

식도 질환 내시경 아틀라스

ATLAS of Esophageal Endoscopy



식도 질환 내시경 아틀라스

ATLAS of Esophageal Endoscopy

상부식도괄약근에 위치한 식도암

Esophageal cancer located in the upper esophageal sphincter

강선형 · 충남대학교병원 소화기내과

04

출혈을 동반한 위식도역류질환

Gastroesophageal reflux disease with bleeding

강선형 · 충남대학교병원 소화기내과

05

거대세포바이러스 식도염

Cytomegalovirus esophagitis

김기배 · 충북대학교병원 소화기내과

06

급성 식도 괴사

Acute esophageal necrosis

김기배 · 충북대학교병원 소화기내과

07

식도 이소성 피지샘

Ectopic sebaceous glands

김선문 · 건양대학교병원 소화기내과

08

식도 열손상

Esophageal thermal injury

김선문 · 건양대학교병원 소화기내과

09

식도 정맥류

Esophageal varix

방기배 · 단국대학교병원 소화기내과

10

식도 정맥확장증

Esophageal phlebectasia

방기배 · 단국대학교병원 소화기내과

11

헤르페스 식도염

Herpes simplex esophagitis

성재규 · 충남대학교병원 소화기내과

12

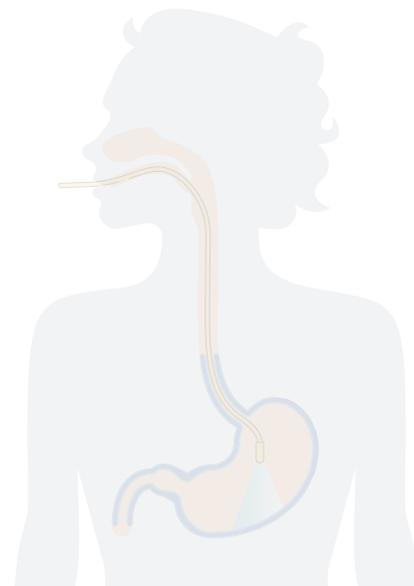
베체트병의 식도 침범

Esophageal involvement of Behcet's disease

성재규 · 충남대학교병원 소화기내과

13

- 열공 헤르니아** 14
Hiatal hernia (type III)
송경호 · 차의과학대학교 일산차병원 소화기내과
- 식도 평활근증** 15
Esophageal leiomyoma
송경호 · 차의과학대학교 일산차병원 소화기내과
- 편평상피세포암에 의한 협착** 16
Esophageal stricture caused by squamous cell carcinoma
이승우 · 가톨릭대학교 대전성모병원 소화기내과
- 플러머 빈슨 증후군 환자의 식도막** 17
Esophageal web in Plummer-Vinson syndrome patient
이승우 · 가톨릭대학교 대전성모병원 소화기내과
- 식도 아니사키스증** 18
Esophageal anisakiasis
조영신 · 순천향대학교 천안병원 소화기내과
- 식도 선암** 19
Esophageal adenocarcinoma
조영신 · 순천향대학교 천안병원 소화기내과
- 베체트병의 식도 침범** 20
Esophageal involvement of Behcet's disease
문희석 · 충남대학교병원 소화기내과
- 방사선유발 식도염** 21
Radiation-induced esophagitis
문희석 · 충남대학교병원 소화기내과
- 악성 흑색종의 식도 전이** 22
Esophageal metastasis of malignant melanoma
문희석 · 충남대학교병원 소화기내과



편집자문
이준행 · 삼성서울병원 소화기내과

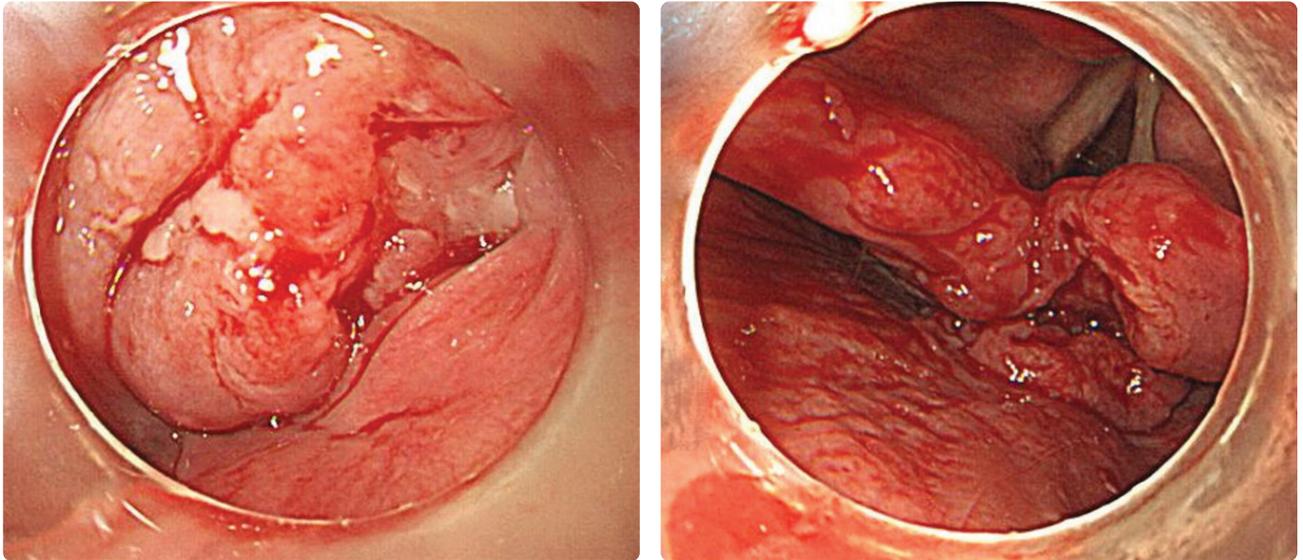
발행인 김관홍 | 메디칼업저버
발행처 메디칼업저버
서울특별시 강남구 역삼로 212 (동아빌딩 7층)

전화 02-3467-5400
팩스 02-3452-9229
홈페이지 <http://www.monews.co.kr/>

상부식도괄약근에 위치한 식도암

Esophageal cancer located in the upper esophageal sphincter

강선형 · 충남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

73세 남자가 내원 2달 전부터 발생한 삼킴곤란으로 내원하였다. 음식을 삼킬 때마다 걸리는 것 같고 불편하다고 하였으며 물은 넘어가지만 고형식은 삼키기 어렵다고 하였다. 위내시경을 시행하여 보았지만 특이 이상 소견이 없어 위식도역류질환으로 생각하고 PPI를 처방하였다. PPI에도 별다른 호전이 없어 1달 만에 다시 위내시경을 시행하였다. 후두와 상부식도괄약근(upper esophageal sphincter), 상부식도에 걸쳐 있는 종괴를 관찰할 수 있었다. 내시경 관찰 시 상부식도괄약근 부위를 관찰하기 어려워 투명캡을 씌운 후 검사를 진행하였다.

진단 및 경과

조직 검사에서 squamous cell carcinoma가 진단되었다. 환자는 항암방사선 동시요법을 시행하던 중 삼킴곤란이 더 심해져서 percutaneous endoscopic gastrostomy까지 진행하였다.

해설

상부식도괄약근은 일반적인 진단 내시경 검사 과정에 빨갱게 blind-out 되는 부위이기 때문에 자세한 관찰이 어렵고 병소를 놓치기 쉽다. 첫 내시경 검사에서 상부식도를 최대한 자세히 관찰하려 하였으나 병변을 발견하지 못하였다. 이렇게 기질적 원인이 의심되는 삼킴곤란 환자에서 상부식도괄약근 부근을 자세히 관찰하기 어려운 경우 투명캡을 사용하면 도움을 받을 수 있다. 이 환자의 병소는 상부식도괄약근에서 우측 pyriform sinus에 걸친 곳이다. 상부위장관 내시경은 보통 좌측 pyriform sinus를 통과하므로 우측 pyriform sinus에 위치한 병소를 발견하지 못하는 경우가 있다. 삼킴곤란을 호소하는 환자의 내시경 검사에서 좌우측 pyriform sinus를 포함하여 인후부 전체를 좀 더 자세히 관찰하는 습관을 권장한다.

토의

강선형: 상부식도괄약근 부위의 식도암은 내시경을 삽입하면서 발견하기는 어렵고, 상부식도에서 내시경을 최대한 천천히 빼면서 살펴야 진단할 수 있습니다. 대부분 말기암입니다.

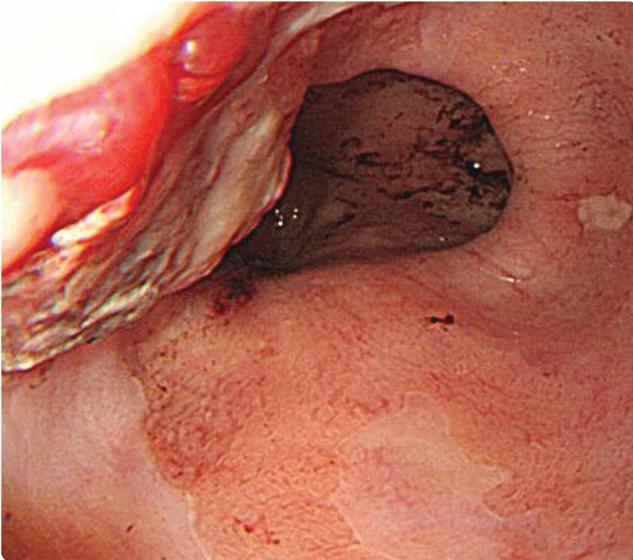
이준행: 환자의 증상을 확인하지 않은 상태에서 상부식도암은 놓치기 쉽습니다. 그래서 내시경 검사 전 환자와 몇 마디 대화를 나눌 것을 권합니다. 문진도 하지 않고 진정제를 투여하는 것은 매우 위험하고 잘못된 관행입니다.

방기배: 하인두를 잘 관찰하기 위해 캡을 사용하자는 의견도 있습니다. 경험이 적은 시술자는 삽입 시 손상을 일으킬 수 있으니 주의해야 합니다.

출혈을 동반한 위식도역류질환

Gastroesophageal reflux disease with bleeding

강선형 · 충남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

82세 남자가 선홍색의 토혈을 주소로 응급실에 내원하였다. 대퇴골 경부 골절로 요양병원에서 입원하여 안정 치료 중이었고, 뇌경색 병력으로 aspirin을 복용하고 있었다. 응급 내시경 검사에서 식도열공탈장이 있었으며 위식도접합부에 삼출물이 부착된 점막 병변이 보이고 이 부분에서 소량씩 oozing 양상의 출혈이 관찰되었다.

진단 및 경과

첫 내시경에서 조직 검사를 시행하였고 granulation tissue만 관찰되었다. PPI를 6주 사용 후 출혈을 보였던 병소는 모두 호전된 상태였다. 넓은 혀 모양의 Z-line 거상이 있어서 바렛식도를 의심하였으나 국소 병소는 없어서 조직 검사는 시행하지 않았다.

해설

상부위장관 토혈의 흔한 원인은 위궤양, 정맥류, 암 등이다. 위식도역류질환이 심하면 출혈을 일으킬 수 있다. 이 경우 대부분 출혈의 양은 많지 않고 위산분비억제제에 의하여 빠르게 호전되고 예후는 좋은 편이다. 이 환자의 경우 동반 질환과 항혈소판제 복용 등이 출혈에 기여했을 것으로 생각된다.

위식도역류질환의 합병증은 협착이 흔하고 출혈은 드물다. 식도열공탈장이 동반된 경우, 소염진통제나 항혈소판제를 복용하는 환자, 피부경화증(scleroderma)이나 전신성홍반성낭창(lupus)의 역류성 식도염에서 출혈이 발생하는 경우가 많다. 식도열공탈장이 심한 경우에는 뚜렷한 역류성 식도염 소견이 없더라도 횡경막공으로 인하여 약간 좁아진 부위에서 발생한 Cameron 궤양에 의한 출혈도 가능하다.

