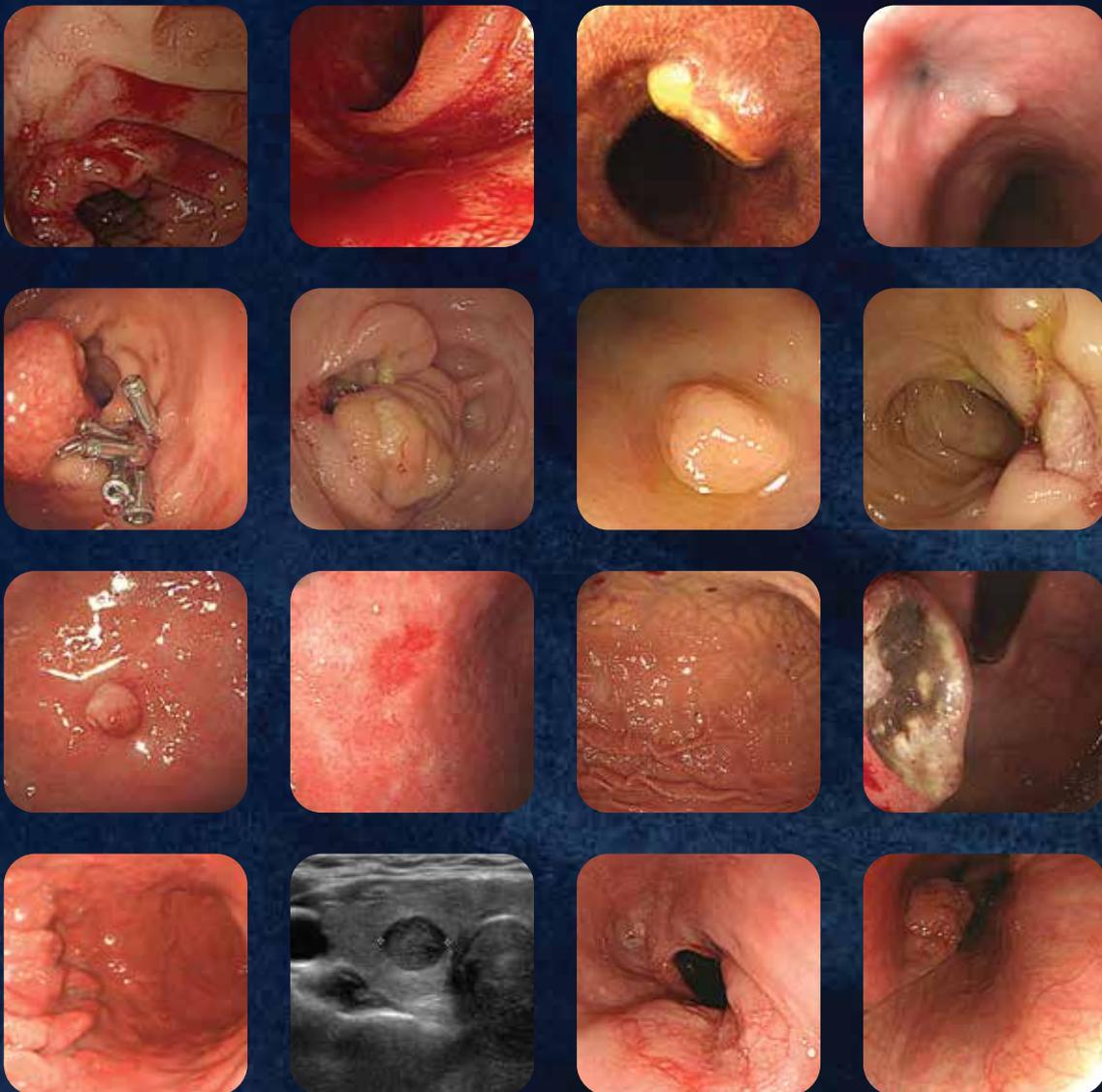


ENDOSCOPY ATLAS OF  
ESOPHAGUS AND  
GASTROINTESTINAL TRACT

식도와 위대장 내시경 아틀라스



# 식도와 위대장 내시경 아틀라스

<b>상부위장관 출혈로 발현한 췌장 동정맥 기형</b> .....	04
Pancreatic arteriovenous malformation presenting upper gastrointestinal bleeding	
권중구 · 대구가톨릭대학교병원 소화기내과	
<b>십이지장 출혈로 발현한 유전성 출혈성 모세혈관 확장증</b> .....	05
Hereditary hemorrhagic telangiectasia presenting duodenal bleeding	
권중구 · 대구가톨릭대학교병원 소화기내과	
<b>식도 신경내분비암종</b> .....	06
Esophageal neuroendocrine carcinoma	
김광하 · 부산대학교병원 소화기내과	
<b>식도 결핵</b> .....	07
Esophageal tuberculosis	
김광하 · 부산대학교병원 소화기내과	
<b>대장 게실 출혈</b> .....	08
Diverticular bleeding	
김정환 · 건국대학교병원 소화기내과	
<b>베체트 장염</b> .....	09
Intestinal Behcet's disease	
김정환 · 건국대학교병원 소화기내과	
<b>함입된 게실</b> .....	10
Inverted diverticulum	
김태준 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과	
<b>거대세포바이러스 대장염</b> .....	11
Cytomegalovirus colitis	
김태준 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과	
<b>증식용종과 유사한 조기위암</b> .....	12
Hyperplastic polyp-like early gastric cancer	
성재규 · 충남대학교병원 소화기내과	
