



ENDOSCOPY
ATLAS OF
GASTRIC
DISORDERS

VOL.2 NO.3

통권4호 | 2021



위질환 내시경 아틀라스

C O N T E N T S



위질환 내시경 아틀라스

ENDOSCOPY
ATLAS OF
GASTRIC DISORDERS



위 털곰팡이증 04

Gastric mucormycosis

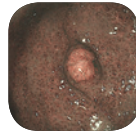
고명석 | 동아대학교병원 소화기내과



이소성 유문 05

Ectopic pyloric opening

고명석 | 동아대학교병원 소화기내과



위 과립세포종 06

Gastric granular cell tumor

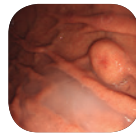
김광하 | 부산대학교병원 소화기내과



위저선 점막 거짓용종증 07

Gastric oxyntic mucosa pseudopolyposis

김광하 | 부산대학교병원 소화기내과



위 신경내분비 종양 08

Gastric neuroendocrine tumor

김수진 | 양산부산대학교병원 소화기내과



위 말트림프종 09

Gastric MALT lymphoma

김수진 | 양산부산대학교병원 소화기내과



심재성 낭종성 위염 10

Gastritis cystica profunda

유대곤 | 양산부산대학교병원 소화기내과



비위관으로 인한 위 임박 천공 11

Impending perforation of stomach due to a nasogastric tube

유대곤 | 양산부산대학교병원 소화기내과



면역관문억제제에 의한 출혈성 위염 12

Immune checkpoint inhibitor-induced hemorrhagic gastritis

이준행 | 성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 소화기내과



급성 봉소염성 위염 13

Acute phlegmonous gastritis

이준행 | 성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 소화기내과



위 말트림프종 14

Gastric MALT lymphoma

이 진 | 인제대학교 해운대백병원 소화기내과



위 신경내분비 종양 15

Gastric neuroendocrine tumor

이 진 | 인제대학교 해운대백병원 소화기내과



과형성 용종과 동반된 위 말트림프종 16

Hyperplastic polyp with synchronous gastric MALT lymphoma

정경원 | 고신대학교복음병원 소화기내과



위상피하종양으로 오인된 간낭종 17

Left hepatic cyst mimicking gastric subepithelial tumor

정경원 | 고신대학교복음병원 소화기내과



내시경 점막하 박리술 후 재발된 위암 18

Recurrent gastric cancer after endoscopic submucosal dissection

차라리 | 창원경상국립대학교병원 소화기내과



위석을 동반한 위궤양 19

Gastric ulcer with gastric bezoar

차라리 | 창원경상국립대학교병원 소화기내과

[For Healthcare Professional Only]

발행인: 김관홍 | 메디칼업저버

발행일: 2021년 월 일

발행처: 메디칼업저버

서울특별시 강남구 논현로 72길 29 리치노아빌 3층

TEL: 02-3467-5400 / FAX: 02-3452-9229 / www.monews.co.kr

편집자문: 이준행 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

No part in this publication may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any mean.

위 털곰팡이증

Gastric mucormycosis

고명석 | 동아대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

기저질환으로 고혈압, 당뇨, 신부전 3기 진단받은 80세 여자가 요추 골절로 2차 병원에 입원하였고, 요통으로 지속적으로 비스테로이드성 항염증제 투여 중 호흡곤란, 피뇨가 발생하였다. 혈액검사, 소변검사 및 영상검사에 급성 신손상과 요로감염으로 입원하여 항생제 투여하면서 경과 관찰 중 내원 6일째 복부팽만, 흑색변과 함께 헤모글로빈 7.7 g/dL로 감소되어 상부 위장관 출혈 의심되어 응급 상부위장관 내시경을 시행하였다. 상부위장관 내시경 검사에서 위 상체부 소만과 전벽에 직경 약 1.5 cm 크기의 혈괴로 덮여있는 궤양성 병변이 관찰되었고 조직검사를 시행하였다.

진단 및 경과

Gastric mucormycosis

조직검사 결과 fungal organism, morphologically suggestive of mucormycosis 진단되었으며, 이후 1개월 동안 amphotericin B (Fungizone®) 0.7 mg/kg을 투여했으나 오한, 전신통의 부작용이 있어 liposomal amphotericin B (AmBisome®)로 변경하여 26일간 투여하였고, 투여 27일째 추적 상부위장관내시경 검사에서 병변 호전을 보이며 증상 역시 호전되어 퇴원하였다.

해설

털곰팡이증은 털곰팡이아문(subphylum Mucoromycotina)의 털곰팡이목(order mucorales)에 속하는 곰팡이에 의한 치명적인 감염이다. 털곰팡이의 발병은 면역 저하나 면역 억제 상태와 관련이 있다. 특히, 당뇨병성 케톤산증 환자 또는 고혈당 환경은 호중구의 화학 주성을 손상시키고, 균류에 필요한 성장 인자인 철에 결합하는 트랜스페린의 능력을 방해한다. 털곰팡이증은 기회 감염으로 늦게 진단되는 경우가 흔하고, 설령 조기 진단하더라도 치명적일 수 있다. 위장관 침범은 드물게 발생하는데 음식물 안의 진균류를 섭취하거나 진균에 오염된 가래를 삼켜서 발생하는 것으로 생각된다. 내시경 소견에서 주로 상부에 기저부 괴사(necrotic base), 가장자리 융기(raised edges), firm and leathery texture 소견을 갖는 큰 궤양성 병변을 보이는 것이 특징이며 내시경이나 수술을 통해 얻은 조직생검으로부터 현미경 및 조직병리학적 평가를 통해 확진한다. 위장관 털곰팡이증의 치료는 수술적 괴사 조직 제거 및 항진균제 정맥 투여이며 빠른 항진균제 투여는 생존율을 높이거나 6일 이상 치료가 지체되는 경우 사망률은 두 배로 증가한다. 항진균제 투여 기간은 개인에 따라 다르나 임상적으로 증상이 호전이 있을 때까지 투여한다. 본 증례의 환자는 35년 전 당뇨병을 진단받았으며, 발병 당시 시행한 당화혈색소는 6.5%로 비교적 잘 조절되고 있었으나 위장관 출혈 증상으로 시행한 상부위장관 내시경에서 병변이 관찰되어 조직검사 결과 확진된 사례이다.

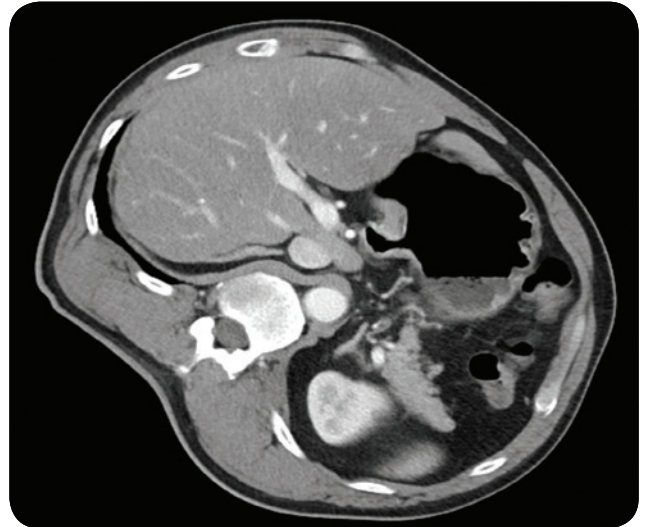
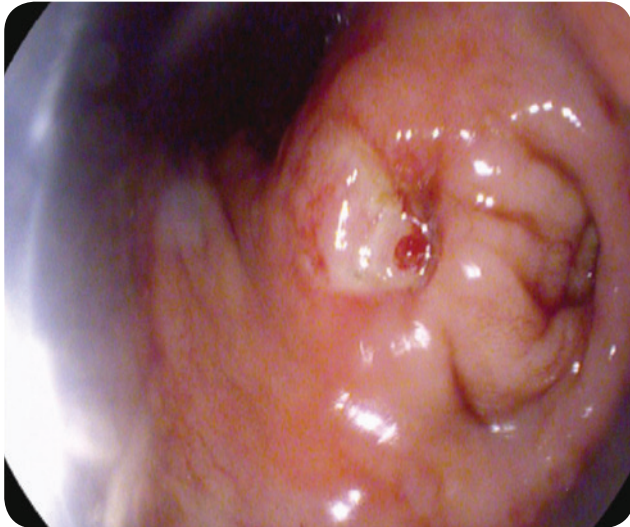
토의

김광하: 털 곰팡이증은 침습적이어서 colonization 되는 경우는 거의 없어 보입니다. 조직검사에서 털 곰팡이증 거짓균사가 보이면 조직 내로 침범한 소견이므로 침윤성 털 곰팡이증으로 볼 수 있습니다.

이소성 유문

Ectopic pyloric opening

고명석 | 동아대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

1년 전 위궤양 출혈로 내시경 지혈술 받은 병력 외 특이 병력 없던 62세 남자가 흑색변으로 내원하였다. 내원 3시간 후 응급 상부 위장관 내시경을 시행하고, 상체부 후벽에 직경 약 1 cm의 위궤양과 노출된 혈관이 관찰되어 내시경 지혈술을 시행하였다. 환자의 내시경 소견에서는 특이하게도 전정부에서 정상적인 유문 구조가 관찰되지 않았으며, 궤양에 인접한 상체부 후벽부에서 십이지장으로 연결되는 개구부가 관찰되었다. 해당 구조로 내시경 진입하였을 때 십이지장 점막이 관찰되었고, 십이지장과 유두부 근처 부위에 명백한 이상 소견은 관찰되지 않았다.

진단 및 경과

Ectopic pyloric opening

내시경 지혈술 시행 5일 후 추적내시경을 시행했고 위궤양은 다소 호전되었다. 5일의 금식 기간이 지났지만 위장 내 많은 양의 음식이 잔류해 있었다. 궤양에서 시행한 조직학적 검사 결과는 비특이적 염증 소견으로 판명되었으며, 이후 환자는 식이를 진행하였고 추가적인 출혈 소견 없이 무사히 퇴원하였다.