위식도역류질환으로 인한 궤양과 출혈 환자의 경우 PPI나 tegoprazan과 같은 P-CAB을 '필요 시 투약(on demand therapy)'으로 처방하면 궤양이나 출혈 재발을 완벽히 막지 못하는 경우가 있다. 매일 복용은 아니더라도 적절한 간격으로 장기 투약하면 재발 방지에 도움이 된다.

토의

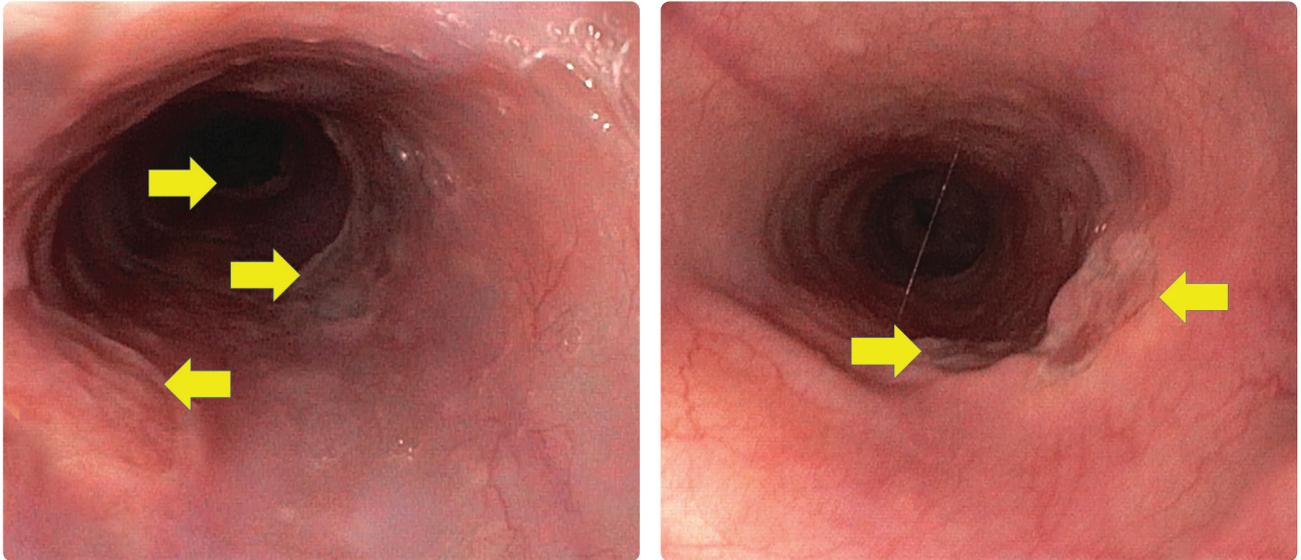
이준행 : 심한 역류성식도염에서 출혈이 발생할 수 있습니다. 심한 식도열공탈장이나 결체조직질환을 동반한 환자에서 경험 하였던 것 같습니다.

송경호 : 위식도역류질환에 의한 출혈로 추정하였으나 최종 진단이 급성식도괴사, 소위 black esophagus였던 증례를 경험한 적이 있습니다.

거대세포바이러스 식도염

Cytomegalovirus esophagitis

김기배 · 충북대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

기저 질환이 없었던 39세 남자가 2개월간 설사가 있었으며, 보름 전부터 다시 설사가 심해지면서 혈변이 동반되고, 2개월 동안 8 kg의 체중 감소가 있어 응급실에 내원하였다. 내시경 검사에서 식도 중하부에 경계가 명확한 1.5~2 cm 크기의 다발성 궤양이 관찰되었다.

진단 및 경과

함께 시행한 대장내시경 검사에서 전 대장에 걸쳐 혈관 모양 소실, 거친 과립 모양, 접촉 출혈, 점액 고름 삼출물을 동반한 궤양성 대장염(ulcerative colitis)으로 진단되었다. 직장 부위에는 크기가 작지만 깊은 다발성의 궤양이 존재하였으며, 거대세포바이러스(cytomegalovirus, CMV) 면역조직화학 염색(immunohistochemistry, IHC) 양성 소견을 보였다. 식도의 궤양에 대한 조직 검사 및 CMV IHC 결과 역시 거대세포바이러스 식도염으로 진단되었다. 조직 검사 결과에 따라 스테로이드 및 ganciclovir를 사용 후 증상이 호전되어 퇴원하였다.

해설

CMV 감염은 면역기능이 정상인 사람에게는 임상 증상이 나타나지 않으나, 고령, 악성종양, 후천성면역결핍증후군 또는 장기이식 후 면역억제제를 투여 중인 환자에게서 폐렴, 소화관 질환, 망막염, 뇌염 등 다양한 질환을 일으킬 수 있다. 거대세포바이러스 식도염(cytomegalovirus esophagitis)도 대부분 면역이 저하된 환자에서 발생하며, 주변과 경계가 분명한 2~3 cm의 단발 혹은 다발성 궤양을 형성한다. 주변 점막은 염증성 변화를 보이지 않아 부종이 거의 없다. 본 증례는 궤양성 대장염이 활성화되어 정상적인 면역기능이 저해된 상태에서 동반된 거대세포바이러스 식도염에 관한 내용으로, 내시경에서 식도에 전형적인 궤양 소견이 아닌 경우에는 임상 정보와 함께 조직 검사를 통해 감별할 수 있어야 하겠다.

토의

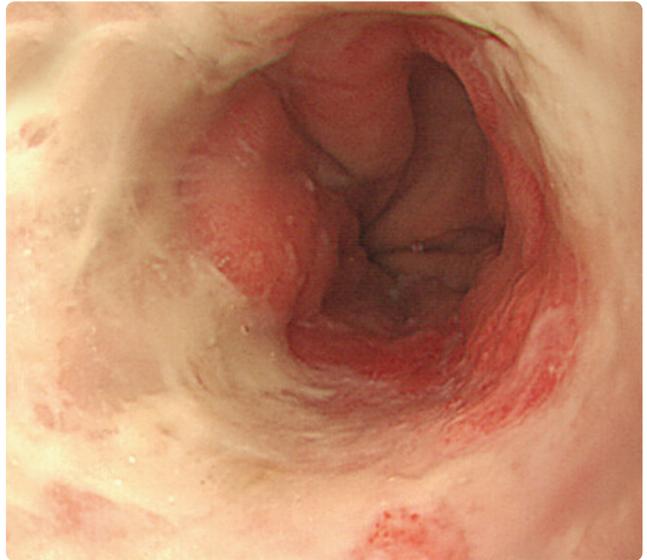
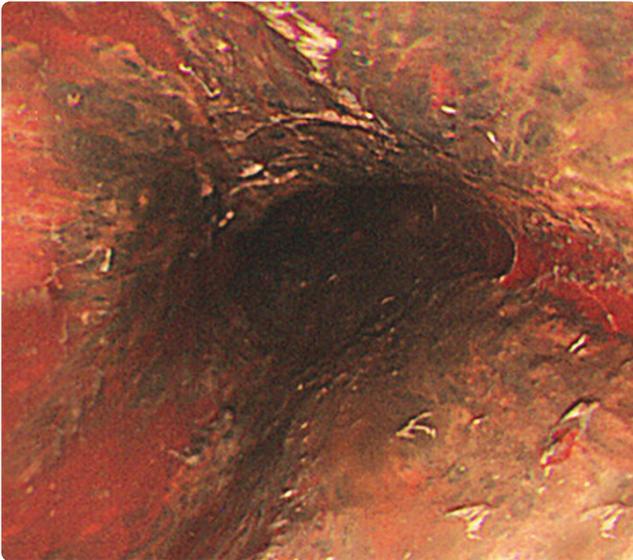
성재규: 대장에서는 크론병이나 궤양성 대장염과 같은 기저질환이 있는 환자에서 CMV 감염이 종종 발견됩니다. CMV 식도염은 대부분 면역기능이 저하된 환자에서 주로 발생하지만 정상적인 면역기능을 가진 노인 환자에서 진단되기도 합니다.

이준행: CMV 위염도 주로 면역기능이 저하된 환자에서 발견되지만 간혹 면역학적 이상이 없는 환자에서도 가능합니다.

급성 식도 괴사

Acute esophageal necrosis

김기배 · 충북대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

당뇨로 외래에서 인슐린 주사를 처방받았던 53세 남자가 기운이 빠지고 늘어진 상태에서 토혈을 하고 있는 상태로 주변 사람에게 발견되어 응급실로 내원하였다. 이를 동안 식사를 하지 않았으며, 전날엔 과음을 하였다고 하였다. 혈액검사서서 당뇨병성 케톤산증(diabetic ketoacidosis, DKA) 소견을 보였다. 내시경 검사에서는 식도벽 전체에 부종, 자발 출혈, 검게 괴사된 소견이 관찰되었다.

진단 및 경과

급성 식도 괴사(acute esophageal necrosis, AEN) 소견이며, 식도 점막의 전체 둘레를 포함하여 광범위하게 검게 괴사되는 특징적인 소견으로 인해 black esophagus로 불리기도 한다. 별도의 내시경 지혈술은 시행하지 않았으며, 당뇨병성 케톤산증을 적극적으로 교정하였다. 6일 후 위내시경을 시행하였을 때는 다소 호전 양상을 보이고 있었다. 분문부의 위점막은 손상이 없었으며, 위식도접합부 상부의 식도 점막은 전체적으로 검은색에서 흰색의 궤양성 병변으로 변했다.

해설

본 증례와 같이 주로 토혈을 호소하며, 그 외 흑변, 삼킴곤란 등을 호소하기도 한다. 드문 질환으로 알려져 있으며, 남자가 여자보다 4~6배 유병률이 높다. 허혈 상태 및 위배출구 폐쇄(gastric outlet obstruction) 등과 관련이 높으며, 음주, 감염, 당뇨병성 케톤산증, 심부 혈전증, 종양, 신부전 등과 연관된 것으로 보고되어 있으며, 발병 원인은 아직 명확히 밝혀지지 않는으나, 혈류량 감소 등의 허혈 상태에서 위산 역류 등으로 식도 점막이 손상되는 것으로 생각된다. 사망률(13~35%)이 높은 질환이지만, 충분한 수액 공급, 금식, IV PPI 및 원인 질환의 교정으로 호전될 수 있으며, 합병증으로는 천공(< 7%), 식도 협착 등이 있다. L-tube는 식도 손상 및 출혈을 증가시킬 수 있어, 가능하면 초기에는 사용하지 않는다.

토의

송경호 : 위 내용물의 식도 역류와 허혈이 급성 식도 괴사의 원인이라고 추정됩니다 (Two-hit 가설). 좌측 사진은 전형적인 black esophagus인데 치유되면서 우측과 같이 whitish esophagus 양상으로 변하게 됩니다. 특징적으로 Z-line 상방은 괴사가 뚜렷한데, Z-line 하방은 완전히 정상으로 보입니다.

김선문 : 허혈성대장염과 유사하게 하부식도의 혈관분포가 적어 허혈이 잘 발생한다고 합니다.

김기배 : 심각한 급성식도괴사 발생 후 합병증으로 협착까지 발생한 흔치 않은 증례인 것 같습니다.

식도 이소성 피지샘

Ectopic sebaceous glands

김선문 · 건양대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

57세 남자가 인후두 불편감을 주소로 내원하였다. 내시경 검사에서 중부식도에서 하부식도까지 다수의 작은 노란색의 플라크(plaque)가 있고 중앙에는 매우 작은 백색의 돌기가 관찰되었다.