<b>혈관형성이상과 유사한 조기위암</b> .....	13
Angiodysplasia-like early gastric cancer	
성재규 · 충남대학교병원 소화기내과	

<b>위 혈관 이형성증</b>	14
Gastric angiodysplasia	
이동규 · 대전율지대학교병원 소화기내과	
<b>위장관 출혈로 확인된 신경내분비암</b>	15
Gastric neuroendocrine carcinoma	
이동규 · 대전율지대학교병원 소화기내과	
<b>미란성 위염에 숨어있던 조기 위암</b>	16
Early gastric cancer in the background of chronic erosive gastritis	
이준행 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과	
<b>가족성 선종성 용종증과 cribriform-morular 아형의 갑상선암</b>	17
Familial adenomatous polyposis with cribriform-morular variant thyroid cancer	
이준행 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과	
<b>식도암 수술 후 재발한 표재성 식도암</b>	18
Metachronous superficial esophageal cancer on remnant esophagus after esophagectomy	
정경원 · 고신대학교복음병원 소화기내과	
<b>왼쪽 피열 후두개주름에 발생한 성문상부암</b>	19
Supraglottic cancer at left aryepiglottic fold	
정경원 · 고신대학교복음병원 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]

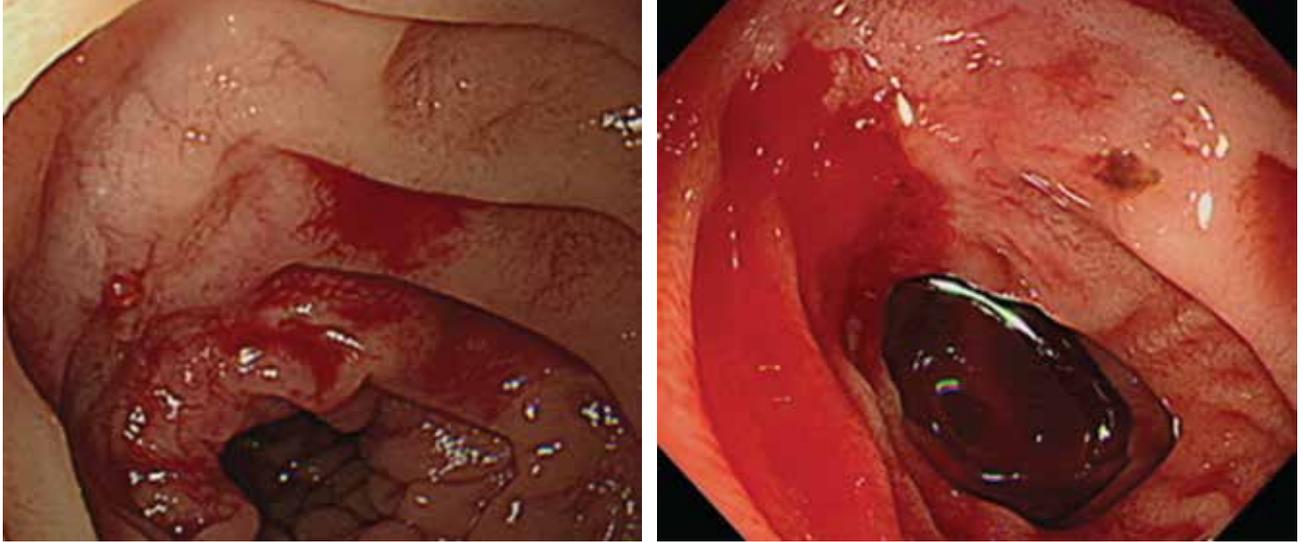
No part in this publication may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any mean.

