1st EDITION

식도 질환 내시경 아틀라스

ATLAS OF ESOPHAGEAL ENDOSCOPY

V

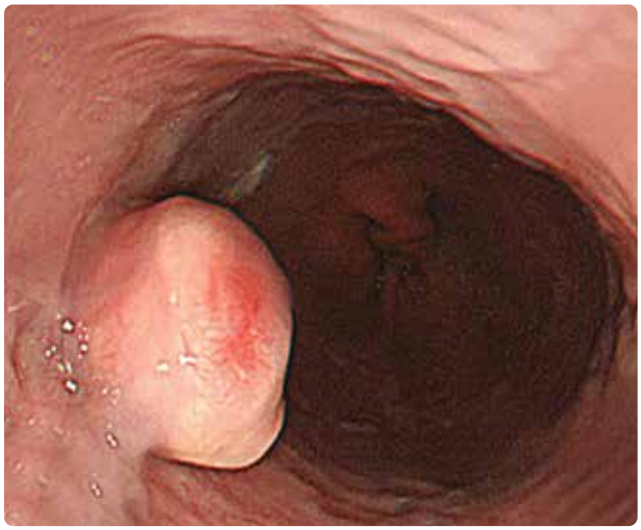
양성 종양

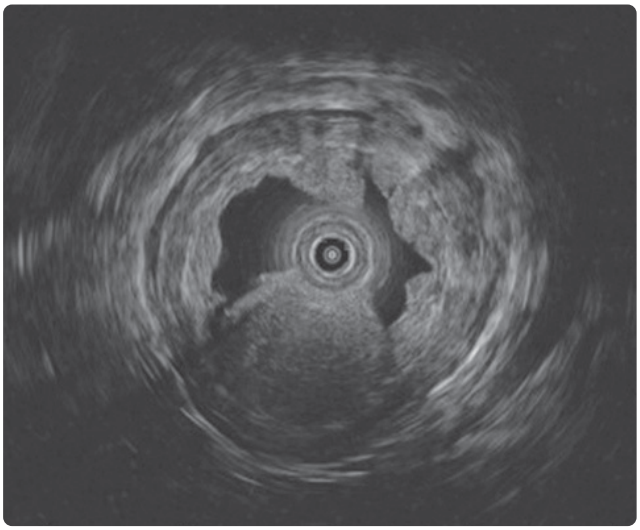
11 CASES

과립세포종

Esophageal granular cell tumor

정경원 · 고신대학교병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

40세 남자가 검진 내시경에서 식도의 상피하종양이 발견되어 내원하였다. 하부식도에 크기가 약 12 mm 정도 되는 어금니 모양을 보이며, 점막의 백색조 변화와 일부 점막에 발적이 동반된 융기된 상피하종양이 관찰되었다. 내시경초음파에서는 근육층과 점막하층은 잘 유지되며, 점막근육층에 원형의 균등한 저에코 성향을 보이는 12.7 mm x 9.7 mm 크기의 병변이 관찰되었다.

진단 및 경과

크기가 1 cm 이상의 식도 상피하종양이며, 점막표면 변화가 동반되어 조직학적 확인이 필요할 것으로 판단하였다. 다행히 내시경초음파에서 점막하층은 침범되지 않은 것으로 확인되어 내시경 절제술을 시행하였다. 최종 제거 후 조직검사에서 12 mm x 11 mm 크기의 과립세포종으로 확인되었다(mitosis: 0/10 HPF, S-100: positive, c-Kit: negative, desmin: negative).

해설

과립세포종은 Schwann 세포에서 발생하는 드문 양성 연조직 종양이다. 식도 과립세포종은 주로 하부식도의 고립성 상피하종양으로, 무증상의 검진 내시경에서 우연히 관찰되는 경우가 가장 흔하다. 내시경에서 정상 식도 상피의 표면 밑에 황색이나 흰색을 띠는 단단한 어금니 모양의 종양으로 관찰된다. 일부 환자에서는 점막 표면의 발적 변화나 궤양성 변화를 보이며, 내시경 겸자 조직검사에서 진단되기도 한다. 진단과 치료에 있어 내시경초음파가 중요한 역할을 하며, 크기와 발생위치에 따라 경과 관찰 또는 내시경 절제를 고려하게 된다. 크기가 5 cm 이상인 경우 드물지만 1-2% 정도 악성화 보고가 있기 때문에 경과 관찰하는 경우에 있어 추적내시경을 통해 크기 변화를 확인하는 것이 필요하다.

토 의

이준행 : 과립세포종은 원래 1-4%가 악성화된다고 알려져 있지만, 국내에서는 보고된 바가 없는 것으로 알고 있습니다. 그런 의미에서 경과 관찰만 하는 것에 대해서 어떻게 생각하십니까?

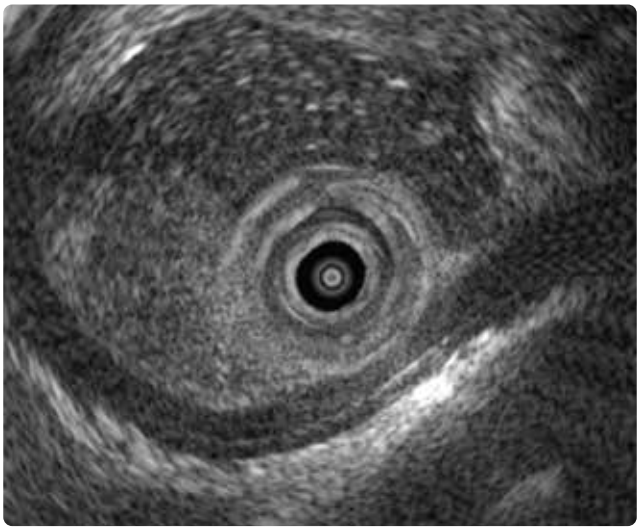
김광하 : 문헌에서 악성화 빈도는 식도뿐만 아니라 다른 위장관까지 포함한 비율임을 감안해야 합니다. 환자 연령을 고려해서 40-50대 정도로 비교적 젊고 1 cm 정도로 큰 경우는 양성이더라도 혹이 커질까 환자가 두려움을 갖습니다. 경과 관찰 주기에 대한 충분한 임상 증거도 없기 때문에 내시경 절제하는 것이 추후 비용대비 효과적입니다.