진단 및 경과

식도 이소성 피지샘(ectopic sebaceous glands)

해설

피지샘은 모낭과 밀접하게 연관되어 모발피지샘 구조를 형성하며, 체표면에 고르지 않게 분포되어 있고 안면과 두피에 가장 많이 나타난다. 이소성 피지샘은 입술, 구강, 이하선, 외부 생식기와 같은 외배엽에서는 드물게 발견된다. 그렇지만 식도와 같은 내배엽 기원의 장기에서 나타나는 것은 아주 드물다. 식도 이소성 피지샘의 발생 기전은 명확히 밝혀지지 않았으나 선천성이기보다는 화생에 의한 후천성 변화라는 의견이 많다. 아직까지 소아에서 이소성 피지샘이 보고된 적은 없다.

식도 이소성 피지샘은 점막고유판의 선방(腺房)과 식도 내강의 외분비 도관으로 구성되어 있으며, 내시경에서 선방부분(腺房部分)은 황색의 편평윤기로 도관부분(導管部分)은 중심부에 백색의 작은 돌기로 관찰된다. 식도에 황색조의 결정양 혹은 반성 병변이 관찰될 경우 황색종, 글리코겐 가시세포증, 유두종, 과립세포종 등과 함께 이소성 피지샘을 감별 진단의 하나로 고려해야 한다. 식도 이소성 피지샘은 아직까지 암 발생의 보고는 없으며, 특별한 치료가 필요하지는 않다.

토의

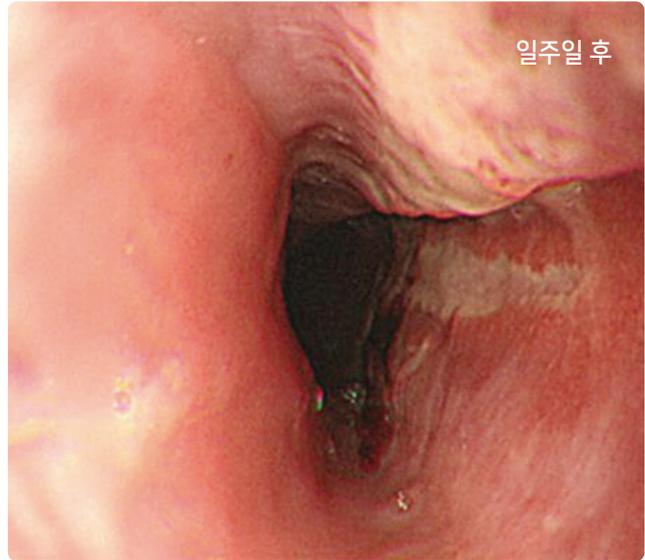
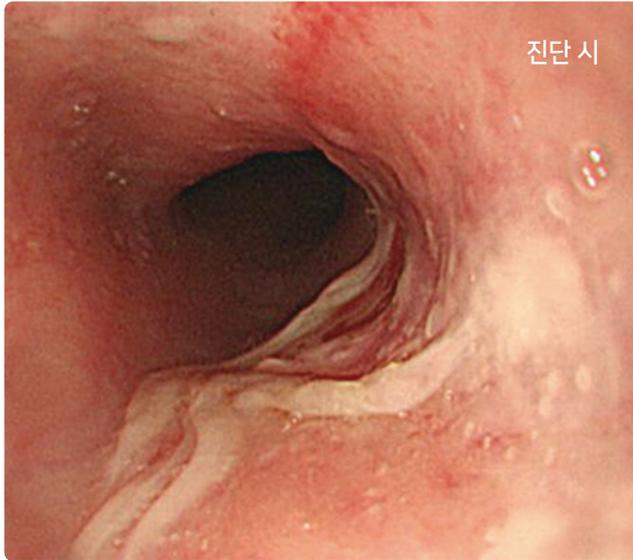
이준행: 노란색이고 표면이 약간 granular한 flat elevated lesion (=plaque)의 중앙에 좀 더 튀어나온 하얀 점이 보이는 것이 이소성 피지샘의 전형적 소견입니다. 한번 보면 잊을 수 없어 조직 검사 없이도 진단할 수 있습니다. 처음 보시는 분은 칸디다증으로 오진하기도 합니다. 칸디다는 매끈하고 하얗고 점처럼 튀어나온 부분이 없어서 확연히 구분할 수 있습니다.

송경호: 이 증례보다 조금 큰 소수의 점막하종양처럼 관찰되는 경우도 있습니다. 그런 경우는 대개 내시경초음파 검사를 의뢰 받습니다만 생검으로 충분히 확인할 수 있었습니다.

식도 열손상

Esophageal thermal injury

김선문 · 건양대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

45세 여자가 삼킬 때 통증이 있다고 내원하였다. 3일 전 뜨거운 녹차를 마신 후 바로 목이 따가운 증상을 느꼈다고 하였다. 내원하여 시행한 내시경 검사에서 모뿔주름(arytenoid fold)이 부어있었고, 하인두부터 상부식도까지 내강의 반을 차지하는 부위에 발적과 점막이 벗겨져 있는 소견이 관찰되었다. 1주일 후 추적내시경 검사에서 선상으로 궤양과 정상 점막이 반복적으로 보이는 candy cane 양상의 점막손상이 관찰되었다.

진단 및 경과

식도 열손상(esophageal thermal injury)

해설

식도 열손상의 내시경 소견은 섭취한 음식의 종류, 양, 온도, 노출 기간, 내시경까지의 시간에 따라 다르게 나타날 수 있다. 뜨거운 액체를 마신 경우는 candy cane 양상의 점막 변화가 있을 수 있고, 뜨거운 고체의 음식을 먹는 경우는 음식이 머문 위치에 궤양 형태로 나타난다. 그동안 고체에 의한 식도 열손상은 계란찜, 송편, 젤리, 햄버거, 새우, 라자냐 등이 보고되어 있다. Picosulfate와 같은 대장내시경 전처치약을 희석하지 않고 삼켜 식도의 열손상이 발생한 경우도 있다. 열에 의한 식도 손상은 대부분 양성 경과를 보이나, 일부에서는 식도 협착으로 수술을 한 예도 있으며, 식도암의 발생과 관련성이 있다는 체계적 문헌고찰도 있다.

토의

성재규 : 식도 열손상의 전형적인 소견은 이를 정도 지나서 나타난다고 하셨는데, 그렇다면 며칠 후 검사하는 것이 진단이 더 쉬울까요?

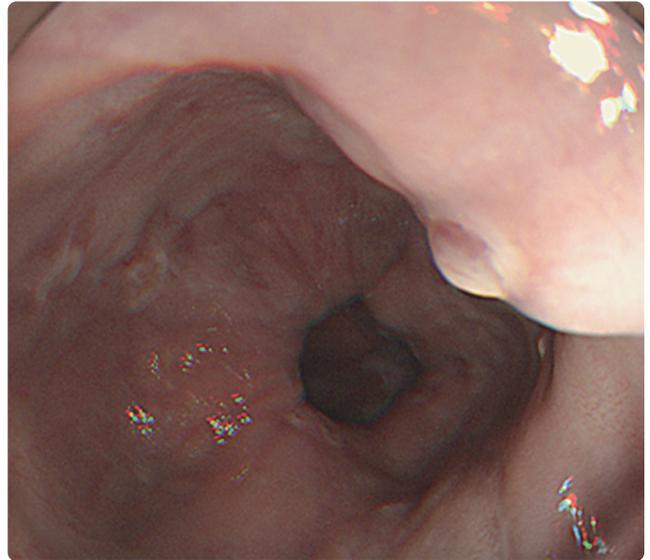
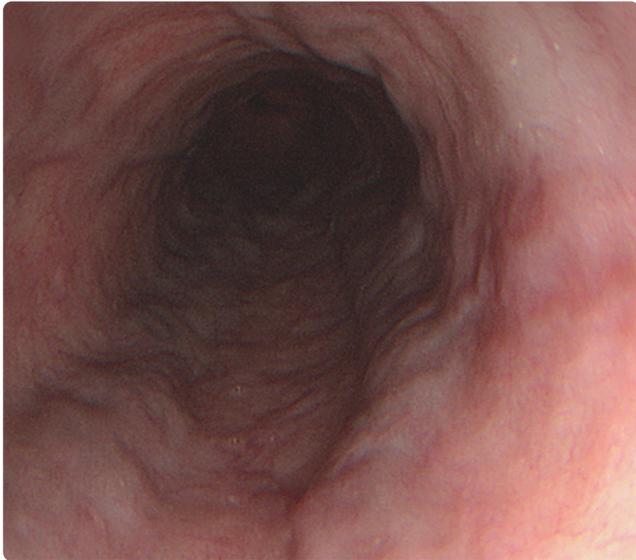
김선문 : 대개 인후통을 호소하기 때문에 검사를 늦추기는 어렵습니다. 즉시 내시경 검사를 하면 화상 후 살갓이 벗겨지는 듯한 급성기 부종 형태로 나타납니다. 며칠 후 재검을 하면 전형적인 candy cane 모양을 볼 수 있습니다. 일주일 정도 후 검사하면 궤양이 보이기도 합니다.

이준행 : 식도가 확장되지 않은 상태에서 longitudinal한 방향으로 주름이 잡히기 마련인데 이 주름의 상단에 손상이 발생하고 주름 사이의 골짜기는 비교적 유지되어 candy cane처럼 보이는 것입니다.

식도 정맥류

Esophageal varix

방기배 · 단국대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

위식도접합부(esophagogastric junction, EGJ)에서부터 중부식도에 걸쳐 내강으로 돌출된 4개의 원주상 병변이 관찰된다. 병변은 청색조를 띠며 표면은 정상 점막으로 덮여 있지만 다양한 직경의 점막하 정맥 확장이 종방향으로 길게 이어져 있다. 하부식도의 용기된 점막 위로 1 mm 크기의 붉은색 구진상(papular) 병변이 관찰된다.

진단 및 경과

Esophageal varix, F2 Lm Cb RC (+)

해설

식도정맥류의 가장 흔한 원인은 간경변증으로 문맥압 상승으로 인한 측부혈관 혈류 증가가 원인이다. 문맥압이 높을수록 정맥류 발생 위험도가 증가하며 정맥류가 동반된 간경변증 환자의 12%에서 1년 내 정맥류 출혈이 발생한다. 큰 정맥류, 적색 징후(red color sign, RCS) 동반 및 비대상성 간경변증은 정맥류 출혈의 위험요인이므로 출혈을 예방하기 위한 치료를 고려해야 한다.

식도정맥류의 경우 모양에 따라 염주상(F2)과 결절형(F3)은 큰 정맥류로 분류되고, 직선으로 확장된 정맥류(F1)는 작은 정맥류로 분류된다. 간기능 저하는 식도정맥류 진행의 위험인자이다. 비대상성 간경변증 환자에서는 1~2년 간격으로 내시경 검사를 시행하여 정맥류 진행 여부를 확인이 필요하다.

정맥류 출혈을 예방하기 위한 치료로 비선택적 베타차단제와 내시경정맥류결찰술(endoscopic variceal ligation, EVL)이 있다. 비대상성 간경변증, 적색징후가 동반된 작은 식도정맥류의 경우 베타차단제 사용이 고려되며 큰 식도정맥류의 경우 비선택적 베타차단제 또는 EVL을 단독 혹은 병합한 치료가 고려된다. 식도정맥류의 경우 일차예방으로 베타차단제에 적응증이 안 되거나 견디지 못하는 환자들을 대상으로 정맥류 결찰술을 사용할 수 있고 급성 출혈에서는 정맥류 결찰술이 우선적인 방법으로 시도될 수 있다. 정맥류가 없는 간경변증 환자에게 정맥류 형성의 예방 및 식도정맥류 초출혈 예방적으로 비선택적 베타차단제 사용은 권고하지 않는다.