해설

위는 소화기관 중 가장 유연한 장기로 위의 모양은 임상 증상이 있든 없든 다양할 수 있다. 위 모양 이상의 원인에는 선천성 기형과 후천성 기형이 있으며, 선천성 기형에는 이중 유문 및 선천성 유문 협착을 포함한 유문의 이상들이 보고되었고, 후천성 기형은 소화성 궤양의 반복 발생과 치유로 인해 발생할 수 있다.

이 환자는 "망치" 모양의 위를 가진, 위 체부에서 이소성 유문 개방을 보이는 드문 사례이다. 이전 보고된 사례들에 따르면 이런 위의 해부학적 이상으로 위 배출 지연을 보이고, 위장 장애가 발생하거나 음식물의 저류에 의한 자극으로 위궤양이 잘 발생하는 것으로 알려져 있다. 이소성 유문 자체에 대한 치료는 필요 없다.

토의

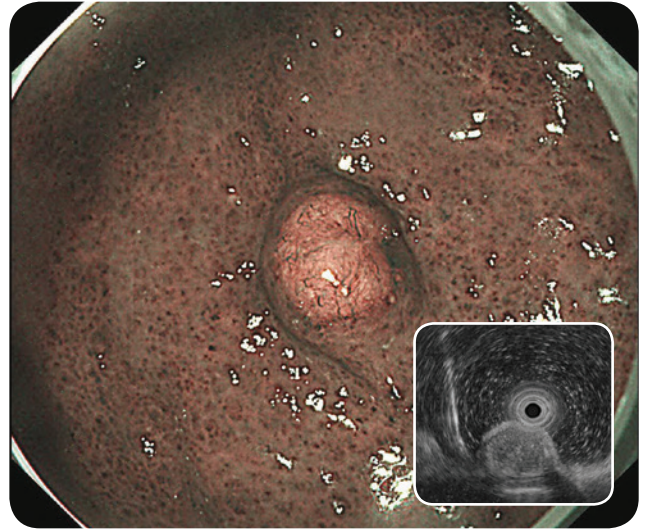
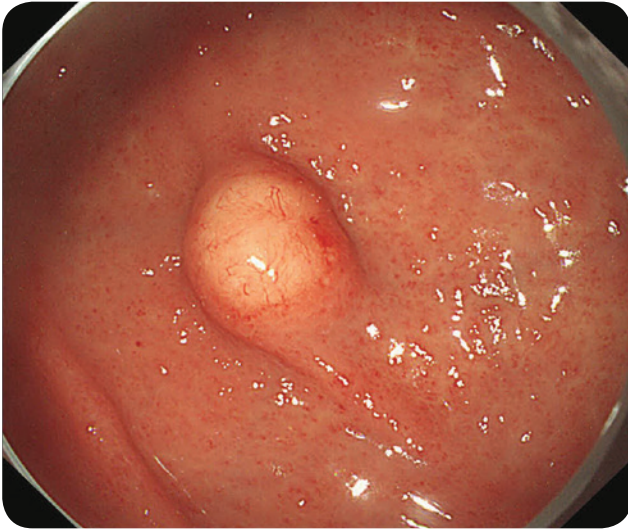
이준행: Hammer shape은 위체부 소만에 십이지장이 연결되어서 바륨 조영술을 하면 십이지장이 손잡이, 위가 망치머리처럼 보이는 것을 뜻합니다. 참고문헌(*Surgical and Radiologic Anatomy* 2019;41:1395)을 보면 좋은 바륨 사진이 있습니다. 그런데 참고문헌에서도 ectopic pyloric opening 바로 옆에 궤양이 발생한 증례가 있었는데, 이소성 유문과 근처 부위 궤양과 관련성이 있을까요?

고명석: 이 증례에서는 정상적인 pyloric opening 때문이 아니라 운동성에 따라 위 배출이 지연되고 반복적인 자극이 생기면서 궤양 등 다른 점막 상처가 생기지 않았나 추정합니다.

위 과립세포종

Gastric granular cell tumor

김광하 | 부산대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

59세 여자가 검진 내시경 검사에서 우연히 발견된 위 상피하종양으로 내원하였다. 공릉부 전벽에 약 1 cm 크기의 황백색 Y-II 상피하종양이 보이며, 병변의 표면에는 일부 혈관이 확장되어 있었다. Rolling sign 음성, pillow sign 음성, tenting sign 음성으로 조직검사를 시행하였다.

진단 및 경과

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

해설

과립세포종은 연부조직으로 구성된 신경계 기원의 양성종양으로, 1 ~ 2% 정도에서만 악성화를 보인다. 대부분 식도에서 발생하지만, 위에서 발생하는 경우는 상기 증례와 같이 주로 공릉부와 상부 체부에서 발생한다. 내시경 검사에서 대부분 백색 또는 황색조를 보이는 상피하병변으로 관찰되며, 드물게는 유경성 용종 형태를 취하기도 한다. 표면은 정상 위점막으로 덮여 있으며, 생검 검자로 압박 시 단단하고 탄력적인 종괴로 느껴진다. 대부분 원주상피층 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.

토의

이준행: 점막층과 점막하층에 걸쳐서 있는 종양으로 추정합니다. 선생님께서 사용하신 내시경점막절제술의 구체적인 방법을 소개해 주시기 바랍니다.

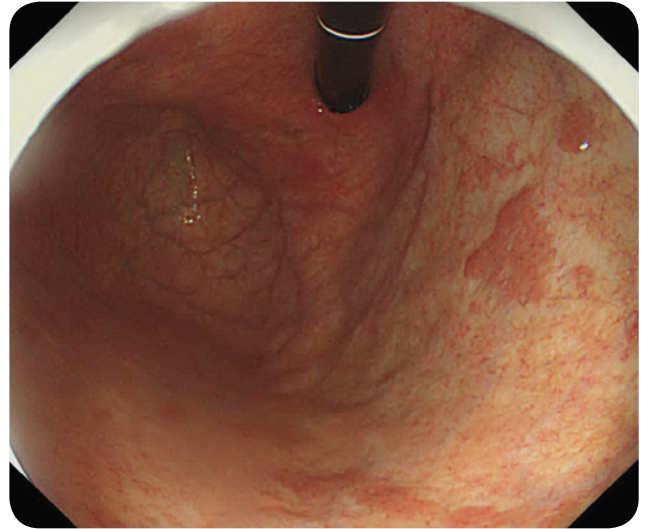
김광하: Injection and cut 방법을 사용했습니다. ESD를 고려했으나 inject해 보니 생각보다 리프팅이 잘 되어서 간단하게 snare로 진행했습니다.

아직까지 악성화된 증례 보고는 없지만 위 과립세포종 외 다른 장기에서는 악성화된 경우가 있기 때문에 선택적 처치가 바람직하겠습니다.

위저선 점막 거짓용종증

Gastric oxyntic mucosa pseudopolyposis

김광하 | 부산대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

76세 여자가 내시경 검사에서 우연히 발견된 위의 다발성 용종으로 내원하였다. 위 궁窿부와 체부에 전체적으로 위축성 위염을 보이는 퇴색 점막들이 관찰되며, 사이 사이에 다양한 크기의 발적을 보이는 결절성 병변들이 다수 관찰되었다. 이 병변에 대한 확대내시경 검사에서 정상 위의 경우와 같이 벌집 모양의 상피하 모세혈관 네트워크(subepithelial capillary network)로 둘러싸인 작고 둥근 위오목(gastric pit)과 규칙적인 집합세정맥(collecting venule)이 관찰되었다.

진단 및 경과

Gastric oxyntic mucosa pseudopolyposis

발적을 보이는 결절성 병변들에 대한 조직검사서 위축과 장상피화생은 관찰되지 않는 정상적인 위저선 점막이었으며, *Helicobacter pylori* 균은 없었고 호중구나 림프구와 같은 염증 세포의 침윤은 경미하였다. 그리고 벽세포가 위샘 내로 돌출하는 소견을 보이는 벽세포의 거짓비대(parietal cell pseudohypertrophy)가 관찰되었다.

해설

위저선 점막 거짓용종증은 내시경 검사에서 드물게 관찰되는 양성 병변으로, 위축성 점막의 배경에 용종 형태의 모양을 가지는 비위축성 위저선 점막의 잔존을 특징으로 한다. 생검 결과 정상적인 위저선 점막을 나타내기 때문에 이 질환에 대한 개념과 지식이 없는 경우에는 쉽게 간과된다. 일부 보고에서는 위축성 위염 환자에서의 양성자펌프억제제의 사용이 이 질환과 연관성이 있음을 시사하고 있으며, 상기 환자도 간헐적인 양성자펌프억제제의 복용력이 있었다. 아직까지 이 질환의 자연 경과에 관한 보고는 한정되어 있지만, 위저선 점막 거짓용종증이 좀더 심하게 진행하지는 않는 것으로 알려져 있다.

