

전문가들의 깊이 있는 수다
식도와 위 On-line talk show

HIGHLIGHT

소화기 선생님들의 물음에 답하다

11회차 | 2021년 8월 26일(목) 방영

PART 1.

Helicobacter pylori 음성 위암

PART 2.

개원가에서 바라본 위용종과 선종의 치료





식도와 위 On-line talk show

식도와 위 On-line talk show는 연자들과 온라인 참석자가 실시간으로 소통하는 신개념의 참여형 웨비나로, 지난 8월 26일 온라인으로 11회가 개최됐다. 위·식도 질환 전문가들의 심도 있는 강연과 임상 현장에서의 흥미진진한 궁금점을 사전 질의 및 실시간으로 풀어낸 토론 내용을 요약 정리했다.

-
- 1회차 ※ MALT lymphoma, Esophageal Candidiasis
 - 2회차 ※ 삼킴곤란, 위암
 - 3회차 ※ 소화성 궤양, 역류성 식도염
 - 4회차 ※ PART 1. 기능성 소화불량
PART 2. 우리가 헬리코박터를 만났을 때 (*H. pylori* 제균요법)
 - 5회차 ※ PART 1. 길 높은 내시경, 병변을 놓치지 않는 팁
PART 2. 궤양성 위병변을 구별하는 팁
 - 6회차 ※ PART 1. 중요해요? No, 위염부터 상상피화생까지
PART 2. 중요해요! Yes, 소화성 궤양 출혈(항혈전제를 중심으로)
 - 7회차 ※ PART 1. 위식도역류질환의 모든 것! 증상에서 진단까지, 엇지있게
PART 2. 위식도역류질환의 모든 것! 치료부터 관리까지, 유연하게
 - 8회차 ※ PART 1. 잘 낫지 않는 역류성 식도염
PART 2. 검정머리 미국 내시경 의사 (미국 내시경 의사 한국에서 내시경 하기)
 - 9회차 ※ PART 1. 헬리코박터 제균 치료 Update
PART 2. 개원가에서 바라본 위염
 - 10회차 ※ PART 1. 1-2차 의료기관의 국가 암검진 내시경
PART 2. 내시경실에서 유용한 영어 표현

11회차 ※ **PART 1. *Helicobacter pylori* 음성 위암** **PART 2. 개원가에서 바라본 위용종과 선종의 치료**

김도훈 교수(서울아산병원 소화기내과)가 좌장을 맡아 진행했으며 이선영 교수(건국대학교병원 소화기내과)가 *helicobacter pylori* 음성 위암, 안용환 원장(아이미코병원 소화기내과)이 개원가에서 바라본 위용종과 선종의 치료를 주제로 강연하고 이준행 교수(삼성서울병원 소화기내과)가 특별 게스트로 참여했다. 헬리코박터 항체 검사 및 결과의 판정에서 유의할 점과 함께 용종 절제 기준과 용종 절제 시 입원 및 약물 치료 여부, 선종 치료와 관련한 궁금점들을 실시간 질의·응답을 통해 속시원히 풀어냈다.

PART 1. *Helicobacter pylori* 음성 위암

❶ 전체 위암 중 위저선(fundic gland) 유형 선암의 발생 빈도가 궁금합니다. 진행암이나 전이암으로 나타나는 경우도 있는지요?

이선영: 보고된 증거가 거의 없었습니다. 헬리코박터균 음성 위암의 발생률이 1% 미만이고 우리나라와 일본에서 위저선 유형은 그 중에서도 약 20~30%를 차지하므로 전체의 약 0.1%에서 발병할 것으로 추정합니다. 만약 위저선형 선암이 전이나 점막하 침범(submucosal invasion) 양상으로 나타났다면 다른 병인을 의심해봐야 합니다.

❷ 헬리코박터 항체 클리어런스 혈청 검사에서 양성 결과가 재균 후에 음성으로 바뀌는 기간이 환자마다 다른데 이에 대한 국내 데이터가 있는지요? 또, 클리어런스 기간 차이에 따른 위암 위험도의 차이도 궁금합니다.

이선영: 국내 보고된 세 편의 논문 결과를 보면, 약 1.5년 후에는 대다수의 환자에서 검사 수치가 50% 이상 감소합니다. 시간이 경과할수록 항체 수치가 낮아지지만 혈청전환(seroconversion)이나 완전 음성 결과에 이르는 경우는 드뭅니다. 위축이 심하거나 위암 위험도가 높을수록 잘 전환되지 않기 때문에 전환에 소요되는 시간은 개인마다 달라질 수 있습니다.

