



본지는 내시경을 통한 질병의 진단과 치료를 시행하고 있는 임상분들에게 내시경의 술기와 통찰을 제공하는 실질적인 교육 프로그램으로, '이준행 교수와 함께 배우는 내시경의 이론과 실제' 제목의 2026년 연중기획(12회)을 진행합니다. 진료현장에서 내시경을 통한 질병의 진단과 치료를 담당하고 계신 임상분들께 내시경의 이론과 실제에 대한 실질적인 교육의 기회가 제공될 수 있기를 바랍니다.

[실전] 위 MALT 림프종의 진단과 치료

이준행, 박성빈

삼성서울병원 소화기내과

서론

위 MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) 림프종은 진단단계에서 놓치기 쉽고, 치료 후 너무 서둘러 추가치료를 시행하기 쉬운 질환이다. 내시경 소견이 위염이나 미란과 비슷한 경우가 많고, *Helicobacter pylori* 제균 후에도 조직학적 관해가 완성되기까지 수개월에서 1-2년이 걸릴 수 있기 때문이다.¹

국내 9개 기관에서 진단된 1163명을 분석한 연구에서 10년 전체생존율은 99.1%였다.² 진료의 관건은 모든 검사를 일률적으로 시행하거나 잔존 병리를 서둘러 없애는 데 있지 않다. 충분한 조직으로 정확히 진단하고, 제균 후 기다릴 수 있는 병변과 추가치료가 필요한 병변을 구분해야 한다.

질병의 진단기준이 디지털이라기보다는 아날로그에 가까워 병리학적 관찰자 간 차이가 크기 때문에 혼선이 많다. 진단 코드가 암(C 코드)이기 때문에 환자들의 근심과 걱정이 큰 반면, 약물치료를 끝나는 경우가 많고 예후는 아주 좋기 때문에 의사와 환자 사이의 신뢰관계가 치료의 핵심적인 요소다.

1. 내시경에서 언제 의심할 것인가?

위 MALT 림프종의 내시경 소견은 일정하지 않다. 국소 홍반, 다발성 미란, 위축 또는 퇴색 점막처럼 양성 위염에 가까운 모습부터 결절, 비후 주름, cobblestone mucosa, 조기위암 IIc형과 비슷한 함몰, 궤양성 침윤, 용종, 점막하종양 또는 종괴까지 다양하다. 위의 어느 부위에서나 발생할 수 있으며, 다발성 병변도 드물지 않다.¹

육안 소견만으로 조기위암이나 양성 염증과 안정적으로

구분할 수는 없다. 이전 검사에서 보이지 않던 국소 점막 변화, 설명하기 어려운 다발성 미란, 경계가 흐린 함몰, 부드럽게 이어지는 주름 비후, 전형적인 위암의 모양과 맞지 않는 궤양성 병변이 보이면 조직검사를 시행한다. 병변이 작거나 평평하다는 이유로 생검을 미루면 진단이 늦어진다.¹

위 MALT 림프종의 내시경적 특징은 '특징이 없는 것'이라고 가르치고 배워 왔다. 그 만큼 다양한 모양을 가질 수 있다는 의미다. 특히 '고도 요소를 가진 MALT 림프종'을 위 MALT 림프종에 포함시키던 시절에는 진행성 위암과 비슷한 형태를 보인 경우도 있었다. 그러나 '고도 요소를 가진 MALT 림프종'을 MALT 림프종에 포함시키지 않게 되면서 현재의 위 MALT 림프종은 대부분 위염이나 조기위암과 비슷한 모양을 보이는 종류들이다.

내시경적 특징에 따른 분류법은 많은 저자들이 제시하고 있으나 필자는 다음과 같이 나누고 있다. (1) gastritis-like MALToma, (2) multifocal atrophy pattern MALToma, (3) ulcerative MALToma, (4) polypoid/mass/SMT-like MALToma, (5) EGC-like MALToma, (6) Others.

이 중 약간 지저분하면서 심하고 불규칙하게 분포하는 미란성 위염과 비슷한 형태를 보이는 경우가 가장 많다. 과거에는 multinodular 형태의 MALToma를 분류에 넣었으나 해당하는 환자가 거의 없어서 Others에 포함시키기로 하고 분류에서 삭제했다(그림 1).