토의

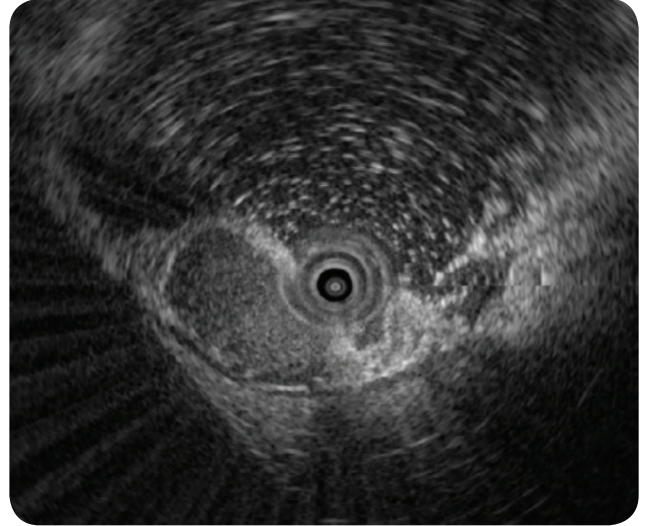
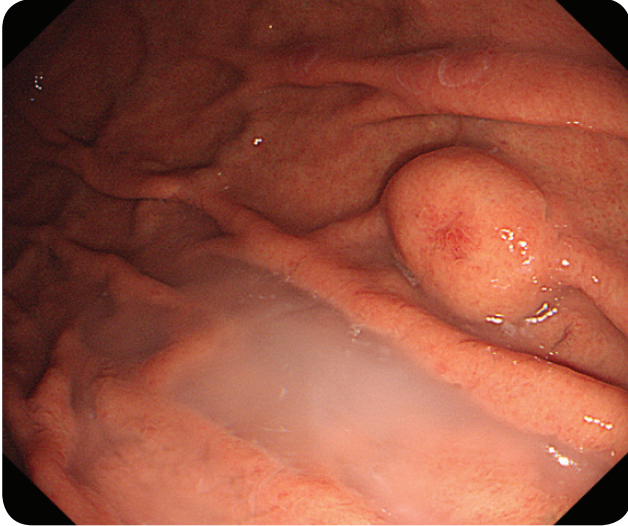
이준행: 위체부 위축이 심하고 상대적으로 위축이 덜 심한 부위에서 보이는 소견으로 생각됩니다.

김광하: 위축의 가장 많은 원인이 *H. pylori*이지만, 이 증례에서는 검사 결과 음성이 나왔고 비교적 전정부 위축은 좀 덜했습니다. 외국 보고에 의하면 *H. pylori* 연관성은 언급되어 있지 않고 전반적으로 body 쪽 fundal atrophy가 있는 경우 이런 소견을 보인다고 되어 있습니다.

위 신경내분비 종양

Gastric neuroendocrine tumor

김수진 | 양산부산대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

63세 남자가 건강검진 내시경에서 중체부 대만에 1.2 cm 가량의 첨부에 발적을 동반한 정상 점막으로 덮힌 상피하 병변이 관찰되었다. 초음파 내시경에서 3층 기원의 균일한 저에코 병변이었다.

진단 및 경과

내시경 조직검사에서 신경내분비 종양으로 진단되었고 복부 컴퓨터단층촬영에서 주변 림프절 비대나 원격전이 관찰되지 않아 내시경 절제술로 제거하였다. Serum gastrin 수치는 48 pg/mL (정상범위 13 - 115 pg/mL)이었다.

해설

위 점막하층에서 관찰되는 저음영의 점막하 병변은 신경내분비 종양이나 림프종과 같은 악성질환의 가능성이 있으므로 조직학적 진단을 위해 노력해야 한다. 신경내분비 종양은 점막의 유사 장크롬친화성 세포(enterochromaffin-like cells)에서 기원하여 점막하층으로 침습하여 발육하기 때문에 내시경 조직검사에서 병리 진단이 가능한 경우가 많다. 신경내분비 종양은 gastrin level 상승이 동반된 1형, MEN1과 연관된 2형, 1형과 2형에 해당되지 않는 3형으로 나눌 수 있다. 신경내분비 종양의 크기가 1 cm 이하라면 내시경 절제술, 2 cm 이상이라면 수술적 절제술이 권유되나 1 cm에서 2 cm 사이의 종양은 여러 가지 요소들을 종합하여 치료 방향을 결정해야겠다. 본 증례의 경우 수술을 시행한다면 근위부 위절제나 완전 위절제를 시행해야 하기 때문에 내시경 절제를 먼저 하고 병리 결과에 따라 림프혈관 침범이 있는 경우에 추가 수술을 받기로 하였다.

토의

이준행: Gastrin 수치는 정상인데 내시경 소견상 atrophy가 상당히 보이는 경우는 3형으로 봐야 할까요, 1형으로 봐야 할까요?

김수진: Atrophy base로 생겼다는 점에서 1형에 가깝게 접근할 것 같습니다.

이준행: 말씀 주신 것처럼 atrophy가 현저하고 pepsinogen I/II 70 이하, I/II ratio가 3 이하 등인 경우가 꽤 있는데 gastrin 수치가 정상인 경우는 대부분 1형에 준해 치료하고 있습니다. 실제 임상에서는 gastrin 수치보다는 atrophy 소견을 많이 고려한다고 이해하면 되겠습니다.

정상 gastrin 수치를 보이는 3형에서 1 ~ 2 cm 크기일 때 내시경 절제술을 시행하는 것은 상당히 조심스럽습니다. 저희 병원에서는 1.6 cm 크기 3형 신경내분비 종양을 내시경 절제술 후 림프절 전이로 수술한 경우가 있었습니다.

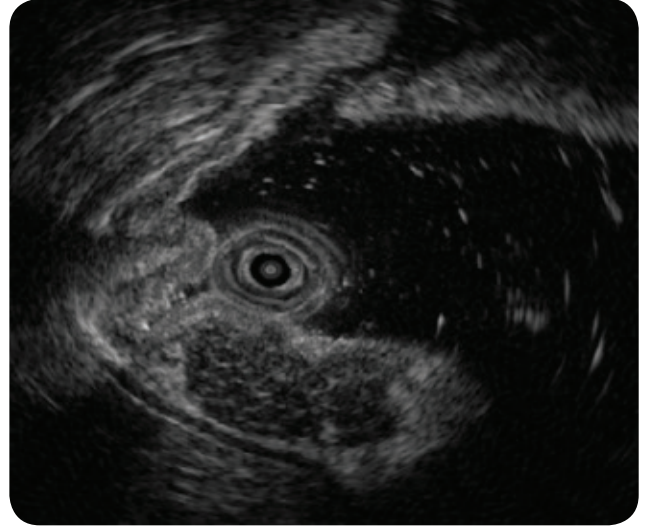
정경원: 크기가 중요하다고 봅니다. 1 cm 미만에서 내시경 절제술은 type 1에 준해서 하고 있습니다만 1 ~ 2 cm는 아직 고민스럽기는 합니다. 2 cm가 넘어가면 보통 수술을 권합니다. 내시경 절제 후 추적관찰 간격은 어느 정도인지요?

김수진: Cancer에 준해서 시행하고 있습니다. 1년에 한 번씩 내시경과 CT 검사를 5년 동안 할 계획입니다.

위 말트림프종

Gastric MALT lymphoma

김수진 | 양산부산대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

63세 남자가 건강검진 내시경에서 하체부 후만에 1.2 cm 가량의 침부에 깊은 미란을 동반한 상피하 병변이 관찰되었다. 초음파 내시경에서 3층 기원의 균일한 저에코 병변으로 격자 무늬가 관찰되었다.

진단 및 경과

내시경 조직검사에서 extranodal Marginal Zone B-cell lymphoma (MALT lymphoma)로 진단되었다. *H. pylori* 검사 양성이었다. PET CT에서 대동맥 림프절 비대가 관찰되어 전신 항암화학요법을 권유했다.

해설

내시경 검사에서 말트림프종은 주로 다양한 크기의 결절이나 미란성 병변으로 관찰되며 이외에도 거대 주름, 다발성 궤양, 불규칙한 퇴색조 병변 등 다양한 양상을 보인다. 또한 매우 드물지만 점막하종양의 형태를 보이는 경우도 있다. 초음파 내시경에서 2층 또는 3층에서 기원하는 저에코 종양이면서 내부에 격자 모양의 구조를 보인다면 감별 진단으로 위 말트림프종을 고려해야 한다. 치료는 내시경 절제와 함께 제균 치료를 시행해 볼 수 있겠다. 그러나 림프절 전이가 있는 경우 제균 요법만으로 관해에 도달할 가능성이 낮아 제균 치료를 하더라도 향후 항암화학요법이나 방사선 치료가 필요할 수 있다.

토의

정경원: 만약 PET에서 대동맥 림프절이 관찰되지 않았다면 어떤 치료 옵션을 선택하셨을까요?

김수진: 1차로 제균 치료를 시도하고 변화가 없다면 2차로 RT를 고려했을 것 같습니다.

이준행: SMT-like 말트림프종은 치료 반응율이 분명히 떨어져서 결국 RT까지 하는 경우가 다수 있었습니다. RT 후에는 반응율이 좋아져서 깨끗하게 관해에 도달했던 것 같습니다.

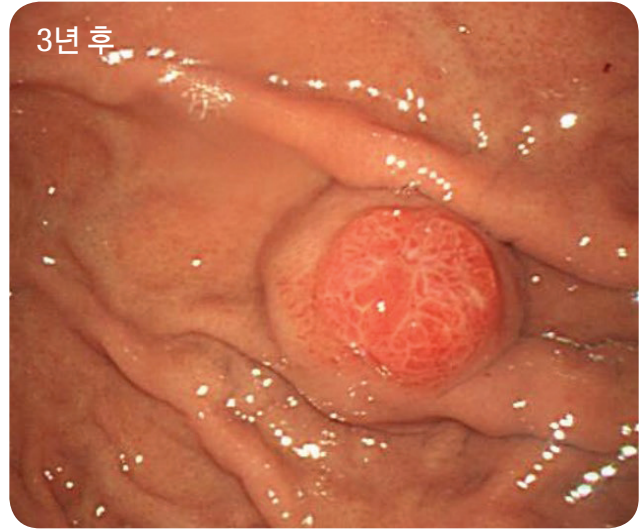
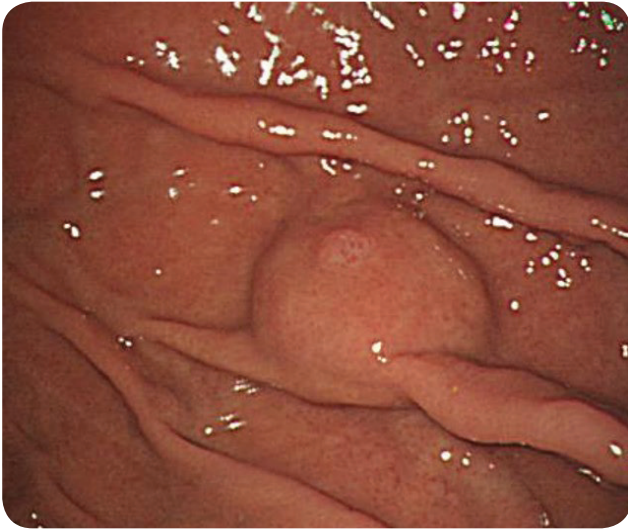
차라리: 저희 병원에서도 말트림프종은 보통 소화기내과를 통해 진단이 많이 되어서 제균 치료는 다 챙기고 있습니다. 하지만 diffuse large B cell lymphoma 같은 경우 종양내과로 먼저 refer되는 경우도 있어서 제균 치료가 누락되는 수도 있습니다.