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

## 상부위장관 출혈로 발현한 췌장 동정맥 기형

Pancreatic arteriovenous malformation presenting upper gastrointestinal bleeding

권중구 · 대구가톨릭대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

39세 남자가 내원 전날부터 흑색변과 어지럼증이 있어 외부 병원에서 시행한 혈액검사에서 혈색소 수치 4.9 g/dL로 확인되어 응급실로 내원하였다. 내시경 검사에서 십이지장 2부와 3부에 활동성 출혈이 관찰되어(좌측 사진), 아르곤 플라즈마 응고소작법을 시행하였다. 다음날 추적내시경 검사에서 동일한 부위를 관찰하였을 때 지혈술을 시행한 병변은 활동성 출혈이 없었으나 주위 점막에서 다발성 출혈 소견이 관찰되었다(우측 사진).

### 진단 및 경과

위장관 출혈의 원인을 평가하기 위해 시행한 혈관조영술 및 복부 컴퓨터 단층촬영검사상 췌장 두부 및 십이지장 제3부에서 과혈관성과 간문맥의 조기 조영이 관찰되어 췌장의 동정맥 기형에 의한 십이지장 출혈로 진단하였다. 혈관조영술을 통한 색전술을 시행한 후 위 유문부 보존적 췌십이지장 절제술을 추가로 시행하였으며, 병리조직검사에서 췌장의 동정맥 기형에 합당한 소견을 보였다. 수술 이후 위장관 출혈의 재발 없이 지내고 있다.

### 해설

위장관의 동정맥 기형은 비교적 드물게 임상에서 경험할 수 있으며 대부분 소장이나 대장에서 발생한다. 췌장의 동정맥 기형은 매우 드문 질환으로 증상 없이 우연히 검사에서 발견되기도 하지만, 위장관 출혈, 복통, 췌장염, 십이지장궤양, 문맥압 항진 등 다양한 증상과 합병증이 발생할 수 있다. 췌장의 두부에 주로 발생하며 체부나 미부에서도 발생할 수 있다. 위장관 출혈의 기전은 췌관 혹은 담관 출혈, 십이지장 궤양, 정맥류 출혈 등 다양하다고 알려져 있으며, 이 중례의 경우는 누공, 궤양, 혈액담즙 등이 관찰되지 않아 동정맥 기형에 인접한 십이지장 점막 출혈로 판단된다. 혈관조영술, 초음파검사, 컴퓨터 단층촬영검사 등을 시행하여 과혈관성, 간문맥의 조기조영, 구불구불한 영양 동맥 등의 특징적인 소견이 있으면 췌장 동정맥 기형으로 진단할 수 있다. 국소 췌장염이나 과혈관성 췌장 종양이 유사한 소견을 보일 수 있어 감별진단으로 고려해야 한다. 치료는 수술적 방법이 가장 효과적이며 췌장 두부의 경우 췌십이지장 절제술을 시행한다. 비수술적 치료로 경동맥색전술을 시행할 수 있으나 여러 개의 혈관을 효과적으로 치료하기 어렵고 장 과사, 재출혈의 위험이 있다. 원인이 명확하지 않은 상부위장관 출혈이 있을 경우 감별진단을 고려해야 하며, 의심되는 경우 적극적으로 영상학적 검사를 시행해 보아야 한다.