❸ 헬리코박터 항체 검사는 양성, 음성 결과와 더불어 항체 역가 수치를 같이 봐야 하는 것으로 알고 있습니다. 설명을 부탁드립니다.

이선영: 항체 검사 결과는 위양성이 많기 때문에 과잉 진단을 방지하기 위해서 역가 수치를 반드시 고려해야 합니다. 역가가 아주 높은 경우 내시경 소견과 더불어 진단을 내릴 수 있지만, 항체가 양성일지라도 역가가 하위 25%에 속한다면 실제로는 음성일 가능성이 높습니다. 과거

감염력의 흔적이거나 다른 원인에 의해 조금 높게 나온 경우가 대부분입니다. 감염력이 거의 없거나 감염이 사라진 환자에게 제균 치료를 진행하는 일이 없도록 주의해야 합니다.

Undetermined 또는 intermediate로 결과가 나왔다가 나중에 양성으로 변하는 경우도 있는데 이런 경우 대개 펩시노겐-II 수치가 15 µg/L를 초과합니다. 이런 환자는 추적검사에서 더 높은 수치를 보이고 요소호기검사(UBT test) 양성으로 나오는 경우가 많습니다. 펩시노겐-II 수치가 10 µg/L 미만인 경우는 거의 90% 이상에서 감염이 없는 상태로 볼 수 있습니다.

안용환: 건강검진센터나 지역 병원, 개원가에서는 일부 환자에서 혈액 검사 중 혈청 검사(serology)를 실시하고 있습니다. 진단의 목적보다는 과거 감염력이나 현재의 감염 상태를 예측하는 데 이용하고, 진단에는 내시경 소견이나 UBT, CLO (*campylobacter*-like organism) 같은 검사 결과를 활용하고 있습니다.

❹ 최근에 헬리코박터균 양성 여부를 타액으로 검사하는 키트가 있다는 얘기를 들었습니다. 구강 내의 감염 상태에 따른 문제가 있을 수 있는데 타액 검사 키트에 대한 의견이 궁금합니다.

이선영: 실제 사용은 안 해봤고 키트의 설명서는 검토해 봤습니다. 추후 관련 연구 결과가 나오면 그때 가서 임상적 유용성을 논할 수 있을 듯합니다. 아직은 검사 키트를 이용한 연구 중에 통계학적으로 유의하다는 데이터는 없어서 임상에서의 사용은 시기상조인 것 같습니다. 더욱이 타액에는 요소분해효소(urease) 양성으로 나올 수 있는 균들이 *alpha-streptococcus*를 포함해 30가지가 넘습니다.

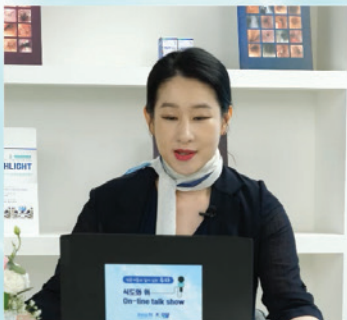
*Helicobacter pylori*를 감지하려면 일단 구강 위생 상태도 좋아야 하고 충치도 없어야 하는 등, 환자 상태를 다 감별해야 정확도가 높아지는 데 현실적으로 어렵습니다.

따라서 타액 검사를 한다면 stool antigen 등 다른 헬리코박터균 검사가 반드시 보조적으로 들어가야 한다고 생각합니다.

전문가들의 힘이 있는 수다

제11회 식도와 위
On-line talk show

헬리코박터 음성 위암

LIVE
K-CAB
케이 캄프
Cancer Research Center

건국대학교병원 소화기내과
이선영 교수

H. pylori 음성 위 (*H. pylori*-naive stomach)

- *H. pylori* 감염으로 진단받은 적이 없음
- 침습적인 검사와 비침습적인 검사에서 모두 *H. pylori* 음성 소견을 보임
- 위점막에서 균일한 혈관상이 관찰됨
- 위내시경 검사 시 황색종이나 화생성 위염 또는 체부의 위축성 위염이 없음
- 조직검사에서 장상피화생이나 위축이 관찰되지 않음
- 혈청학적 위축(PG I ≤70 ng/mL & PG I/II ≤3.0)이 없음

① 하루에 두 번 복용하는 제균요법에서 pantoprazole을 40 mg 대신 20 mg으로 주로 처방하는 이유가 있을까요?