2. 조직검사와 병리 결과의 해석

교과서적으로 위 MALT 림프종의 병리학적 특징은 다음과 같은 5가지 소견으로 정리됐다(그림 2). (1) 정상적

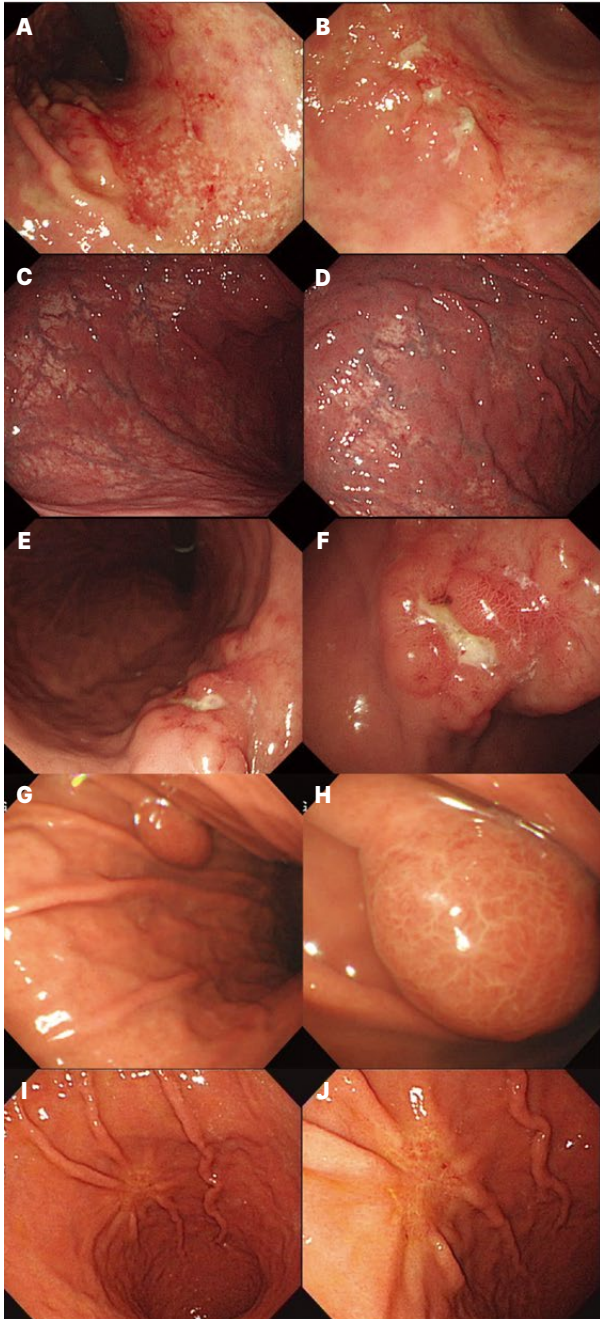


그림 1. 위 MALT 림프종의 내시경 분류.

(A, B) gastritis-like MALTomas, (C, D) multifocal atrophy pattern MALTomas, (E, F) ulcerative MALTomas, (G, H) polypoid/mass/SMT-like MALToma, (I, J) EGC-like MALTomas

인 Peyer's patch의 림프조직을 닮은 반응성 림프여포가 있고, (2) Marginal zone/monocytoid B-세포들이 있으며 (Like marginal zone B cells, the neoplastic cells have pale cytoplasm with small to medium-sized, slightly irregularly shaped nuclei containing moderately dispersed chromatin

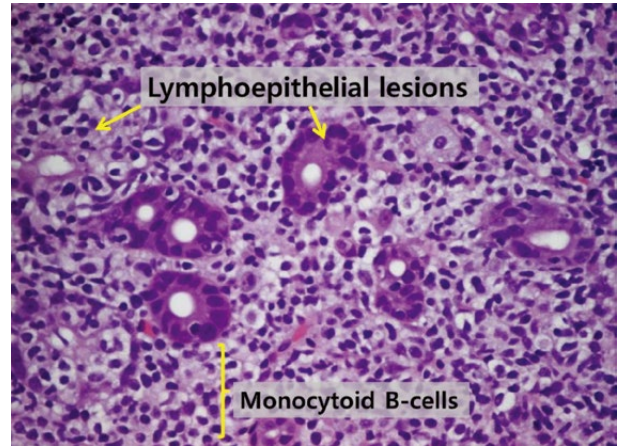


그림 2. 위 MALT 림프종의 병리 소견

and inconspicuous nucleoli. These cells have been called centrocyte-like because of their resemblance to germinal center centrocytes. The accumulation of more abundant pale-staining cytoplasm may lead to a monocytoid appearance of the lymphoma cells, while in some cases the cells more closely resemble small lymphocytes.), (3) Lymphoepithelial lesion (LEL), 즉 3개 이상의 marginal zone cell이 상피 혹은 위 선에 침범해 상피세포의 호산성 변성을 보이는 병변이 보이며, (4) 소림프구와 형질세포가 침윤 (plasma cell infiltration)돼 있고, (5) 여포아세포(centroblast)와 면역아세포(immunoblast)가 출현한다.(Scattered large cells resembling centroblasts to immunoblasts are usually present, but are in the minority and do not form confluent clusters or sheets.) 과거에는 mantle cell lymphoma를 배제하기 위해 cyclin D1 염색 음성임을 강조하는 전문가도 있었으나, 병리의사들의 경험이 쌓이면서 최근에는 cyclin D1 염색은 자주 시행되지 않고 있다.

위 MALT 림프종이 의심되는 환자에서 첫 내시경의 목표는 위 전체에서 수십개의 무작위 생검을 시행하는 것이 아니라, MALT 림프종을 확진하고 동반된 diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) 성분을 놓치지 않을 만큼 조직을 확보하는 것이다. 형태가 다른 대표 병변을 선택해 병변별로 검체를 구분하고 여러 개의 표적생검을 시행한다.

