

ENDOSCOPY ATLAS OF  
ESOPHAGUS AND  
GASTROINTESTINAL TRACT

식도와 위대장 내시경 아틀라스



# 식도와 위대장 내시경 아틀라스

<b>아메바성 대장염</b>	04
Amebic colitis (Cecal amebiasis mimicking acute ulcerative colitis)	
김상욱 · 전북대학교병원 소화기내과	
<b>거대세포바이러스에 의한 위궤양</b>	05
Cytomegalovirus gastric ulcer	
김상욱 · 전북대학교병원 소화기내과	
<b>식도의 악성 흑색종</b>	06
Malignant melanoma of the esophagus	
김수진 · 양산부산대학교병원 소화기내과	
<b>식도의 편평세포 유두종증</b>	07
Esophageal papillomatosis	
김수진 · 양산부산대학교병원 소화기내과	
<b>메네트리에병</b>	08
Menetrier disease	
박정호 · 성균관대학교 강북삼성병원 소화기내과	
<b>십이지장 신경내분비종양</b>	09
Duodenal neuroendocrine tumor	
박정호 · 성균관대학교 강북삼성병원 소화기내과	
<b>보만 IV 형 진행성 위암</b>	10
Borrmann type IV advanced gastric cancer	
서승인 · 한림대학교 강동성심병원 소화기내과	
<b>베체트 장염</b>	11
Bechet's disease	
서승인 · 한림대학교 강동성심병원 소화기내과	
<b>십이지장 위장관기질종양</b>	12
Duodenal gastrointestinal stromal tumor	
성 결 · 한림대학교 강남성심병원 소화기내과	
<b>대장에서 발생한 신경섬유종</b>	13
Colonic neurofibroma	
성 결 · 한림대학교 강남성심병원 소화기내과	

<b>위체부 후벽의 점막하 병변으로 진단된 췌장종양</b> .....	14
Pancreatic tumor diagnosed as a submucosal lesion of the posterior wall of the stomach	
이상길 · 연세대학교 세브란스병원 소화기내과	
<b>식도용종으로 오인된 편평형 식도편평상피세포암</b> .....	15
Spreading esophageal carcinoma misdiagnosed as esophageal polyp	
이상길 · 연세대학교 세브란스병원 소화기내과	
<b>선양낭성종양에 의한 상부식도 외부압박</b> .....	16
Extrinsic compression of the upper esophagus due to adenoid cystic carcinoma	
이준행 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과	
<b>뜨거운 감자에 의한 식도 화상</b> .....	17
Esophageal burn due to hot potato	
이준행 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과	
<b>사마귀모양 식도암</b> .....	18
Verrucous carcinoma of the esophagus	
최기돈 · 울산대학교 서울아산병원 소화기내과	
<b>크론카이트-카나다 증후군</b> .....	19
Cronkhite-Canada syndrome	
최기돈 · 울산대학교 서울아산병원 소화기내과	

편집자문

이준행 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

발행인 김관홍 | 메디칼업저버

발행처 메디칼업저버

서울특별시 강남구 논현로72길 29 RICHNOA VILL 3층

전화 02-3467-5400

팩스 02-3452-9229

홈페이지 <http://www.monews.co.kr/>

[For healthcare professional only]

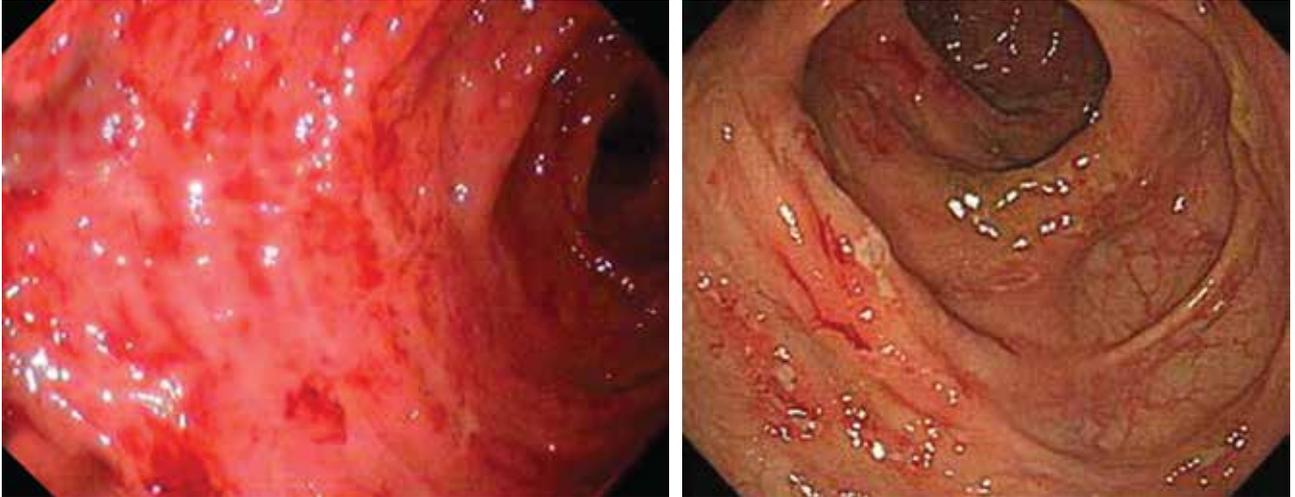
No part in this publication may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any mean.

※ 해당 책자에는 임상인들의 경험적 치료 의견이 포함되므로, 약물 처방 시 자세한 제품정보는 해당 제품설명서를 참조하시기 바랍니다.

## 아메바성 대장염

Amebic colitis (Cecal amebiasis mimicking acute ulcerative colitis)

김상욱 · 전북대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

47세 남자가 최근 두 달간 지속된 혈변을 주소로 외부 병원에서 실시한 에스결장경 검사 결과 직장 궤양 및 자발성 출혈 소견으로 급성 궤양성 대장염 의심하에 내원하였다. 환자는 케냐에서 주재원으로 생활하다 혈변 증상이 지속되어 귀국하였다. 혈압, 당뇨병, 결핵의 병력은 없었다. 급성 궤양성 대장염으로 진단 후 5-ASA, 스테로이드 경구약을 투약하였으나 증상의 호전이 없어 입원 후 실시한 대장 내시경 검사 결과 맹장에서 직장까지 모든 장에 걸쳐 관찰되는 다발성 궤양과 삼출물 출혈 소견이 관찰되었다. 궤양성 대장염의 특징인 연속적인 점막 병변은 직장 부위에서만 관찰되며 대장 전체에는 연속적이지 않고 경계가 불명확한 다발성 궤양과 삼출물 소견이 관찰되었다. 상행결장에서 실시한 조직검사 소견에서 아메바 영양형이 관찰되어 아메바성 장염으로 진단되었다.

### 진단 및 경과

급성 궤양성 대장염으로 오인한 아메바성 장염

치료는 metronidazole 750 mg 1일 3회, 10일간 경구 투여 후 호전되어 퇴원하였다.

### 해설

아메바성 장염은 기생충 감염으로 혈변, 설사, 복통, 발열, 체중 감소와 후증감을 동반한다. 대장의 어느 부위에서도 발생할 수 있으나 특히 맹장과 직장에 호발하는 것으로 알려져 있다. 진단은 대장내시경을 통한 조직검사에서 아메바 영양형을 관찰함으로써 진단될 수 있다. 그러나 대장내시경의 점막 소견은 경계가 불분명한 궤양이 정상 점막 사이에 관찰되며 출혈과 부종을 동반할 수 있기 때문에 최근에 유행률이 증가하고 있는 급성 궤양성 대장염으로 오인할 수 있다. 본 환자와 같이 연령대가 호발 연령이 아니고 아프리카나 동남아와 같이 위생 상태가 좋지 않은 지방에서 내원한 환자에서는 분변-경구 감염을 일으킬 수 있는 기생충 질환을 반드시 배제하도록 노력해야겠다.

### 토의

**김수진:** 아메바성 장염은 문어 빨판 모양이 아주 특징적이라고 배웠는데 오른쪽 사진을 보니 그런 모양이 관찰되는 것 같습니다.

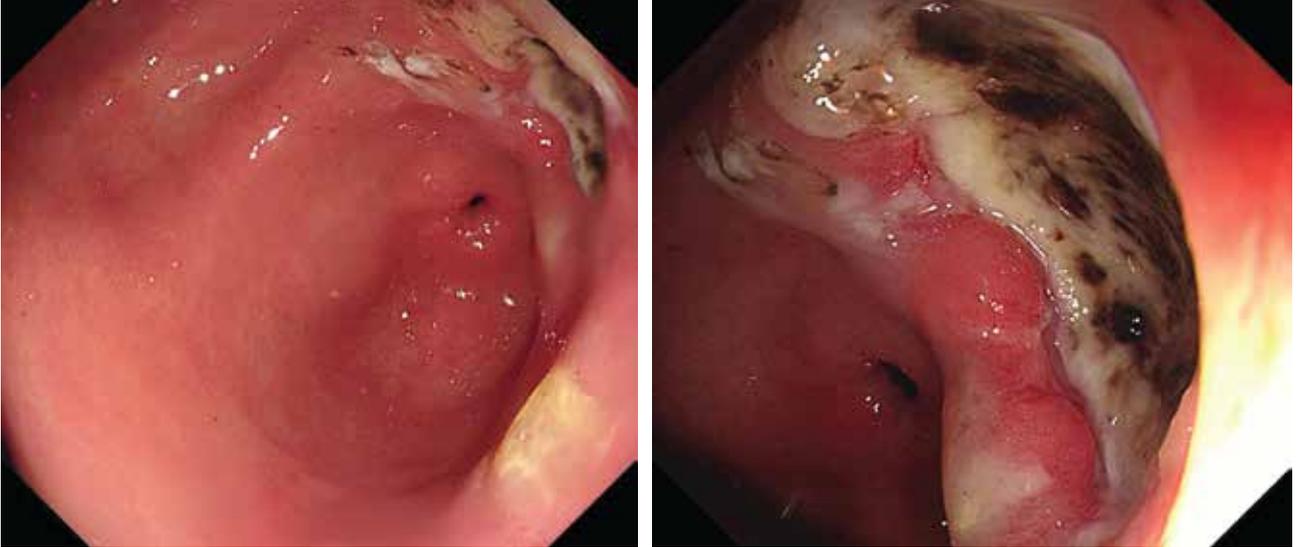
**김상욱:** 참고로, 궤양성 대장염은 연속적인 병변이 있어야 한다는 점이 아메바성 대장염과 궤양성 대장염의 감별 포인트라고 할 수 있습니다.