이준행: Diffuse large B cell lymphoma라 하더라도 *H. pylori* 제균 치료를 해야 한다고 생각합니다. 점막하종양 형태인 말트림프종은 가끔 볼 수 있는데, 처음부터 림프절 전이까지 있어서 항암치료를 해야 하는 경우는 처음 보았습니다. 흥미로운 증례를 소개해 주셔서 감사합니다.

심재성 낭종성 위염

Gastritis cystica profunda

유대곤 | 양산부산대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

64세 남자가 3년 전 건강검진 위내시경 검사에서 상체부 대만과 기저부의 경계에 약 1 cm 크기의 정상 점막으로 덮인 부드러운 융기형 병변이 관찰되었다. 3년 동안 추적 관찰에서 크기가 다소 증가하면서 표면의 발적조 변화가 심해졌다. 내시경 초음파에서는 2층에 위치한 격막을 가지고 있는 1.5 cm 크기의 무음영 낭성 에코 소견을 보였다.

진단 및 경과

Gastritis cystica profunda (GCP)

표면 점막 변화가 두드러져 수술(wedge resection)을 시행하였다. 수술 후 17 mm x 17 mm x 8 mm 크기의 심재성 낭종성 위염으로 최종 진단되었다.

해설

GCP는 발생 기전이 명확하지 않으나 염증, 수술, 이물에 의한 자극 등 반복되는 만성 자극에 의한 점막층의 탈락과 재생 과정에서 발생하는 것으로 추측한다. 대부분 양성 병변으로 여겨지나 만성 자극의 기전 때문인지 점막의 변화가 있는 경우를 종종 볼 수 있고 표면에 선종이나 조기 위암이 발생한 증례 보고들이 있다. 표면의 변화가 동반된 경우에 전암성 병변이 동반되거나 악성으로 진행할 가능성이 있어 내시경 절제나 수술을 적극적으로 고려해야 한다.

토의

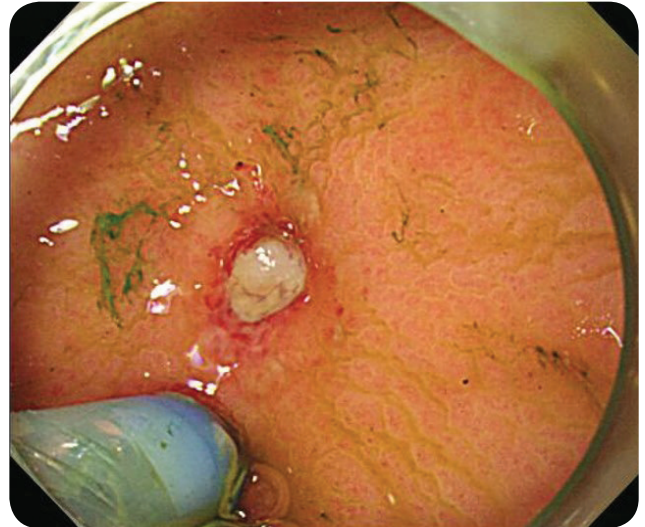
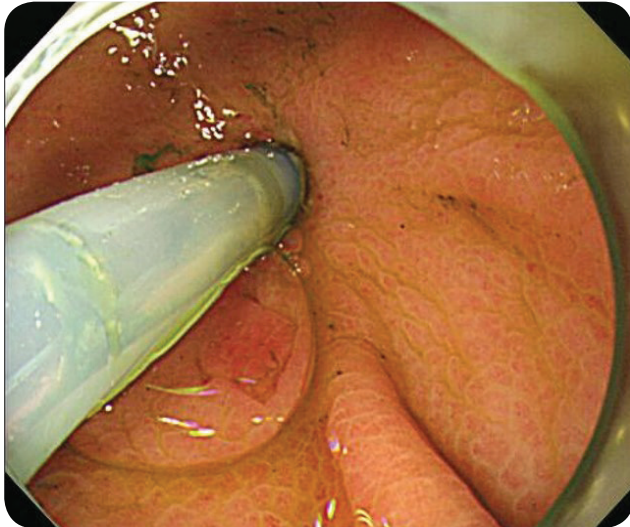
이준행: 내시경 및 초음파 소견에서 gastric inverted hamartomatous polyp과 심재성 낭종성 위염의 구분이 어렵다고 생각합니다. 무슨 차이점이 있을지 궁금합니다.

유대곤: 비슷하지만 약간의 감별 포인트가 있습니다. Inverted hamartomatous polyp은 중심부에 전반적인 함몰이 보이고 mass가 좀 딱딱한 느낌입니다. 반면 심재성 낭종성 위염은 부드럽고 중심부에 nipple-like projection이 관찰되는 차이가 있습니다. EUS 소견은 심재성 낭종성 위염은 보통 대부분 균일하게 anechoic한 lesion에 격막이 중간중간 보이는 반면, inverted hamartomatous polyp은 불균질한 ECHO를 보이고 중간중간에 무에코 병변들이 나타나서 ectopic pancreas에 가깝게 보이는 것 같습니다.

비위관으로 인한 위 임박 천공

Impending perforation of stomach due to a nasogastric tube

유대곤 | 양산부산대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

47세 여자가 B형간염 간경화로 인한 간신증후군으로 간이식을 시행하였고 이식 2일째 시행한 복부 전산화단층촬영에서 비위관이 위를 관통한 듯한 소견으로 내시경 의뢰되었다. 비위관은 간이식 수술 중에 시행하였다. 시행한 위내시경 검사에서 비위관이 전정부 대만의 위 벽으로 깊이 파고 들어간 소견이었다.

진단 및 경과

Impending perforation of stomach due to a nasogastric tube

비위관을 조심스럽게 당겨 뺀 후 깊은 궤양이 관찰되었으나 천공 소견은 아닌 것을 확인 후 검사 종료하였다. 환자는 PPI를 사용하며 내시경 유도 하에 십이지장에 관을 거치하여 경관영양을 지속하였고 추적내시경에서 궤양이 호전됨을 확인하였다. 환자는 이식 후 43일째 퇴원하여 외래에서 경과 관찰 중이다.

해설

비위관은 가장 간단한 경관영양 도구이나 여러가지 합병증이 생길 수 있다. 특히 기저 컨디션이 나쁜 상태에서 비위관을 거치하는 환자들이 많고 이런 환자들에게 비위관으로 인한 천공이나 누공이 발생하면 환자에게 치명적일 수 있어 항상 비위관 관련 합병증을 인지하고 주의해야 한다.

토의

김수진: Balloon type PEG에서 이런 일이 생기는 것 같습니다. 이런 경우 의사들이 취할 수 있는 조치가 있을까요?

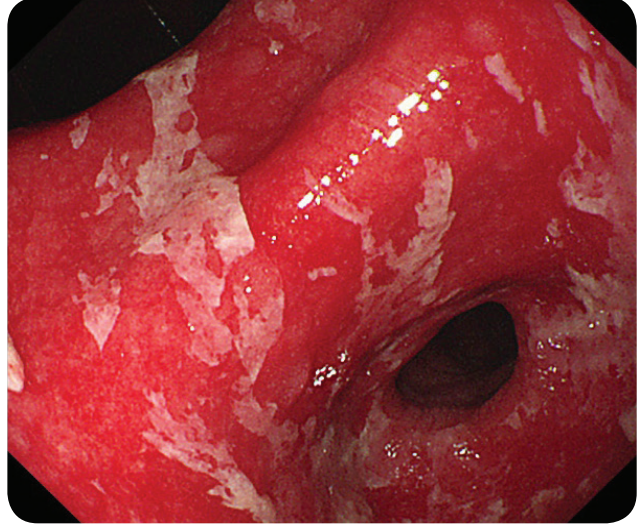
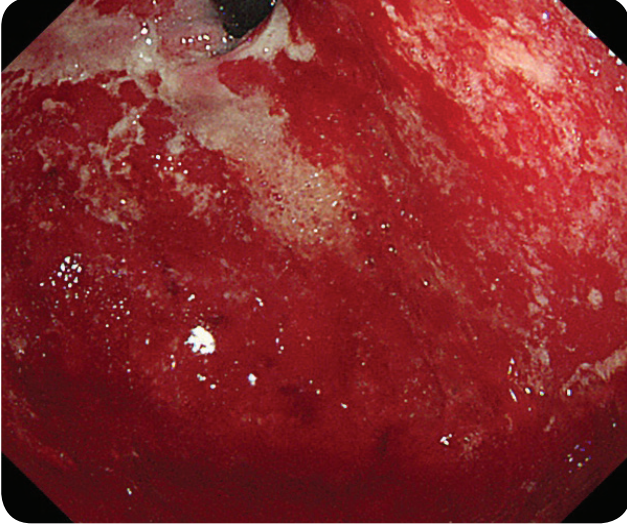
유대곤: Balloon type PEG 때문에 맞은편에 궤양이 생겨서 출혈하는 환자가 자주 있습니다. 이 환자는 PEG는 아니고 levin tube에 해당되는데, balloon type PEG의 맞은편에 궤양이 생겨서 출혈이 생긴 경우 항상 다시 범퍼 타입으로 바꾸고 있습니다. 팁 부분을 부드럽게 개선할 필요가 있습니다. 통상 사용하는 Levin tube는 drain용 튜브여서 조금 더 가늘고 부드러운 feeding용 튜브를 넣으면 이런 합병증들이 조금 예방될 수 있을 것 같습니다.