토의

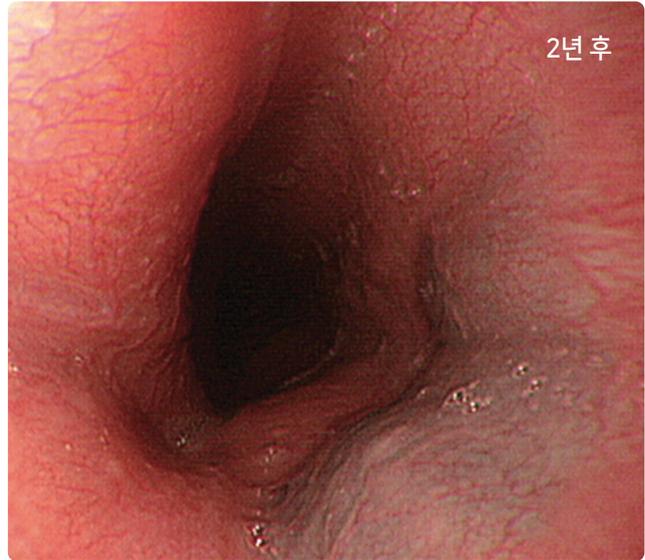
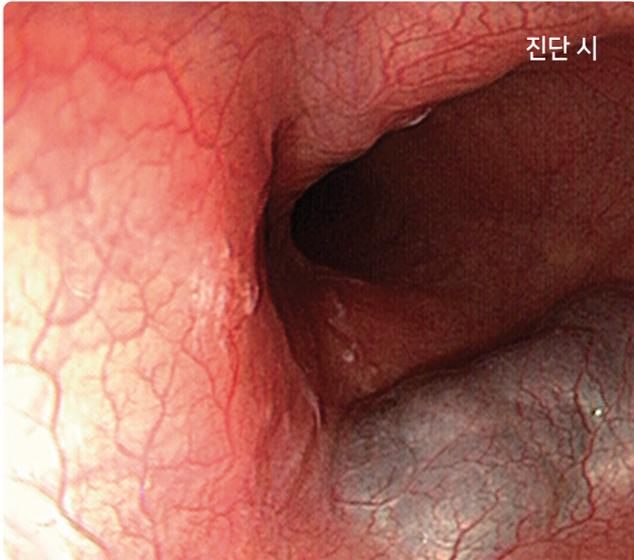
이승우: 보통 이렇게 출혈이 보이지 않더라도 혈관이 식도 내로 돌출된 형태를 보이는 경우가 전형적인 출혈 병소라고 생각됩니다. 경험이 없을 경우 놓칠 수도 있습니다. 이런 증례 교육을 통해 잘 발견한다면 지혈 치료에 도움을 줄 수 있습니다.

이준행: 이 증례에서 보이는 작고 붉게 돌출되어 출혈 병소로 생각된 부위는 hematocystic spot이라고 부르는 것이 적당하다고 생각됩니다.

식도 정맥확장증

Esophageal phlebectasia

방기배 · 단국대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

31세 남자가 건강검진 목적의 상부위장관 내시경 검사를 받았다. 문진에서 삼킴곤란이나 연하통 등의 증상 호소는 없었으며 흑색변 및 특이 과거력은 없었다. 같은 날 시행한 복부초음파 검사상 비장종대는 관찰되지 않았으며, 경도의 지방간 외에는 특이소견이 관찰되지 않았다.

내시경 검사에서 상절치(upper incisor, UI)에서 26 cm 떨어진 부위에서 정상 점막으로 덮여 있고 청색조를 띠는 대략 2 x 1 cm 크기의 타원형 병변이 식도내강으로 용기되어 관찰되었으며 병변의 맞은편으로 좌측 주기관지(main bronchus)에 의한 외부 압박이 관찰되었다.

진단 및 경과

식도정맥확장증(esophageal phlebectasia)

해설

장관의 정맥확장증은 점막하정맥이 확장된 병변으로 식도정맥류로 오인될 수 있으나 정맥확장증의 경우 문맥고혈압과 관련되지 않는다. 혈관벽의 구조는 정상이고 결체조직의 기질이 거의 없다. 내시경에서 검고 푸른 색조를 띠고 다양한 크기의 부드럽게 눌러는 점막하 병변으로 관찰된다. 식도를 포함하여 위장관 어디에나 발생할 수 있으며 공장에 가장 호발한다. 식도의 경우 상부나 중부에서 주로 발견된다. 식도정맥확장증은 양성의 비종양성 병변으로 드물게 위장관 출혈을 유발할 수 있으나 대부분 무증상으로 치료를 요하지 않는다.

간혹 간경변증이 없는 환자에서 발견되는 경한 비특이적 정맥확장증을 식도정맥류로 과잉진단하여 추가 검사를 권하거나 상급병원으로 전원시키는 경우가 있다. 식도정맥류과의 차이는 크게 위치와 모양이다. 식도정맥확장증은 정맥류가 흔한 하부식도에서 발견되기보다는 중상부식도에서 발견되며, 그 모양도 정맥류처럼 선상(linear)이기보다는 둥글고 납작한 경우가 많다. 간혹 혈관종과 구분하기 어려운 경우가 있다.

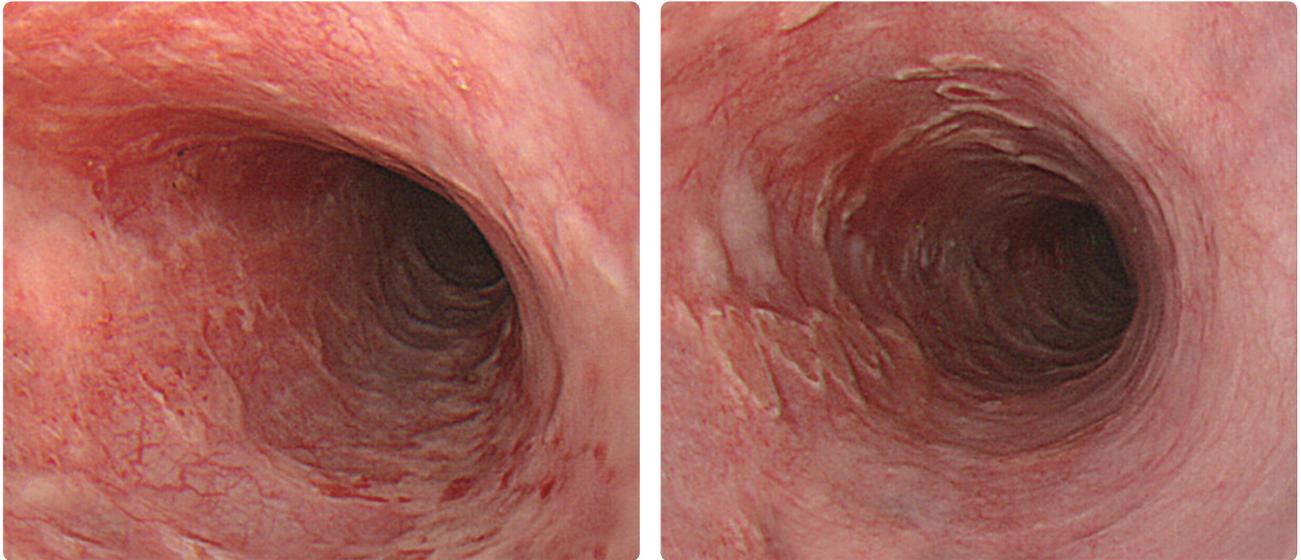
토의

이준행 : 이런 식도 정맥확장증 환자는 조직 검사를 하면 안됩니다. 증례집을 통해 잘 기억하고 있다가, 이런 증례를 만나면 내시경 사진만 찍어두고 넘어가는데 좋겠습니다. 간혹 이런 소견에 대한 EUS를 위하여 의뢰되는 경우가 있는데 불필요하다고 생각합니다.

헤르페스 식도염

Herpes simplex esophagitis

성재규 · 충남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

85세 남자가 뇌졸중으로 요양병원에 입원 중 비위관에서 검붉은 양상의 혈액이 배액되어서 전원되었다. 내시경 검사에서 상부식도부터 중부식도까지 다수의 얇은 표재성 궤양이 있었다. 함몰부의 변연은 약간 융기되어 있었고 경계는 분명하였다. 병소는 주로 장축 방향으로 배열된 양상을 보였다.

진단 및 경과

헤르페스 식도염으로 진단되었고 acyclovir 투약 후 치유되었다.

해설

헤르페스 식도염은 대부분 면역저하 환자에게서 발생하나 면역기능이 정상인 사람에서도 발생할 수 있다. 증상은 주로 연하통과 삼킴 곤란이다. 입술과 피부의 헤르페스 감염이 환자의 19~38%에서 동반될 수 있다. 초기에는 식도의 중, 하부에 3~5 mm 정도의 작은 구진 또는 수포가 보이는데 그 주변부는 발적을 보이나 병변 사이의 점막은 정상이다. 점차 진행하면서 수포가 미란 또는 궤양으로 발전한다. 궤양은 둥글고 주변부와 경계가 명확하며 주위 점막보다 약간 융기되어 있다. 궤양의 기저부는 백황색의 삼출물로 덮여 있는데 융합하여 큰 궤양을 형성하기도 한다. 경계가 분명한 둥근 분화구 모양의 궤양이 특징적이다. 진행되면 궤양이 커지고 융합되어 미만성 식도염이 될 수 있다. 거대세포바이러스 식도염과 같은 깊은 궤양은 드물다.

내시경 생검에서는 위치를 고려해야 한다. 헤르페스 식도염은 물집(vesicle)을 형성하다가 터져서 얇은 궤양이 생기지만 궤양의 margin이 다소 올라와 있는데 그 부위에 바이러스가 위치한다. CMV 식도염에서는 융기된 margin 없이 갑자기 궤양이 있고 궤양 바닥에 바이러스가 위치한다. 따라서 헤르페스 식도염이 의심될 때에는 바이러스에 의한 조직 변성이 흔한 궤양 가장자리에서 검체를 채취하는 것이 좋다. 정상 면역 환자는 자연 치유될 수 있지만 acyclovir가 효과적이고 부작용이 적어 면역 상태에 관계없이 투여한다.

토의

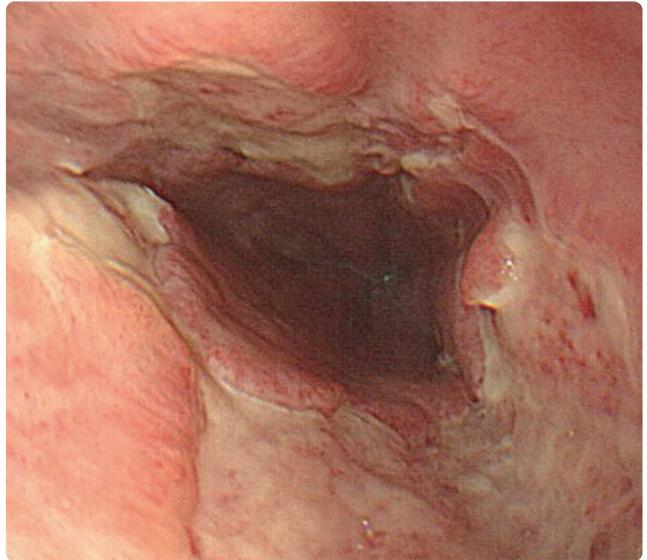
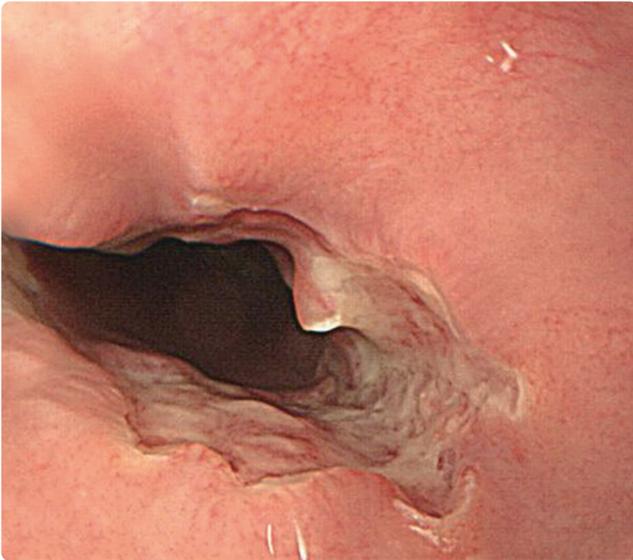
문희석: 출혈로 시행한 내시경 검사에서 헤르페스 식도염이 진단된 경우는 많지 않았습니다. CMV 식도염은 면역기능이 정상인 경우가 거의 없었던 반면, 헤르페스 식도염은 면역기능이 정상이라도 간혹 발견되는 경우가 있습니다. 또한 CMV 식도염은 면역조직화학적 검사를 통해 확인이 용이한 반면, 헤르페스 식도염은 대부분 H&E 염색을 통해 특징적인 giant cell 등을 확인해서 진단하는 편입니다. 병리와 선생님들도 자세히 보지 않으면 진단이 상당히 어려운 것 같습니다.