**이준행:** 대장내시경 접근성이 좋은 우리나라에서는 대장내시경으로 진단되는 예가 많지만 전통적인 진단법은 대변 검사입니다. 대변 검사상 heme test 양성, paucity of neutrophils, presence of Charcot-Leyden crystal protein (double pyramid-shaped crystals normally found in the cytoplasm of eosinophils) 등의 소견이 가능하고 영양형(급성기)이나 씨스트(만성기)가 확인되면 진단할 수 있습니다. 급성기에는 혈액과 점액이 묻어 있는 대변의 일부를 따서 되도록 빨리(30분 이상 경과하면 거의 확인할 수 없다) 현미경으로 영양형을 확인해야 합니다. 백혈구와 거의 비슷한 모양을 가지고 있으나 활발히 움직이는 위쪽과 세포질 내의 탐식된 적혈구 등을 참조하여 동정할 수 있다고 합니다.

# 거대세포바이러스에 의한 위궤양

Cytomegalovirus gastric ulcer

김상욱 · 전북대학교병원 소화기내과



## 임상상 및 내시경 소견

전신성 홍반성 루프스로 치료 중인 환자가 내원 10일 전부터 발생한 식후 복통을 주소로 내원하였다. 환자는 루프스 치료를 위해서 prednisolone 2.5 mg과 면역억제제인 mycophenolic acid를 복용하고 있었다. 복통의 원인을 감별하기 위해 실시한 위내시경 검사에서 위 전정부 후벽 중심부에 검은색의 출혈반을 보이는 깊고 큰 궤양을 관찰하였다. 위내시경 조직검사 결과 거대세포바이러스 (cytomegalovirus, CMV)가 내피세포와 섬유모 세포 등에서 관찰되었으며 CMV 항체를 이용한 면역 조직화학 검사에서 많은 수의 양성 세포가 관찰되어 CMV에 의한 위궤양으로 진단되었다.

## 진단 및 경과

거대세포바이러스에 의한 위궤양

환자는 CMV 치료를 위해 입원하여 ganciclovir 주사를 14일간 투여하여 복통이 호전되었으며, 추적 위내시경 검사에서 궤양의 호전과 혈중 CMV 바이러스 정량검사 음성 소견을 확인하고 퇴원하였다.

## 해설

거대세포바이러스 감염은 정상면역자에서는 아무런 증상이 없거나 가벼운 증상을 일으킬 수 있다. 그러나 면역억제 환자에서는 거대세포바이러스에 의한 장염, 간염, 망막염, 뇌염 등 중증 감염을 일으킬 수 있다. 특히 장기간 면역억제제를 사용하는 자가면역질환 환자에서는 CMV가 기회감염을 일으킬 수 있으며, 특히 CMV 위장관 감염은 위염, 위궤양, 출혈 등의 합병증을 일으킬 수 있다. CMV가 혈관염을 일으켜 위장관 점막의 궤양을 일으키는 것이 위궤양의 발병 기전인 것으로 알려져 있다. CMV 위장관 감염의 진단은 병변이 있는 조직에서 CMV 존재를 증명하는 것이다. 조직검사의 위치는 궤양의 주변부와 기저부를 모두 포함해서 진행한다. 치료는 ganciclovir를 유도 용량 (5 mg/kg)으로 12시간 마다 정주하여 2주간 투여한다.

## 토의

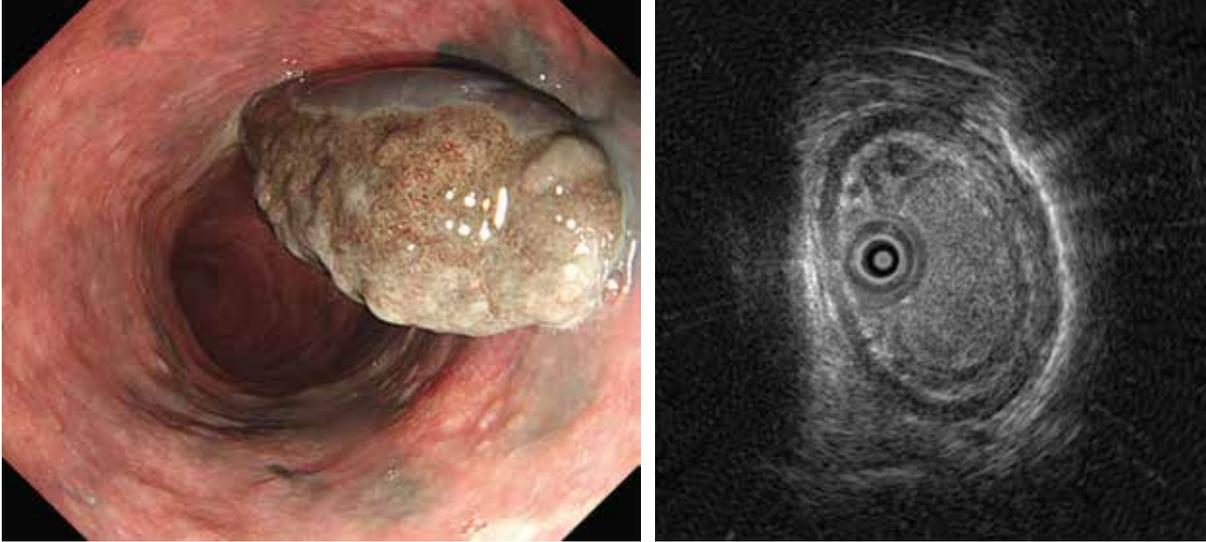
**박정호:** CMV 위궤양은 면역 억제 환자뿐만 아니라 면역 기능이 정상인 사람에서도 발생할 수 있는데, 치료하고 나서 협착 (stricture)이 되어 풍선확장술을 여러 번 하는 등 잘 낫지 않고 시간이 오래 걸린 경험이 있습니다. 그래서 끈기를 갖고 오래 치료를 해야 한다는 인상이 남았습니다.

**김상욱:** 저도 ganciclovir를 쓰더라도 상당히 오랫동안 치료를 해야 되는 걸로 알고 있습니다. 이때 PPI를 같이 사용하는 걸로 알고 있으며, 실제로 같이 사용했습니다. K-CAB도 몇 달 전부터 위궤양에 대한 보험이 적용되므로 한 번 고려해 보면 좋을 것 같습니다.

## 식도의 악성 흑색종

Malignant melanoma of the esophagus

김수진 · 양산부산대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

80세 남자가 1년 전부터 발생한 연하곤란이 악화되어 내원하였다. 1개월 전부터 주로 고형식 섭취 시 연하곤란 증상이 심했으며, 6개월간 5 kg의 체중 감소를 동반하였다. 60년 동안 매일 소주 1병, 담배 1갑을 피웠다고 하였다.

상부위장관 내시경 검사에서 절치하 25 cm에 점막의 흑색 변조를 동반한 3 cm 가량의 종괴가 관찰되어 조직검사를 시행하였다. 내시경 초음파 검사에서는 점막하층까지 침윤한 것으로 판단되었고 주변 림프절 종대는 관찰되지 않았다. 이어 시행한 흉부전산화 단층촬영 및 전신양성지방층 단층촬영에서도 전이를 시사할 만한 소견은 관찰되지 않았다.

### 진단 및 경과

조직검사서 악성 흑색종(malignant melanoma of the esophagus)으로 진단되었다. 피부과 협진에서 피부에는 흑색종이 관찰되지 않았다. 식도에 발생한 원발성 악성 흑색종 진단하에 Ivo-Lewis 수술을 시행하였다. 병리검사 결과 3.5X2.0 cm 크기의 종양이 고유판까지 침윤하는 T1 병변이었고 주변 림프절 침윤은 확인되지 않았다. 수술 종료 3개월 후 시행한 추적내시경 검사에서 문합부 주변 1 cm 가량의 흑색 변조를 보이는 편평 점막병변 생검을 시행하였고 조직검사 결과 악성 흑색종으로 진단되었다. 하지만 환자가 고령이라 추가적인 치료 없이 경과 관찰하기로 하였다.

### 해설

원발성 식도 악성 흑색종은 매우 드문 악성 종양으로 대부분 중년 이후 남성에서 발생하는 것으로 알려져 있다. 다른 부위에서 발생한 흑색종이 식도로 전이하는 경우도 있으나 매우 드물다. 예후는 매우 좋지 않아 수술을 시행하더라도 평균 1년 정도 생존하며, 5년 생존율은 5% 남짓으로 알려져 있다.

원발성 식도 악성 흑색종은 근치적 수술 외에 특별한 치료법이 알려져 있지 않다. 충분한 절제연을 포함한 식도 절제술과 주변 림프절 절제가 시행되거나 재발하는 경우가 매우 흔하다. 수술 후 항암화학요법, 방사선 치료, 면역 요법 등이 시행될 수 있으나 아직까지 생존율 향상에 미치는 효과에 대해 명확한 결론을 내리기에는 자료가 부족하다.