이선영: 요양급여의 요건상 처음부터 pantoprazole 40 mg을 bid로 처방하기는 어렵습니다. 저는 2차 제균요법에서 pantoprazole 20 mg bid를 7일간 처방하고 있는데, 1차요법으로 제균에 실패한 경우 2차요법을 바로 이어서 시작하면 7일 처방만으로도 성공률이 90% 이상으로 높아집니다. Clarithromycin 내성, penicillin 관련 이상반응 등으로 인해 1차 제균요법이 불가능한 환자에서 처음부터 2차요법으로 제균 치료를 시작할 때에는 7일이 아닌 10일 이상을 투여해야 제균 성공률이 높습니다.

이준행: 헬리코박터균 1차 제균 치료 이후에 한 달에서 두 달 사이에 꼭 검사를 받는 것이 좋습니다. 그때 검사를 해서 1차 제균 치료가 실패라고 판단되면 즉시 2차 제균 치료를 들어가야 치료의 성공률이 높습니다. 제균 치료 후 반년이나 1년 후에 검사하고 2차 제균요법을 실시하면 치료 성적이 훨씬 낮습니다. 따라서 처음 제균 치료를 하고 난 후에는 반드시 '결과 확인을 정해진 시간'에 하도록 환자를 설득하는 것이 제균 성공률을 높이는 팁이라는 걸 기억하기 바랍니다.

① 유독 위암은 헬리코박터균과 관련 없는 경우가 드물 만큼 H. pylori 균에 의한 감염과 연관성이 크다는 생각이 듭니다. 의견이 궁금합니다.

이선영: 우리나라에 해당되는 특징인 것 같습니다. 우리나라와 달리, 서양에서는 감염이나 헬리코박터균과 관련이 없는 위암, 즉 가족력이 있는 CDH1 변이 등에 의한 위암이 많이 거론되고, 엡스테인-바 바이러스성 위암(EBV-associated GC) 등이 토픽으로 잡히는 경우가 꽤 있습니다.

우리나라와 일본은 특이하게 동아시아형 독소인자(East Asian-type CagA)를 지닌 헬리코박터균이 많습니다.

저희 병원이 실시한 관련 연구를 보면 한국인 헬리코박터균 감염자의 약 95%가 모두 East Asian-type CagA 양성인 것으로 확인되었습니다. 너무 높은 수치라 의심했었는데 타 연구 논문에서도 환자의 97%에



서 양성으로 나왔다고 보고하고 있었습니다. 이러한 이유로 인해 우리나라에는 헬리코박터균에 의한 감염 원인의 위암(infection-related gastric cancer) 발생이 더 많은 것 같습니다.

PART 2. 개원가에서 바라본 위용종과 선종의 치료

① 외래에서 용종절제술(polypectomy)을 할 때 용종의 크기, 모양에서 시술 여부의 판단 기준은 무엇인가요?

안용환: 내시경상 용종 크기 약 1 cm 정도를 기준으로 하고 있습니다. 먼저 선종(adenoma) 조직검사를 먼저 시행하고 결과에 따라 치료를 해야 합니다. 용종은 증식성 용종이나 위저선용종의 경우 1 cm 이상 크기의 용종을 선택해서 제거하고 있습니다.

① 용종이 있을 때도 헬리코박터균 검사를 같이 하나요?

안용환: 제 경우에는 베이스가 아주 깨끗하고 위저선용종 같이 매끈한 용종인 경우는 검사를 하지 않고, 증식성 용종인 경우에는 헬리코박터균 검사를 시행하고 있습니다.

전문가들의 길이 있는 수다

제11회 식도와 위

On-line talk show

개원가에서 바라본 위 용종과 선종의 치료

LIVE

K-CAB

케이 캠퍼

아이미코병원

안용환 원장

Endoscopic treatment (upper gastrointestinal(GI) system)

- ▶ Bleeding control
- ▶ Foreign body remove
- ▶ Esophageal balloon dilatation
- ▶ Percutaneous endoscopic gastrostomy
- ▶ Endoscopic polypectomy
- ▶ Endoscopic mucosal resection (EMR)
- ▶ Endoscopic submucosal dissection (ESD)
- ▶ Upper GI stent implantation
- ▶ Endoscopic variceal ligation