이준행: 개입가에서는 조직 검사의 헤르페스 식도염 진단율이 낮고 조직 검사 결과를 보는데 시간이 오래 걸린다는 두 가지 문제가 있습니다. 전형적인 증상과 내시경 소견을 가진 경우 조직검사 없이 valacyclovir를 사용하는 경우가 있다고 합니다.

베체트병의 식도 침범

Esophageal involvement of Behcet's disease

성재규 · 충남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

29세 여자가 약 1주일 전부터 가슴쓰림 증상이 있어서 내원하였다. 그 외 증상은 없었다. 내시경 검사에서 절치하방 약 35 cm에 내강을 둘러싸는 양상의 경계가 분명하고 저부에 요철이 있는 궤양이 있었다.

진단 및 경과

베체트병의 식도 침범으로 진단하고 prednisolone 투여 후 증상이 호전되었다.

해설

베체트병은 반복되는 구강궤양, 음부궤양, 안 병변 및 피부 병변을 특징으로 하는 원인불명의 만성 재발성 전신 혈관염이다. 지중해 연안부터 극동 아시아에 이르는 고대 실크로드를 따라 자주 발생하며 한국, 일본, 중국 및 터키 등에 유행률이 높다. 베체트병의 위장관 발현은 종종 보고되나, 식도의 침범은 매우 드물어 발병률은 약 2~11%로 보고된다. 식도병변은 50% 이상에서 다른 위장관 발현과 동반되기도 한다.

증상으로 흉통 및 연하곤란이 주로 있고 드물게 토혈을 유발하기도 한다. 가장 흔히 발생하는 부위는 중부식도이며 궤양의 형태는 비교적 경계가 분명하며 정상 점막과 잘 구분되는 지도성 궤양을 나타낸다. 하지만 미란, 아프타성, 선상 또는 깊은 궤양 병변, 및 넓게 퍼지는 식도염 양상 등 다양하기도 하다. 조직 검사 결과에서는 혈관주위염이 보이나 비특이적인 림프구 및 호중구와 같은 염증세포의 침윤만을 보이는 경우가 많아 다른 원인을 감별하는 것이 중요하다. 식도의 궤양을 유발하는 질환으로는 결핵, 매독, 조기 식도암, 크론병 등이 있으며 다양한 약물에 의해서도 발생하므로 감별진단이 필요하다. 베체트 식도염의 치료는 베체트 장염의 치료와 같이 현재 크론병에 준하여 치료하나 표준화된 치료법은 없다. 약물요법으로 스테로이드를 경구 혹은 경정맥 투여하며 sulfasalazine 또는 5-aminosalicylic acid (5-ASA) 사용이 가능하다.

토의

문희석 : 대장 베체트병과 달리 식도 베체트병은 상대적으로 약물로 치유가 잘 됩니다. 또한 역류성식도염과 달리 연하곤란 증상이 추가로 나타납니다.

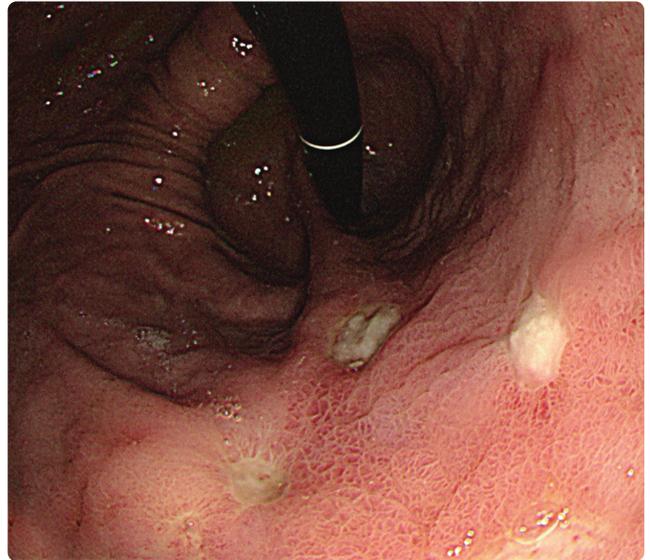
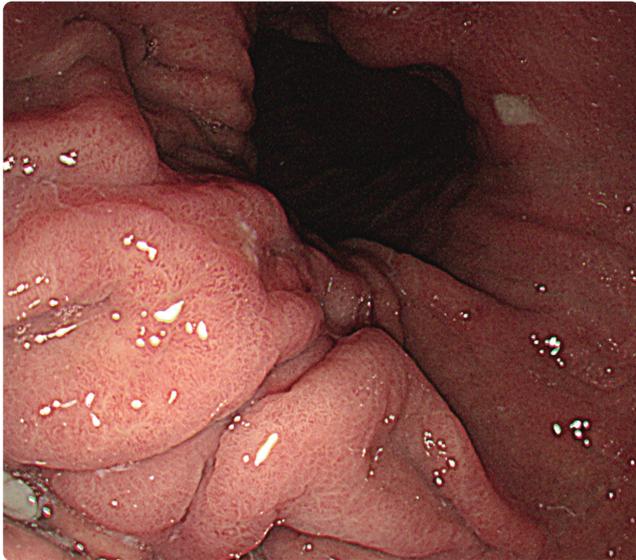
이준행 : 주로 steroid를 치료 약제로 사용하지만, 베체트병을 주로 보시는 선생님들은 간혹 colchicine을 쓰시기도 합니다. 경험상 steroid와 colchicine 모두 잘 듣는 것 같습니다.

성재규 : 만약 환자가 감기약, NSAIDs 등 투약력이 있다면 pill esophagitis와의 확실한 감별이 필요합니다.

열공 헤르니아

Hiatal hernia (type III)

송경호 · 차의과학대학교 일산차병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

위식도접합부가 개구상으로 매우 넓게 벌어져 있고 개구부의 직하방에 해당하는 부근에 위주름이 존재하며 약간의 음식물의 저류가 관찰된다. 이보다 조금 더 원위부에는 약간의 조임(diaphragmatic hiatus)이 있으나 이 역시 넓게 벌어져 있다. 내시경을 반전하여 관찰하였을 때, 위식도접합부와 위의 들문부 및 위저부의 일부가 벌어진 diaphragmatic hiatus 안쪽의 근위부로 떨어져 탈출되어 있음을 확인하였다. 위 상체부 소만에는 치유기의 다발성 위궤양들이 존재하였다(Cameron ulcers). 환자는 빈혈과 흡인성 폐렴의 병력이 있었고, 반복적인 음식물의 되새김을 호소하였다.

진단 및 경과

열공 헤르니아 III형(mixed sliding and paraesophageal hernia)에 동반된 증상으로 외과적 수술을 권고하였다.

해설

횡격막 열공을 통해서 하부 식도와 위식도접합부가 흉강 내로 미끄러져 들어간 열공 헤르니아 I형(sliding type)은 위식도역류질환의 내과적 치료에 준한 증상 조절이 목표이다. 이에 비해 위 들문부나 위저부가 탈장된 열공 헤르니아 II형, III형, IV형은 흡인이나 탈장된 장기의 조임(strangulation)을 유발할 위험성이 있다. 섭취된 음식물이 탈장된 위 부위에 머물면서 음식물의 되새김, 역류감, 식후 가슴에 음식이 저류하는 듯한 불편감 등을 유발할 수 있다. 간혹 저류된 음식의 흡인으로 폐렴이 발생할 수 있다. 증상이 동반된 열공 헤르니아 II형, III형은 외과적인 치료의 대상이다. 비장, 대장, 췌장 등이 동시에 탈장된 형태인 IV형은 장기의 괴사가 합병될 위험성이 크므로 보다 적극적으로 외과적 치료를 권고한다. 내시경을 반전하여 관찰하면 탈장된 위 부위의 정도를 파악하는 데 도움이 된다.

토의

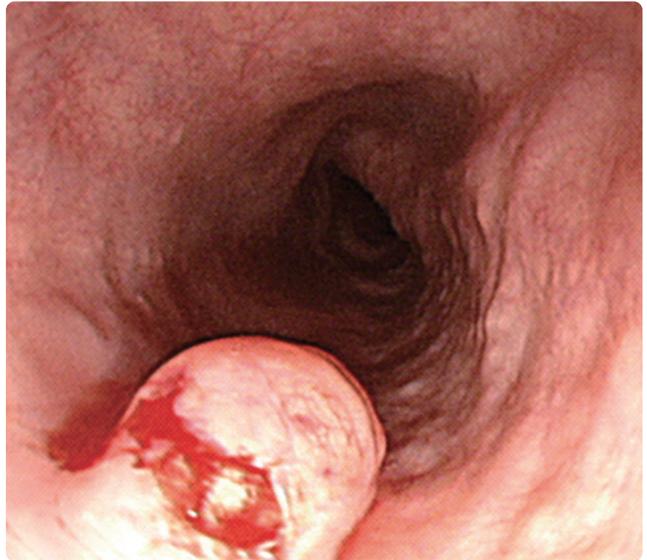
송경호 : 헤르니아가 제법 심한 경우에 잘 보이는 듯합니다. 경험상 대개는 다발성이 좀더 많았습니다. LC side 쪽에 더 흔한 느낌이 있습니다. Tegoprazan(케이캡정) 투여에 대한 반응이 좋을 것으로 예상됩니다.

이승우 : 심각한 식도열공 헤르니아에서는 내시경 진입이 어려울 경우 무리하게 검사를 시도하면 천공의 위험이 있으므로 주의해야 합니다.

식도 평활근종

Esophageal leiomyoma

송경호 · 차의과학대학교 일산차병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

하부 흉부 식도(절치하 36~37 cm)에 열은 황색조를 띠는 상피하병소가 있다. 종양을 덮는 점막에는 혈관상이 관찰된다. 검자로 밀어 보았을 때 병소가 밀리는 듯한 양상이었다.

진단 및 경과

검자 생검으로 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 검자로 밀어보았을 때 밀리는 경향성을 보인다. 이러한 경우 상피하종양의 검자 생검으로 확진을 내리고 추가적인 검사를 피할 수 있다.

식도의 평활근종은 식도 상피하종양의 가장 흔한 형태이며, 삼킴곤란 등의 증상이 없고 형태의 변화가 없는 경우 대부분 경과관찰을 시행한다. 작고 황백색의 색조 변화를 동반하는 식도 상피하 종양은 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.

