



2022-08

발송일: 2022년 8월 19일

## 위 점막하 종양으로 발현한 황색육아종성 위염 (xanthogranulomatous gastritis)

### 증례

58세 남자가 내원 2일 전부터 시작된 상복부 통증과 발열로 외부 병원에 내원하여 상부위장관내시경을 시행하였고 유문륜 주위의 종괴가 발견되어 전원되었다. 38갑년의 현재 흡연자였고, 사회적 음주력이 있었으며 어머니가 위암으로 진단된 가족력이 있었다. 내원 당시 활력징후는 체온 37.9도, 혈압 142/89 mmHg, 맥박 103회/분, 호흡수 18회/분으로 발열과 빈맥이 동반되어 있었다. 신체검진에서 상복부에 압통이 있었으나 복부는 전반적으로 부드러웠고 반발통은 없었다. 혈액검사에서 백혈구 10,400/ $\mu$ L, 혈색소 14.4 g/dL, 혈소판 236,000/ $\mu$ L 이었고 blood urea nitrogen (BUN) 11.5 mg/dL, creatinine 0.84 mg/dL, aspartate transaminase (AST) 25 IU/L, alanine transferase (ALT) 27 IU/L, amylase 47 IU/L, lipase 24 U/L, C-reactive protein (CRP) 8.4 mg/dL 이었다.

외부 병원에서 시행한 상부위장관내시경에서 유문륜 후벽측 점막의 전반적인 부종과 발적이 보이고 내강으로 돌출되어 있어 유문륜이 다소 좁아진 소견을 보여 상피하 종양이나 외부 종괴의 침윤을 의심할 수 있었다 (Fig. 1). 본원에서 시행한 내시경초음파에서 유문륜 후벽측 고유근층에 약 40mm 크기의 균일하지 않은 저에코 병변이 관찰되었으며 병변 내부에 불규칙한 에코성 물질 (echogenic material)들이 흩어져 있었다 (Fig. 2). 복부 CT에서는 원위 전정부에 약 3.7cm 크기의 종양성 병변이 관찰되었고, 변연부는 조영 증강이 되며 병변 내부는 중격화 (septation) 소견을 보였다. 또한 위 주변의 연부 조직에 지방 침윤 (fat infiltration) 소견과 림프절 비대가 관찰되었다 (Fig. 3).

악성 위장관간질종양 (malignant gastrointestinal tumor) 가능성을 고려하여 위 부분 절제술 (subtotal gastrectomy)과 림프절 박리를 시행하였다. 수술 후 확인된 최종 병리 결과 위벽과 주변 조직으로 광범위한 염증 세포의 침윤과 함께 거품 모양의 내용물이 포함된 조직구 (foamy histiocyte)인 황색세포가 침윤되어 있어 황색육아종성 염증 (xanthogranulomatous inflammation)으로 진단되었다 (Fig. 4). 환자는 수술 후 7일째 합병증 없이 퇴원하였고, 외래 추적 진료시 증상이 모두 호전된 상태였으며, 이후 시행한 상부위장관내시경에서도 특이 소견이 없어 추적을 종료하였다.

## 고찰

황색육아종성 염증 (xanthogranulomatous inflammation)은 여러 염증 세포와 foamy histiocyte의 침윤을 동반한 육아종성 염증을 특징으로 하는 드문 염증성 질환으로 [1], 주로 담낭 및 신장에서 발생한다 [2,3]. 위장관에서의 발병은 매우 드문 것으로 알려져 있고, 본 증례와 같이 위에서 발병한 경우는 몇몇 증례 보고만 이루어진 바 있다 [4,5,6].

황색육아종성 염증의 발병 기전은 명확히 알려져 있지 않지만 반복적인 감염, 결석, 비정상적 지질대사, 면역학적 이상, 림프관 폐쇄 등이 연관되어 있다고 제시되어 왔다 [7]. 이 질환의 임상적 중요성은 다른 악성 종양과의 감별이 어렵다는 점이다. 본 증례와 같이 이 질환은 많은 경우에서 염증성 종괴를 형성하고, 주변 조직의 침윤과 림프절 비대가 동반될 수 있으므로 진행성 악성 종양과의 감별이 매우 어렵다. 또한 실제로 악성 종양이 동반된 황색육아종성 염증도 보고된 바 있으므로, 결국 대다수의 경우에서 진단 겸 치료의 목적으로 수술적 절제가 요구된다 [5,8].