정경원 : 과립세포종의 크기가 크면 무엇보다 환자가 걱정을 많이 합니다. 특히 식도 병변은 지나치게 커지면 제거가 어렵기 때문에 일단 제거를 권합니다.

과립세포종

Granular cell tumor

김수진 · 양산부산대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

60대 남자가 건강 검진 내시경을 받았다. 중부식도에 1.2 cm 크기의 첨부가 편평한 백황색의 상피하 병변이 관찰되었다. 초음파 내시경에서 3층 기원의 균일한 저에코 병변이었다.

진단 및 경과

내시경 절제술을 시행하여 과립세포종(granular cell tumor)으로 진단되었다.

해설

과립세포종은 흔히 피부와 혀를 포함한 구강에 흔하지만 인체 어디서나 발견될 수 있다. 위장관 과립세포종은 전체 과립세포종의 8% 정도를 차지하며 식도에서 관찰되는 경우가 많고 드물게 위, 직장, 대장 등에서 발견되기도 한다. 식도 과립세포종은 내시경에서 크기가 작으면 약간 노란 색조의 얕은 dome 형태의 융기형 병소로 관찰되며 1 cm 이상 커지는 경우는 중앙이 함몰되어 마치 어금니처럼 보이는 경우가 많다. 과립세포종은 유암종(= 신경내분비종양, neuroendocrine tumor)과 유사하게 편평상피층 바로 밑에 분포하기 때문에 조직 겸자생검을 통해서 진단되는 경우가 많다. 과립세포종은 작고 진한 세포핵과 과립상의 풍부한 세포질을 가진 종양세포로 이루어지며, S-100 단백에 강하게 염색되는 특징을 가지고 있어 신경에서 기원하는 것으로 생각된다.

과립세포종은 대부분 양성이지만 드물게 악성화될 수 있다. 처음 진단 당시 1 cm 이상이거나 추적검사에서 뚜렷한 크기 증가 소견을 보인다면 내시경 절제술을 고려한다. 작은 과립세포종도 내시경 치료를 해야 하는가에 대해서는 논란의 여지가 있다. 내시경 치료는 다양한 방법이 있으며 대표적으로 밴드 결찰술(band ligation)을 이용한 내시경점막절제술(EMR-L)이나 캡을 이용한 내시경점막절제술(EMR-C) 혹은 내시경점막하박리술(ESD)을 시행할 수 있다. 천공의 위험성을 고려하여 매우 조심스럽게 시술해야 한다.

토 의

김광하 : Underwater EMR이 상피 병변(epithelial lesion)의 lateral region은 충분히 확보하지만 이러한 SMT 병변의 경우 바깥 쪽을 충분히 확보하기 어려운 것으로 압니다. 특히 과립세포종은 더 어려울 것 같습니다.

김수진 : 식도 과립세포종에서 underwater EMR를 시행한 경험이 두 번인데, 모두 깨끗하게 절제되었습니다. 위에서는 병변이 클수록 병소와 주변 경계가 명확하여 절제선이 뚜렷해집니다. 십이지장에서는 병변이 작으면 경계가 명확하지 않은 경우가 있었습니다.

과립세포종

Granular cell tumor

김광하 · 부산대학교병원 소화기내과

임상상 및 내시경 소견

43세 여자가 검진 내시경 검사에서 우연히 발견된 식도 상피하종양으로 내원하였다. 하부식도(상절치 35 cm)에 약 1 cm 크기의 황백색의 Y-II 상피하종양이 보이며, 근접 시 마치 어금니와 유사한 모양을 보이고 있다. Rolling sign 음성, pillow sign 음성, tenting sign 음성으로 조직검사를 시행하였다.

진단 및 경과

조직검사에서 작고 짙은 핵과 호산성 과립이 풍부한 세포질을 가진 종양세포가 관찰되었으며, 이러한 세포들은 PAS 염색 음성, S-100 단백에 강한 양성을 보여 과립세포종으로 진단하였다. EUS에서 심부 점막층과 상부 점막하층에 국한된 저에코 병변이었으며, ligation device를 사용하여 절제술을 시행하였다. 이후 재발 없이 경과 관찰 중이다.

해설

과립세포종은 연부조직으로 구성된 신경계 기원의 양성 종양으로, 1-2% 정도에서만 악성화를 보인다. 식도에서의 발생 위치는 하부식도 65%, 중부식도 20%, 상부식도 15%의 분포를 나타낸다. 내시경 검사 시 대부분 백색 또는 황색조를 보이는 결절 또는 융기 반 모양의 상피하 병변으로 관찰되며, 드물게는 유경성 용종 형태를 취하기도 한다. 표면은 정상 식도점막으로 덮여 있으며, 생검 겸자로 압박 시 단단하고 탄력적인 종괴로 느껴진다. 특징적으로 본 증례와 같이 어금니와 유사한 모양으로 관찰되는 경우가 많다. 대부분 편평상피층 바로 하방의 상피하 조직에 위치하기 때문에 내시경 생검으로 진단되는 경우가 많다. 치료로는 1 cm 미만일 때는 정기적인 경과 관찰이 추천되며, 1 cm 이상이거나 급격한 크기의 증가가 있는 경우, 악성이 의심되거나, 증상이 있는 경우에는 내시경 절제술 또는 수술이 필요하다.