큰 궤양성 병변이나 종괴가 있으면 large-cell component를 확인하기 위해 더 많은 조직을 얻어야 한다.¹ British Society for Hematology (BSH) 지침은 일률적인 mapping biopsy를 필수로 보지 않으며, 병변 위치에 대한 상세한 기록

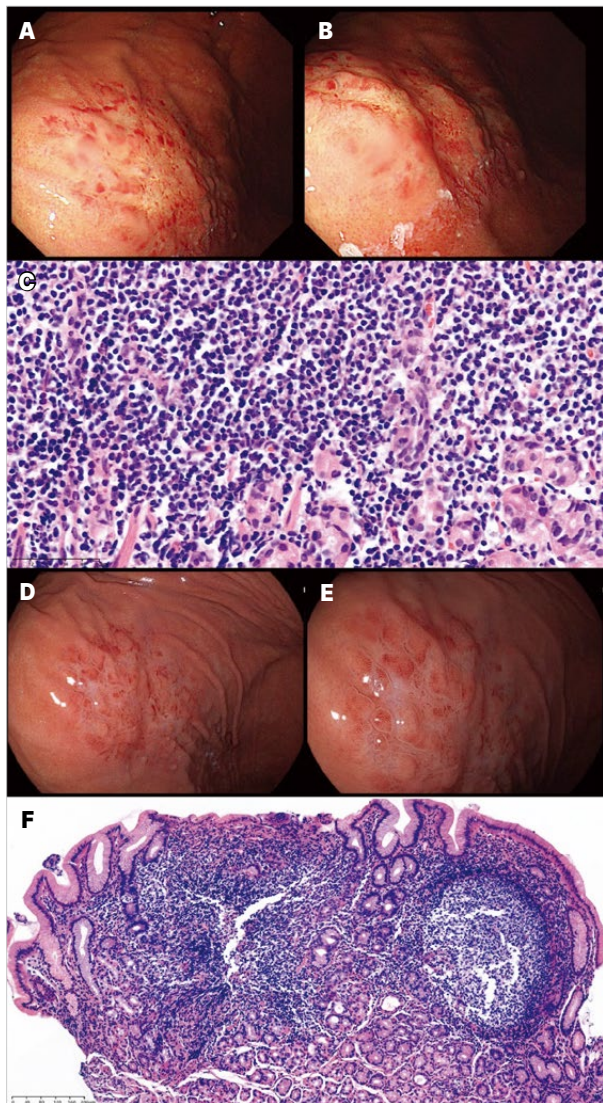


그림 3. 림프종이 의심으로 의뢰돼 재판독과 재검으로 확진됐던 증례.
(A, B) 첫 외부내시경. 위체중부대만에서 국소적인 불규칙한 위염 양상의 발적과 퇴색이 섞인 표면이 불규칙한 병소가 발견됐다. (C) 첫 병리판독은 chronic gastritis with focal suspicious lymphoepithelial lesions였으나 의뢰 후 병리결과 재판독에서 MALT 림프종으로 보고됐다. (D, E) 의뢰 후 내시경 재검. (F) 조직검사에서 MALT 림프종으로 확인됐다.

과 양질의 내시경 사진, 진단이 불확실할 때의 반복 내시경을 권고한다.³

병리 진단은 작은 B세포의 치밀한 침윤, marginal zone expansion, lymphoepithelial lesion 등의 여러 형태학적 소견을 종합해 내린다. Wotherspoon score 5는 MALT 림프종으로 진단할 수 있지만, score 3과 4는 반응성 림프구 증식과 림프종 사이의 회색지대이다.^{1,4} 이 경우 점수만으로 악성 림프종을 확정하기보다 충분한 재생검과 병리 소견에 대한 2

차의견을 들어보는 것이 좋다.

B-cell clonality 검사는 보조적으로 사용할 수 있으나, 검체량과 종양세포 비율에 따라 위음성 또는 해석하기 어려운 결과가 나올 수 있다.⁴ 병리 의뢰서에는 병변의 위치와 형태, *H. pylori* 검사결과, 이전 치료 여부를 적고 large-cell component의 유무를 확인해 달라고 요청한다. 큰 세포가 sheet 형태로 증식하면 과거의 ‘고등급 MALT 림프종’이라는 표현보다 DLBCL 동반 여부를 평가해야 하며, 이후 치료경로도 달라진다.³

실제 임상에서는 suspicious for MALT lymphoma 혹은 국소적으로 lymphoepithelial lesion이 의심된다는 소견으로 의뢰되는 경우가 많다. 외부 슬라이드 재판독과 의뢰 후 내시경 재검에서 MALT 림프종으로 진단되는 경우가 있다(그림 3). 그러나 *H. pylori* 감염에 의한 염증세포 침윤이 MALT 림프종 의증으로 의뢰되는 경우도 많기 때문에 내시경 소견에 대한 조심스러운 재평가와 병리학적 재검이 필요하다.