김광하: Balloon-type도 최근에 앞이 튀어나온 것과 flat한 두 가지가 시판되고 있으니 참고하시기 바랍니다. 또한 환자가 식사할 때 PEG 튜브를 1 ~ 2 cm씩 움직여 주면 물리적 손상을 피할 수 있습니다.

면역관문억제제에 의한 출혈성 위염

Immune checkpoint inhibitor-induced hemorrhagic gastritis

이준행 | 성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

52세 여성으로 non-small cell lung cancer (adenocarcinoma)로 진단되어 neoadjuvant CCRT (44Gy/22fx, paclitaxel/CDDP) 후 right middle lobe lobectomy 후 adjuvant genexol/cisplatin 치료를 받았다. 경과관찰 중 뇌전이가 발견되어 WBRT (whole brain RT, 30Gy/10fx)와 palliative pembrolizumab (Keytruda®) 치료를 받았다. 속쓰림과 복통이 있어 내시경 검사가 시행되었다. 위가 전반적으로 발적되어 있으면서 삼출물에 의한 위막(pseudomembrane)이 산재되어 있었다. 조직검사는 시행하지 않았다.

진단 및 경과

면역관문억제제에 의한 출혈성 위염(immune checkpoint inhibitor-induced hemorrhagic gastritis).

비록 조직검사가 시행되지 않았지만 병력, 전형적인 증상과 내시경 소견 의거 '면역관문억제제에 의한 출혈성 위염'으로 진단하고 충분한 영양공급과 함께 PPI와 스테로이드(prednisolone 60 mg daily로 시작하여 점차 감량)를 투여하고 증상이 호전되었고 약 2개월 후 시행한 내시경에서 병소는 모두 호전되었다.

해설

면역관문억제제는 면역기능에 작용하는 약이므로 면역과 관련된 부작용이 여러 장기에서 발생할 수 있다. 대장염, 피부 발진, 갑상선 기능저하증 등이 흔하지만 출혈성 위염도 가능하다. 조직검사에서는 lymphocytic 혹은 eosinophilic gastritis의 양상을 보인다. 크론병 비슷한 양상을 보일 수 있다. PD-1/PD-L1 억제제에 의한 위장관 염증은 언제든 발생할 수 있으나 치료 시작 후 수 개월 이후에 나타나는 경우가 많다. 반면, CTLA-4 억제제인 경우는 두 번째나 세 번째 투여할 때 나타나는 경우가 많다. 항암제 치료를 지속하면서 적절한 대증요법을 시행하는데 호전이 없으면 스테로이드나 infliximab을 사용한다.

토의

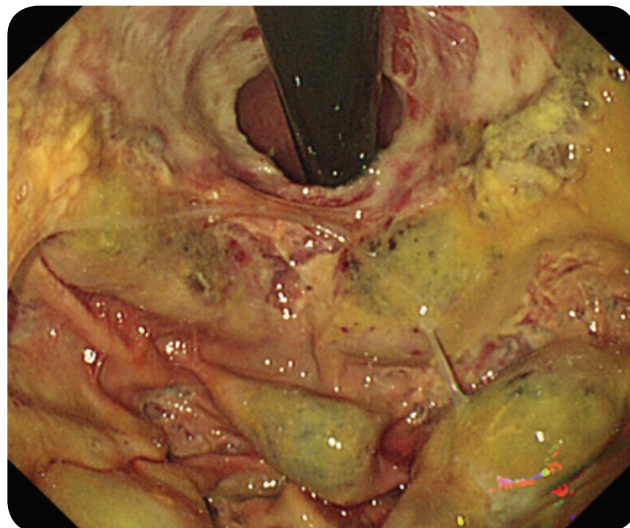
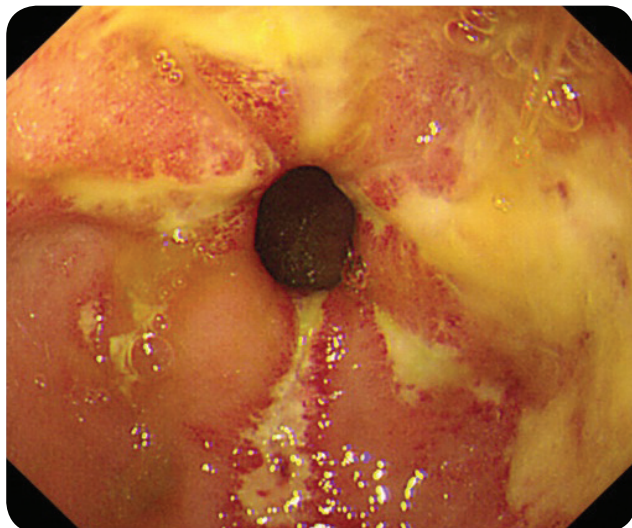
김수진: 궤양성 출혈 때는 고용량 PPI를 사용하고 72시간 후 유지요법을 하는데 이 경우도 이와같이 접근하면 될까요?

이준행: 이 환자는 속쓰림과 복통은 있었으나 hematemesis나 melena는 없었습니다. 내시경 검사에서 공기 유입 때문인지 전체적으로 약간의 blood woozing이 있었기 때문에 출혈 환자에서 사용하는 것처럼 PPI loading을 할 필요까지는 없을 것 같습니다. 통상 용량의 PPI를 경구 혹은 정주로 투여하면 충분합니다. 그리고 스테로이드를 사용해 보고 경우에 따라 infliximab 등을 써서 조절해야 하는 증례였습니다.

급성 봉소염성 위염

Acute phlegmonous gastritis

이준행 | 성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

고혈압과 당뇨병으로 치료받던 84세 여성이 갑작스런 복통과 구토로 응급실을 방문하였다. 발열이 있었으며 상복부 압통(tenderness)이 현저하였고, 복부 CT에서 위가 전반적으로 심하게 부어 있는 소견(diffuse edematous layered wall thickening)이 있었다. 내시경 검사에서 위가 전반적으로 심한 발적과 부종을 보였고 노란색의 exude로 덮여 있으면서 다발성 longitudinal ulcer가 관찰되었다. 조직검사에서는 궤양과 활동성 위염 소견이었다(*H. pylori*-chronic gastritis, active, with ulcer).

진단 및 경과

급성 봉소염성 위염(acute phlegmonous gastritis).

급식을 유지하며 ceftriaxone과 metronidazole을 투여하였으며 점차 증상이 호전되어 퇴원하였다. 혈액 배양 검사는 음성이었다.

해설

급성 봉소염성 위염은 세균 침입에 의해 발생하는 감염성 질환으로 염증이 점막하층에서 시작하여 위벽 전층에 광범위한 화농성 병변을 형성하며 패혈증을 유발할 수 있는 치명적 질환이다. 위험 인자는 과도한 음주, 면역저하 상태(사람면역결핍바이러스 감염, 영양결핍, 당뇨, 류마티스성 관절염, 만성 신부전, 카포시 육종, 다발성 골수종, 백혈병, 만성부신피질 호르몬제 사용) 등이다. 감염 경로는 위점막 직접 손상과 다른 감염 병소에서의 혈행성 또는 임파성 전이 등인데 뚜렷한 원인을 찾을 수 없는 경우도 있다. 위 ESD 후 발생한 증례도 있다. *Streptococci*, *Staphylococci*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli* 등이 흔한 원인균이며 주로 위 생검 조직, 복수, 및 위액 배양에서 동정된다. 광범위 항생제 투여로 호전되는 예가 많으나 상태가 악화될 때에는 위전절제술이 필요할 수 있다.

토의

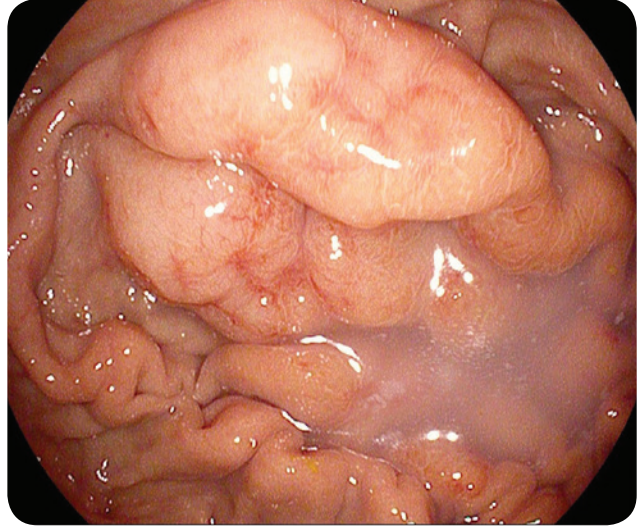
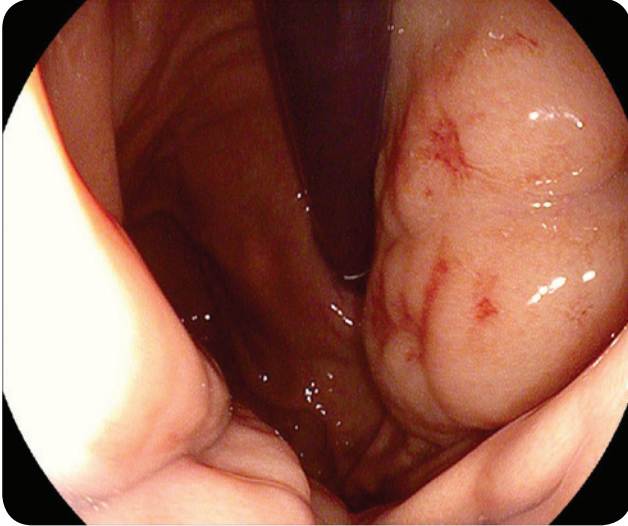
김광하: 이런 경우 조직 검사에서 culture를 보내시는지 아니면 L-tube 에서 aspiration해서 culture를 보내시는지 궁금합니다.