토 의

김수진 : 과립세포종이 보통 백색을 띠는 이유는 무엇일까요?

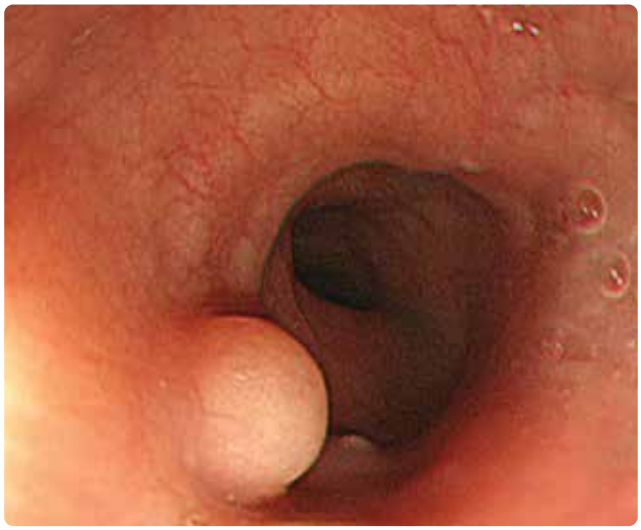
김광하 : 백색보다는 황색을 띠고 있다고 볼 수 있습니다. 과립세포종에 따라 다르겠지만 호산구 식도염이나 위염으로 인해 점막고유층(lamina propria) 세포 내 호산구 과립이 풍부하여 황색조를 보이는 것 같습니다.

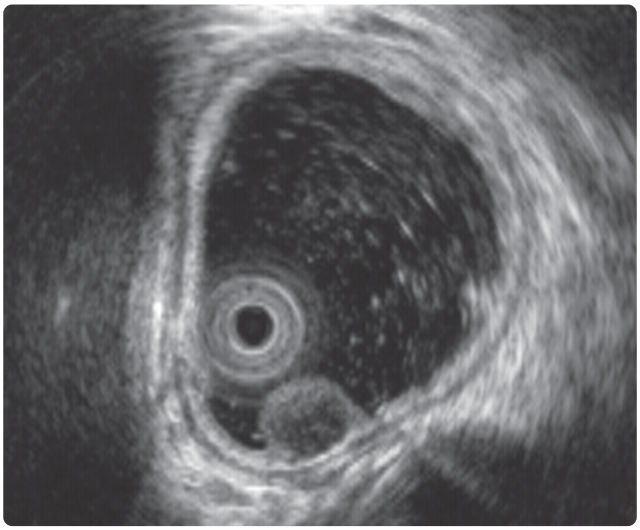
이준행 : 내시경 점막하박리술(ESD)보다 내시경적 점막절제술(EMR) ligation을 선호하시는 이유가 있습니까?

김광하 : ESD는 통상의 EMR보다 식도에서 시술이 어렵고 시술 시간이 오래 걸립니다. 합병증도 많습니다. 통상의 EMR은 lateral margin이나 deep margin 양성이 많습니다. EVL과 비슷하게 ligation band를 적용한 후 절제하는 EMR-M 방법은 완전절제도 잘 되고 시술 시간도 단축되어 선호하고 있습니다.

평활근종
Esophageal leiomyoma

정경원 · 고신대학교병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

70세 여자가 검진 내시경에서 식도의 상피하종양이 발견되어 내원하였다. 상부식도에 크기가 약 6 mm 정도 되는 점막의 백색조변화를 보이는 융기된 종양이 관찰되었다. 내시경초음파에서 점막근육층에서 기원한 경계가 명확한 원형의 균등한 저에코 성향을 보이는 4.3 mm x 4.3 mm 크기의 상피하 병변으로 관찰되었다.

진단 및 경과

크기가 1 cm 미만의 식도 상피하종양이며, 경계가 뚜렷한 저에코의 점막근육층에서 위치하여 식도 상피하종양에서 가장 흔한 평활근종 가능성이 가장 높다고 판단하였다. 환자가 지속적으로 불안감을 호소하고, 내시경 절제술 시행을 원하여 점막절제술로 제거하였다. 최종 조직검사에서 6 mm x 7 mm 크기의 평활근종으로 확인되었다(spindle cell tumor, mitosis: 0-1/50 HPF, desmin: strong positive, c-Kit: negative).

해설

식도 평활근종은 식도의 가장 흔한 양성 종양이며, 일반적으로 고유근층에서 발생하지만 때때로 점막근층에서도 발생한다. 내시경검사에서 평활근종은 점막 손상 없이 표면이 부드럽게 융기된 종괴 형태로 보이며, 내시경초음파 검사에서는 고유근층이나 점막근층 내에서 주위과 명확히 구분되는 저에코상의 종괴를 보이는 것이 특징적인 소견이다. 일반적으로 양성 종양이며, 크기가 거의 변하지 않는 것으로 알려져 있기 때문에, 본 증례와 같이 점막근층에서 관찰되는 작은 식도 평활근종에 대한 치료는 아직 논쟁의 여지가 있다. 하지만, 내시경초음파에서 크기가 작고 뚜렷하게 점막하층과 구별된다면 내시경 점막절제술로 쉽게 제거할 수 있기 때문에 내시경 절제를 고려할 수 있다. 특히, 검진으로 발견된 상피하종양에 대해서 제거를 원하거나 과립세포종과 같은 다른 상피하종양과의 구별이 필요하다면 내시경 절제를 시도해볼 수 있다.