치료 후 조직은 GELA 분류에 따라 complete response (CR), probable minimal residual disease (pMRD), responding residual disease (rRD), no change (NC)로 평가하는 경우가 많다.⁵ GELA 분류에서 CR과 pMRD는 임상적 관해를 의미하며, rRD와 NC는 림프종이 남아있는 것으로 해석한다.

그런데 GELA 분류에서 사용되는 용어의 의미가 일반적인 언어생활에서의 의미와 다르기 때문에 적지 않은 혼선이 있다. 예를 들어 probable minimal residual disease는, 용어를 직역하면, 아마도 림프종이 조금 남아 있다는 것인데 의학적 의미는 임상적 관해라는 것을 전문 의료인이 아닌 환자가 이해하기는 어렵다.

No change도 혼선을 주기 쉬운 용어다. 일반적으로 내시경이나 영상 소견에서 no change는 긍정적인 의미, 즉 장기 추적관찰에서 no change이면 악성 질환이 아닐 가능성이 높다는 것을 말한다. 오직 위 MALT 림프종의 GELA 분류에서만 no change가 치료에 반응이 없는 나쁜 경우를 뜻하는 용어로 사용되고 있다. GELA 분류의 용어가 일반적인 언어생활과 다르지 않게, 일반적인 의학적 쓰임새와 다르지 않게 변경돼야 할 것 같다.

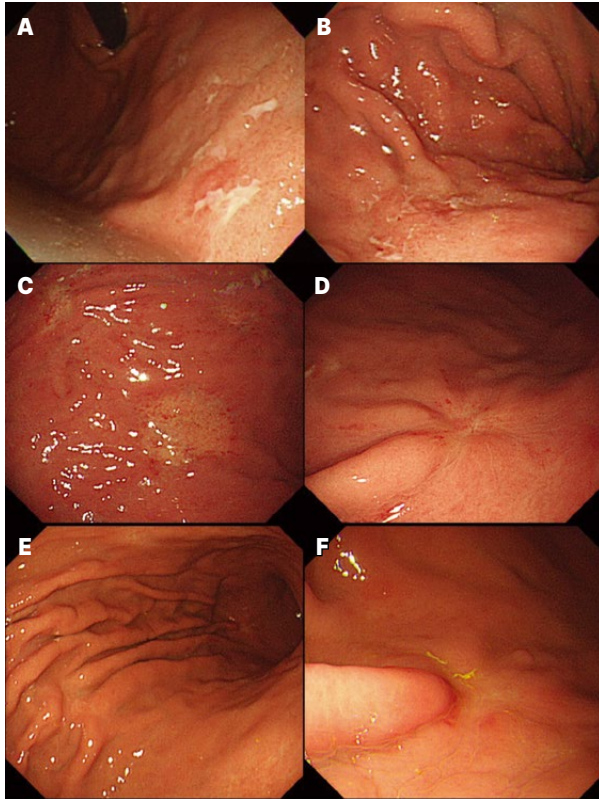


그림 4. 헬리코박터 음성 위 MALT 림프종으로 의뢰됐으나 혈청검사 양성이었던 환자.

(A, B) 내시경 조직검사와 호기검사에서 헬리코박터가 음성이었다. 헬리코박터 혈청검사는 양성이었다. (C, D) PPI 기준 3제요법 투약 4개월 후 내시경 검사에서 병소는 많이 호전됐으나 조직검사에서는 rRD로 나왔다. 좀 더 경과관찰을 하는 방안과 2차 제균치료를 시행하는 방안을 상의했고 비스무스 4제요법을 추가 투약했다. (E, F) 장기 추적관찰에서 재발 소견이 없었다.

3. 확진 후 병기 평가

병리 확진 후에는 *H. pylori* 상태와 질환의 범위를 평가한다. 기본검사는 병력과 신체검사, 말초혈액검사, 혈액화학검사와 lactate dehydrogenase, 흉부 및 조영 증강 복부·골반 CT다. 내시경 사진과 병변 위치를 남겨야 이후 검사에서 같은 부위를 비교할 수 있다.³ 모든 환자에게 endoscopic ultrasonography (EUS), 골수검사와 PET/CT를 시행할 필요는 없다. EUS는 큰 병변, 깊은 궤양, 위벽 심부 침윤이나 위주위 림프절이 의심될 때 유용하다. 골수검사는 원인을 설명하기 어려운 혈구감소가 있거나 진행 병기가 의심되는 경우에 선택한다. PET/CT는 DLBCL 전환이 의심되거나 방사선 치료 전 질환 범위를 확인해야 할 때 고려한다.^{1,3}