### 토의

**이준행:** 정상 식도 점막 상피에는 멜라닌 세포가 매우 드물게 존재합니다. 배아 발생 시 멜라닌 아세포가 비정상적으로 식도로 이동하여 식도 점막 상피 내에 멜라닌 세포가 다수 존재하면 멜라닌 세포증이라고 하는데, 식도 악성 흑색종의 25-30%에서 동반되는 소견으로 식도 악성 흑색종의 선형 요인으로 추정됩니다.

# 식도의 편평세포 유두종증

Esophageal papillomatosis

김수진 · 양산부산대학교병원 소화기내과



## 임상상 및 내시경 소견

40세 여자가 국가 건강검진에서 상부위장관 내시경 검사를 받았다. 기저 질환은 없으며 음주, 흡연도 하지 않았다. 상부위장관 내시경 검사에서 전 식도에 걸쳐 1 cm 미만의 다발성 결절들이 관찰되었다.

## 진단 및 경과

조직결과 편평세포 유두종(squamous cell papilloma)으로 진단되었다.

## 해설

단일 결절의 형태로 나타나는 작은 크기의 식도의 편평세포 유두종은 내시경 검사 중 우연히 발견되는 경우가 종종 있다. 하지만 식도의 편평세포 유두종이 식도 전반에 걸쳐 발생하는 식도 편평세포 유두종증(squamous cell papillomatosis)은 매우 드문 질환이다.

원인에 대한 가설로는 첫째, 화학적 또는 물리적 자극에 의한 과재생 반응이라는 설과 둘째, 인유두종 바이러스(human papilloma virus) 감염과 연관되어 발생하는 것으로 설명하기도 한다.

대부분 무증상이므로 특별한 치료를 하지 않는다. 일부에서는 병변이 진행되어 식도 출혈 및 협착 등의 합병증이 발생할 수 있고 악성화 가능성이 있다는 주장도 있어 정기적인 추적 검사가 필요하다.

## 토의

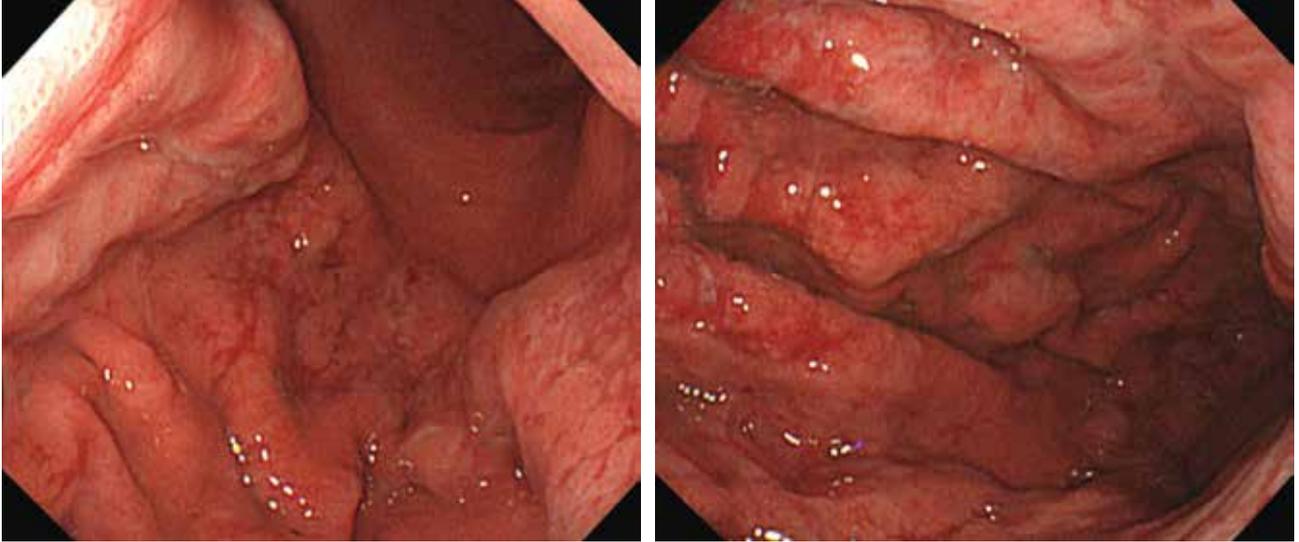
**이준행:** 역류성 식도질환이 있으면 편평세포 유두종증이 발생할 가능성이 높아지나요?

**김수진:** 예전 식도질환 내시경 아틀라스 증례집에서 관련 내용을 본 것 같습니다. 이 증례의 환자는 식도 중부까지 범위가 넓게 다발성 결절들이 관찰되고 있어서 역류성 식도질환과의 연관성을 찾기는 어려워서 주요 발병 기전은 아닐 것으로 추정합니다.

## 메네트리에병

Menetrier disease

박정호 · 성균관대학교 강북삼성병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

위 전정부를 제외한 체부에 전반적으로 크고 구불구불한 주름의 비후가 관찰되고 있다. 주름은 흰색의 점액에 뒤덮여 있다.

### 진단 및 경과

67세 남자 환자가 심한 소화불량, 체중 감소와 다리가 붓는 증상을 주소로 내원하였다. 혈액 검사상 혈중 알부민 수치가 2.0 g/dL로 감소되어 있었으며, 위내시경 검사상 왼쪽 사진과 같이 심한 점막의 비후가 관찰되었다. Strip 조직검사 결과 소와 증식(foveolar hyperplasia), 위선의 위축 소견이 관찰되어 메네트리에병(Menetrier disease)으로 진단하고 cetuximab (Erbitux®) 치료를 시작 하였으며 이후 혈중 알부민 수치는 3.4 g/dL로 증가하고 소화불량과 부종의 증상이 호전되었다.

### 해설

메네트리에병은 매우 드문 병으로 주로 40-60대에 많이 발생하며 남자가 여자보다 2-3배 더 발생하는 것으로 알려져 있다. 임상 증상상으로는 상복부 불쾌감, 통증, 구토, 오심, 소화불량, 체중 감소, 설사, 복부팽만, 부종, 위출혈 등 다양하게 나타난다. 진단은 위내시경 검사상 위점막주름이 크고, 굴곡이 심하며, 다양한 크기의 결절이 보일 수 있고, 위점막의 미란성 위염 및 궤양도 보일 수 있다. 또한 위점막에서 끈끈한 점액과 삼출물이 관찰되고 공기 주입에도 점막 주름이 잘 퍼지지 않는다. 병리조직학적으로는 상피세포의 심한 비후로 인한 소와의 과증식이 관찰되며 주세포, 벽세포들이 점액분비세포에 의해 기능적으로 대치된다. 최근 메네트리에병의 점액세포에서 TGF- $\alpha$ 가 현저히 증가되어 있음이 보고되어 cetuximab 치료를 시도하고 있다.

### 토 의

**최기돈:** *H. pylori*와 연관된 비후성 위염(hypertrophic gastritis)도 유사한 내시경 소견을 보이는데요, 혈액검사 소견상 저알부민 혈증이 동반된 소견이 있을 때 메네트리에병으로 의심할 수 있다고 알고 있습니다. 메네트리에병으로 확진할 수 있는 특징적인 소견이 있을까요?

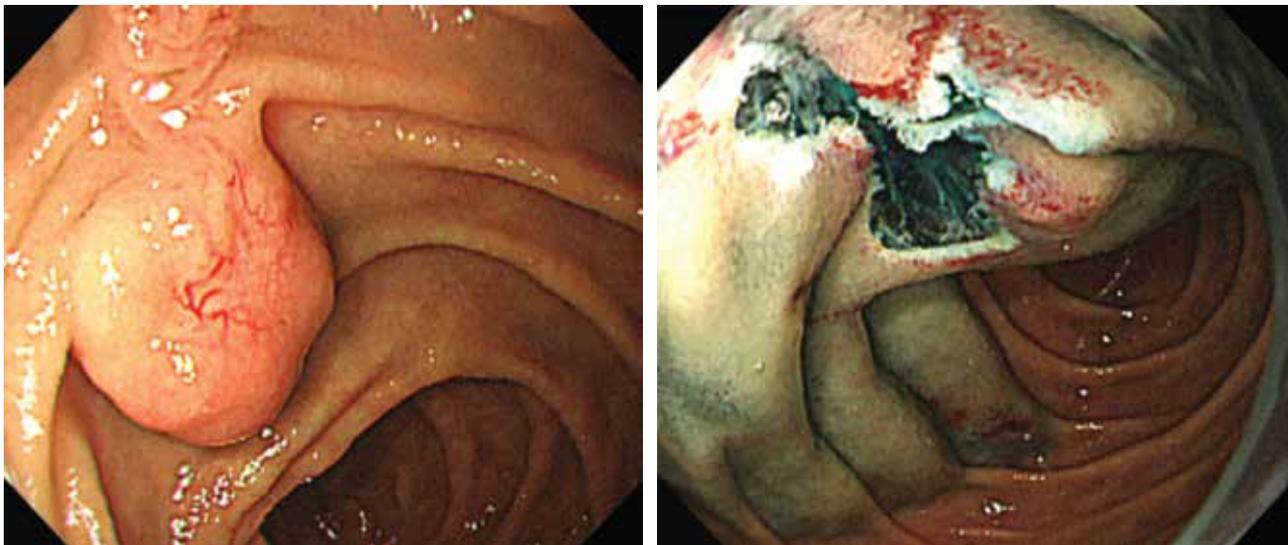
**박정호:** Strip biopsy를 통해서 위선의 분비 위축 소견과 뮤신을 분비하는 소와(foveola)의 증식이 특징적인 소견입니다. 그리고 이 환자에서 *H. pylori*는 발견되지 않았습니다.

**이준행:** 병리 소견은 염증 소견이 좀 적고 gland의 cystic dilatation이 thickened gastric fold 사이 사이에 많이 보이는 게 특징적인 것으로 기억합니다. 중요한 것은 감별 진단입니다. 특히 보만 4형 진행성 위암, 림프종, 매독, 분선충증 등을 주의해야 합니다. 메네트리에병을 의심하고 치료하다가 몇 달 후 보만 4형 진행성 위암으로 진단된 경우를 여럿 보았습니다.