이준행: Culture를 보내지는 않았습니다. 조직 culture를 하면 좋을 것 같은데, 내시경실에서 조직으로 culture를 보내는 것은 쉬운 일이 아닙니다. Transfer media도 준비되어 있어야 합니다. 저희는 못하고 있습니다.

위 말트림프종

Gastric MALT lymphoma

이진 | 인제대학교 해운대백병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

58세 남자가 다른 병원 검진 위내시경에서 이상소견으로 내원하였다. 본 원 위내시경에서 분문부 및 체부에 다양한 크기의 다발성 상피하병변이 관찰되었다.

진단 및 경과

Gastric MALT lymphoma presented as multiple subepithelial lesions

다발성의 상피하병변에 대해 bite-on-bite biopsy를 시행하였고, malignant lymphoma (extranodal marginal zone B cell lymphoma of MALT)로 최종 진단되었다.

해설

말트림프종은 위장관에서 가장 호발하며, 위장관 중에서 대부분이 위에서 발생한다. 위 말트림프종은 형태학적으로 돌출형, 궤양침윤형, 표재성 병변형 및 기타 다양한 형태로 관찰된다. 1차 치료는 *Helicobacter pylori* 감염 여부 및 병기에 관계없이 제균치료이며, 국소적인 병변을 가진 경우 제균치료로 60 ~ 90%에서 완전 관해를 보인다고 보고되고 있다. 제균 치료에 반응하지 않는 경우 방사선 치료, 항암화학요법 혹은 면역 치료를 고려할 수 있다.

토의

이준행: 점막하종양 양상의 말트림프종은 약간 지저분한 위염과 비슷하게 보이는 표재성 병변형보다 *H. pylori* 제균 치료에대한 반응률이 떨어지는 것 같다는 느낌을 가지고 있습니다. *H. pylori* 양성 증거가 없는 *H. pylori* 음성 말트림프종도 대부분 *H. pylori* 제균 치료로 시작하는 것으로 알고 있는데 *H. pylori* 초치료 박멸률로 75%를 가정할 때 반응이 없으면 2차 치료까지 하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

김광하: 최근에는 제균 요법으로 동시치료를 하니 반응률은 75%보다는 높을 것으로 보입니다. 반응이 없다면 혈액종양내과로 보내거나 바로 RT를 시행합니다.

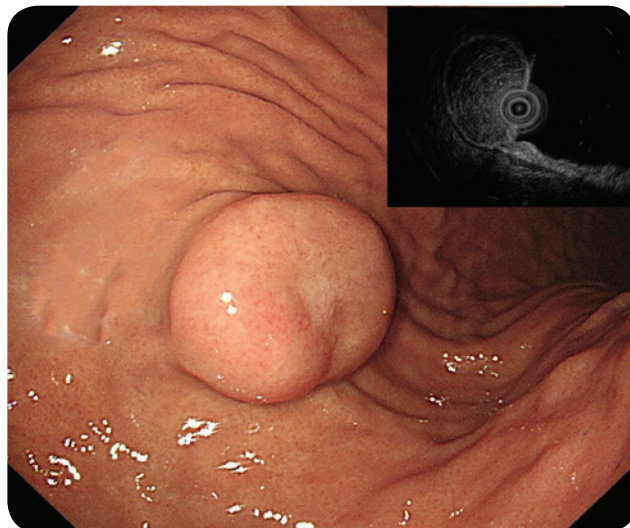
차라리: *H. pylori* 검사 결과가 음성인 환자도 1차 치료를 하고 1차 치료에서 제균이 되지 않으면 2차 치료까지 보고 있습니다. 경험상 *H. pylori* 음성인 말트림프종은 제균 치료 후에 관해되는 경우가 조금 더 낮은 것 같습니다. 2차 치료까지 하고 관해가 되지 않으면 혈액종양내과로 보내고 있습니다.

이준행: 김광하 교수님 말씀처럼 동시치료를 하거나 좀 더 강력한 치료를 한다는 것은 타당성이 있는 것으로 생각합니다. 저는 최근까지 1차 치료로 2주를 하고 있는데 그런 경우 동시치료를 하는 것도 좋은 것 같습니다.

위 신경내분비 종양

Gastric neuroendocrine tumor

이진 | 인제대학교 해운대백병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

59세 여자가 6년 전 검진 위내시경에서 상체부 대만에 약 8 mm 크기의 상피하종양이 관찰되었다. 정상 점막으로 덮여 있고, 크기가 1 cm 미만의 병변으로 2년 간격으로 추적관찰하였다. 2년 전까지 크기 변화가 없었으나 올해 시행한 위내시경에서 동일한 위치에 약 2.3 cm 크기의 중심부 함몰, 표면의 황색 색조 변화가 있는 용기형 병변이 관찰되었고, 내시경초음파에서 점막근층에서 기원하는 상피하종양의 소견을 보였다.

진단 및 경과

Gastric neuroendocrine tumor

2년 사이에 크기가 2배 이상 증가, 중심부 함몰, 표면의 황색 색조 변화가 있어 bite-on-bite biopsy를 시행하였고 신경내분비종양으로 진단되었다. 점막근층 기원이지만 크기 2 cm 이상, gastrin 정상 소견으로 외과에 수술적 절제를 의뢰하였다. 외과에서 환자와 상의 후 laparoscopic wedge resection을 시행하였고, 2.5 cm 크기의 grade 2 (Ki-67 index 16%), neuroendocrine tumor로 최종 진단되었다.

해설

위 신경내분비종양은 흔하지 않은 질환으로 전체 위 종양의 0.3 ~ 1.8%를 차지하는 것으로 보고되고 있다. 종양의 아형, 분화 등급, 침윤 범위에 따라 다른 치료 접근이 필요하다. 불량한 예후 인자로 2 cm 이상의 크기, 점막하층 이상의 침윤, Ki-67 index $\geq 3\%$, dysplasia 또는 necrosis의 존재 및 분화도가 나쁜 경우 등이 있다. 종양의 아형(1형, 2형 혹은 3형)에 따라 치료 접근이 다르며, 실제 임상에서 아형의 분류가 어려운 경우가 많으므로 치료 방법의 선택에 있어 신중한 접근이 필요하다.

토의

이진: 조직 검사나 EUS-guided biopsy에서 Ki-67이 16% 정도로 높게 나오더라도 최근 ENET(European Neuroendocrine Tumor) 가이드라인에서는 내시경적 절제를 권고하는 것으로 알고 있습니다.

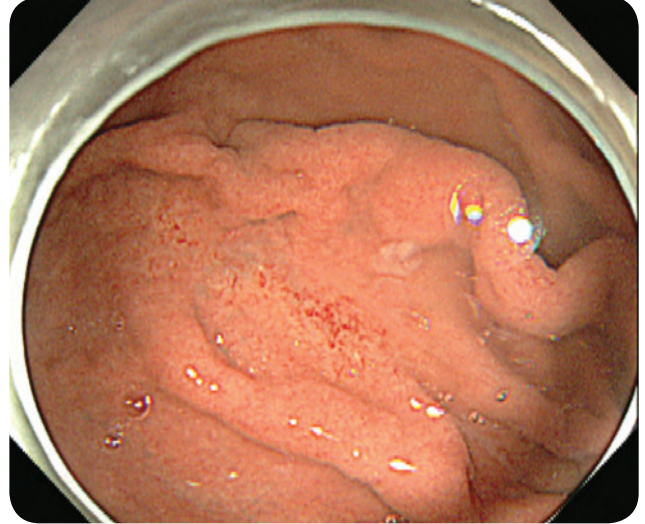
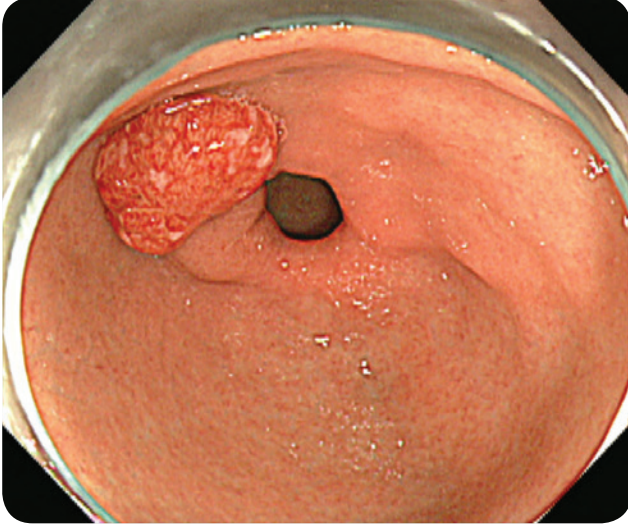
이준행: 치료 전 EUS guided biopsy등을 통해 Grade 1이 아닌 Grade 2인 것으로 나왔을 때 덜 침습적인 수술을 하는지 형식적인 gastrectomy를 하는지 궁금합니다.

김광하: 크기가 중요할 것 같습니다. 크기가 1 cm 미만이면 내시경적 절제를 고려해 볼 수 있지만 2 cm보다 크다면 수술을 해야 될 것 같습니다. 원칙적으로는 부분위절제술을 시행하는 것이 낫지 않을까 합니다.

과형성 용종과 동반된 위 말트림프종

Hyperplastic polyp with synchronous gastric MALT lymphoma

정경원 | 고신대학교복음병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

58세 여자가 건강검진에서 발견된 위용종으로 내원하였다. 위내시경 검사에서 전정부 소만/전벽에 15 × 15 mm 크기의 발적과 삼출물을 동반한 lsp type (Paris classification) 용종이 관찰되어 내시경 절제술을 시행하기로 하였다.