토의

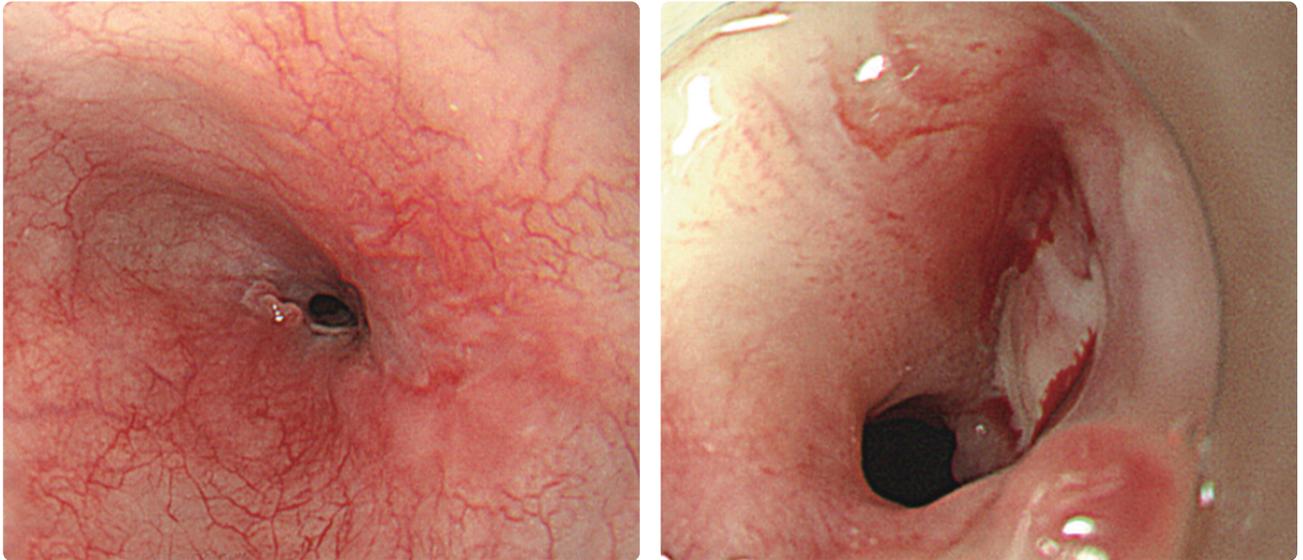
이승우 : 평활근종의 수술 indication은 어떻게 정하십니까?

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

편평상피세포암에 의한 협착

Esophageal stricture caused by squamous cell carcinoma

이승우 · 가톨릭대학교 대전성모병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

65세 남자가 뇌출혈로 요양병원에서 지내던 중 L-tube의 삽입이 되지 않아 내원하였다. 내시경 검사에서 상절치 하방 32 cm 부위에서 협착이 관찰되었으나 일반적인 상부위장관 내시경이 통과되지 않았다. 투명캡을 씌우고 병변을 자세히 관찰하였을 때 약 1 cm 길이의 선상의 궤양이 관찰되었다. 경비내시경으로 바꾸어서 협착부를 통과하여 위식도접합부를 관찰하였을 때 특이소견은 없었다. 협착 및 궤양 부위에서 조직 검사를 시행하였다.

진단 및 경과

조직 검사에서 편평상피세포암(squamous cell carcinoma)으로 진단되었다. 식도절제술을 시행하였고 병기는 T2N0M0였다.

해설

식도의 협착은 양성과 악성 협착으로 나눌 수 있으며 양성 협착의 원인으로는 위식도역류에 의한 소화성 협착, 방사선 치료나 부식성 손상 후 발생한 것, Schatzki ring, 호산구 식도염, 수술 후 또는 내시경절제 후 발생한 협착 등이 있다. 양성 협착 중 소화성 협착이 가장 흔한데, 부드럽고 원주형으로 점점 좁아지는 양상을 보이는 것이 특징이며 보통 편평원주상피 경계부(squamocolumnar junction)에서 4 cm 이내의 원위부 식도에서 발생된다. 본 환자의 경우 장기간 L-tube를 삽입하였고 병변 주변의 점막이 대부분 정상으로 보였기 때문에 L-tube에 의한 점막손상이나 소화성 협착과 같은 양성 협착을 먼저 생각하였다. 하지만 경비내시경으로 협착부위를 통과하여 관찰하였을 때 위식도경계부에는 특이소견이 없었으며 협착의 위치가 중부식도에 위치하여 소화성 협착은 배제할 수 있었고 조직 검사 후 편평상피세포암으로 진단이 되었다. 이와 같이 위식도 경계부위에 이상이 없으며 중부나 상부식도에 발생한 협착이나 궤양은 악성 질환의 가능성을 염두에 두고 충분한 조직 검사를 시행하는 것이 필요하겠다.

토의

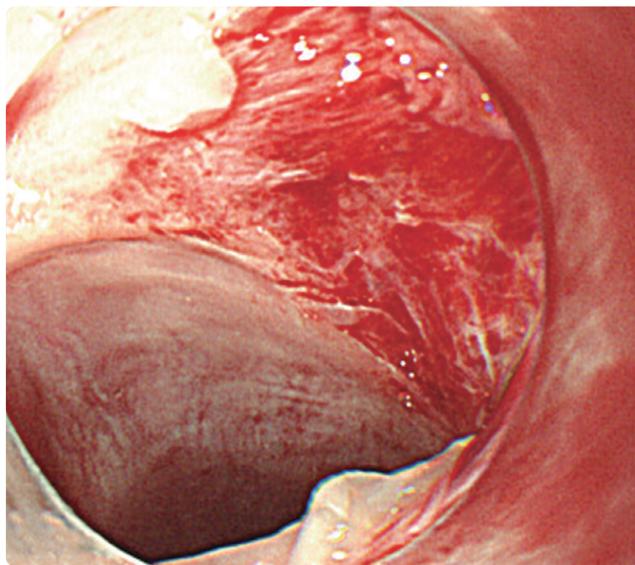
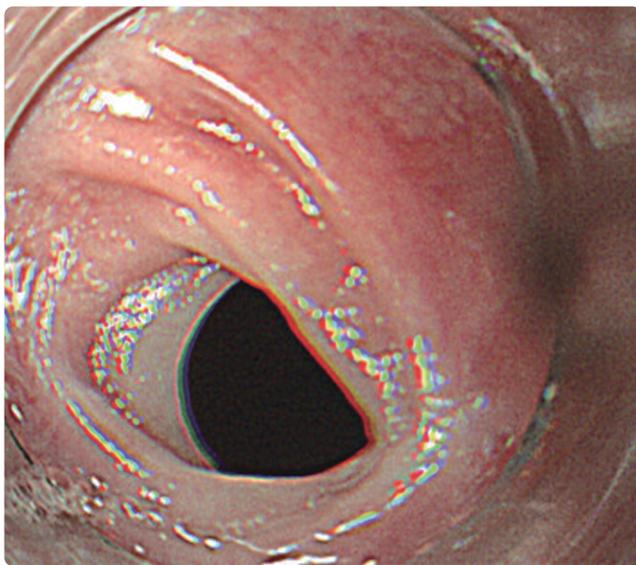
이승우: 과거 EG junction 협착만 있던 환자에서 조직 검사에서 진단되지 않았다가 수 개월후 follow-up 결과 모양이 변하면서 결국 암으로 진단되었습니다. 환자가 연하곤란 등 지속적인 증상 호소를 하거나 alarm symptom이 있는 경우에는 첫 조직 검사에서 진단되지 않더라도 단기 추적 검사가 필요합니다.

이준행: 협착의 병력이나 역류 증상이 없던 환자가 식도에서 좁아진 부위가 생겼다면 악성의 가능성을 끝까지 고려해야 할 것 같습니다. 어려운 증례 같은데 진단이 잘 되었던 경우라고 생각합니다. 수고 많으셨습니다.

플러머 빈슨 증후군 환자의 식도막

Esophageal web in Plummer-Vinson syndrome patient

이승우 · 가톨릭대학교 대전성모병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

42세 여자가 수년 전부터 빈혈이 있어서 개인의원에서 철분제를 간헐적으로 복용하였다. 3년 전부터 주로 고형식 섭취 시 삼킴곤란 증상이 발생되었고 최근 증상이 더 심해져서 내원하였다. 혈액검사에서 철분결핍성 빈혈이 있었고 내시경 검사 시 상절치 하방 17 cm의 경부식도에서 막(web)이 관찰되었고 협착으로 인해 일반적인 상부위장관 내시경이 통과되지 않았다.

진단 및 경과

플러머 빈슨 증후군 환자의 식도막으로 내시경 풍선확장술(12 mm까지)을 시행하였고 시술 후 식도막이 파열된 것을 확인하였다.

해설

식도막(esophageal web)은 식도의 내강으로 돌출된 2 mm 미만의 얇은 막(membrane)성 구조이며 경부식도의 전방측에 가장 많이 발생된다. 젠커 게실(Zenker's diverticulum), 피부 및 면역질환, 그리고 철분결핍성 빈혈 등과 연관이 있는 것으로 알려져 있다. 대부분은 무증상이지만 식도 내강이 13 mm 미만인 경우에는 증상이 발생하여 주로 고형식을 먹을 때 삼킴곤란을 호소하게 된다. 삼킴곤란, 철분결핍성 빈혈과 식도막이 관찰되는 경우 플러머 빈슨 증후군(Plummer-Vinson syndrome)을 진단할 수 있다. 설염(glossitis)이나 혀통증(glossodynia, tongue pain), 구석입술염(angular cheilitis)이 동반될 수 있다. Henry Stanley Plummer는 미국의 내과 의사이고 Porter Paisley Vinson은 미국의 외과 의사이다.

플러머 빈슨 증후군의 경우 철분을 보충해주면 증상호전을 보일 수 있으나 협착이 심할 경우 식도확장술이 필요할 수 있다. 확장술은 부우지(bougie)나 풍선을 이용하여 시행할 수 있고 쉽게 부서지는 막성 구조이기 때문에 확장술에 잘 반응한다.

토의

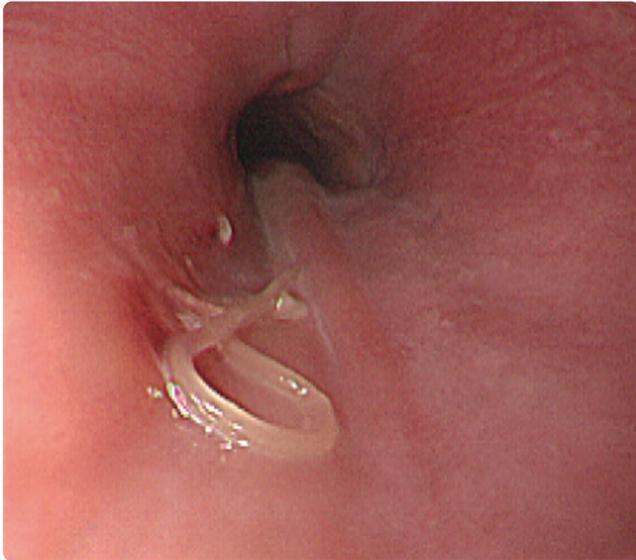
이승우 : 플러머 빈슨 증후군은 빈혈, 연하곤란, 식도막이 있으면 진단 가능합니다. 진단 내시경에서의 막(web)은 주로 상부보다는 중부나 하부식도에 존재합니다. 풍선확장술 시행 몇 년 뒤 재발했습니다. 철분제도 먹지 않았고 follow-up도 잘 안됐습니다. 이후 연하곤란 증상이 두 차례 정도 다시 생겨서 풍선확장술을 한 번 더 했습니다. 재발 가능성을 환자에게도 잘 설명하는 것이 중요할 것 같습니다.

이준행 : 저는 딱 한 차례 경험한 적이 있습니다. Pyriform sinus를 통과하자마자 식도막이 있었습니다.

식도 아니사키스증

Esophageal anisakiasis

조영신 · 순천향대학교 천안병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

30대 여자가 수일 전부터 발생한 상복부 통증으로 내원하였다. 기저질환은 없었으며 수일 전 생선회를 먹은 과거력이 있었다. 내시경 검사에서 하부식도에 약한 발적이 관찰되었고 흰색의 가늘고 긴 충체가 발견되었다. 생검 검자로 충체를 제거한 후 증상은 즉시 호전되었다.