### 토의

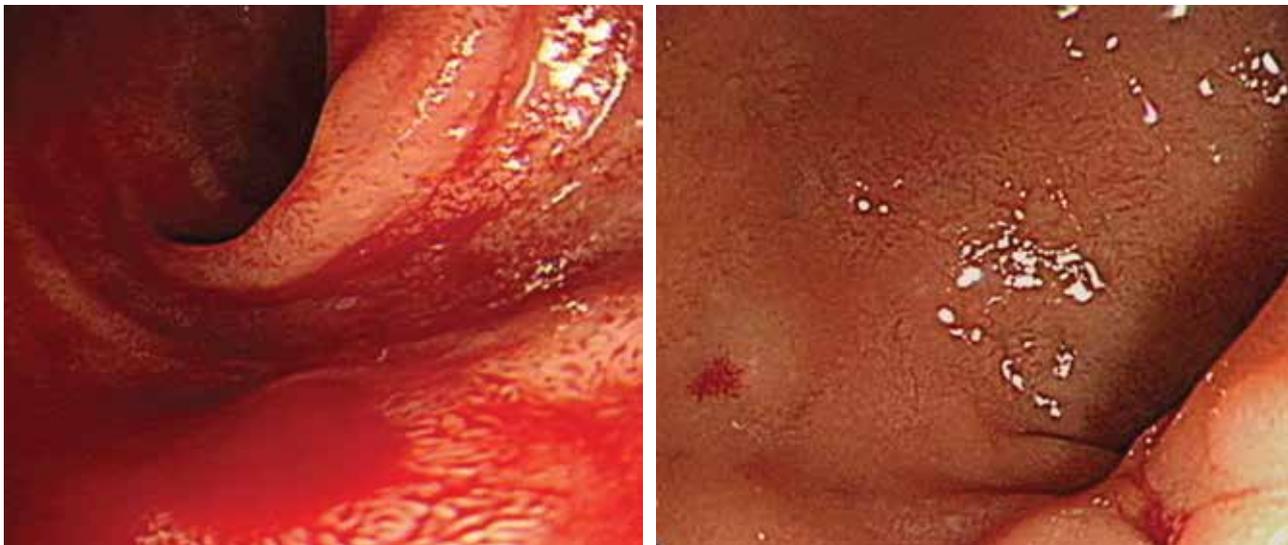
**정경원:** 이 환자처럼 십이지장 구부가 아닌 2부-3부에 있을 때는 임상적으로 위장관 출혈의 드문 원인으로 혈관 기형을 생각해볼 수 있겠습니다. 다만 췌장염이나 췌장종양에 의한 출혈 가능성도 있으니 반드시 영상의학적 검사를 통해서 감별 진단하는 것이 필요하겠습니다.

**이준행:** 다양한 혈관 이상을 고려하시기 바랍니다. Caliber persistent vessel에 의한 아주 작은 궤양 출혈, 상부위장관 점막의 angiodyplasia, aorto-esophageal fistula, aorto-esophageal fistula, AV malformation 등입니다.

# 십이지장 출혈로 발현한 유전성 출혈성 모세혈관 확장증

Hereditary hemorrhagic telangiectasia presenting duodenal bleeding

권중구 · 대구가톨릭대학교병원 소화기내과



## 임상상 및 내시경 소견

62세 남자가 검진 상부위장관 내시경 검사에서 십이지장 구부에 활동성 출혈이 관찰되어(좌측 사진), 내시경 지혈술 및 입원 치료를 시행하였다. 평소 위장관 증상은 없었으며 50년 전부터 주 1-3회의 빈도로 코피가 나는 증상이 반복되었다고 하였다. 2개월 후 시행한 추적내시경 검사에서 십이지장 구부에 두 개의 혈관이형성증 소견과 소량의 출혈 소견이 있었으며(우측 사진) 십이지장 2부, 위 전정부 및 체부에 다발성 혈관이형성증 소견이 관찰되었다.