진단 및 경과

입원 후 위용종제거술 시행 중에 상체부 대만에 경계가 불분명한 발적과 일부 백색의 퇴색 변화를 보이는 점막 소견이 관찰되었다. 감별진단을 위해 조직검사를 시행하였고, 예정대로 위용종은 점막절제술로 제거하였다. 조직검사에서 용종은 과형성용종으로 확인되었고, 위상체부의 점막 병변에서는 Wotherspoon grade 5의 위 말트림프종이 확인되었다. 함께 시행한 *Helicobacter pylori* 신속요소분해효소 검사 양성 소견을 보였다. 위 말트림프종 진단 후 재입원하여 컴퓨터단층촬영, 내시경초음파 등의 병기 검사를 시행하였고, 최종적으로 점막에 국한된 Lugano stage I의 *H. pylori* 양성 위 말트림프종으로 확인되었다. *H. pylori* 제균 치료를 시행하였고, 이후 내시경 추적 검사에서 백색의 상처가 궤양 형태로 호전되었고, 조직검사에서는 완전 관해 소견을 보여 경과 관찰 중이다.

해설

H. pylori 감염으로 인한 위 질환에는 위축성 위염, 결절성 위염, 소화성 궤양 등의 염증 소견뿐만 아니라 위용종, 위선종, 위선암, 말트림프종 등 다양한 질환을 일으킬 수 있다. 한 증례 보고에서는 위선암과 말트림프종이 다른 부위에 각각 존재하는 경우가 있음을 확인하였다. 또한 외부 위내시경에서 위선생물로 확인된 경우 시술 전 재시행한 위내시경에서 약 8.6% 정도로 동시 병변이 관찰되었다. 따라서 과형성 용종이나 위선종, 위선암 등의 환자에서 위내시경을 시행할 때에는 해당 부위 외에도 작은 점막 변화로 나타나는 위 말트림프종이나 동시성 위선종이나 위선암 등이 있을 수 있음을 항상 고려하는 습관이 필요하다.

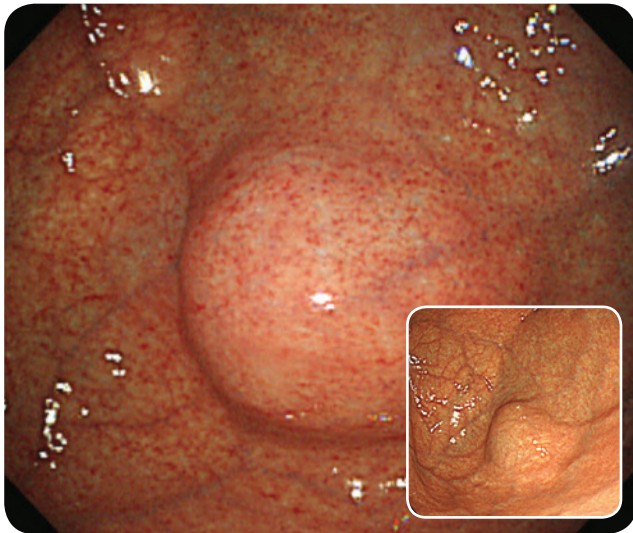
토의

김광하: 주위 고유층의 *H. pylori* 감염에 의해 림프여포가 형성되거나 림프구 침윤이 풍부한 경우는 말트림프종이 아니라도 제균치료 후 위축이 진행될 수 있습니다. Multifocal atrophic scar가 생겼다고 해서 말트림프종이라고 단언하기 어려울 것 같습니다.

위상피하종양으로 오인된 간낭종

Left hepatic cyst mimicking gastric subepithelial tumor

정경원 | 고신대학교복음병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

53세 여자가 건강검진에서 위내시경에서 상피하종양이 관찰되어 내원하였다. 위저부에 원형의 내향성 성향의 3 cm 크기의 상피하종양이 확인되었다.

진단 및 경과

위내시경에서 상피하종양의 감별 진단을 위해서 내시경초음파 검사를 시행하기로 하였다. 내시경초음파에서 약 32 x 21 mm 크기의 위벽 바깥쪽에 존재하는 무에코성 병변이 관찰되었다. 3 cm 이상의 크기와 외부 압박의 원인 감별을 위해서 복부 컴퓨터단층촬영검사를 시행하였다. 복부 컴퓨터단층촬영검사에서 간좌엽에 위치한 간낭종이 확인되었고, 위저부를 누르고 있는 양상을 확인할 수 있었다.

해설

위상피하종양은 건강검진 내시경 시행으로 발견이 점점 증가하고 있다. 건강검진 내시경을 받은 환자를 분석한 대규모 연구에서 약 1.94%의 빈도로 위상피하종양이 관찰되었다. 하지만 위상피하종양을 고려할 때는 항상 다른 장기나 위 외 질환에 의한 외부 압박도 고려해야 한다. 특히 위저부의 경우에는 정상적으로 비장으로 인한 외부 압박이 흔하며, 본 증례처럼 간좌엽에 생긴 낭종에 의한 경우도 발생할 수 있다. 위내시경으로 위상피하종양과 외부 압박을 감별하는 좋은 방법은 공기를 이용하는 것이다. 즉, 내시경 시행 처음에는 아무 것도 보이지 않다가 공기를 넣었을 때 융기된 부위가 보이다가 다시 공기를 빼면 크기나 위치가 변하는 것을 확인하는 것이다. 이런 외부 압박을 감별하기 위해 때로는 내시경초음파보다는 복부 전산화단층촬영검사가 훨씬 유용할 때가 있다. 특히, 간, 담낭, 췌장에 생긴 종양에 의해 외부 압박이 발생할 수 있다. 따라서 위상피하종양이 외부 압박 가능성이 높은 위저부, 위체상부 후벽, 위전벽 등에서 발생하였을 때는 복부 전산화단층촬영검사를 시행하는 것이 더 도움이 된다.

토의

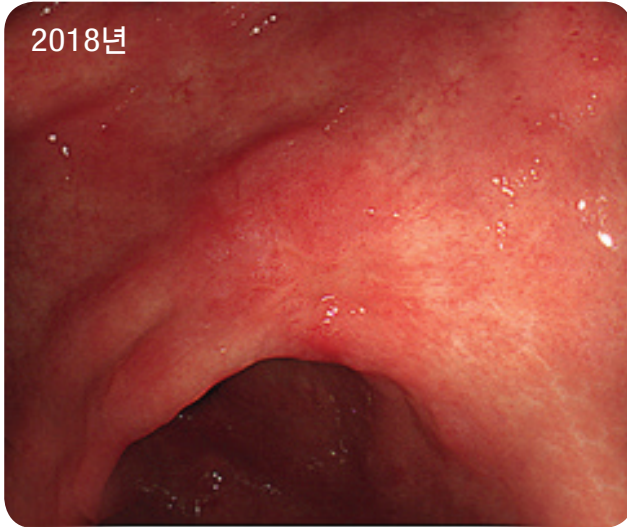
이준행: 간이 비쳐보이는 부위의 융기된 병소입니다. 저는 간암으로 인해 gastritic SMT처럼 보였던 증례를 한 번 경험한 적이 있습니다.

일반적으로 외부 압박은 불필요한 추가 검사 혹은 수술로 연결되기 쉽습니다. 과잉 진단과 과잉 치료가 문제입니다. 간혹 진짜 환자가 숨어 있어 걱정이므로 저는 외부 압박으로 의뢰되면, 대부분 CT로 확인하고 있습니다.

내시경 점막하 박리술 후 재발된 위암

Recurrent gastric cancer after endoscopic submucosal dissection

차라리 | 창원경상국립대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

특히 과거력이 없던 51세 남성이 2017년 다른 병원 위내시경 검사에서 조기 위암 소견으로 내시경 점막하 박리술을 시행하였다. 당시 병리 소견은 다음과 같았다. Stomach, antrum, endoscopic submucosal dissection (ESD): Adenocarcinoma, well-differentiated with 1) size: 1.2×0.5 cm, 2) invasion to lamina propria, 3) no lymphatic invasion, 4) no vascular invasion, 5) no neural invasion, 6) negative horizontal and vertical resection margins (horizontal safety margin: 0.5 cm vertical safety margin: 800 μ m). 2018년까지 내시경 검사에서 재발 소견이 없었고 추적이 중단되었다. 이후 2021년 추적검사를 위해 내시경 검사를 하였다. 위전정부 소만에 점막하 박리술 후 발생한 궤양의 흔적이 관찰되며, 점막은 붉은 색조를 띠며 불규칙한 양상이다. 궤양의 주변부에는 삼출물을 동반한 얇은 궤양이 동반되어 있다.

진단 및 경과

조직검사 결과 signet ring cell adenocarcinoma로 확인하였다. 내시경 점막하 박리술 후 재발된 위암으로 수술적 치료를 시행하였다.

해설

조기 위암에서 내시경 점막하 박리술 후 국소 재발 인자로는 분할 절제, 큰 병변, 병변의 위치, 경계면 양성인 경우 등이 알려져 있다. 치료 부위 재발은 잔존 암세포에 의한 잔류암에 의한 재발일 가능성이 가장 높으며 잔류암의 부하량이 적어 진행성 위암에 비해 재발까지 걸리는 시간은 비교적 길다. 즉, 내시경 점막하 박리술을 시행한 경우 잔존 암세포가 있다고 하더라도 부하량이 적어 재발 초기에는 내시경 소견이 정상처럼 보일 수 있다. 완전 절제가 이루어지면 대부분의 경우 재발을 하지 않는 것으로 보고되어 있으나 본 증례와 같이 추적내시경 검사에서 반흔의 형태 변화가 있다면 적극적인 조직검사를 시행하고, 결과에 따라 치료를 시행하여야 한다.

토의

이 진: 국소적으로 재발한 경우에는 범위가 나온다면 수술을 보내기보다는 가능하면 ESD를 다시 한 번 시도하는 편이고 저분화인 경우는 바로 수술로 보내는 편입니다.