진단 및 경과

식도 아니사키스증(esophageal anisakiasis)

해설

해산포유류(고래, 돌고래, 물개 등)의 위에 기생하는 선충류의 유충을 통칭하여 아니사키스 유충이라고 한다. 고래회충(*Anisakis simplex*)과 물개회충(*Pseudoterranova decipiens*)의 유충이 사람에게 잘 감염되며, 향유고래회충(*Anisakis physeteris*)도 감염을 일으킬 수 있다. 제2 중간 숙주인 해산어류(참조기, 명태, 붕장어, 조기, 방어, 광어 등)나 두족류(낙지, 오징어 등)를 날로 먹어 감염된다. 아니사키스 유충에 감염된 해산어류를 생식한 후 나타나는 임상 증상은 감염 위치와 감염 기간에 따라 다르다. 감염 위치에 따라 위 아니사키스증과 장 아니사키스증으로 구분되며, 감염 기간에 따라 급성과 만성으로 구분된다. 약 2/3 정도에서 위장 병변을 나타내는데 급성인 경우 2~6시간 내에 상복부 동통 및 불쾌감, 오심, 구토, 설사 등을 일으킨다. 인후부 이물감, 토혈, 혈변, 현기증, 요통 등이 동반되기도 한다. 급성 식중독, 급성 체장염, 급성 담낭염 등과 구별이 어려운 경우가 많다.

식도에서 아니사키스 충체가 발견되더라도 위나 십이지장에서도 동시에 아니사키스 충체가 발견될 수 있기 때문에 위나 십이지장도 유심히 관찰해야 한다. 식도나 위 아니사키스를 제거한 후 증상이 지속되면 소장이나 대장 등에 대한 검사를 고려할 필요가 있다. 치료는 내시경을 통하여 아니사키스를 제거하는 것이 최선이다. 여러 마리가 동시에 감염된 경우도 있으므로 구석구석 잘 살펴야 한다. 만성인 경우는 수술적 치료가 필요한 경우도 있다.

토의

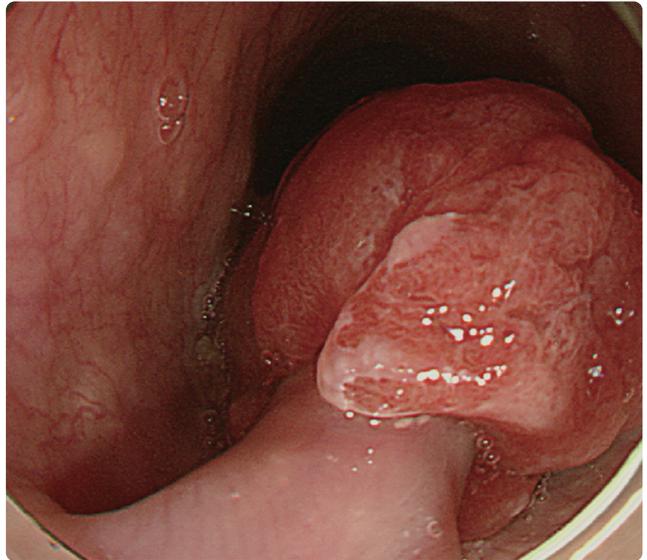
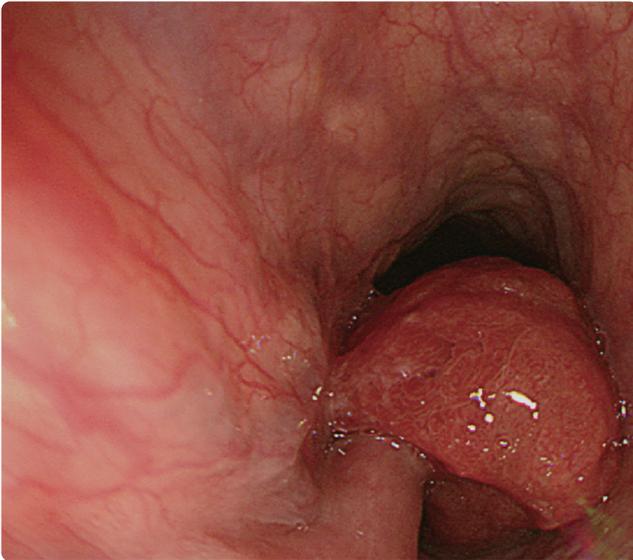
조영신: 보통 위 아니사키스는 임상적으로 흔히 보는데 식도 아니사키스는 드문 이유는 무엇입니까?

이준행: 아니사키스는 식도, 위, 소장, 대장 모든 부위에서 발견될 수 있습니다. 급만성 통증을 일으킬 수 있습니다. 대부분 자연적으로 좋아지지만 급성 증상의 경우 내시경으로 충체를 제거하면 즉시 증상이 호전됩니다. SMT와 유사한 종양이나 thickened fold 양상을 보이기도 합니다. 오래 되면 약간의 석회화를 동반한 작은 SMT로 남기도 합니다. 아니사키스는 과거보다 약간 줄어들었습니다. 신선한 회에서는 드물고, 보관 상태가 덜 좋은 생선에서 아니사키스 유충이 근육으로 이동하여 문제가 되는 것입니다.

식도 선암

Esophageal adenocarcinoma

조영신 · 순천향대학교 천안병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

60대 남자가 소화불량으로 내원하였다. 음주나 흡연은 하지 않았으며, 고혈압 외의 기저질환은 없었다. 상부식도에서 3 cm 크기의 유경성의 용종양 병변이 확인되어 조직 검사를 시행했다. 조직 검사 결과 고분화 이형성의 용종이지만 선암을 배제할 수 없다고 확인되어 내시경적 점막절제술(endoscopic mucosal resection, EMR)을 시행했다

진단 및 경과

점막절제술 병리 결과 중분화 선암(moderate differentiated adenocarcinoma in the background of gastric dysplasia)으로 확인되었다. 점막근층(muscularis mucosa)를 침범하고 림프절 및 타장기 전이소견 없으며 절제연이 깨끗하여 추가적인 치료 없이 경과 관찰 중이다.

해설

식도암의 대부분은 편평세포암이며 동양권에서 선암은 매우 드물다. 서구에서 흔한 식도 선암은 대부분 하부식도에서 바렛상피(Barrett's epithelium)와 연관되어 발생한다. 극히 드물게 점막 또는 점막하의 식도선(esophageal gland)이나 상부식도의 이소성 위점막(heterotopic gastric mucosa = inlet patch)에서 기원하기도 한다.

상부식도의 이소성 위점막은 비교적 흔하지만 이와 연관된 선암은 극히 드물기 때문에 이소성 위점막 자체를 전암성 병변으로 간주하지는 않는다. 다만 이소성 위점막과 연관된 증상이나 형태적 이상을 보이는 경우에만 치료 내지 추적검사가 필요하다. 이번 증례는 유경성 용종 모양을 보이고 있어 이소성 위점막에서 발생한 것인지 명확하지 않다. 상부식도는 내시경 검사의 맹점(blind area)이므로 내시경을 후퇴시킬 때 상부식도를 조금 천천히 자세히 관찰할 필요가 있다.

토의

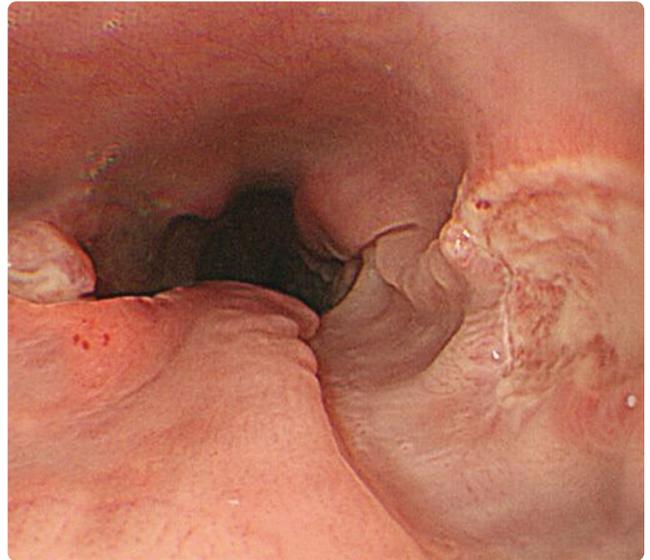
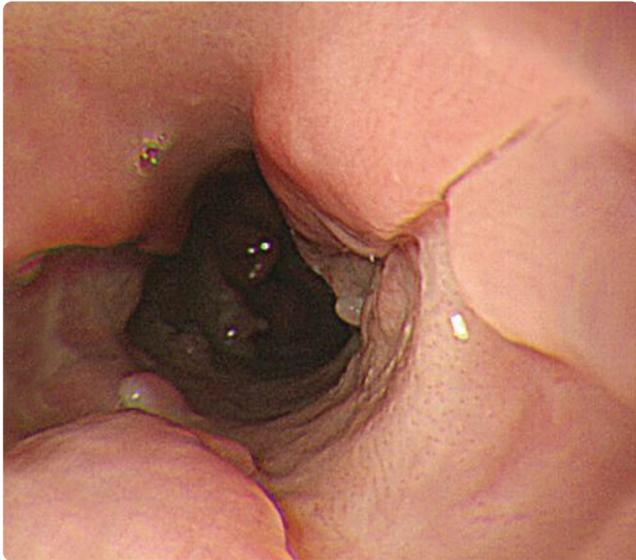
성재규 : 상부식도 선암 증례는 상당히 드물습니다. EG junction에서 보는 것이 대부분입니다. 상부식도는 이 증례에서 처음 보았습니다.

이준행 : 상부식도 선암은 상당수가 inlet patch에서 발생한 flat한 혹은 ulcerative lesion입니다. 이처럼 상부식도 선암이 용기형 모양을 보이는 경우는 드문 것 같습니다.

베체트병의 식도 침범

Esophageal involvement of Behcet's disease

문희석 · 충남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

25세 남자가 삼킴 통증을 주소로 내원하였다. 3년 전부터 구강궤양이 반복적으로 발생하였고 최근에는 음식을 삼킬 때 날카로운 가슴 통증이 발생하였다. 개인 의원에서 2주간 약물치료를 받았으나 증상은 개선되지 않았다. 상부위장관 내시경 검사를 시행하였고 상절치 30 cm 부위부터 깊은 궤상성 바닥을 가지는 다발성이고 긴 종방향 궤양이 관찰되었다. 궤양의 변연부(edge)는 명료하고 깨끗하였으며 궤양의 사이의 점막은 비교적 정상이었다.

진단 및 경과

베체트병의 식도 침범으로 진단하고 류마티스 내과와 협진 후 스테로이드와 colchicine을 투여하였고 추적 내시경에서 병변이 호전되었다.

해설

베체트병은 반복되는 구강궤양, 음부궤양, 안 병변 및 피부 병변을 특징으로 하는 원인불명의 만성 재발성 전신 혈관염이다. 베체트병의 위장관 침범은 약 10%에서 관찰된다. 대부분은 말단 회장이나 맹장 등 하부위장관에서 발생하는데, 식도 침범은 매우 드물다. 식도 병변은 단발성 또는 다발성 모두 가능하며, 미란, 미만성 식도염, 찌어낸 듯(punched out) 또는 파고 들어간 듯한(undermined) 깊은 궤양 및 협착, 넓게 퍼지는 식도염 등 다양한 내시경 소견이 보고되고 있다. 조직 검사에서는 혈관주위염이 있거나 비특이적인 림프구 및 호중구와 같은 염증 세포의 침윤만이 있는 경우가 많아서 다른 원인을 감별하는 것이 중요하다.

식도의 궤양을 유발하는 질환으로는 결핵, 매독, 조기 식도암, 크론병 등이 있으며 다양한 약물에 의해서도 발생하므로 감별진단이 필요하다. 베체트병의 약물 요법으로는 스테로이드, sulfasalazine, 5-aminosalicylic acid (5-ASA), colchicine, thalidomide, azathioprine, cyclosporin, anti-TNF-alpha 등이 사용되나 식도를 침범한 베체트병에 대한 표준화된 치료법은 확립되어 있지 않다.

토의

문희석: 저희 소화기 내과에서는 추적 내시경 검사만 하고 그 후로는 류마티스 내과에서 follow-up하고 있습니다. 이 환자는 약간의 안병변도 있어 류마티스 내과와 안과에서 동시에 진료 중입니다.