## 진단 및 경과

코피가 반복되는 가족력이 있었고, 혈액검사에서는 특이한 소견이 없었다. 이비인후과에서 비강 및 구강 내에 다발성 모세혈관 확장증(telangiectasia) 소견이 확인되었다. 피부 모세혈관 확장증 소견도 있어 유전성 출혈성 모세혈관 확장증(hereditary hemorrhagic telangiectasia, HHT)으로 진단하였다. 외래 내원 없이 지내다가 3년 후 외래를 방문하였으며 코피 외에는 특이한 증상이 없었다. 추적 내시경 검사에서 십이지장, 위장 및 상부식도에 다발성 혈관이형성증 소견이 있었으며 출혈 소견은 없었다.

## 해설

HHT는 매우 드문 상염색체 우성으로 유전되는 혈관질환으로 피부 및 점막의 모세혈관이 비정상적으로 확장되고 여러 장기의 동정맥 기형이 발생하는 특징을 가지고 있다. 가장 흔한 임상 소견은 오랜 기간 반복되는 비출혈, 위장관 출혈과 피부 및 점막의 모세혈관 확장증이며, 폐, 뇌, 간, 위장관 등 다양한 부위에 동정맥 기형이 동반된다. 위장관 출혈은 약 15 - 30%에서 발생하며 일부 환자에서 반복적인 심한 위장관 출혈이 발생한다. 위장관의 모세혈관 확장증은 하부위장관보다는 위, 십이지장 등 상부위장관에서 주로 발생한다. 이 증례에서도 다발성 혈관병변이 식도부터 십이지장까지 관찰되고 십이지장 병변에서 활동성 출혈이 관찰되었으며 대장내시경 검사에서는 특이 소견이 없었다. HHT는 반복적인 비출혈, 피부 혹은 점막 모세혈관 확장증, 내부 장기의 혈관 기형, 가족력 중 3가지 이상이 있으면 진단할 수 있다. 이 환자는 4가지 소견을 모두 가지고 있어서 HHT로 진단하였다. HHT에 의한 급성 위장관출혈은 내시경 지혈술을 시행하여 호전시킬 수 있으며, 혈관조영술을 통한 색전술이나 수술적 치료는 위장관 출혈이 심한 상태에서는 고려할 수 있으나 혈관 병변들이 재발되는 임상 특징을 고려할 때 장기적인 치료 효과는 제한적인 것으로 판단된다.

## 토의

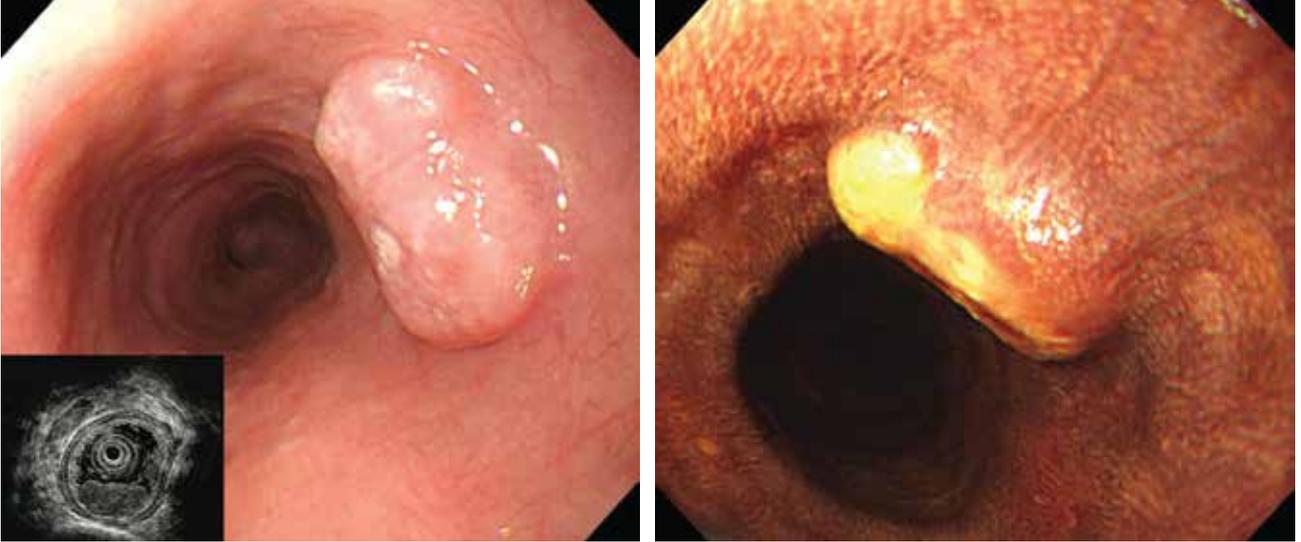
**이준행:** HHT는 매우 보기 힘든 질환입니다. Autosomal dominant로 ALK-1 유전자의 변이가 주원인입니다. 아주 어릴 때부터 코피가 잦다가 10세쯤 되면 절반이 위장관 출혈을 보입니다. 하부위장관보다는 상부위장관에 병소가 심하므로 혈변보다는 흑변이 흔합니다. 80%의 환자가 가족력이 있습니다.