Figures



Figure 1. Upper endoscopy shows edematous and hyperemic mucosal change around the posterior side of the pyloric ring. Although the pyloric lumen was narrowed, scope passage was possible.



Figure 2. Endoscopic ultrasonography shows heterogenous hypoechoic mass with internal hyperechoic materials of about 40mm in diameter around the posterior side of the pyloric ring.



Figure 3. Abdominal CT scan shows rim-enhancing mass with internal septation around the distal antrum. Perigastric fat infiltration and enlarged perigastric lymph nodes were also noted.

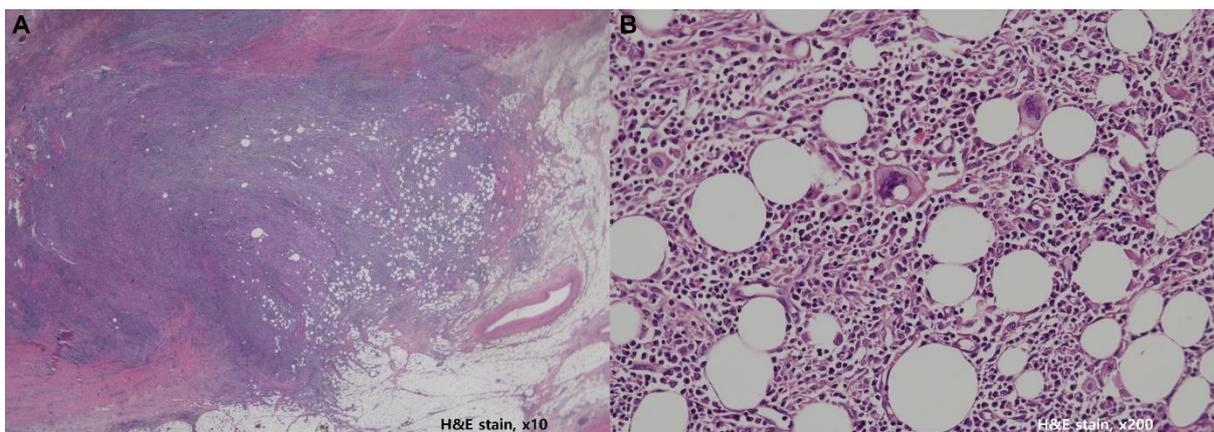


Figure 4. Histopathological findings. Dense infiltration of plasma cells and foamy histiocytes was noted. (A, H&E stain, x10; B, H&E stain, x200)

## References

1. Cozzutto C, Carbone A. The xanthogranulomatous process. Xanthogranulomatous inflammation. *Pathol Res Pract.* 1988;183:395-402.
2. Benbow EW. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Br J Surg.* 1990;77:255-256.
3. Korkes F, Favoretto RL, Bróglia M, Silva CA, Castro MG, Perez MD. Xanthogranulomatous pyelonephritis: clinical experience with 41 cases. *Urology.* 2008;71:178-180.
4. Tsukada T, Nakano T, Miyata T, Sasaki S, Higashi K. Xanthogranulomatous gastritis mimicking malignant GIST on F-18 FDG PET. *Ann Nucl Med.* 2012;26:752-756.
5. Kinoshita H, Yamaguchi S, Sakata Y, Arii K, Mori K, Kodama R. A rare case of xanthogranuloma of the stomach masquerading as an advanced stage tumor. *World J Surg Oncol.* 2011;9:67.
6. Park MK, Yang HJ, Lim CH, Kim TH, Kim CW, Kim JA, Kim W, Han SW. Xanthogranulomatous Inflammation Presenting as a Submucosal Mass of the Stomach. *Korean J Gastrointest Endosc* 2009;38:284-287.
7. Antonakopoulos GN, Chapple CR, Newman J, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis. A reappraisal and immunohistochemical study. *Arch Pathol Lab Med.* 1988;112:275-281.
8. Aikawa M, Ishii T, Nonaka K, et al. *Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi.* 2009;106:1610-1615.

리뷰: 이재곤 (한림대학교동탄성심병원)