

점막하 병변으로 오인되는 위암

이 준 행

성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 내과

Gastric Cancer Mimicking Submucosal Lesions

Jun Haeng Lee

Department of Medicine, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea

1. 무증상 위 점막하종양과 관련된 혼선

내시경이 발달하고 건강검진이 보편화되면서 무증상 성인의 위 점막하종양이 흔히 발견되고 있다. 증상을 일으킨 점막하종양은 수술이 원칙이다. 그러나 건강검진에서 발견된 위 점막하종양은 작고 증상이 없으므로 모두 수술하는 것은 아니다. 무증상 성인의 작은 위 점막하종양을 어떻게 검사하고 관리할 것인가에 대한 의료계의 합의가 없는 상태이고, 그 결과 적지 않은 혼선이 빚어지고 있다.¹

어떤 위 점막하종양이 절대로 암이 되지 않는다고 단언하기는 어렵다. 간혹 위 점막하종양의 모양의 가지는 위선암도 있다. 따라서 환자와 의료진 모두 마음을 놓을 수는 없다. 치료 없이 관찰하는 것에 따르는 약간의 위험성에 대해 환자로부터 동의를 얻지 못하면 자꾸 뭔가를 시행하는 오류, 즉 do-somethingism에 빠지기 쉽다. 그 결과 위험성이 낮은 작은 병소에 대한 과잉진단과 과잉치료를 환자의 삶의 질이 떨어지게 된다.

이러한 혼란의 근본 이유는 비침습적이면서 민감도와 특이도가 좋은 검사법이 없기 때문이며, 점막하종양의 자연경과에 대한 충분한 자료가 없기 때문이다. 지방종이나 근종과 같은 점막하종양과 점막하종양 유사 위암을 정확히 구분하기 어렵다는 점도 중요한 요인이다.

2. 위장관 간질종양(GIST)를 의심할 수 있는 위점막하종양에 대한 진단적 접근

위 점막하종양은 대부분 내시경검사에서 발견된다. 내시경으로 관찰한 병소의 모양, 색조, 경도, 이동성 등의 정보가 어느 정도 도움이 된다. 지방종은 표면색조가 노랗고 생검 검사

로 쉽게 눌러진다(pillow sign). 이소성 체장은 전정부에 많고 중앙 함몰이 특징이다. 중복낭종(duplication cyst)은 표면이 쉽게 눌러지면서 투명하게 비친다. 그러나 근종이나 GIST 등 기타 질환은 내시경 소견으로 구분하기 어렵다. 결국 진단 및 치료에 대한 상세한 전략이 필요한데, 국내에는² 무증상 성인의 위 점막하종양에 대한 가이드라인이 마련되어 있지 않다. 본고에서는 지금까지 나와있는 해외 가이드라인 중 가장 실질적이라고 판단되는 일본 가이드라인을 주로 소개하겠다.³ 미국 소화기학회의 기술검토 보고서⁴는 사용할 수 있는 검사법을 나열한 후 추정진단에 따른 지침을 제시하고 있을 뿐이므로 유용성이 낮다.

위 점막하종양은 그 크기가 작더라도 (1) 궤양이 있거나, (2) 매우 불규칙한 경계를 보이거나, (3) 빠르게 커지면 악성 가능성을 고려해야 한다. 그러나 작은 위 점막하종양이 악성소견을 보이지 않으면 추가 검사를 하지 않아도 좋다. 점막하종양에 대한 일본 가이드라인에서는 악성소견이 없는 2 cm 미만 점막하종양은 추가검사 없이 6개월 혹은 1년 후 재검할 것을 권하고 있다.³ 2~5 cm 점막하종양은 CT, 초음파내시경 혹은 초음파유도세침흡인조직검사(EUS-FNAB)를 할 수 있다고 언급되어 있다.³ 즉 여러 검사법 중 선택할 수 있는 것이지, 꼭 초음파내시경을 하도록 권하고 있는 것은 아니다. 오히려 필자는 CT가 첫 번째로 언급되고 있다는 점을 주목하고 싶다. 5 cm 이상 점막하종양은 수술의 적응증으로 간략히 언급되어 있는데, 이는 GIST가 의심될 때를 의미한다. 물론 5 cm 이상 점막하종양을 모두 수술하는 것은 아니다.