위 MALT 림프종이라는 조직진단 혹은 위 MALT 림프종이 의심된다는 조직진단을 얻은 후 헬리코박터 제균치료를

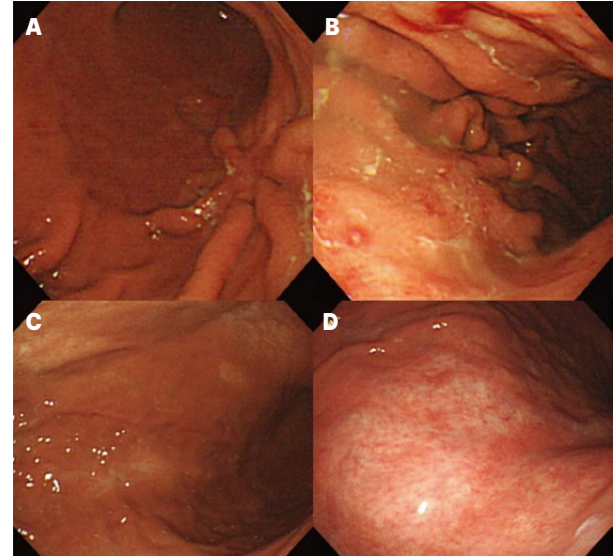


그림 5. 헬리코박터 제균치료를 호전된 헬리코박터 양성 위 MALT 림프종. (A, B) 위체하부 후벽과 위체상부 대만의 조기위암과 유사한 형태의 다발성 위 MALT 림프종이었다. (C, D) 헬리코박터 제균치료 후 완전관해가 됐다. 처음에 MALT 림프종이었던 부위는 백색반흔으로 바뀌었다.

시행받고 상급기관으로 의뢰되는 환자들이 있다. 재검을 했을 때 MALT 림프종이라는 진단이 나오지 않는 경우가 많고, 제균치료 후 병기설정을 위한 검사의 정확도는 낮을 수 있기 때문에 상당히 곤란한 상황에 처하게 된다. MALT 림프종 초진이나 의심되는 경우에는 헬리코박터 제균치료를 하지 않고 의뢰하는 것이 좋다.

t(11;18)(q21;q21)/BIRC3::MALT1은 진행 병기 및 낮은 제균 반응률과 연관된다.⁶ 검사 범위에는 지침 간 차이가 있다. BSH는 초기 병기평가에서 검사를 권고하지만, 최근 국내 종설은 모든 환자에서 일률적으로 시행할 근거가 부족하다고 보았다.^{1,3} 국내 진료에서는 *H. pylori* 음성, 깊은 침윤이나 림프절 침범, 제균 불응이 있거나 검사결과가 방사선치료 결정에 영향을 줄 때 시행하는 것이 실용적이다.

실제 임상에서 문제가 되는 것은 병기나 예후인자보다는 헬리코박터 감염 여부의 확인이다. 헬리코박터 진단에 사용되는 모든 검사의 민감도가 만족스럽지 않기 때문에 조직검사나 신속요소분해효소검사 하나가 음성이라고 *H. pylori* 음성 MALT 림프종으로 분류해서는 안 된다. 조직검사, 신속요소분해효소검사, 요소호기검사, 혈청검사, 대변 항원검사 등 최소한 3개 이상의 검사를 시행해 하나라도 양성인 경우는 헬리코박터 감염이 있는 것으로 진단하는 것이 좋다(그림 4). PPI와 최근 항생제 사용은 위음성을 만들 수 있으므로 검사 조건도 확인해야 한다.

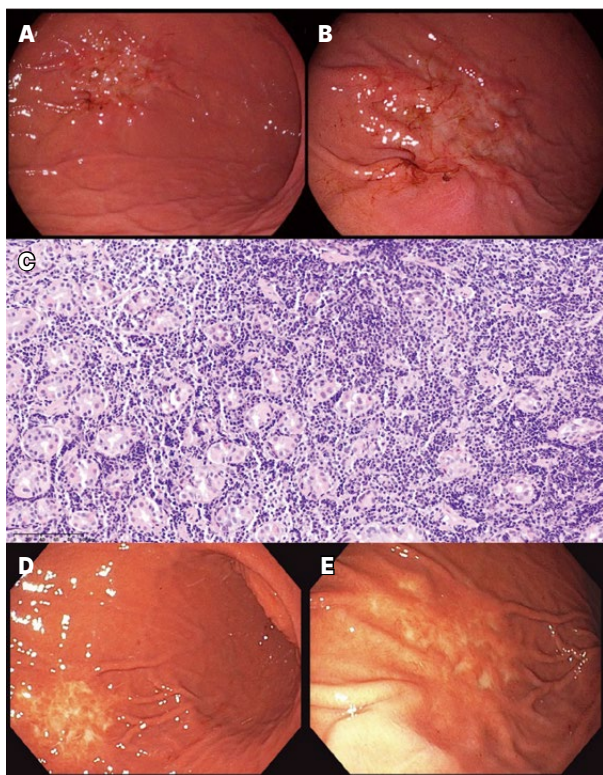


그림 6. 방사선 치료로 호전됐던 헬리코박터 음성 위 MALT 림프종.
(A, B) 위체하부 대만의 조기위암 양상의 MALT 림프종으로 조직검사 음성, 호기검사 음성, 혈청검사 음성이었다. (C) 조직검사. (D, E) 방사선 치료 (24Gy/12Fractions) 후 호전된 모습.