# 십이지장 신경내분비종양

Duodenal neuroendocrine tumor

박정호 · 성균관대학교 강북삼성병원 소화기내과



## 임상상 및 내시경 소견

십이지장 2<sup>nd</sup> portion에 1 cm 크기의 유경성 종양이 관찰되고 있다.

## 진단 및 경과

47세 남자 환자로 건강검진 내시경 검사상 십이지장 2<sup>nd</sup> portion에 1 cm의 유경성 용종이 발견되었으며, 조직검사 신경내분비 종양이 진단되었다. 내시경적 용종절제술로 종양을 절제하였으며, grade I 종양으로 진단되었다. 이후 3년간 특별한 문제없이 추적관찰 중에 있다.

## 해설

십이지장 신경내분비종양은 전체 위장관 신경내분비종양의 2-3%에서 발생한다. 주로 무경형의 용종 형태이고 십이지장 1, 2부에서 주로 발견된다. 1/3 가량에서 증상이 없이 내시경 검사 중 우연히 발견되고 이외에 통증, 황달, 구역, 구토, 출혈 등의 증상이 나타날 수 있다. *European Neuroendocrine Tumor Society* 가이드라인에서는 2 cm 이상의 종양, 점막하층 이상의 침범이 있거나 전이가 있는 경우와 유두부 주위 신경내분비종양에 대해서는 수술 치료를 권고하고 있다. 전이에 대한 위험인자로는 고유근층의 침범, 크기가 큰 종양(>1~2 cm) 및 분화도가 좋지 않은 병리 소견 등이 제시되고 있다. 그러므로 1 cm 미만의 점막하층 내에 국한되어 있는 병변이 내시경 치료의 대상으로 여겨지고 있다(*Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res* 2021;21:29-34).

## 토의

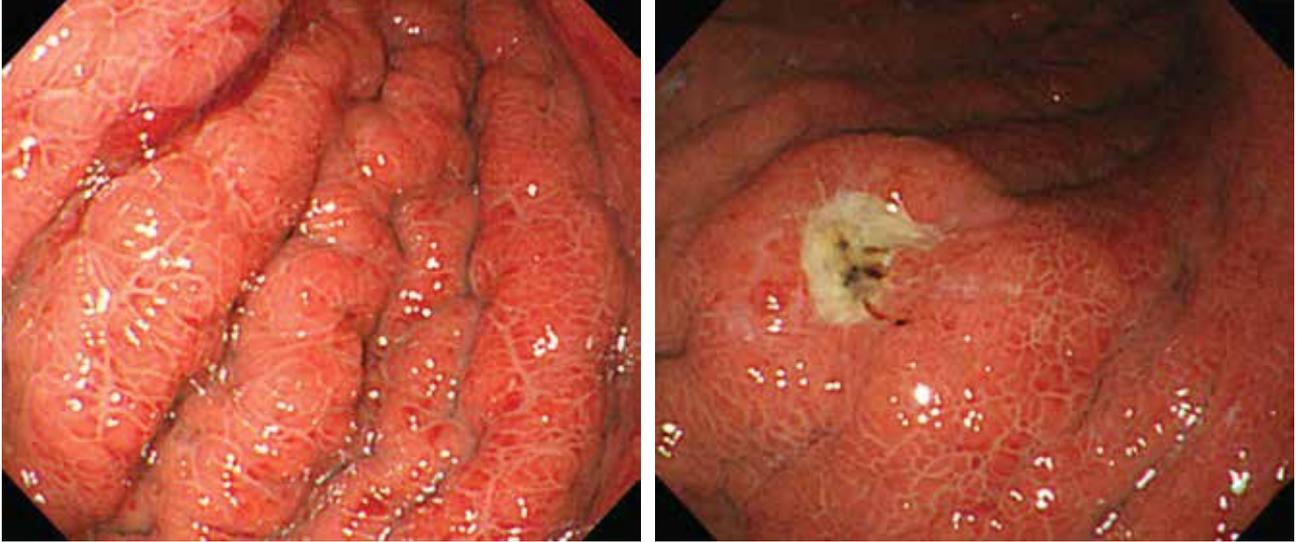
**이준행:** 십이지장 신경내분비 종양은 내시경 치료가 어렵고 천공 발생률이 높은 타입인 걸로 알려져 있는데 이번 증례는 드문 형태로 약간의 neck이 살짝 보이려고 하는 그런 polypoid lesion이어서 안전하게 절제할 수 있었다는 내용이었습니다.

**김수진:** 저는 요즘 대부분 underwater EMR로 치료하고 있습니다. Underwater EMR은 Olympus SnareMaster를 사용하는데, 저온용(cold snare)으로 잘 미끄러지지 않고 흐물흐물한 점막층까지 정확하게 잡기 편한 것 같습니다. 전통적인 EMR-L과 EMR-C를 이용한 EMR에 대한 두려움이 있는 초보자들이 십이지장의 작은 병변을 제거할 때에는 underwater EMR을 유용하게 활용할 수 있을 것 같습니다.

## 보만 IV형 진행성 위암

Borrmann type IV advanced gastric cancer

서승인 · 한림대학교 강동성심병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

57세 남자 환자로 한 달 전부터 속쓰림 증상을 주소로 내원하였다. 기저질환으로 당뇨병이 있고 6년 전 신장이식 후 면역억제제를 복용 중이었다. 상부위장관 내시경에서 체부 주름이 전반적으로 비대해진 양상으로 미만성 출혈반을 보였고, 겸자로 촉지 시 단단함과 공기 주입 시 신전되지 않는 양상을 보였으며 후벽 측에 1 cm 크기의 원형 궤양성 병소가 관찰되었다.

### 진단 및 경과

상체부 궤양 부위에서 조직검사 결과 adenocarcinoma, poorly differentiated로 결과가 나왔으며 PET CT에서 타 장기로의 전이 소견은 없었다. 외과에서 palliative total gastrectomy with Roux-en-Y esophagojejunostomy를 시행하였고, mesocolon invasion 소견을 보였다. 이후 혈액종양내과에서 항암치료를 받았으나 경과는 불량하였다.

### 해설

보만 IV형 진행성 위암은 조기 진단이 어렵고 빠르게 진행하며, 발견 당시 복막이나 장막 전이가 흔하므로 진단 당시 고도의 병기를 나타내고 예후가 불량한 것으로 알려져 있다. 내시경 소견에서 비후된 위점막, 송기 시 위주름이 잘 퍼지지 않는 양상, 두꺼운 위주름 사이 굴곡이 좁거나 거의 없고 주름의 넓이가 넓은 양상을 보인다. 또한 많은 경우에서 궤양이나 조기위암의 IIc형 함몰을 동반하므로 이 부위에서 조직검사를 하면 진단율을 높일 수 있다. 내시경 조기 진단을 위해서는 내시경 검사 시 적절한 시간을 투자하여 공기를 넣고 빼기를 반복하며 대만 측을 꼼꼼히 관찰하고 작은 미란이나 궤양, 함몰성 병변이 있는지 자세한 관찰이 필요하다.

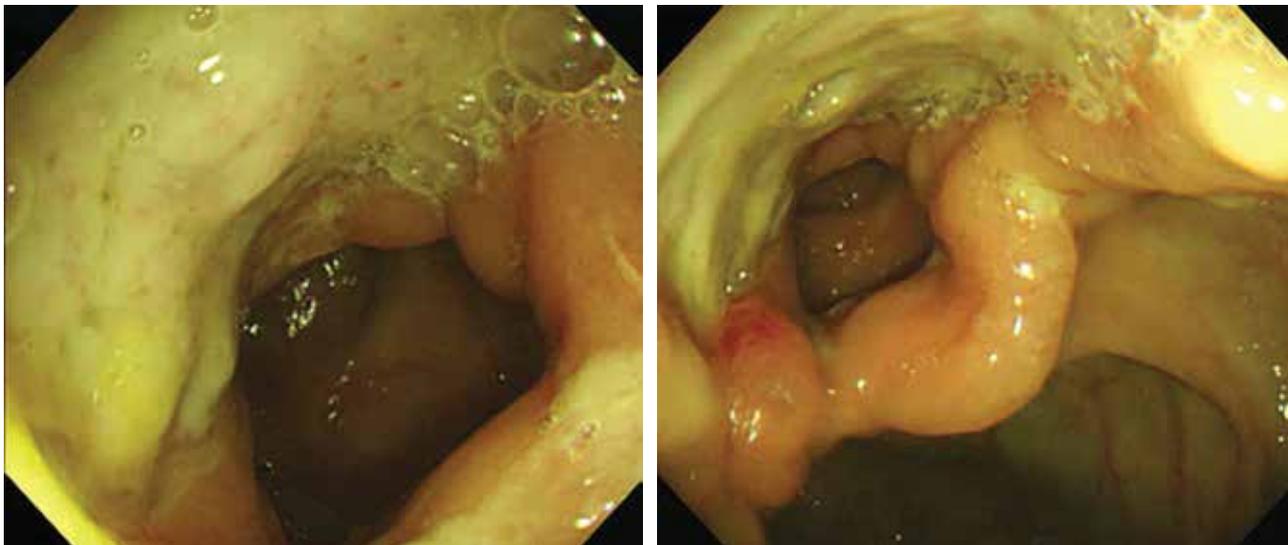
### 토의

**이상길:** 보만 IV형 위암에서 증례의 사진처럼 미세한 궤양이나 미란이 있는 경우도 있지만, 점막의 비후만 있는 경우도 많아서 내시경 진단과 조직검사를 통한 확진이 어려운 경우가 많습니다. 비후성 위병변을 유발하는 질환 중에서 보만IV형 위암은 놓쳐서는 안되는 질환입니다. 비후성 위병변을 볼 때에는 우선 보만 IV형 위암을 의심해야 하고, 내시경 진단과 조직검사가 확정적이지 않을 때에는 단기 재검사, 복부전산화단층촬영, 내시경초음파 등 적극적인 진단 방법을 모두 동원해야 할 경우가 많습니다.