토 의

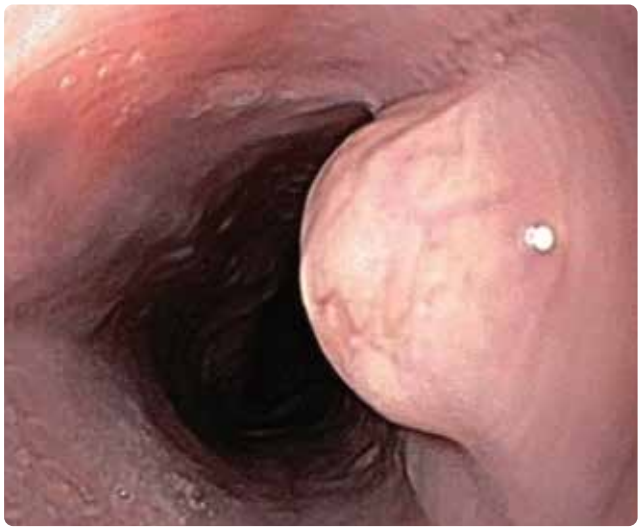
김광하 : 상피하종양 중 평활근종은 추적관찰만 해도 크게 문제 없으나, 점막근육층에 있는 병변이므로 가급적이면 처음 내시경 검사 시 1-2회까지는 biopsy를 권장합니다. 저도 조직검사 결과는 음성이었으나 6년 후 SMT-like tumor가 나와 진행성 식도암으로 진단한 환자가 있었습니다. 상피하종양은 내시경 절제를 하지 않더라도 초기 몇 년은 정기추적이 필요합니다.

이준행 : 저도 점막하종양 상부 표면에 고도이형성증(high grade dysplasia)이 있는 환자에서 점막하종양과 high grade dysplasia를 동시에 내시경 절제했던 경험이 있습니다.

평활근종

Esophageal leiomyoma

송경호 · 차의과학대학교 일산차병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

하부 흉부식도(절치하 36~37 cm)에 옅은 황색조를 띠는 상피하병소가 있다. 종양을 덮는 점막에는 혈관상이 관찰된다. 겸자로 밀어보았을 때 병소가 밀리는 듯한 양상이었다.

진단 및 경과

겸자생검으로 평활근종(조직 내 SMA 및 desmin: 양성, C-kit, CD34 및 S100: 음성)을 진단하여 경과 관찰하였다.

해설

식도의 상피하종양은 평활근종(leiomyoma)이 대부분이다. 식도의 근육층은 근위부에서 원위부로 내려갈수록 골격근이 사라지고 평활근으로 치환되므로 평활근종의 발생 분포도 이에 따른다. 고유근층에서 기원하는 평활근종은 점막의 색조변화를 거의 동반하지 않는다. 이는 종양을 덮는 식도의 층이 비교적 두꺼운 영향이 있다. 이에 비해 점막근층에서 기원하는 평활근종은 종양을 덮는 층이 점막층뿐이므로 종양의 색조가 보다 수월하게 전달되어 광학적인 특징을 내시경으로 확인할 수 있다. 또한 생검 겸자로 밀어보았을 때 밀리는 경향성을 보인다. 이러한 경우 상피하종양의 겸자생검으로 확진을 내리고 추가적인 검사를 피할 수 있다.

식도의 평활근종은 식도 상피하종양의 가장 흔한 형태이며, 삼킴곤란 등의 증상이 없고 형태의 변화가 없는 경우 대부분 경과 관찰을 시행한다. 작고 황백색의 색조 변화를 동반하는 식도 상피하종양은 과립세포종, 신경내분비세포종 등과 감별해야 한다. 삼킴곤란 등의 증상이 없고, 추적검사에서 크기나 모양의 변화가 뚜렷하지 않은 2 cm 미만의 식도 평활근종은 수술적 절제 없이 경과 관찰할 수 있다.

토 의

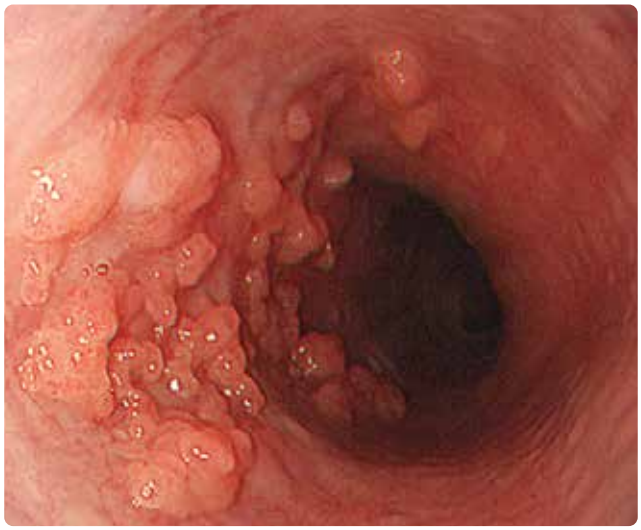
이승우 : 평활근종의 수술 indication은 어떻게 정하십니까?

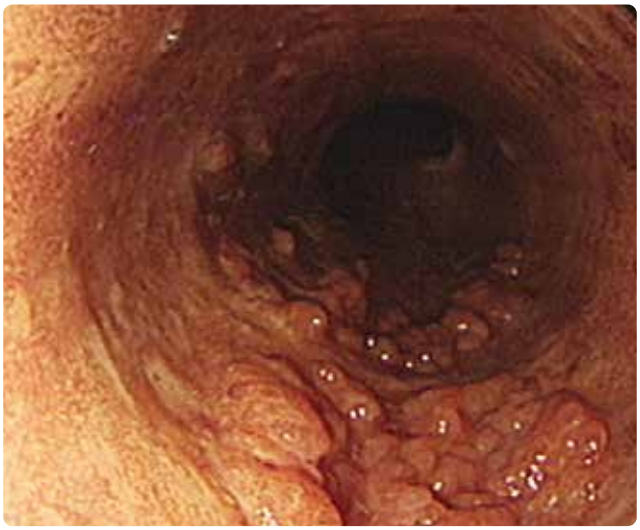
이준행 : 제 의견으로는 평활근종은 증상이 있을 때만 수술합니다. 실제로 수술을 보낸 적은 없습니다. 환자 스스로 흉부외과로 직접 내원해서 수술한 경우가 대부분입니다.