**정경원:** 위장관 점막뿐만 아니라 얼굴 주위 피부, 입술주위나 구강 안쪽 점막에서도 혈관이형성증이 보일 수 있기 때문에 내시경을 진입할 때 구강을 함께 자세히 보면 도움이 됩니다.

## 식도 신경내분비암종

Esophageal neuroendocrine carcinoma

김광하 · 부산대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

73세 남자가 소화불량으로 시행한 내시경 검사에서 식도 종양이 발견되어 내원하였다. 절치 30cm 중부식도의 우측벽에 약 1.2cm 크기의 상피하종양이 관찰되며, 요오드 염색 시 병변의 중심은 불염대 소견이지만 주변의 용기 주변은 요오드에 염색되었다. 내시경초음파 검사 시 2층과 3층에 위치한 균질성의 저에코 병변이었으며, rolling sign 음성, pillow sign 음성, tenting sign 음성이었다.

### 진단 및 경과

조직검사에서 세포 밀도와 N/C비가 높고 크기가 작은 종양세포들이 관찰되었으며, 이러한 세포들은 chromogranin A 음성, synaptophysin 양성으로 신경내분비암종(small cell type)으로 진단되었다. 식도절제술을 시행하였으며, 종양은 점막하층까지 침윤되어 있었고 림프혈관 침윤 양성, 림프절 전이 음성이었다. 이후 추가적인 항암치료를 시행하였으나, 술 후 7개월 뒤 간과 경부 림프절에 재발하였다.

### 해설

식도 신경내분비암종은 점막 상피 기저층 부위에서 발생하여 점막고유층 → 점막하층으로 침윤하므로 상피하종양 형태를 보이면서 비종양성 편평상피로 덮여 있다는 것이 특징이다. 병리학적으로 소세포형과 비소세포형으로 분류되며, 대부분은 소세포형이다. 다른 암종과의 복합형도 있으며, 이러한 경우 상당수는 편평세포암종이다. 확진을 위해서는 면역염색으로 chromogranin A, synaptophysin, CD56 (N-CAM) 등 신경내분비세포 마커 검사를 시행한다. 생물학적 악성도가 매우 높아 수술을 시행하더라도 예후가 불량하다.

### 토의

**이준행:** 저희도 비슷한 증례를 경험한 바 있습니다. 어금니 모양이었고, 일견 과립세포종으로 추정되었지만 조직검사에서 신경내분비 종양으로 보고되어 ESD를 했습니다. 최종 병리 결과는 SM invasion과 lymphatic involvement로 보이는 신경내분비암종으로 수술을 하였고 국소 림프절 전이가 있었습니다. 예후가 매우 나쁜 질환입니다. 수술을 권했습니다.