## 베체트 장염

Bechet's disease

서승인 · 한림대학교 강동성심병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

45세 여자 환자가 수 개월 전부터 시작된 복통을 주소로 내원하였다. 복통은 주로 우하복부에 국한되어 있었으며 식후 악화되는 양상이었다. 설사나 변비는 동반되지 않았으며 개인병원에서 위장약을 복용하였으나 호전되지 않았다. 대장내시경에서는 회맹판 안쪽으로 두터운 백태로 덮인 난원형의 깊은 궤양이 관찰되었으며, 다른 부위에서 이상 소견은 보이지 않았다.

### 진단 및 경과

대장내시경 전에 검사한 복부전산화 단층촬영에서 회맹판의 벽 비후(ileocecal wall thickening) 소견을 보였으며 Hb 10.4 g/dL로 빈혈 소견과 ESR 67 mm/hr의 상승 소견을 보였다. 추가적인 병력 청취에서 반복적인 구강 궤양이 동반되어 있었다. 대장내시경 조직 검사에서는 만성적인 활동성 염증(chronic active inflammation) 소견을 보였으며 AFB culture, TB PCR 음성 소견과 stool culture에서도 특이 소견이 없었다.

베체트 장염으로 진단하여 치료는 steroid 와 colchicine을 처방하였고, 이후 대장내시경에서 호전된 소견을 보였다.

### 해설

전형적인 베체트 장염의 주된 대장내시경 소견은 주로 회맹부에 국한된 소수의 큰 둥근 혹은 난원형의 깊은 궤양으로, 궤양의 가장자리는 융기되어 있고 주변 정상 점막과의 경계는 명확하며 궤양의 바닥은 두터운 백태로 덮인 경우가 많다. 비전형적인 경우로 아프타 궤양, 지도상 궤양, 다발 분절형 및 미만 궤양 등으로 나타날 수 있다고 알려져 있다. 가장 흔한 증상은 복통이며 약 90%에서 발생한다. 특히, 우하복부 통증 및 반발통이 나타날 수 있으며 심할 경우 종괴가 만져질 수 있다. 그 이외에 흔히 보이는 증상으로 혈변 및 흑변, 설사, 누공 등이 있다. 백혈구 증가, ESR 또는 CRP의 상승, 철 결핍 빈혈, 혈소판 증가, 그리고 저알부민 혈증이 동반될 수 있으며 궤양성 대장염이나 크론병에서 발견되는 질병 특이적인 혈청 표지자는 알려져 있지 않다.

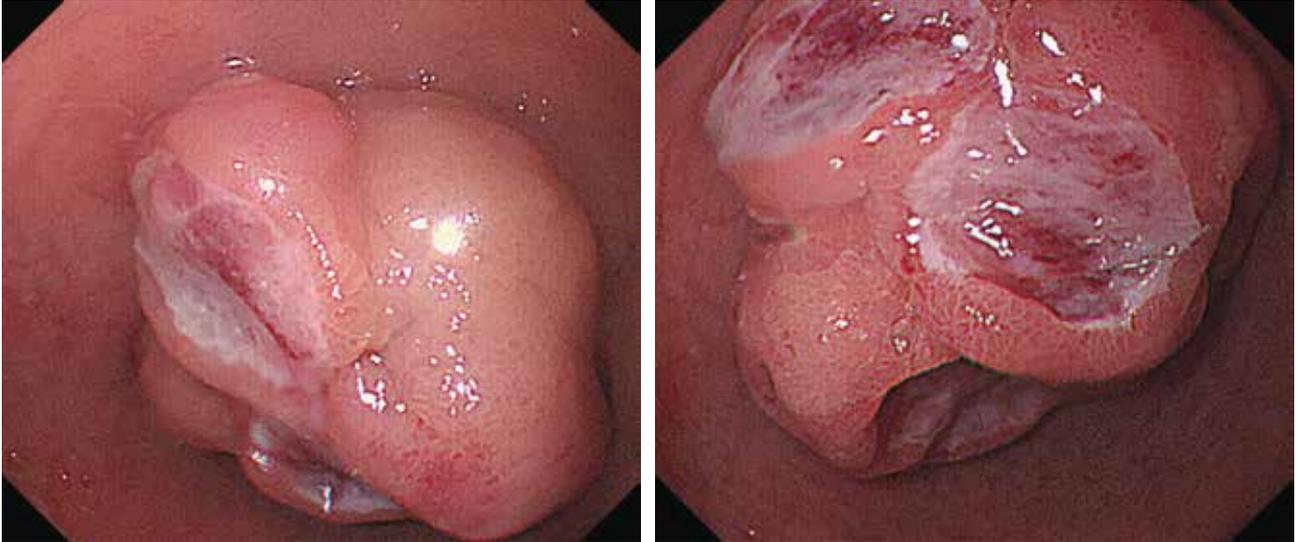
### 토의

**이상길:** 베체트 장염은 회맹부 궤양이 있을 경우에 크론병, 결핵성 장염과 더불어 감별이 필요한 질환입니다.

## 십이지장 위장관기질종양

Duodenal gastrointestinal stromal tumor

성 결 · 한림대학교 강남성심병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

42세 남자가 빈혈과 흑색변을 주소로 내원하여 상부위장관 내시경을 시행하였다. 십이지장 구부에 4 cm 크기의 돌출된 종괴가 보였고, 표면 일부는 정상 점막으로 덮여 있으며, 여러 개의 궤양이 동반되어 있다.

### 진단 및 경과

조직검사에서 십이지장 위장관기질종양(gastrointestinal stromal tumor, GIST)으로 확인되었고 타 장기 전이는 없었으며 wedge resection을 시행하였다. 병리 결과 최대 직경 3.1 cm, 세포분열 수 12/50 HPF, c-Kit 양성으로 확인되었으며, 고위험군에 해당하여 adjuvant imatinib (Gleevec®) 400 mg/day 투여 중이다.

### 해설

위장관기질종양은 중간엽 세포 기원의 육종으로, Cajal 간질세포에서 발생하는 것으로 알려져 있으며 대부분(90-95%)은 Kit (CD-117) 양성이다. 주로 위(50-60%), 소장(20-30%)에 발생하며 대장, 식도, 복막 등에 발생하기도 한다. 십이지장에서 발생하는 경우는 3-5% 정도로 알려져 있다. 진단 당시 종양의 크기와 세포 분열의 정도에 따라 악성도를 추측하며 크기가 2 cm 이상인 경우 수술적 절제가 추천된다. 치료에 있어서 근치적 절제술이 중요하며, Kit 양성인 경우에는 수술 후 재발을 줄이기 위해 고위험군에서 adjuvant imatinib을 투약한다. 개정된 NIH criteria에 따르면 십이지장 GIST의 경우 크기 > 5 cm, mitotic count > 10/50 HPF, 혹은 크기 > 2 cm이면서 mitotic count 6-10/50 HPF인 경우 고위험군으로 분류되며 adjuvant imatinib 투여가 필요하다.

### 토의

**최기돈:** 일단 첫 번째 감별 진단은 GIST, 드물게는 신경내분비종양 등을 감별해야 될 것 같습니다.

**박정호:** 처음 생검은 어느 부위에서 하셨나요? 궤양 바닥이 생검하기엔 굉장히 무섭게 생겼는데요.

**성 결:** 특히 출혈로 왔기 때문에 베이스에서 조직검사를 하지는 못했습니다. 경계 중심으로 비교적 vascularity가 덜해 보이는 부분으로 5개 조직검사를 했습니다.

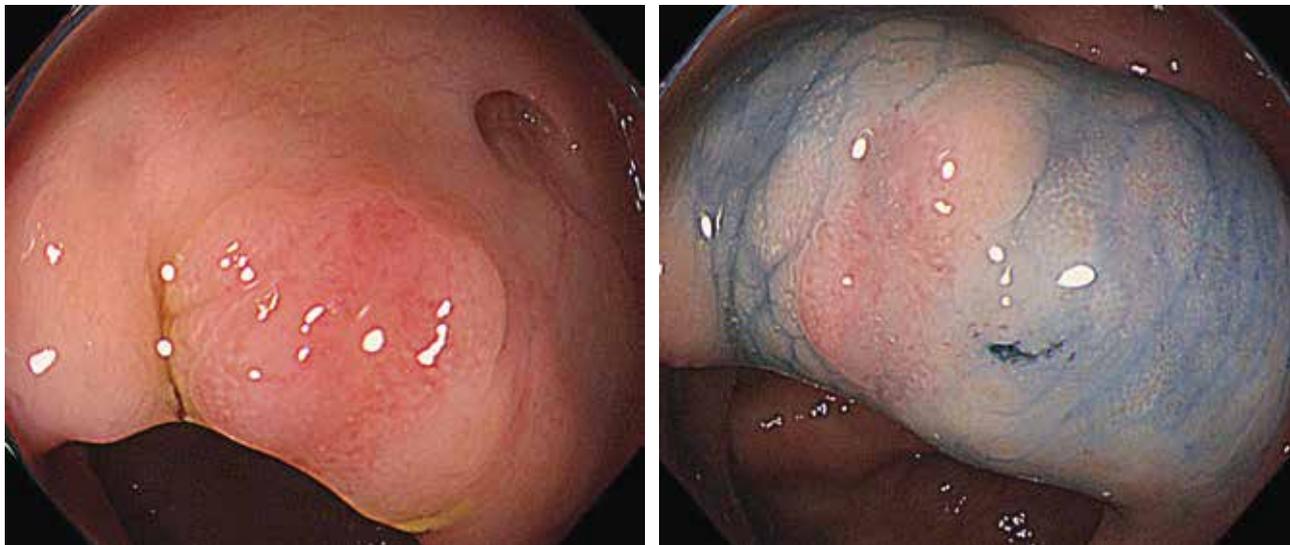
**최기돈:** 저라면 환자가 출혈로 왔고 뼈기절제술이 가능한 위치라면 조직검사 없이 뼈기절제술을 권하겠습니다. GIST 생검 후 출혈로 인한 뼈 아픈 증례 경험을 한 적이 있어서 GIST가 의심되는 환자에게는 가능한 unroofing 생검은 하지 않습니다. 주로 EUS 생검을 이용하여 조직을 얻고 있습니다.