유두종

Esophageal papilloma

김준성 · 가톨릭대학교 인천성모병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

49세 여자가 한 달 전부터 심해진 역류 증상으로 내원하였다. 음주나 흡연은 하지 않았으며, 암 가족력은 없었다. 하부식도에서 다발성의 융기된 무경성 결절들이 관찰된다(좌측 사진). 요오드 염색을 시행했을 때 융기된 부분이 갈색으로 염색되어 양성 병변임을 알 수 있다(우측 사진).

진단 및 경과

식도 유두종

해설

유두종은 식도에서 가장 흔하게 볼 수 있는 용종으로, 과증식된 편평상피가 결체조직을 감싸고 있는 소견을 보인다. 보통 희거나 연분홍색의 작은 사마귀 형태의 돌출성 병변으로 나타난다. 여러 개인 경우도 있으나 대부분 하부식도에 5 mm 이하의 무경성 단일용종으로 관찰된다. 대부분 증상이 없으며 내시경 검사 도중 우연히 발견되는 경우가 많다. 내시경 검사 시 생검 겸자를 이용하여 진단겸 치료 목적으로 제거하기도 한다. 크기가 크면 연하곤란을 야기할 수 있어 내시경 절제술을 시행하기도 한다. 역류, 식도염, 비위관 삽입으로 인한 점막 자극 등 다양한 염증성 상태 혹은 human papillomavirus (HPV) 감염에 의해 발생할 수 있다. 사마귀모양 편평세포 암종, 과립조직, 유두 백혈증과 같은 다른 유사한 병변과 감별이 필요하다. 악성화 가능성이 낮아 추적검사는 불필요하다.

토 의

이준행 : 작은 유두종은 내시경 조직검사만으로 제거할 수 있습니다. 조직검사 직후 내시경 사진을 남겨서 잔류 병소 여부를 확인할 수 있게 하면 도움이 됩니다.

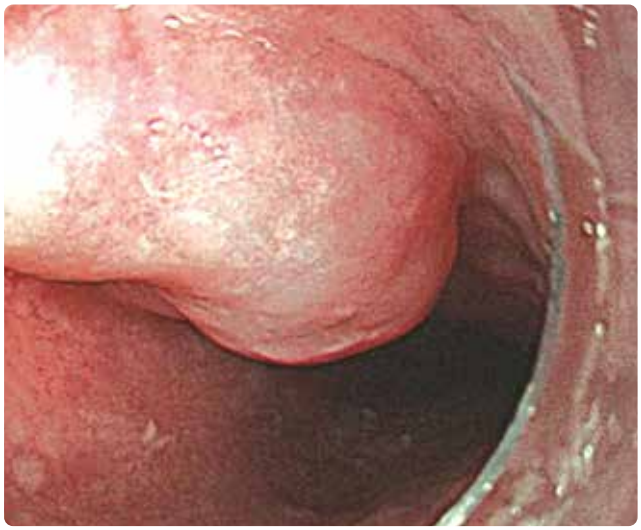
이선영 : 유두종은 식도암처럼 종양표면에 확장된 혈관상이 투영되므로, 융모상으로 자라는 작은 식도암은 내시경소견으로 감별이 어렵습니다. 유두종을 의심했는데 조직검사에서 다른 질환(verrucous carcinoma, type IIa superficial esophageal cancer, eosinophilic abscess 등)이 나오는 경우도 있습니다.

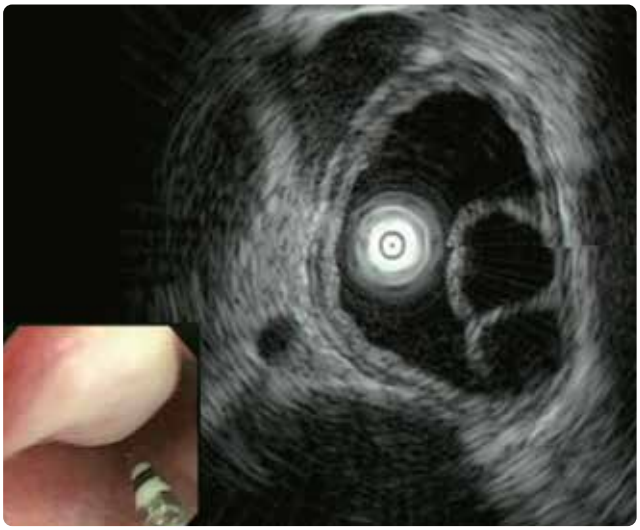
김지현 : 하부식도에 역류성 식도염이 동반되었는지 확인해야 합니다. 역류성 식도염이 비교적 넓은 유두종의 원인일 수 있기 때문입니다.

림프관종

Esophageal lymphangioma

이동현 · 좋은강안병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

건강검진의 상부위장관 내시경 검사에서 식도에 점막하 종양 주소로 내시경초음파 검사를 위해 내원한 66세 남자이다. 중부식도 점막에 표면이 매끄럽고 창백하며 투명한 느낌을 주는 점막하 종양이 관찰되었고 중앙에 얕은 선상의 함몰이 존재하였다. 내시경초음파 검사에서 내부가 무에코성 액체 성분으로 채워져 있고 중앙에 격벽이 존재함을 알 수 있었는데 이것으로 중앙의 얕은 선상 함몰을 설명할 수 있다.