이준행: 저희도 비슷하게 하고 있습니다. 식도나 대장 단독 병소이고 다른 부위에 문제가 없으면 소화기 내과에서 치료하고, 다장기의 증상이 있는 경우는 류마티스 내과에서 주도적으로 치료하는 것이 일반적인 것 같습니다.

방사선유발 식도염

Radiation-induced esophagitis

문희석 · 충남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

63세 남자가 20일 전부터 발생한 연하곤란과 삼킴 통증으로 주소로 내원하였다. 상기 환자는 1년 전 우상폐의 squamous cell carcinoma로 진단되어 수술을 받으셨고 추적관찰 중 재발하여 약 2개월간의 항암방사선 치료를 받았다. 방사선 총량은 60 Gy였다. 내시경 검사에서 상부식도는 정상적이었으며 상절치 30~34 cm까지 백태의 부착이 있는 식도 협착이 관찰되었다. 그 이하는 다시 정상적이었다.

진단 및 경과

비소세포폐암(NSCLC)으로 항암방사선 치료 후 발생한 방사선유발 식도염으로 진단하였다. 진단 당시 환자의 증상에 따른 점수로는 RTOG morbidity score (symptomatic grade) grade 2, 내시경 분류로는 Kuwahata's score (endoscopic findings of esophageal damage) grade 3였다.

해설

국소 진행 또는 전이형 비소세포폐암에서 palliative 목적의 항암방사선치료 시 약 10~40%에서 방사선유발 식도염이 발생할 수 있다. 30 Gy 이상의 방사선조사를 하면 급성 흉부작열감과 삼킴 통증이 나타날 수 있는데, 대개는 경증이며 방사선 치료를 하는 기간 중에만 증상이 있다. 방사선 조사량이 40 Gy 정도가 되면 점막의 발적과 부종이 종종 관찰된다. 방사선조사 시작 2주일 후가 되면 얇은 미란이 나타나고, 방사선조사 완료 3~4주 후가 되면 호전된다. 독소루비신과 같은 화학요법제를 방사선 치료와 동시에 투여하면 식도의 방사선손상이 더 심해질 수 있다. 이런 경우에는 25 Gy 미만의 방사선 조사량에서도 식도 손상이 발생할 수 있다.

급성기에는 삼키기 쉬운 음식의 섭취, 영양 공급 및 통증 조절 등 보존적인 치료를 시행하고, 섬유화에 의한 협착이 발생하면 조심스럽게 내시경 풍선확장술을 시행한다. 수차례 반복적인 시술이 필요할 수 있다. 이 환자는 결국 1개월 후 12 mm 정도의 내시경 풍선확장술을 시행하였고 6개월 후 추가적인 시술을 하였다.

토의

문희석 : 방사선유발 식도염은 천공 위험이 높아서 풍선확장술같이 연관 시술을 할 경우 불량한 예후 가능성을 환자에게 충분히 설명해주어야 합니다.

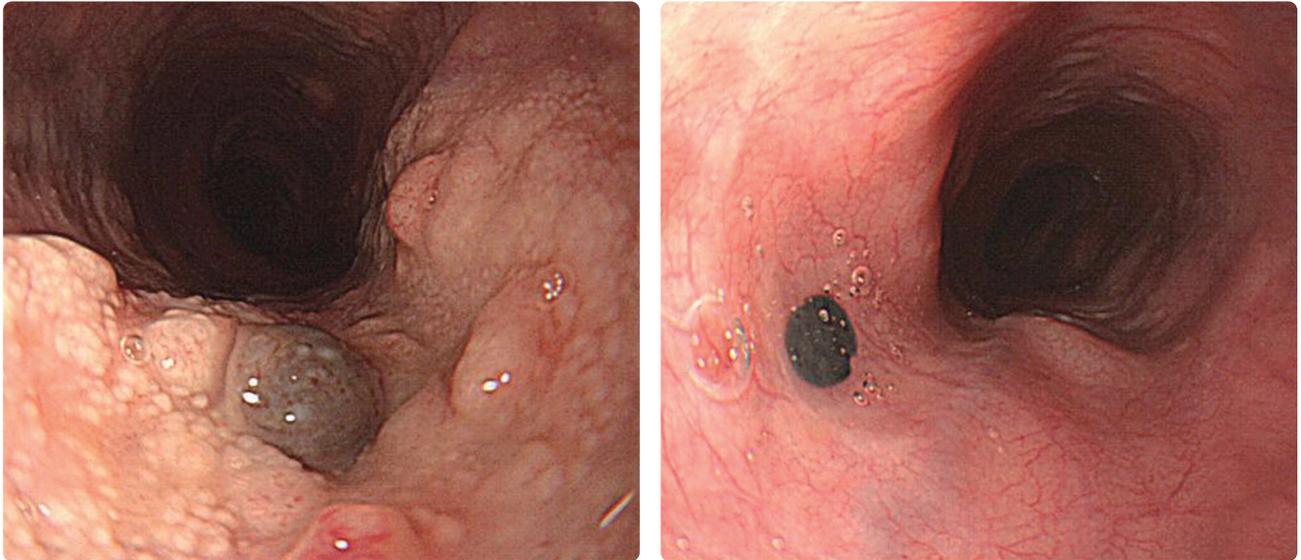
조영신 : 식도 협착의 경우처럼 이런 증례에서도 미리 스테로이드를 사용하면 도움이 된다는 근거가 있습니까?

문희석 : 스테로이드가 예방 효과는 크지 않은 것으로 알고 있습니다.

악성 흑색종의 식도 전이

Esophageal metastasis of malignant melanoma

문희석 · 충남대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

63세 여자가 식도 이물감으로 내원하여 내시경 검사를 시행하였다. 상절치 25 cm 부위에서 약 3 cm 정도의 경계가 불명확하면서 점막 혈관이 소실된 탁한 표면 색조의 평탄형 병변이 관찰되었다. 병소의 중앙에는 약 8 mm 정도의 검푸른 평탄 융기 부위가 있었다(좌측 사진).

진단 및 경과

조직 검사에서 악성 흑색종으로 진단되었고 원발 병소를 찾던 중 오른쪽 엄지 손가락에서 1.5 cm 정도의 검푸른 병변이 발견되었고 악성 흑색종으로 진단되었다. 식도 병변은 피부 악성 흑색종의 식도 전이로 판단되었다.

해설

악성 흑색종은 전체 피부암의 4%, 피부암으로 사망하는 환자의 약 80%를 차지한다. 악성 흑색종은 림프절과 혈행성으로 다른 장기로 전이가 된다. 가장 흔한 원격 전이 부위는 피부와 피하조직(42~59%)이며, 그 외 폐(18~36%), 간(14~20%), 뇌(12~20%), 뼈(11~17%) 그리고 위장관(1~7%)인데, 위장관 중에서는 공장과 회장(26~58%), 대장(5~28%), 십이지장(12~19%), 식도(3~9%) 순이다. 사망 전 위장관 전이가 확인된 환자는 소수이지만, 부검하면 약 60%에서 위장관 전이가 확인된다. 위장관 전이는 악성 흑색종의 중요한 예후 인자인데 전이 환자의 80%는 1년 내에 사망한다.

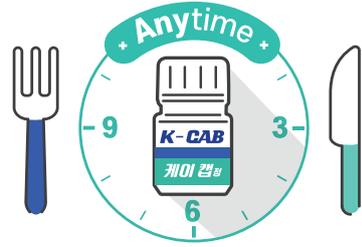
최근 전이성 악성 흑색종 치료에 면역관문억제제(immune checkpoint inhibitor)가 사용되고 있으며 이 환자도 진단 후 pembrolizumab (2 mg/kg, 100 mg)을 사용하면서 정기적 추적 내시경 검사를 시행하였다. 6개월 후 첫 추적 내시경 검사에서 병변 크기가 약 80% 정도 감소하였으며(우측 사진), 최근 추적 내시경 검사에서는 식도 병변이 완전히 소실된 것을 확인할 수 있었다.

토의

이준행: 최근 획기적인 약인 pembrolizumab이 개발되면서 좋은 경과를 보인 증례였습니다. 다만 출혈성대장염이나 출혈성 위염 등 부작용이 있습니다.

김선문: 흑색종이라면 대개 색이 모두 검정색일 것으로 생각하기 쉬운데, 제가 본 것은 아주 커다란 SMT와 유사한 종괴였는데 조직 검사 결과 흑색종으로 진단되었습니다. 내시경 사진을 되새겨 보면 아주 일부분에서 색깔이 약간 갈색을 띠고 있었습니다. 직장 흑색종은 전체가 까만 반면 식도 흑색종은 일부만 색 변화가 있었습니다(amelanomatic melanoma).

Busy Life, Easy **K-CAB**



바쁜 현대인을 위해, 식사와 관계 없이 복용 가능한 **케이캡**



KOREA P-CAB, K-CAB tab.

빠르고 강력한 위산분비차단제, 케이캡¹⁻³

케이캡정 50밀리그램 [원료약품 및 구분량] 이약 1정(206mg) 중, 유효성분: 테고프라잔 (별규) ... 50.0mg 기타첨가제: D-만니톨, 미결정셀룰로오스, 크로스카르멜로오스나트륨, 히드록시프로필셀룰로오스, 콜로이드성아산화규소, 스테아르산마그네슘, 오파드라이 II 분홍색 (85F240134) 색상 연한 분홍색의비대칭삼각형의 필름코팅정 **[효능·효과]** 1. 미란성 위식도역류질환의 치료 2. 비미란성 위식도역류질환의 치료 3. 위궤양의 치료 4. 소화성 궤양 및 또는 만성 위축성 위염 환자에서의 헬리코박터파일로리 제거를 위한 항생제 병용 요법 **[용법·용량]** 이 약은 성인에게 다음과 같이 투여한다. 1. 미란성 위식도역류질환의 치료 1일 1회, 1회 50mg을 4주간 경구투여한다. 식도염이 치료되지 않거나 증상이 계속되는 환자의 경우 4주 더 투여한다. 2. 비미란성 위식도역류질환의 치료 1일 1회, 1회 50mg을 4주간 경구투여한다. 3. 위궤양의 치료 1일 1회, 1회 50mg을 8주간 경구투여한다. 4. 소화성 궤양 및 또는 만성 위축성 위염 환자에서의 헬리코박터파일로리 제거를 위한 항생제 병용요법 헬리코박터파일로리 감염 환자들은 재균요법으로 치료받아야 한다. 이 약 50mg과 아목시실린 1g, 클라리트로마이신 500mg을 1일 2회 7일간 경구투여한다. 이 약은 식사와 관계없이 투여할 수 있다. **[사용상의 주의사항]** 1. 다음 환자에는 투여하지 말 것. 1) 이약, 이약의 구성성분 또는 벤즈이미다졸류에 과민반응 및 그 병력이 있는 환자 2) 아타자나비어, 넬피나비어, 또는 릴피비린 함유제제를 투여 중인 환자(5. 상호작용 항 참조) 3) 임부 및 수유부 (6. 임부 및 수유부에 대한 투여 항 참조) 2. 다음 환자에는 신중히 투여할 것. 1) 간장애 환자: 간장애 환자에 대한 사용경험이 없다. 2) 신장애 환자(사용경험이 없다). 3) 고령자(8, 고령자에 대한 투여 항 참조) *기타 자세한 사항은 제품설명서를 참고하십시오.

References 1. 케이캡정 허가사항 2. Andersson K, Carlsson E. Pharmacol Ther. 2005;108(3):294-307 3. Takahashi N, Take Y. J Pharmacol Exp Ther. 2018;364(2):275-286



(주)중근당
본사: 서울특별시 서대문구 충정로 8 (충정로 3가)



에이치케이이노엔주식회사 서울특별시 중구 을지로 100 파인에비뉴 A동 6-8층
고객상담센터: 080-700-8802 | <http://www.inno-n.com>



200413 KCA-CAB07-220-01

식도 질환 내시경 아틀라스

ATLAS of Esophageal Endoscopy