GIST에 대하여 2007년 NCCN에서 제시한 가이드라인⁵에서는 2 cm 이상은 절제하도록 권하고 있으나, 2 cm 이하에 대해

서는 아직 일치된 의견이 없다고 하였으며, 1 cm 이하에 대해서도 자료가 충분하지 않아 가이드라인을 정할 수 없다고 하였다. 작은 위 점막하종양 혹은 GIST의 진단 및 치료방침은 서구에서도 정리되지 않은 분야이다.

위 점막하종양의 진단 알고리즘으로 Eckardt와 Wassef가 2005년 한 논평(editorial)에서 제시한 도표가 자주 인용⁶된다. 그러나 이 글은 가이드라인이 아니다. 초음파내시경에 대한 소규모 연구에 대한 논평일 뿐이다. Pillow sign이 없고 1 cm가 넘는 상피하² 종양은 초음파내시경으로 검사할 것을 권하고 있는데, 논평 어디에도 CT에 대한 언급은 없다. 글의 성격이 초음파내시경에 대한 논평이었음을 생각하면 상황을 이해할 수 있다. 즉 여러 검사의 장단점을 균형 있게 검토하여 제시한 합의된 가이드라인이 아닌 것이다. Eckardt와 Wassef⁶가 제시한 진단 알고리즘을 표준으로 생각하고 따라야 할 하등의 이유가 없다. 다만 1 cm 미만 상피하 종양은 1년 후 내시경검사를 고려할 수 있다고 제시한 점은 참고가 된다.

3. 점막하종양 유사 위암 (SMT-like gastric cancer)

위선암은 위점막에서 발생하는 상피성 병소이므로 점막하종양과 확연히 다른 임상 양상을 보인다. 드물지만 정상 점막으로 덮힌 상피하종양과 유사한 모양의 위암도 존재한다. 이러한 형태학적 변화를 보이는 이유는 (1) 다수의 림프구 침윤, (2) 다량의 점액, (3) 이소성 췌장에서 발생한 선암, (4) 점막하층 이소성 위점막에서 발생한 선암, (5) 과도한 섬유화 등으로 추정된다.

일본에서 사용되는 '점막하종양 유사 위암'의 정의는 '방사선, 내시경 소견상 점막하종양의 모양이고, 고정 표본 육안소견 및 조직소견에서 암의 점막 노출면의 장경이 종양 장경의 1/3 이하'이다. 그 빈도는 절제된 위암의 0.1⁷~1.0% 정도이다. 30%는 수술 전 내시경 생검에서 조직진단이 불가능하다. 남녀비 3 : 2, 50세 이상 75%, 조기암과 진행암의 비율 1 : 1, 분화형 선암과 미분화형 선암의 비율은 1 : 2이다.⁸⁻¹⁰

내시경 육안소견으로 점막하종양과 점막하종양 유사 위암을 구분하기는 어렵다. 점막하종양은 미란이나 발적이 흔하지 않고 함몰 부위가 존재하더라도 정상점막으로 덮여있고 변연이 미끈하다. 점막하종양 유사 위암은 (1) 용기의 높이가 낮고 표면이 평탄하지 않으며, (2) 함몰부가 차지하는 부위가 넓고, (3) 발적과 미란 등의 소견이 종양 표면에 존재하는 경우가 많다. 그러나 무엇보다도 경험이 풍부한 내시경의사의 전체적인 느낌이 중요하다. 일반적인 점막하 종양에 비하여 뭔가 이상하다는 감을 잡는 것이 진단의 시작이다.

내시경초음파가 어느 정도 도움이 되는지는 명확하지 않다.