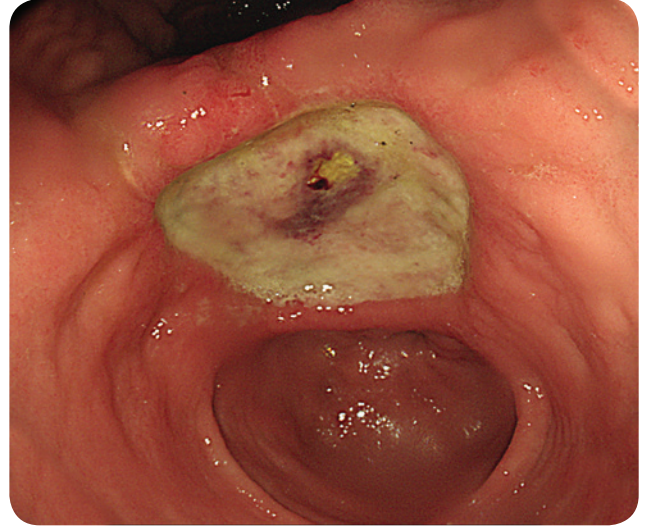
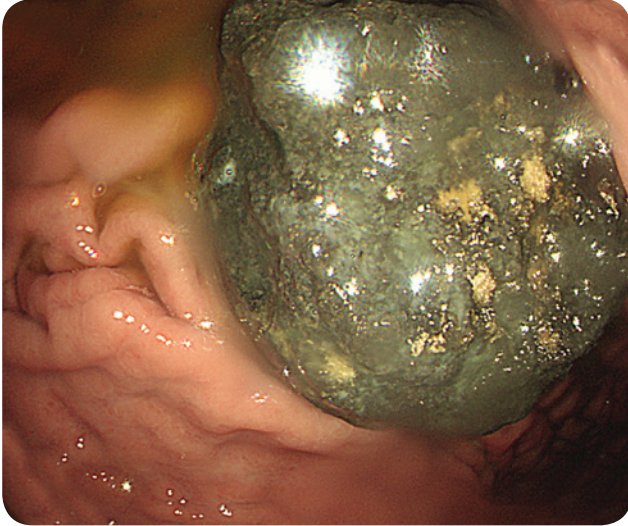
이준행: 재발암이고 조직검사에서 미분화조직형암이었으므로 수술을 시행하는 것이 타당하다고 생각합니다. 첫 ESD 조직결과는 W/D 였는데 재발암이 SRC입니다. 처음 암의 국소 재발로 보아야 할지, 인근 점막에서 발생한 두 번째 암으로 보는 것이 타당할지 궁금합니다.

차라리: 두 가지 모두 고려 가능합니다. 여러 번 사진을 살펴본 결과 ESD 상 scar와 아주 가까운 곳에서 새로 발생한 signet ring carcinoma의 가능성도 배제하기는 어렵다고 생각했습니다.

위석을 동반한 위궤양

Gastric ulcer with gastric bezoar

차라리 | 창원경상국립대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

특히 과거력이 없던 67세 남성이 내원 5일 전부터 발생한 흑변 및 상복부 불편감으로 내원 하였다. 혈액 검사에서 Hb 혈색소 9.0 g/dL 이외에 특이 소견은 없었다. 위내시경에서 10 × 8 cm 가량의 단단하고 표면이 불규칙한 황갈색의 거대 위석이 관찰되었고, 위전정부 소만에 4 cm 크기의 경계가 분명한 위궤양이 관찰되었다.

진단 및 경과

내시경을 이용한 위석 치료에서 올가미와 검자를 이용하여 위석을 분쇄하였다. 시술 종료 후 합병증은 없었고 장폐쇄 등의 기타 특이 소견은 관찰되지 않았다. 추적 위내시경 검사에서 위석은 없었다. 위석 제거 후 증상 호전되어 퇴원하였다.

해설

위석은 소화관 내에서 여러 가지 소화되지 않은 이물질이나 장 내용물이 혼합되거나 축적되어 응결 결석이 발생한 것을 말한다. 위석의 발생률은 정확하지는 않으나 약 0.4% 정도이다. 위석의 구성 성분에 따라 식물의 섬유질이 주성분인 식물 위석, 머리카락이 주성분인 모발 위석, 약물에 의한 약물 위석, 유제품에 의한 우유 위석으로 나눈다. 우리나라에서는 식물 위석이 가장 흔하고, 식물 위석의 원인으로는 감 섭취가 가장 흔한데, 감에 의하여 생긴 식물 위석을 감 위석이라 한다. 본 증례도 감을 섭취한 과거력이 있었다. 위석은 위장관 운동 저하, 갑상선 기능 저하증, 당뇨병성 위마비, 혼합 결체 조직 질환(mixed connective tissue diseases), 위 부분 절제술과 미주신경 절제술 등으로 위 배출 시간이 길어진 경우 잘 발생한다. 위석의 크기가 작을수록 자연 배출이 가능하지만 거대 결석일 경우 위 점막에 물리적 자극이 발생해 점막 손상, 궤양이 발생하고 이로 인해 출혈, 토혈, 천공, 복막염, 장 폐쇄 등이 발생할 수 있다. 본 증례에서는 거대한 위석으로 인한 위궤양을 동반한 증례였고, 내시경적 치료를 통하여 위석을 제거하였다.

토의

차라리: 저희 지역에는 특히 감 농사를 짓는 분들이 많고, 기존 연구에서도 가을에서 초겨울 사이에 감으로 인한 위석 발생이 높은 것으로 보고되어 있습니다. 보통은 소화가 안 된다, 답답하다는 증상을 호소하시는데 출혈을 주사로 내원했다는 점에서 다소 특이한 증례로 보여 소개드립니다.

이준행: 감에 의한 위석은 subtotal gastrectomy를 받은 분이나 당뇨병성 위마비 등 위배출장애가 있는 분에서 호발합니다. 감을 몇 개 먹었다고 식물 위석이 만들어지지는 않지만, 단기간에 집중적으로 드시면 기저질환이 없는 분에서도 발생할 수 있습니다. 가끔 사먹는 정도로는 위석까지 가지 않습니다. 보통 집에 감나무가 있어 자주 드실 수 있는 경우에 위석이 발생합니다.

Blank area for endoscopic images, consisting of horizontal dotted lines.

Blank area with horizontal dotted lines for notes.



중근당

의약전문가용



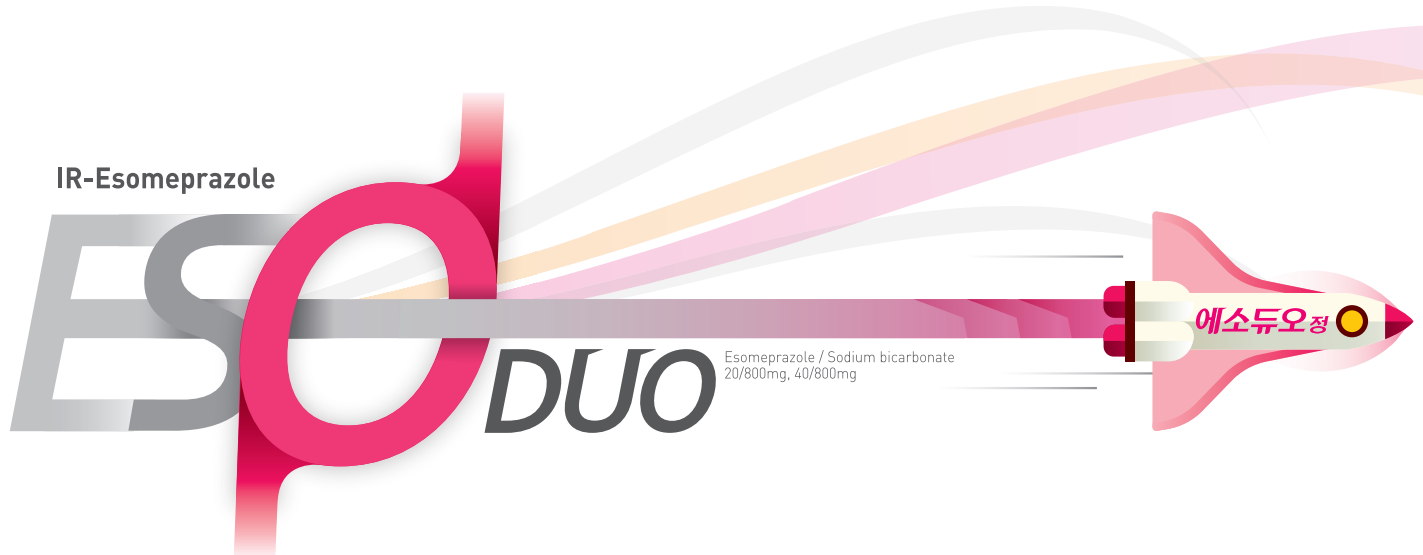
소비자 중심 경영
공정거래위원회 | 한국소비자원

IR-Esomeprazole

에소듀오정

Esomeprazole 20mg / Sodium bicarbonate 800mg
Esomeprazole 40mg / Sodium bicarbonate 800mg

속방형 에소메프라졸¹⁾



2020년 2월 1일 에소듀오정 40/800 mg 추가 발매!



Speed 복용 30분 이내 최고혈중농도 도달¹⁾²⁾



Efficacy Dual Action(PPI+제산제)²⁾



Price 경제적 약가(40mg: 920원/정, 20mg: 720원/정)³⁾

IR-Esomeprazole, immediate release esomeprazole; PPI, proton pump inhibitor

Ref. 1) Kim D et al, Drug Des Devel Ther. 2019 Sep 3 2) ESODUO tab, CTD 3) 보건복지부 고시 제2020-16호(20.02.01 시행)

ESDO_CKD_202002_173(Expire :202202)

ENDOSCOPY
ATLAS OF
GASTRIC DISORDERS