Emergency

Comorbidity

Comorbidity

Emergency

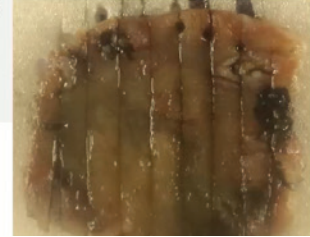
E

The Korean Society of Gastroenterology



삼성서울병원 소화기내과
이준행 교수

1. Stomach, #1x1 : Posterior wall of high body, biopsy(ESD) :
 . Early gastric carcinoma
 1. Location : body, posterior wall
 2. Gross type : EGC type IIc
 3. Histologic type : tubular adenocarcinoma, well differentiated of fundic gland type
 4. Histologic type by Lauren : intestinal
 5. Size of carcinoma : (1) longest diameter, 5 mm (2) vertical diameter, 4 mm
 6. Depth of invasion : invades mucosa (muscularis mucosa) (pT1a)
 7. Resection margin : free from carcinoma(N)
 safety margin : distal 4 mm, proximal 3 mm, anterior 6 mm, posterior 8 mm, deep 250 μm
 8. Lymphatic invasion : not identified(N)
 9. Venous invasion : not identified(N)
 10. Perineural invasion : not identified(N)
 11. Microscopic ulcer : absent
 12. Histologic heterogeneity: absent



① 증식성 용종으로 헬리코박터균 감염이 있고 용종의 크기가 약 1.5 cm 정도이면 제균 치료 후 추적검사를 하는지, 아니면 바로 제거하는지 궁금합니다.

이선영: 경험상 크기가 1.5 cm이면 제균 치료를 해도 용종이 사라지지 않기 때문에 바로 제거하고 있습니다.

김도훈: 제거해야 할 용종 크기에 대한 기준은 환자에 따라 다르지만, 저도 대체로 1.5 cm로 잡고 있습니다. 저희 병원의 데이터를 보면 용종 크기가 1 cm만 되어도 암성 변화 등이 나타나므로 최소 1 cm 이상이 되는 경우는 제거하는 것을 고려하는 게 좋겠습니다.

① 증식성 용종 제거 시 사이즈가 크면 입원해서 시술하는 것이 좋을까요?

김도훈: 당일 시술을 하는 경우는 드뭅니다. 용종의 크기가 다소 크더라도 neck이 있거나 위치선용종 형태의 경우에는 생검을 하면서 완전히 뜯겨져 나가는 경우도 의외로 많았습니다. 최근에는 저온올가미용종절제술(cold snare polypectomy, CSP), 즉 snare로 끊어내는 술기를 적용하기도 합니다.

이선영: Neck이 1 cm 이상이면 짧게 입원을 하고 그보다 작은 경우이면 가능한 외래에서 조직검사로 떼어냅니다. 증식성 용종이면서 활동성의 헬리코박터균 감염이 있고 1 cm 미만의 용종은 제균 치료를 먼저 하고 4~8주 후 내시경 절제술을 실시하는 편입니다. 이 때 환자가 불안해 하지 않도록 시술 일정을 자세히 설명하는 것이 중요합니다. 실제 제균 치료 후에는 크기가 감소하는 등 용종의 양상이 변화되어 시술할 필요가 없는 경우가 많습니다.

안용환: 저희 병원에서는 혹시 모를 위급 상황에 대비하여 1 cm 이상인 경우에는 입원 치료를 하고 있습니다.

① 내시경 용종절제술 후 출혈 등 환자 상태를 관찰하기 위해 내시경 검사 후의 회복 시간을 일반 수면내시경보다 더 길게 하는지요?

이준행: 시술 직후 바로 출혈하는 경우는 거의 없었기 때문에 일반 진정 내시경 시술과 동일하게 퇴원 시키고 있습니다. 출혈이 발생하는 경우

라도 대부분 퇴원 후 며칠 후에 발생하므로 시술 후 병원내 회복 시간의 연장은 무의미해 보입니다.

① 선종이 발견되면 모든 경우에서 치료를 하는 것이 좋을까요?

안용환: 제 경우에는 선종을 전암 병변으로 받아들이고 불안해하는 환자들이 많아서 3차 병원으로 의뢰를 권하는 편입니다. 크기가 작고 위치상 확실히 제거가 용이한 경우에는 내시경적 완전 절제, 완전 치료를 위한 전원을 권고하고 있습니다.