**김상욱:** 만약에 출혈로 응급실에 왔으면 저도 조직검사 없이 수술로 보냈을 것 같습니다. 하지만 출혈이 없이 내시경 하다가 우연히 발견이 됐다면 당연히 생검을 할 것입니다.

## 대장에서 발생한 신경섬유종

Colonic neurofibroma

성 결 · 한림대학교 강남성심병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

제1형 신경섬유종증 병력이 있는 77세 여자 환자로 얼굴을 포함한 전신에 수백 개의 연갈색 반점, 결절이 있었다. 대장내시경 검사상 상행결장에서 0.8 cm 크기의 무경성 용종이 관찰되었으며, 중앙부에 발적과 depression이 동반되었다. 점막하 주입 시 쉽게 상승되는 소견이어서 내시경점막하절제술(endoscopic mucosal resection, EMR)을 시행하였다.

### 진단 및 경과

조직검사에서는 점막과 점막하층에서 spindle cell proliferation을 보이며 S-100, CD 34는 양성이었고, CD 117, claudin-1, 상피막 항원(epithelial membrane antigen, EMA) 음성으로 최종적으로 신경섬유종으로 진단하였다.

### 해설

신경섬유종증은 피부와 신경계의 특징적인 이상을 동반하는 신경피부 증후군 중 하나로, 상염색체 우성 양식을 보이는 유전 질환이며, 50%에서는 가족력 없이 새로운 돌연변이에 의해 발생한다. 주로 피부에 나타나지만 위장관에도 나타날 수 있으며, 제1형 신경섬유종증에서는 25% 정도가 위장관을 침범한다. 주로 위, 공장(jejunum)이 가장 흔하며 대장을 침범하는 경우는 드물어서 잘 알려진 바는 없으나, 대장 중 직장에서는 자주 관찰된다. 내시경 소견은 작은 무경성 용종의 형태를 띠는 것도 있지만, 유경성 용종이나 점막하 종양의 형태를 보이기도 한다. 조직검사에서는 주로 점막하층의 spindle cell proliferation을 보이고, 일부는 근층이나 장막층까지 침윤도 가능하다. S-100에 강하게 양성을 보이면 진단이 가능하며, 신경초종(Schwannoma)과는 달리 CD 34 양성이며, 위장관기질종양과는 달리 CD 117 음성이다. 대부분 무증상이나 크기가 큰 경우에는 복통, 빈혈, 기계적 폐색이나 장중첩증, 거대결장 등을 유발할 수도 있다.

### 토의

**김상욱:** 이 증례의 경우 신경섬유종을 제거하는 것이 좋을 지, 경과 관찰을 해도 별 문제가 없을지 궁금합니다.

**성 결:** 이미 신경섬유종으로 진단된 환자이고, 무경성 용종(sessile polyp)이나 작은 SMT 비슷하게 보이는 병소라면 조직검사로 확인할 수 있기 때문에 반드시 절제술이 필요한 건 아니고 경과 관찰을 선택할 수 있습니다.

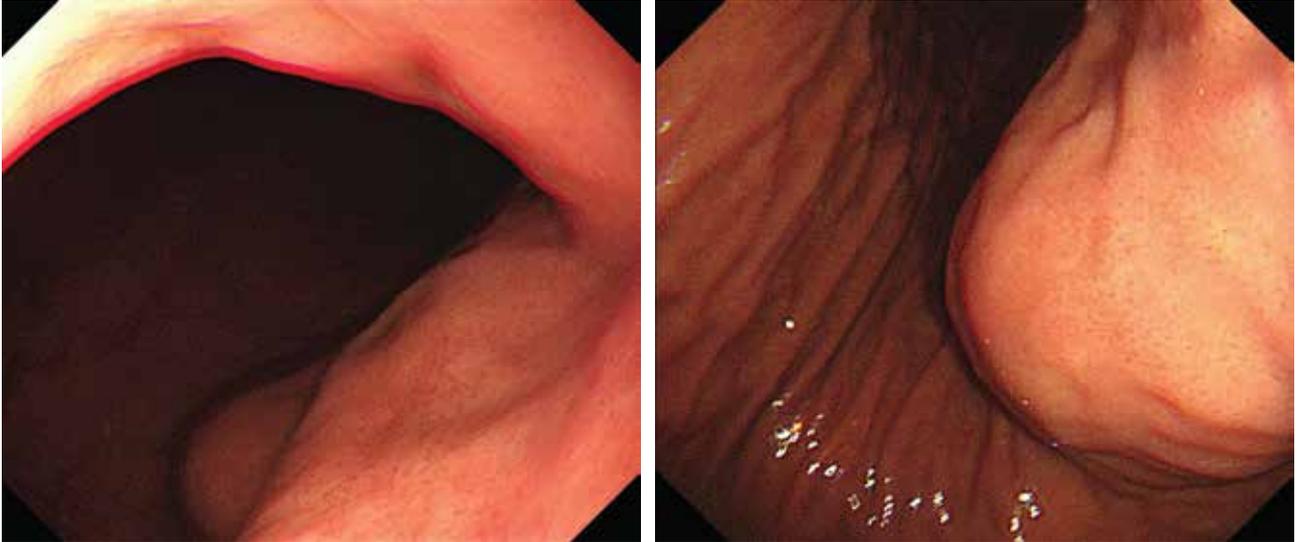
**이준행:** 아산병원 홈페이지에 피부 소견이 잘 정리되어 있기에 소개합니다. 신경섬유종 환자의 피부에는 커피색 반점(cafe-au-lait-spot), 겨드랑이 반점(axillary freckling), 서혜부 반점(inguinal freckling), 다발성 신경섬유종, 홍채에 작고 색조를 띤 과오종인 Lisch 결절(Lisch nodule), 시신경종, 골 형성 장애의 특징적인 증상을 보입니다. 전체 환자의 67% 정도가 생후 1세 이전에 발견되며, 25-90%는 특징적인 피부 병변인 커피색 반점을 동반하고, 최고 16%는 이것이 악성화되는 것으로 알려져 있습니다.

**성 결:** 참고로 신경섬유종이 mass처럼 크기가 커져서 증상을 일으킨 증례가 case report로 보고된 적이 있습니다.

## 위체부 후벽의 점막하 병변으로 진단된 췌장종양

Pancreatic tumor diagnosed as a submucosal lesion of the posterior wall of the stomach

이상길 · 연세대학교 세브란스병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

65세 여자 환자로 소화불량 증상을 주소로 내원하였다. 평소 간헐적으로 소화불량 증상이 있었으나 최근 더 심해진 듯하여 방문하였다. 1년 반 전 위내시경 검사에서는 전정부의 미란성 위염과 중부위체부의 후벽에 점막하 병변이나 외부압박의 심병변이 있었다. 소화불량에 대한 대증적 치료 후 증상은 호전되었으나 내시경 검사가 필요할 것으로 판단되어 위내시경 검사를 하였고, 오른쪽 사진과 같이 중부위체부의 후벽 병변의 크기가 증가된 소견이 관찰되었다.

### 진단 및 경과

복부 CT를 추가로 시행하였고, 췌장에 6.4 cm 크기의 낭종이 발견되어 원위체절제술을 하였다. 최종 조직검사서 mucinous cystic neoplasm associated with invasive adenocarcinoma로 확인되었다.

### 해설

국가 암검진이나 개별 검진을 통한 위내시경 검사가 늘어남에 따라 위암 이외에도 양성 질환들이 진단되는 경우가 늘어나고 있다. 위장의 점막하종양이 대표적이다. 주로 근육종이나 간질성 종양으로 양성 질환 가능성이 높으나, 이번 증례처럼 외부 압박에 의한 증상일 가능성이 있다. 특히 위체부 후벽은 췌장과 닿는 곳이므로 췌장의 종괴 가능성을 염두에 두고 적절한 검사나 추적검사가 필요하다.

### 토의

**서승인:** 상부위장관 내시경 검사 중 점막하 병변이 발견되었을 때 점막하 종양인지 벽외성 압박인지 감별하는 것은 임상적으로 중요합니다. 이를 감별하기 위해 내시경 검사 중 환자 체위 변동이나 공기량의 가압 및 감압 등의 방법을 해 볼 수 있지만 검사의 특이도가 낮다고 알려져 있습니다. 이 중에서도 정상 해부학적인 구조물인 비장이나 간, 담낭으로 인한 외부 압박도 있지만 증례에서와 같이 췌장이나 혹은 간의 거대 낭종으로 인한 외부 압박도 종종 경험하게 됩니다. 일반적인 단순 낭종은 특별한 치료가 필요 없지만, 증례 환자와 같이 증상을 동반하고 크기 변화를 동반한 경우 복부 CT를 통해 적극적인 진단이 반드시 필요할 수 있음을 알 수 있었습니다.

## 식도용종으로 오인된 편평형 식도편평상피세포암

Spreading esophageal carcinoma misdiagnosed as esophageal polyp

이상길 · 연세대학교 세브란스병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

71세 여자 환자가 무증상 건강검진 위내시경 검사에서 식도의 용종으로 본원으로 전원되었다. 외부 내시경 소견에서 상절치로부터 30 cm 하방에 1 cm 크기의 식도 용종이 관찰되었다. 조직검사에서는 necrotic ulcer base tissue only란 소견만 보였으나, 2년 전 내시경 검사에서는 없던 소견이라 본원으로 전원한다고 하였다.