진단 및 경과

내시경적 절제술을 시행하였고 림프관종으로 확진되었다.

해설

림프관종은 양성의 연조직 종양으로 림프기관이 풍부한 신체 기관 어디서나 발생 가능하다. 검진 목적의 내시경 검사가 광범위하게 시행됨에 따라 위장관에서 발생하는 경우를 드물지 않게 관찰할 수 있다. 그러나 대장과 십이지장에서 발생하는 경우가 대부분이고 식도에서 관찰되는 경우는 흔치 않다. 림프관종은 단순모세관성(simple capillary), 낭종성(cystic), 해면성(cavernous)으로 나눌 수 있는데 본 증례는 낭종성에 해당한다.

토 의

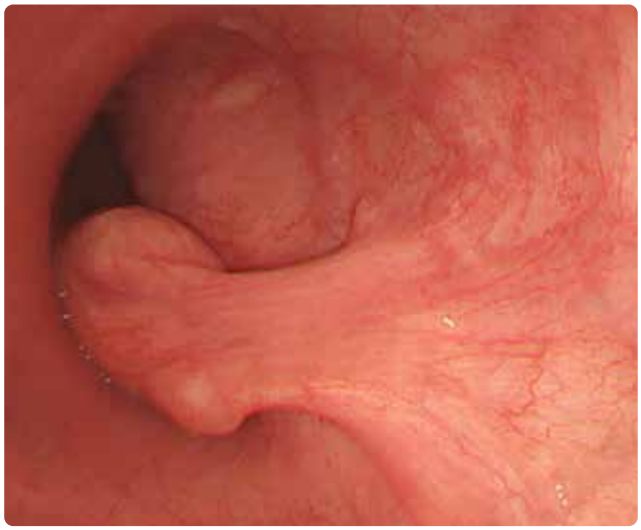
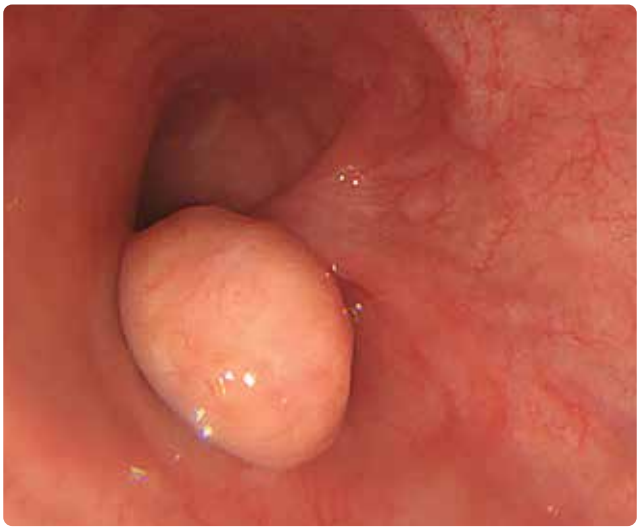
이준행 : 림프관종을 아무 처치 없이 경과 관찰만 하는 것은 어떻겠습니까?

이동현 : 그래도 될 듯 합니다. 굳이 제거할 필요가 있을까 싶습니다.

이준행 : 실제 임상에서는 증상이 없다면 특별한 치료 없이 경과 관찰만으로 충분할 것 같습니다.

지방종
Lipoma

김광하 · 부산대학교병원 소화기내과

임상상 및 내시경 소견
59세 여자가 간헐적인 흉통으로 내시경 검사 시 우연히 발견된 식도의 용종성 병변으로 내원하였다. 하부식도(상절치 34 cm)에 약 2 cm 크기의 Y-IV 용종성 병변이 보이며, 용종의 윗부분은 황백색을 띤 구형으로 pillow sign 양성 소견을 보였다.

진단 및 경과
크기가 약 2 cm 정도로 간헐적인 흉통 증상이 있어 내시경 절제를 시행하였으며, 조직검사에서는 섬유 중격으로 분리된 성숙된 지방세포로 가득 차있는 지방종으로 진단되었다. 이후 재발 없이 경과 관찰 중이다.

해설
지방종은 위장관 중에서 대장, 소장 및 위에서는 흔히 발견되나, 식도에서는 비교적 드문 것으로 알려져 있다. 대부분의 경우 내시경 검사 시 우연히 발견되며, 95%는 점막하층에서 기원한다. 내시경 소견은 둥글고 매끄러운 옅은 황색조를 보이는 Y-I, Y-II 형태의 상피하종양이지만, 연동 운동이 많은 소장에서는 본 증례와 같이 가성 용종(pseudopolyp)과 같은 모양을 보이는 경우도 있다. 생검 겸자로 압박 시 관찰되는 pillow sign, 그리고 여러 번 생검 시 점막 열상 사이로 지방이 삐져나오는 naked fat sign 등으로 쉽게 진단할 수 있다. 실제 임상에서는 크기가 작고 무증상인 지방종의 경우는 대부분 추적관찰을 하는 경우가 많은데, 본 증례의 경우는 크기가 약 2 cm 정도되는 용종 형태로, 추후 출혈의 가능성이 있을 수 있다는 점과 함께 간헐적인 흉통도 지방종과 연관된 증상일 수 있어 내시경 절제를 시행하였으며, 시행 후 증상은 소실되었다.

토 의
이태영 : 보통 지방종이 있을 때 polypectomy하는 경우에도 unlooping을 시행하는 것은 어떤 경우일까요?