3~5 cm 이상, 빠른 성장, 비균질 에코, 불규칙한 변연 등의 소견이 있을 때 악성 점막하 종양을 의심할 수 있다. 그러나 이러한 소견은 주로 악성 GIST를 시사하는 것이지 점막하 종양 유사 위암에 해당하는 것은 아니다. 점막하 종양 유사 위암이 의심되거나 점막 생검에서 병리진단이 되지 않으면 초음파유도하 세침 흡인검사를 시도할 수 있다. 드물게 내시경점막절제술을 적용한 증례도 보고되고 있다.¹¹ 수술표본의 조직학적 특징은 점막내 괴집이 적고, 조기에 점막하에 침윤하며, 점막하층보다 심부로 경계가 명료한 증식을 보인다는 것이다. 세포형은 일반적인 위선암 이외에 medullary carcinoma with lymphoid stroma, carcinoma with solid growth, localized carcinoma with severe fibrosis, mucinous adenocarcinoma, endocrine cell carcinoma 등이 가능하다. 국내에서는 mucinous adenocarcinoma의 조직형을 가진 점막하종양 유사 위암이 자주 보고되는 경향이다.^{12,13}

참고문헌

1. Kim ER, Lee JH, Kim GH, et al. An e-mail survey on management practices of 2-3 cm sized gastric submucosal tumor suspicious of gastrointestinal stromal tumor. *Korea J Helicobacter Upper Gastrointest Res* 2009;9:41-46.
2. Hwang JH, Saunders MD, Rulyak SJ, Shaw S, Nietsch H, Kimmey MB. A prospective study comparing endoscopy and EUS in the evaluation of GI subepithelial masses. *Gastrointest Endosc* 2005;62:202-208.
3. Nishida T, Hirota S, Yanagisawa A, et al. Clinical practice guidelines for gastrointestinal stromal tumor (GIST) in Japan: English version. *Int J Clin Oncol* 2008;13:416-430.
4. Hwang JH, Rulyak SD, Kimmey MB. American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastric subepithelial masses. *Gastroenterology* 2006;130:2217-2228.
5. Demetri GD, Benjamin RS, Blanke CD, et al. NCCN Task Force report: management of patients with gastrointestinal stromal tumor (GIST)—update of the NCCN clinical practice guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 2007;5 Suppl 2:S1-29; quiz S30.
6. Eckardt AJ, Wassef W. Diagnosis of subepithelial tumors in the GI tract. Endoscopy, EUS, and histology: bronze, silver, and gold standard? *Gastrointest Endosc* 2005;62:209-12.
7. Chonan A, Mochizuki F, Fuita N. Endoscopic diagnosis of gastric cancer similar to submucosal tumors. *Stomach Intest* 1995;30:777-785.
8. Umehara Y, Kimura T, Okubo T, et al. Gastric carcinoma resembling submucosal tumor. *Gastric Cancer* 1999;2:191-193.
9. Fujiyoshi A, Kawamura M, Ishitsuka S. Gastric adenocarcinoma mimicking a submucosal tumor: case report. *Gastrointest Endosc* 2003;58:633-635.

10. Takahashi T, Otani Y, Yoshida M, et al. Gastric cancer mimicking a submucosal tumor diagnosed by laparoscopic excision biopsy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2005;15:51-56.
11. Kim SY, Park JJ, Choi YI, et al. A case of submucosal tumor-like early gastric adenocarcinoma diagnosed by endoscopic mucosal resection. *Korean J Gastrointest Endosc* 2005;31:404-408.
12. Kim JH, Jeon YC, Lee GW, et al. A case of mucinous gastric adenocarcinoma mimicking submucosal tumor. *Korean J Gastroenterol* 2011;57:120-4.
13. Kim KY, Kim GH, Heo J, Kang DH, Song GA, Cho M. Submucosal tumor-like mucinous gastric adenocarcinoma showing mucin waterfall. *Gastrointest Endosc* 2009;69:564-565.