### 진단 및 경과

위내시경 검사에서 상절치로부터 30 cm 하방에 식도용종이 관찰되었고, 주변 점막에서 혈관상의 소실과 색조 변화가 있었다. NBI에서 주변보다 함몰되고 brown 색깔의 변화가 관찰되었다. 루골 용액(Lugol's solution)을 도포 시 식도용종 주변으로 광범위하고 불규칙적인 logol voided 병변이 관찰되었고, 조직검사서 식도편평상피암으로 확진되었다.

### 해설

식도의 용종은 주로 양성질환으로 papilloma가 호발하나, 드물게 악성종양과 연관될 수 있다. 특히 일반내시경의 백색광에서 주변 점막의 혈관, 광택의 소실이나 결정상이 있을 경우에는 악성이나 전악성 병변이 있을 가능성이 높기 때문에 가능하다면 NBI나 루골 용액을 이용한 색조내시경 검사를 통해 병변의 성상과 범위를 확인해 보는 것이 필요하다.

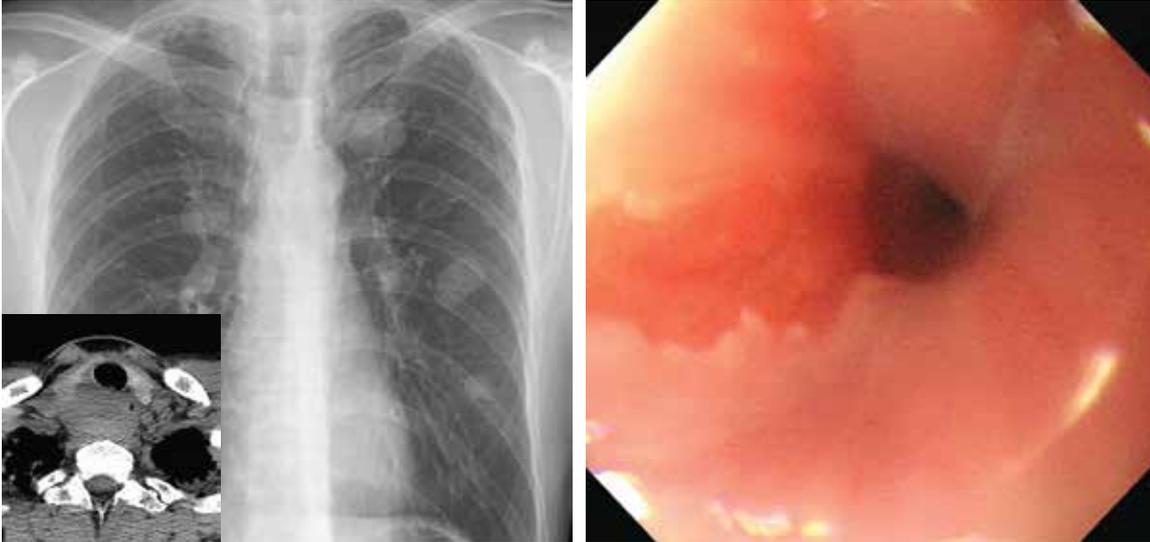
### 토의

**서승인:** 무증상 식도 용종으로 주변 점막의 자세한 관찰과 루골 용액 도포를 통해 비교적 조기에 진단이 된 증례로서 육안적으로 양성으로 보이는 경우에도 반복적인 조직검사와 색소내시경이 필요함을 보여주는 좋은 증례라고 생각합니다. 특히 표재성 식도암의 내시경 소견은 경미한 점막 발적과 혈관상 소실, 점막 융기나 함몰성 병변 등으로 나타나기 때문에 내시경 진입 시와 후퇴 시에 식도 병변에 대한 자세한 관찰이 중요하겠습니다.

## 선양낭성종양에 의한 상부식도 외부압박

Extrinsic compression of the upper esophagus due to adenoid cystic carcinoma

이준행 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

40대 남성이다. 1년 전 알약을 먹다가 걸린 적이 있고 당시 내시경 검사에서는 특이 소견이 없었다. 이후 비슷한 일이 몇 번 반복된 적이 있었고, 2-3개월 전부터 목 부분에서 음식이 잘 안 넘어가는 증세가 발생하였다. 첫 외래에서 내시경과 가슴 사진을 처방하였다. 외래 직후 가슴 사진을 찍었고 내시경은 며칠 후로 예약하고 귀가했는데, 당일 저녁 이상검사 결과 보고(critical value report, CVR)가 있었다. 가슴 사진에서 다발성 혈행성 전이 소견이 발견되었다. 즉시 다음 날 내시경 검사를 시행하였다. 식도 입구부터 3-4 cm 구간에 걸쳐 경부식도가 좁아져 있어 내시경이 통과할 수 없었다. 가는 내시경(Olympus XP-260)으로 바꾸어서 삽입을 시도하였을 때 약간의 저항감은 있었으나 통과는 가능하였다. 좁아진 부위 이외에는 특이 소견이 없었다. 조심스럽게 조직검사를 하였으나 특이 소견이 없었다.

흉부 CT상 '1. About 7 cm sized hypopharyngeal mass invading the upper esophagus and suspicious invasion of membranous portion of the trachea. Hypopharyngeal cancer or esophageal cancer. 2. Probable multiple hematogenous metastasis in both lungs.' 소견이었다. 초음파 유도 조직검사를 시행하였고, adenoid cystic carcinoma로 확인되었다.

### 진단 및 경과

Extrinsic compression of the upper esophagus due to adenoid cystic carcinoma.

원발 병소에 대해서 방사선치료를 시행하였고 약간의 증상의 호전이 있었지만 수 개월 후 다시 삼킴곤란이 심해져 stent를 삽입하였다. 그러나 위치 관계로 인하여 stent에 의한 이물감이 너무 심하여 stent를 제거할 수밖에 없었고, 이후 간헐적 풍선확장술을 시행할 수밖에 없었다. 첫 진단 6년 후 사망하였다.

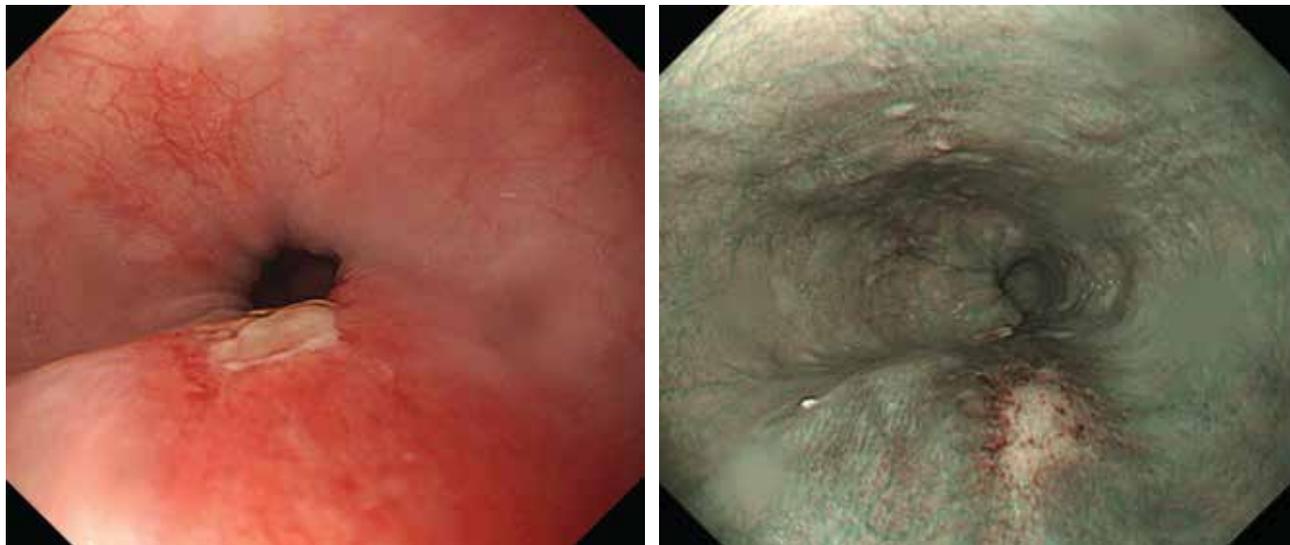
### 토의

**김수진:** 지난 금요일에 제22차 상부위장관 집담회에서 esophageal adenosis carcinoma 증례 발표가 있었는데, 그 때 환자는 정상 점막으로 덮인 SET 양상이었고 식도 기원이었습니다. 식도 쪽은 이화여대에서 내시경 절제를 했다는 보고가 있었고, 저도 이번에 발견해서 증례 보고했는데 아직 accept는 안됐습니다. 그래서 식도에서도 아주 드물지만 정상 점막으로 덮인 SET가 보일 때 감별 진단을 고려해 볼 수도 있겠다는 생각이 들었습니다.

## 뜨거운 감자에 의한 식도 화상

Esophageal burn due to hot potato

이준행 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

위암 내시경 치료 후 정기적인 내시경 검사를 받고 있는 70대 남성이다. 정기적인 추적 내시경 도중 상절치 35 cm 부위에서 1x0.5 cm 크기의 얇은 궤양이 발견되었다. Edge는 sharp하였고 margin은 다소 edematous하고 발적되어 있었다. 조직검사에서는 ‘granulation tissue with necrotic debris’ 소견이었다. 결과 확인을 위한 외래에서 문진하였을 때 내시경 검사 4-5일 전 뜨거운 감자를 먹다가 가슴 중앙에서 감자가 내려가지 않아 한참 고생하다 가까스로 삼킬 수 있었고 이후 작열성 속쓰림이 지속되다가 내시경 검사 무렵에는 거의 호전된 상태였다고 하였다. 1년 후 추적 내시경 검사에서 상처 부위는 흔적도 없이 호전되어 있었다.