김광하 : 제거 유무를 결정하는 것이 가장 중요합니다. 그다지 크지 않고 증상이 없으면 굳이 제거할 필요가 없습니다. 크거나 증상을 동반하면 절제가 필요한데 대부분 완전절제가 좋을 것입니다. 특히 벽이 얇은 결장이나 식도의 경우 크기가 크면 위의 1/3을 제거하는 unlooping 또는 부분절제(subtotal resection) 하기도 합니다.

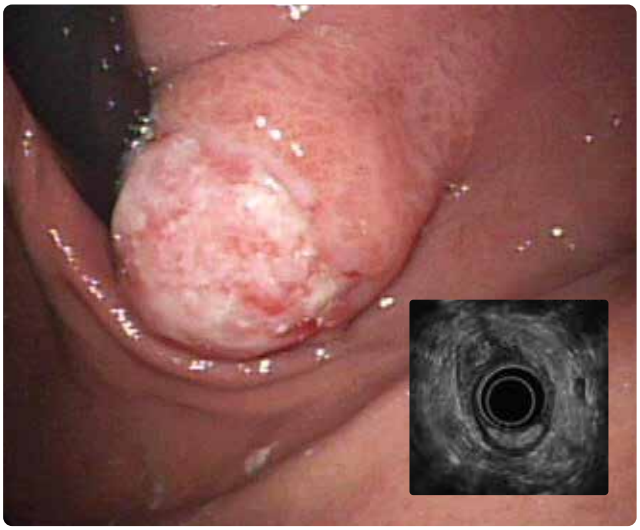
이 진 : 지방종이 간헐적 흉통 증상의 원인이라고 생각하셔서 제거하신 것인지요?

김광하 : 점막하종양(SMT)이 peristalsis에 의하여 당겨져 유경성 용종처럼 변한 증례입니다. 이 병소가 하단으로 당겨지면서 증상이 발생한 것으로 판단하여 절제술을 결정하였습니다.

지방종

Subepithelial tumor – lipoma

서승영 · 전북대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

63세 여자가 소화불량을 주소로 내원하였다. 상부위장관 내시경에서 위식도접합부 직상부 하부식도에 2.5 cm 크기의 반구형으로 점막이 융기된 종괴가 관찰되었다. 생검 겸자로 종괴를 눌렀을 때 부드럽게 눌렸다. 내시경초음파에서는 점막하층에 2.3 cm x 1.6 cm 크기의 경계가 명확하고 고른 변연을 가진 균질한 고에코의 반원형 병변이 관찰되었다.

진단 및 경과

Subepithelial tumor – lipoma

해설

식도 상피하종양은 식도 내강으로 돌출된 융기성 병변으로 정상 점막으로 덮여 있고, 병변이 점막의 아래층에 존재하는 경우를 의미한다. 식도 상피하종양의 유병률은 명확하지 않으나 6,683명의 검진 환자를 대상으로 한 국내 연구에서 식도 병변 중 세 번째로 많았으며 0.6%에서 발견되었다.

내시경, 내시경초음파, CT나 초음파 등의 영상학적 검사를 통해 벽외 압박 병변과 구분하는 것이 중요하다. 초음파 내시경에서 점막근층의 경우 저에코로 보일 경우 평활근종의 가능성이 높다. 점막하층의 경우 저에코로 보이는 경우 과립세포종, 유암종을 의심할 수 있으며 무에코인 경우 낭종, 림프관종, 혈관성 병변을 의심할 수 있으며 고에코인 경우 지방종을 진단할 수 있다. 고유근층의 경우 저에코로 보이는 경우 평활근종과 기질종양을 의심할 수 있다.

식도 상피하종양은 대부분 증상이 없는 경우가 많으나 삼킴곤란, 출혈 증상이 나타나는 경우도 있다. 상피하종양이 의심되는 경우 내시경초음파를 이용하여 감별 진단에 도움을 받을 수 있으며 종양의 크기, 기원층, 에코 양상에 따라 적절한 치료 계획을 세우는 것이 중요하다. 지방종의 경우 예후가 양호하나 위치에 따라 삼킴 장애를 유발하는 경우 내시경적 절제술도 고려할 수 있다.

토 의

김상욱 : 얼핏 환자가 보기에 걱정할 수 있는 소견인데요, 점막이 벗겨진 것은 GERD 때문일까요?

서승영 : 예, GERD로 인한 erosion이 원인이 되었을 것으로 봅니다. 점막 추적관찰에서 점막 박탈은 악화 없이 개선되는데요, 로컬에서 PPI, P-CAB 등을 불규칙하게 처방 받아 복용한 것이 도움이 된 것 같습니다.

조진웅 : 이 증례에서 unlooping처럼 점막이 박탈되어 나가는 소견은 mass가 위식도접합부로 올라갔다 내려왔다 하는 mechanical component로 인해 압력이 가해져 손상이 되었다고 추정해 볼 수 있겠습니다.

이소성 위점막에 발생한 과형성 용종

Hyperplastic polyp arising in inlet patch

이태영 · 좋은삼선병원 소화기내과

임상상 및 내시경 소견

특이 병력이 없는 63세 여자가 건강검진으로 내시경 검사를 시행하였다. 환자는 경미한 목 이물감으로 PPI를 처방 받아 간헐적으로 복용하고 있었다. 상부위장관 내시경에서 상절치 18 cm 식도에 주변 식도점막과 구별되는 타원형의 위점막과 비슷한 점막반이 있으면서 중앙에 약간 결절상으로 보이는 0.5 cm 정도의 융기성 병변이 있어 조직검사를 시행하였다.

진단 및 경과

조직검사에서 이소성 위점막에서 생긴 과형성 용종으로 진단되었다. 증상이 경미하여 치료하지 않았고, 현재 6년 동안 1-2년 간격으로 내시경을 시행하고 있으나 변화가 없어 정기 관찰 중이다.