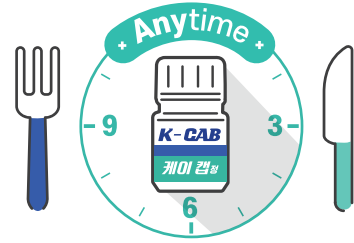
이준행: 저희 병원에서는 모든 선종을 다 치료하는 편입니다. 선종 중 크기가 작으면서 색깔이 창백하고 함몰부가 없는 부분은 모두 아르곤 플라즈마 소작술(argon plasma coagulation, APC)을 이용하여 절제합니다. EMR과 ESD는 입원이 필요한 반면, APC는 외래에서 10분이면 할 수 있는 간단한 치료입니다. APC 치료 후 2주간 위산분비억제제를 처방합니다. 이렇게 제거하더라도 작은 선종들이 계속 생겨날 수 있으므로 재발 가능성이 있다는 점을 환자에게 충분히 설명하고 있습니다.

김도훈: 나이가 젊거나 확실한 치료를 해야 하는 경우는 내시경점막절제술을 하고 연령이 높거나 다른 문제가 없으면 APC를 시행하는 편입니다. 소작 시에는 가급적 폭탄 자극처럼 뽕 뿜어지게 적극적으로 절제하여 잔여 조직(remnant adenoma)을 남기지 않도록 하는 것이 바람직합니다.

이준행: 문헌상으로는 환자의 병리 상태를 기준으로 강력하고 깊게 시술할 것을 권고하지만, 임상 경험상 얇게 제거해도 선종 치료에 충분한 정도의 점막 손상을 줄 수 있다고 판단하고 있습니다. 소작술을 가볍게 해도 출혈이나 깊은 궤양이 나타나는 환자도 있습니다.

김도훈: 소작을 이용한 절제술은 간단하고 시간이 절약되는 장점이 있지만 시술의 강도를 표준화하기 힘든 단점도 있습니다. 병리 상태를 정확하게 확인할 수 없어 개인적인 경험에 의존하게 되고 의사마다 시술 부위에서의 깊고 얇음의 기준도 매우 주관적입니다. 직접 시술한 경험들을 바탕으로 의사 각자에게 가장 적절한 시술 강도를 정립해 나가는 것이 필요합니다.

Busy Life, Easy **K-CAB**



바쁜 현대인을 위해, 식사와 관계 없이 복용 가능한 케이캡



KOREA P-CAB, K-CAB tab.

빠르고 강력한 위산분비차단제, 케이캡[®]

케이캡정 50밀리그램 [원료약품 및 그 분량] 이 약 1 정(206mg) 중, 유효성분: 테고프라잔 (별규) ... 50.0mg 기타첨가제: D-만니톨, 미결정셀룰로오스, 크로스카르멜로오스나트륨, 히드록시프로필셀룰로오스, 콜로이드성이산화규소, 스테아르산마그네슘, 오파드라이 II 분홍색 (85F240134) **[성상]** 연한 분홍색의 장방형 필름코팅정 **[효능·효과]** 1. 미란성 위식도역류질환의 치료 2. 비미란성 위식도역류질환의 치료 3. 위궤양의 치료 4. 소화성 궤양 및 또는 만성 위축성 위염 환자에서의 헬리코박터파일로리 제균을 위한 항생제 병용요법 **[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 제균을 위한 항생제 병용요법 헬리코박터파일로리 감염 환자들은 재균요법으로 치료받아야 한다. 이 약 50mg과 아목시실린 1g, 클라리트로마이신 500mg을 1일 2회 7일간 경구투여한다. 이 약은 **식사와의 관계 없이 투여할 수 있다.** **[사용상의 주의사항]** 1. 다음 환자에는 투여하지 말 것. 1) 이 약, 이 약의 구성성분 또는 벤즈이미다졸류에 과민반응 및 그 병력이 있는 환자 2) 아타자나비어, 넬피나비어, 또는 릴피비린 함유제제를 투여 중인 환자(5. 상호작용 '항 침조') 3) 임부 및 수유부(6. 임부 및 수유부에 대한 투여 '항 침조') 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 침조') *기타 자세한 사항은 제품설명서를 참고하십시오.

Reference 1. Han S, et al, Aliment Pharmacol Ther, 2019;50(7):751-759



(주)중근당
본사: 서울특별시 서대문구 중정로 8 (충정로 3가)



에이치케이이노엔주식회사 서울특별시 중구 을지로 100 파인에비뉴 A동 6.7.8층
고객상담센터: 080-700-8802 | <http://www.inno-n.com>