4. 1차치료는 *H. pylori* 제균

위에 국한된 헬리코박터 양성 MALT 림프종의 초치료는 헬리코박터 제균치료다(그림 5). 1년까지 추적관찰을 했을 때 80% 정도에서 완전관해에 도달한다. 1년 이상 경과관찰을 했음에도 불구하고 완전관해에 도달하지 못한 경우는 방사선치료와 같은 2차치료를 선택할 수 있다. 최근에는 보다 높은 병기의 MALT 림프종에서도 헬리코박터 감염 여부나 병기에 관계없이 헬리코박터 제균치료를 시행하는 것이 시도되고 있다.^{3,7}

진행 병기이거나 증상이 있는 경우에는 제균치료와 함께 방사선치료 또는 전신치료 적응증을 평가하며, 제균 반응만 기다리다가 필요한 치료를 늦춰서는 안 된다.⁷ 헬리코박터 양성이 확인되지 않은 *H. pylori* 음성 MALT 림프종에서도 위음성 또는 non-*H. pylori Helicobacter* 감염 가능성이 있으므로 헬리코박터 제균치료를 시행한다.

헬리코박터 음성 MALT 림프종 환자의 일부는 제균 후 림프종이 관해된다.¹ 국내 연구에서는 제균치료 후 완전관해를

이 헬리코박터 양성 MALT 림프종에서 84.5%, 헬리코박터 음성 MALT 림프종에서 57.1%였다.⁸ 헬리코박터 제균치료로 호전되지 않는 헬리코박터 음성 MALT 림프종에 대한 표준 치료는 방사선치료다(그림 6).

제균요법은 MALT 림프종이라고 별도로 정하지 않고 최신 국내 헬리코박터 가이드라인을 따른다. 2025 개정 가이드라인은 clarithromycin 내성검사에 따른 맞춤치료를 우선 권고한다. 내성균에는 10일 bismuth quadruple therapy, 감수성균에는 7일 clarithromycin 포함 3제요법을 사용한다.

내성검사 결과가 없는 경우에는 10일 concomitant therapy를 1차 경험적 치료로 권고한다. 10-14일 bismuth quadruple therapy도 사용할 수 있으나, 이상반응과 구제요법으로서의 유용성을 고려해 다른 요법을 사용하기 어려운 경우에 우선 고려한다.

경험적 clarithromycin 3제요법은 지역 내성률이 15% 미만으로 예상되는 제한적 상황에서만 사용한다. P-CAB은 PPI를 대체할 수 있다.⁹ 제균 성공 여부는 치료종료 후 4주 이상 경과한 뒤 요소호기검사 또는 대변항원검사로 확인한다. PPI는 검사 전 최소 2주 중단하며, 혈청항체검사는 제균 성공 판정에 사용하지 않는다.⁹

5. 제균 후 병리가 남아 있을 때

최초 반응평가는 제균 후 6개월에 내시경과 조직검사로 시행하는 것이 적절하다. 치료 전 기록한 병변 부위와 남아 있는 비정상 점막에서 생검하고, 가능하면 GELA 분류로 이전 조직과 비교한다.^{3,7} 6개월 조직검사서 림프종이 확인되지 않으면 2년 동안 6개월 간격으로 내시경과 조직검사를 시행하고, 이후에는 12-18개월 간격으로 추적한다. 병리가 남아 있더라도 환자가 무증상이고 내시경 병변이 감소하거나 안정적이면 6개월 간격으로 관찰할 수 있다.⁷

완전관해는 대개 제균 후 3-6개월에 확인되지만 1-2년 뒤에 나타나기도 한다.¹ pMRD는 임상적으로 관해 범주에 포함할 수 있으며, rRD가 남아 있어도 병변이 진행하지 않으면 즉시 추가치료할 필요는 없다. 최소 잔존 병변을 별도 치료 없이 관찰한 장기 연구에서도 대부분 안전하게 관리할 수 있었다.¹⁰

반대로 내시경상 병변이 커지거나 새로운 병변이 발생한 경우, 깊은 위벽 침윤, 뚜렷한 림프절 침범, bulky disease, 출혈·통증·폐색 등의 증상, DLBCL 전환이 의심되는 경우에는

재평가 후 추가 치료를 결정한다.^{3,7}

조직학적 잔존만으로 치료 실패를 선언하지 말되, 육안적 진행을 단순한 delayed response로 해석해서도 안 된다. 완전관해 후에도 추적을 끝내지 않는다. 위 MALT 림프종은 늦게 재발할 수 있고, 위선암의 발생 위험도 일반인보다 높다. 드물게 DLBCL 형태로 재발하는 경우도 있다(그림 7). 장기적으로 12-18개월 간격의 내시경 추적이 권고된다.³

6. 방사선치료와 전신치료

제균 후 국소 병변이 진행하거나 증상, 깊은 침윤, 림프절 침범 등 치료 적응증이 있으면 involved-site radiotherapy (ISRT)가 우선적인 국소치료다. 근치적 치료의 표준선량은 24 Gy/12회이며, 일반적으로 위 전체와 침범한 인접 림프절을 치료범위에 포함한다.³

현대적 방사선치료는 높은 국소조절률을 보이며 급성 독성도 대개 조절할 수 있다. 위 절제술은 출혈이나 천공 등 예외적 상황을 제외하면 표준치료가 아니다.³