### 진단 및 경과

뜨거운 감자에 의한 식도 화상

### 해설

식도는 음식물이 지나가는 첫 통로이므로 뜨거운 음식물에 의한 화상이 발생할 수 있다. 뜨거운 국물은 구강, 인후부, 식도의 넓은 부위 화상을 일으킬 수 있고, 뜨거운 고형물은 본 증례와 같이 국소적인 궤양을 발생시킬 수 있다. 구강을 통하여 식도까지 삼킬 수 있었던 정도의 음식물에 의한 화상은 대부분 특별한 합병증 없이 호전되는 것을 경험하고 있다.

### 토의

이준행: 식도에 뜨거운 음식에 의한 화상이 나타나는 경우가 있을 수 있는 증례로 참고하시기 바랍니다.

## 사마귀모양 식도암

Verrucous carcinoma of the esophagus

최기돈 · 울산대학교 서울아산병원 소화기내과



중부식도



### 임상상 및 내시경 소견

50세 남자가 진행하는 삼킴곤란을 주소로 내원하였다. 1년간 20 kg의 체중 감소가 동반되었다. 25년 전 진행성 위암으로 위전절제술을 받은 후 알칼리역류성 식도염으로 진단받았다.

위내시경 검사에서 주변 점막과 경계가 잘 구분되는 유두상의 용기병변이 관찰되었다. 병변은 식도 내강을 둘러 싸고 있었고, 내강이 좁아져 있어 내시경의 통과가 불가능하였다.

### 진단 및 경과

식도암을 의심하고 여러 차례 조직검사를 시행하였으나 만성 식도염 및 상피 과증식 소견이 반복되어 관찰되었고, 다섯 번째 시행한 조직검사서 사마귀모양 식도암을 시사하는 소견이 관찰되었다. 원격 전이 또는 림프절 전이 소견이 관찰되지 않아 식도 절제술을 시행하였다. pT2N0 사마귀모양 식도암으로 최종 진단되었다.

### 해설

사마귀모양 식도암은 편평상피세포암의 변종이며, 병리학적 소견과 종양의 행동이 특징적이다. 사마귀모양 식도암의 병인은 잘 알려져 있지 않다. 대부분 흡연, 역류성 식도염, 알코올, 식도이완불능증 등 만성 염증을 유발하는 질환과 관련이 있다. 사마귀모양 식도암의 진단은 매우 어렵다. 내시경 소견에서 악성이 의심되나 내시경 생검 검체는 비특이적 소견으로 진단되는 경우가 대부분이다. 임상적으로 의심하는 것이 가장 중요하며, 반복적인 점막 또는 심층 생검이 필요하다.

### 토의

**이준행:** 해설에서 내시경 소견에서 악성이 의심되나 생검에서 나오지 않는 경우가 많다고 하셨는데, 생검에서 잘 안 나오는 이유는 무엇입니까?

**최기돈:** 세포에 papillary projection을 동반한 비특이적 이상 소견을 관찰해야 진단을 내릴 수 있는데, 일반 조직검사에서는 일반적인 식도염 소견과 다소 구별이 어렵다고 합니다. 그래서 정확한 진단을 위해서는 심층 생검이 필요하다고 병리과에서 자문을 주었습니다.

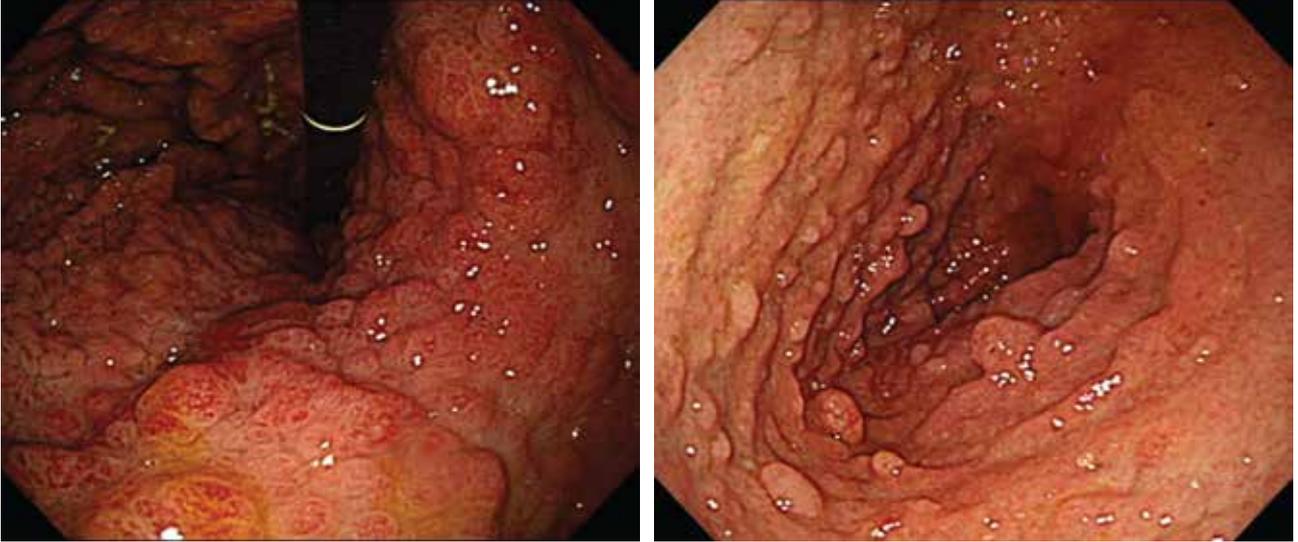
**김수진:** 겸자생검술로 잘 진단하기 어렵기 때문에 박리생검술을 해보면 어떨까요?

**최기돈:** 이 환자의 경우엔 너무 좁아져 버렸기 때문에 박리생검술을 시행하기가 쉽지는 않았겠지만, 이런 상황이 아니었다면 EMR 박리생검술을 시도해 보는 것도 많은 조직을 얻을 수 있다는 의미에서 도움이 될 수 있겠습니다.

# 크론카이트-카나다 증후군

Cronkhite-Canada syndrome

최기돈 · 울산대학교 서울아산병원 소화기내과



## 임상상 및 내시경 소견

59세 남자가 구역, 구토, 설사, 체중감소 증상으로 내원하였다. 내원 3개월 전부터 탈모와 손톱 모양의 변형이 진행되었다. 위내시경 검사에서 다양한 크기의 위, 십이지장 용종이 관찰되었고, 위체부 점막 주름의 비후 소견이 관찰되었다. 대장내시경 검사에서 말단 회장부터 전 대장에 걸쳐 다양한 모양과 크기의 용종이 관찰되었다.

## 진단 및 경과

위, 대장 조직검사에서는 과형성 용종으로 진단되었다. 위내시경, 대장내시경에서 확인된 위장관의 다발성 용종증과 함께 탈모, 손발톱의 이상 등 특징적인 임상 증상으로 크론카이트-카나다 증후군(Cronkhite-Canada syndrome)으로 진단하였다. 소장내 세균과증식이 확인되어 항생제 치료를 시행하였고, 경구용 스테로이드를 투여하였다.

## 해설

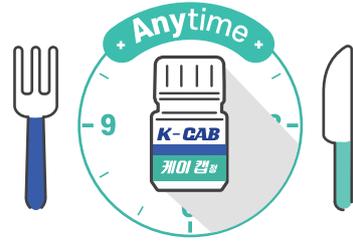
크론카이트-카나다 증후군은 위장관의 광범위한 용종증, 손발톱의 변형, 탈모, 피부의 색소 침착, 설사, 체중감소, 복통 및 흡수장애 등의 증상을 특징으로 하는 질환이다. 가족 내에서의 유전 양상은 발견되지 않았다. 여러 가지 치료 방법이 시도되고 있으나 확립된 방법은 없다. 영양 보충, 항생제, cromolyn 치료, 스테로이드, 아연 투여, 헬리코박터 제균 등의 단독 및 복합적인 치료 방법이 시도되고 있다.

## 토의

**이준행:** 크론카이트-카나다 증후군 환자의 용종은 위장관 전체에 걸쳐 널리 분포하는데 특징적으로 식도에는 용종이 없다고 합니다. 수백 개의 용종이 수 mm에서 3 cm까지 다양한 크기로 나타납니다. 연소성 폴립증에 비해 용종이 많고 크고 무경성입니다. 일부 용종의 표면은 미란 또는 궤양과 취약성을 보이기도 합니다. 용종 사이의 점막이 점막고유층의 부종과 염증으로 인해 혈관모양이 소실되고 탁하게 보이는 것이 특징입니다. 조직학적으로는 연소성 폴립증과 유사한 과오종입니다.

**성 결:** 아직 폴립증 환자들은 FAP 이외에는 경험이 없습니다만, 앞으로 좋은 증례를 많이 모아서 여러 선생님들과 토론하는 기회를 마련하고 싶습니다.

# Busy Life, Easy **K-CAB**



바쁜 현대인을 위해, 식사와 관계 없이 복용 가능한 케이캡



**KOREA P-CAB, K-CAB tab.**

빠르고 강력한 위산분비차단제, 케이캡<sup>®</sup>

[전문약품]

케이캡정 50밀리그램 [원료약품 및 그 분량] 이 약 1정(206mg) 중 유효성분: 테고프라잔(별규)... 50.0mg 기타첨가제: D-만니톨, 미결정셀룰로오스, 크로스카르멜로오스나트륨, 히드록시프로필셀룰로오스, 클로이드성이산화규소, 스테아르산마그네슘, 오파드라이 II 분홍색 (85F240134) 색상 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 재균을 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 재균을 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) 이 약, 이 약의 구성성분 또는 벤조이미다졸류에 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)종근당  
본사: 서울특별시 서대문구 중정로 8 (충정로 3가)



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



2011115 KCA-CRAD17-220-02