해설

이소성 위점막은 위장관의 모든 부위에 발생 가능하고, 식도에서는 대부분 상부식도 괄약근 아래에서 발견되면 inlet patch라고 한다. 이전 발표된 연구를 보면 0.18% - 14% 정도 관찰된다. 최근에는 내시경을 후퇴하면서 충분히 관찰하는 노력과 NBI의 도입으로 발견율이 증가하고 있다. 경부식도의 과형성 용종은 아주 드문 편으로 문헌상 5증례가 보고되어 있고, 특히 이소성 위점막에 생긴 과형성 용종은 극히 드문 편이다. 오히려 경부식도에는 선종이나 선암의 증례 보고가 더 많다. 현재 위의 과형성 용종은 2% 정도 악성 변화 가능성이 있다고 한다. 경부식도의 과형성 용종은 증례가 적어서 연구된 것은 없으나, 5 cm 정도의 크기가 큰 경부식도의 과형성 용종에서 악성 변화의 보고는 있다. 따라서 증상 유무와 크기 변화를 관찰하면서 치료를 고려해야 한다.

토 의

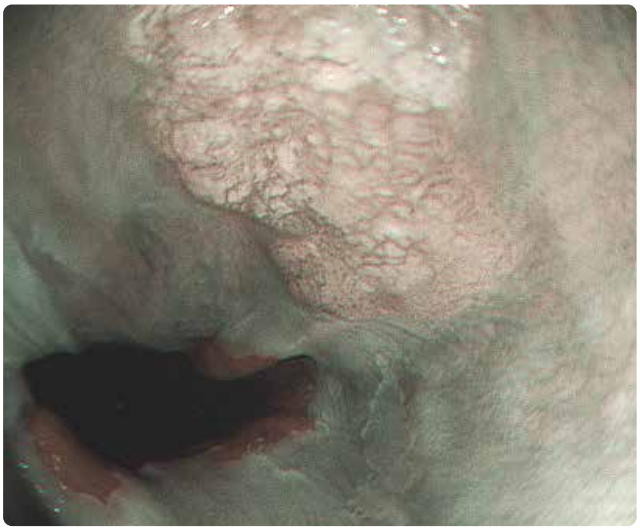
김광하 : Inlet patch가 보통 편평하게 보이지만 SMT처럼 보일 수 있다는 것을 알고 있어야 합니다. 목 이물감과 inlet patch가 연관이 있다는 보고가 있습니다. 위에서 *H. pylori* 감염을 동반하는 경우도 많기 때문에 *H. pylori* 검사를 해 볼 필요가 있습니다.

이태영 : Inlet patch가 인후두 이물감의 원인일 수 있다는 점은 중요한 지적인 것 같습니다. 저는 상부식도 선암이 inlet patch에서 발생한 증례가 있었습니다.

편평세포 유두종을 동반한 저등급 이형성

Squamous papilloma with low grade dysplasia

김지현 · 강남세브란스병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

40대 남자의 건강검진 상부위장관 내시경 검사에서 위식도접합부 직상방에 약 20 mm 크기의 경계가 명확한 점막반이 관찰되었다. 표면은 거칠고 흰색 융기 부위가 동반되어 있었다. 조직검사에서 편평세포 유두종과 함께 저등급 이형성 소견을 보였다.

진단 및 경과

식도 편평세포 유두종을 동반한 저등급 이형성

해설

식도 편평세포 유두종은 편평상피에서 기원하는 흔한 식도 폴립이다. 대부분 단일성이고 무경의 형태를 가지며 크기는 0.5-1 cm 정도이다. 하부식도에 위치하는 경향이 있으나 중상부식도에서도 종종 발견된다. 대부분 증상이 없고 내시경 검사 도중 우연히 발견되는 경우가 많다. 진단 당시 평균 나이는 50-60세로 남자에 더 흔하다. 내시경 검사 시 생검 겸자를 이용하여 진단 겸 치료 목적으로 제거한다. 조직검사로 전부 제거되지 않았더라도 경과 관찰이 가능하다. 병리소견에서는 특징적으로 중심부에 섬유혈관성 조직이 있고 그 주위에는 과형성된 편평상피세포로 둘러쌓인 병소가 식도점막표면을 향해 유두모양으로 돌출된 소견을 보인다.

일단 유두종으로 진단되면 악성화 가능성이 매우 낮아 추적검사는 필요하지 않다. 정기적인 검진 내시경에서 크기와 모양의 변화가 없으면 조직검사를 반복할 필요는 없다. 크기가 큰 경우 내시경 절제술이 필요할 수 있으며 절제술 시행 후 재발은 흔하지 않다. 상기 증례의 경우는 유두종에서 기원한 이형성보다는 유두종과 이형성이 동반된 것으로 판단된다.

토 의

김준성 : 간혹 식도 유두종에서 식도암이 발생했다는 보고가 있습니다(*Clin Endosc* 2019;52:72-75). 식도 유두종이라도 형태가 이상하면 꼭 조직검사를 시행할 필요가 있습니다.

이선영 : 유두종은 저절로 사라지지 않으며 일부는 커지면서 암으로 진행할 수 있습니다. 5 mm 미만으로 작을 때, 조직 검사를 하면서 제거하는 것이 바람직합니다. 5 mm 이상의 큰 유두종이라면 이형성증이나 암 진행 여부를 확인하기 위해서 조직검사 후 절제술 여부를 결정해야 합니다.

신철민 : 크기가 크거나 비전형적인 소견이 동반된 경우 조직검사를 통해 감별 진단하는 것이 필요할 것 같습니다.