최근에는 방사선 선량을 더 낮추려는 시도가 이루어지고 있다. *H. pylori* 음성 위 MALT 림프종 24명을 대상으로 4 Gy/2회를 먼저 시행하고 불완전 반응 시 20 Gy를 추가한 단일기관 전향 연구에서 20명(83%)이 4 Gy만으로 완전관해에 도달했으며, 3년 국소조절률은 96%였다.¹¹

다만 소규모 pilot trial이므로 4 Gy를 표준 근치치료로 적용하기에는 근거가 부족하다. 현재 표준은 24 Gy/12회다.^{3,11} 삼성서울병원에서는 2026년 여름부터 원하는 환자에게 12 Gy/4회라는 다소 감량한 프로토콜을 시도하고 있다.

증상이 있는 파종성 질환, bulky disease, 장기손상 위험이 있거나 방사선치료가 적합하지 않은 경우에는 혈액종양내과에서 rituximab 기반 전신치료를 고려한다. 무증상 파종성 질환은 치료하지 않고 관찰할 수도 있다. 조직학적 전환이 확인된 경우에는 DLBCL에 준한 치료가 필요하다.⁷

결론

위 MALT 림프종에서는 비특이적인 내시경 병변을 놓치지 않는 것과 제균 후 잔존 병변에 조급해지지 않는 것이 모두 중요하다.

충분한 표적생검으로 진단하고, 필요한 범위의 병기평가를 거쳐 모든 환자에서 헬리코박터 제균치료를 시행한다. 국소·무증상 질환은 6개월부터 조직학적 반응을 평가하

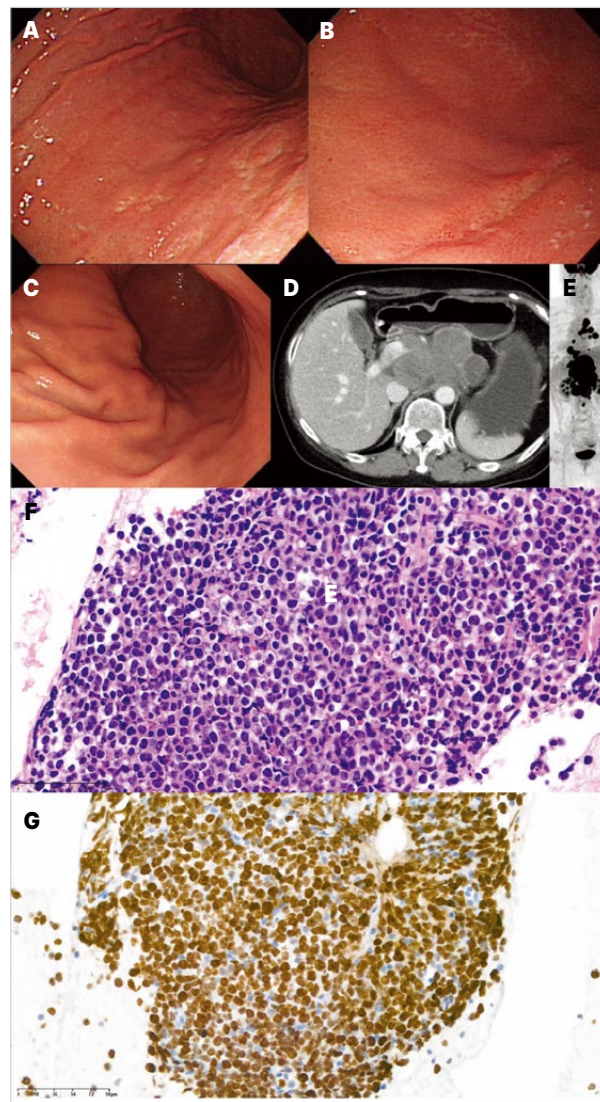


그림 7. 헬리코박터 제균치료 후 호전됐다가 4년 후 DLBCL 형태로 재발한 위 MALT 림프종.

(A, B) 첫 내시경 사진으로 위체부의 다발성 위 MALT 림프종이었고 헬리코박터 제균치료 후 완전관해에 도달했다. (C, D, E) 4년 후 위에서 재발 소견이 없으나 복부와 흉부의 다발성 림프절 형태로 재발했다. (F) 복강내 림프절에 대한 초음파내시경 유도 조직검사를 했다. H&E 염색에서 DLBCL 소견이었다. (G) Ki-67 염색에서 종양세포의 90%에서 양성 소견을 보였다.

며, 병변이 안정적이면 관찰하고 진행·깊은 침윤·림프절 침범·DLBCL 전환이 의심되면 추가치료를 의뢰한다.

