해석하기도 합니다.

조진웅: 궤양이 있는지 여부를 병리적인 기준에 의해서 판단해서 발표한 논문들이 간혹 있지 않습니까?

이준행: 네, 그런 것 같습니다. 관련해서 중요한 질문을 해보겠습니다. 병리 소견을 볼 때 병리학자가 궤양이 있다고 하면 그에 따라서 판단을 달리 하시는지, 아니면 침윤 깊이와 림프선 침윤만 고려하시는지 궁금합니다.

명대성: 저희 병원에서는 병리적으로 'ulcer finding' 여부를 잘 언급하지는 않으셔서 저는 그것을 판단의 기준으로 삼고 있지는 않습니다.

이준행: 병리학적 궤양에 대해서는 오늘 이 자리에서 모두 논하기는 어렵지만 아직 명확하게 정리가 안 된 부분이 있는 것으로 생각합니다.

코로나19에 따른 어려움 속에서 바쁜 일정에도 불구하고 실용적인 경험과 식견을 나누어 주신 여러 선생님들께 다시 한번 감사드리며 자리를 정리하겠습니다.

IR-Esomeprazole 에소듀오정

Esomeprazole 20mg / Sodium bicarbonate 800mg
Esomeprazole 40mg / Sodium bicarbonate 800mg
속방형 에스오메프라졸¹⁾



Speed 복용 30분 이내 최고혈중농도 도달¹⁾²⁾



Efficacy Dual Action(PPI+제산제)²⁾



Price 경제적 약가(40mg: 920원/정, 20mg: 720원/정)³⁾

ENDOSCOPY
ATLAS OF
GASTRIC DISORDERS