References

- Ahn JY. Clinical management of gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma. Korean J Intern Med. 2026;41(1):8-14.
- Kim JS, Park JC, Lee JY, Ahn JY, Kang SH, Yang HJ, et al. Long-Term Clinical Outcomes of Gastric MALT Lymphoma: A Nationwide Multicenter Study in Korea. Front Oncol. 2021;11:681689.
- Walewska R, Eyre TA, Barrington S, Brady J, Fields P, Iyengar S, et al. Guideline for the diagnosis and management of marginal zone lymphomas: A British Society of Haematology Guideline. Br J Haematol. 2024;204(1):86-107.
- Hummel M, Oeschger S, Barth TF, Loddenkemper C, Cogliatti SB, Marx A, et al. Wotherspoon criteria combined with B cell clonality analysis by advanced polymerase chain reaction technology discriminates covert gastric marginal zone lymphoma from chronic gastritis. Gut. 2006;55(6):782-7.
- Copie-Bergman C, Gaulard P, Lavergne-Slove A, Brousse N, Fléjou JF, Dordonne K, et al. Proposal for a new histological grading system for post-treatment evaluation of gastric MALT lymphoma. Gut. 52. England 2003. p. 1656.
- Liu H, Ye H, Ruskone-Fourmestreaux A, De Jong D, Pileri S, Thiede C, et al. T(11;18) is a marker for all stage gastric MALT lymphomas that will not respond to H. pylori eradication. Gastroenterology. 2002;122(5):1286-94.
- Eyre TA, Cwynarski K, d'Amore F, de Leval L, Dreyling M, Eichenauer DA, et al. Lymphomas: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2025;36(11):1263-84.
- Gong EJ, Ahn JY, Jung HY, Park H, Ko YB, Na HK, et al. Helicobacter pylori Eradication Therapy Is Effective as the Initial Treatment for Patients with H. pylori-Negative and Disseminated Gastric Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma. Gut Liver. 2016;10(5):706-13.
- Bang CS, Kang SJ, Lim H, Kim SH, Lee MW, Nam SY, et al. Evidence-Based Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Helicobacter pylori Infection in Korea: 2025 Revised Edition. Helicobacter. 2026;31(4):e70149.
- Fischbach W, Goebeler ME, Ruskone-Fourmestreaux A, Wündisch T, Neubauer A, Raderer M, et al. Most patients with minimal histological residuals of gastric MALT lymphoma after successful eradication of Helicobacter pylori can be managed safely by a watch and wait strategy: experience from a large international series. Gut. 2007;56(12):1685-7.
- Gunther JR, Xu J, Bhutani MS, Strati P, Fang PQ, Wu SY, et al. Response-adapted ultra-low-dose 4 Gy radiation as definitive therapy of gastric MALT lymphoma: a single-centre, pilot trial. Lancet Haematol.

내시경검사는 질병의 진단과 치료에 있어 핵심적인 역할을 수행하고 있다. 현대의학 측면에서 내시경검사를 빼놓고는 질병의 관리
를 논하기 어려울 정도다. 특히 내시경검사는 장비를 다루는 기술적 측면과 함께 환자의 임상특성과 병변을 정확하게 파악해 진단
과 치료의 정확성을 제고해야 하는 것을 사명으로 안고 있다. 내시경 교육의 중요성이 강조되고 있는 것도 이 때문이다.

이러한 상황에서 내시경 교육에 열정을 쏟고 있는 교수가 있어 의료계의 관심을 끌고 있다. 성균관의대 이준행 교수(삼성서울병원
소화기내과)가 그 주인공. 현재 성균관대학교의과대학 학장, 삼성서울병원 소화기내과 교수직을 겸하고 있는 이준행 교수는 동병
원에서 내시경실장을 역임한 바 있으며 유튜브(EndoTODAY 내시경교실), 홈페이지(endotoday.com), 도서 발간 등을 통해
내시경 교육에 힘을 쏟고 있다. 이에 본지는 내시경을 통한 질병의 진단과 치료를 시행하고 있는 일차의료기관 임상의학분들에게 내시
경의 술기와 통찰을 제공하는 실질적인 교육 프로그램으로, '이준행 교수와 함께 배우는 내시경의 이론과 실제' 제목의 내시경강좌
2026년 연중기획을 진행한다. 전국 진료현장의 최일선에서 내시경을 통한 질병의 진단과 치료를 담당하고 계신 임상의학분들께 내
시경의 이론과 실제에 대한 실질적인 교육의 기회가 제공될 수 있기를 고대한다. - 편집자주 -

11월호 미리보기

2026 MONTHLY AGENDA

- 1월호 [실전] 위암과 위궤양의 감별진단
- 2월호 [실전] 조기위암의 내시경 진단과 치료
- 3월호 [실전] 조기위암 내시경 치료 후 관리 방안
- 4월호 [실전] 위선종의 내시경 진단과 치료
- 5월호 [실전] 출혈성 위궤양의 진단과 치료
- 6월호 [실전] 위식도역류질환의 내시경 소견과 약물치료
- 7월호 [실전] 단일 미란과 불응성 위궤양의 진단 및 치료
- 8월호 [실전] 식도 이물의 진단과 치료
- 9월호 [실전] 헬리코박터 감염의 진단과 치료
- 10월호 [실전] 위 MALT 림프종의 진단과 치료
- 11월호 [실전] 위축성 위염, 화생성 위염, 자가면역위염
- 12월호 [실전] 다양한 임상상황에서의 상부위장관 출혈