**성재규:** 식도에서 보이는 SET가 주변 표면이나 모양이 조금 남다르다 하면 조직검사하는 것이 좋을지 애매한 경우가 있습니다.

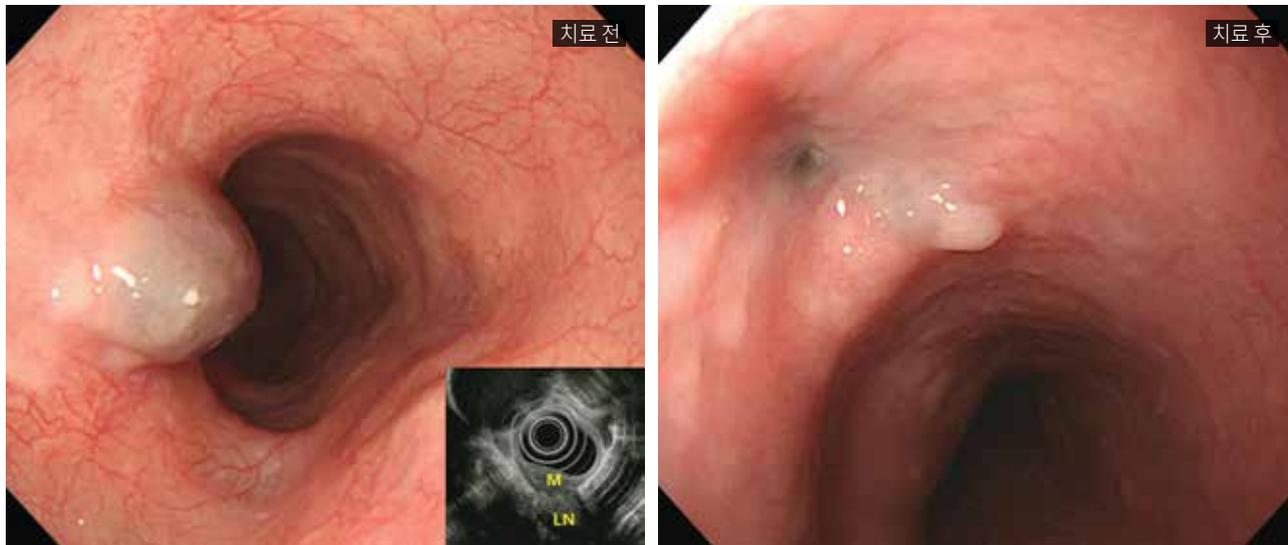
**김광하:** 미국 가이드라인에 SET가 있으면 조직 검사를 권고하고 있는데, 저는 tenting sign과 rolling sign을 유심히 보고 있습니다. 내피 표층과 병소가 분리되지 않는 tenting sign은 carcinoid나 granular cell tumor일 가능성이 있기 때문에 두세 개 정도 동일 부위에서 생검을 시행하고 있습니다. 반면 부드럽게 용기가 되면서 mass가 분리가 되는 경우는 추적관찰하고 있습니다.

**이준행:** 저도 비슷합니다. Overlying mucosa가 정상인지가 중요합니다.

## 식도 결핵

Esophageal tuberculosis

김광하 · 부산대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

70세 남자가 삼킴곤란으로 시행한 내시경 검사에서 중부식도에서 발견된 상피하종양으로 내원하였다. 절치 30 cm 중부식도의 좌측벽에 약 2 cm 크기의 청색 Y-II 상피하종양이 보이며, rolling sign 음성, pillow sign 음성, tenting sign 음성이었다. 내시경초음파 검사 시 3층과 4층에 위치한 비균질성의 저에코 병변이며, 이는 주변의 종격동 림프절과 연결되어 있었다.

### 진단 및 경과

식도 결핵(esophageal tuberculosis)

상피하종양에 대해 내시경초음파 유도하 세포흡인검사를 시행하였으며, 그 결과 건락성 괴사를동반한 만성 육아종성 염증으로 나왔다. AFB 염색은 음성이었지만, M. tuberculosis PCR 검사는 양성으로 나와 결핵으로 종대된 종격동 림프절의 식도벽내 파급으로 진단되었다. 항결핵치료로 4제요법(isoniazid, rifampicin, ethambutol, pyrazinamide)을 2개월, 이후 3제요법(isoniazid, rifampicin, ethambutol)을 7개월간 시행하였으며, 치료 후 시행한 내시경 검사에서 상피하종양 부위는 소실되어 게실 형태로 관찰되었다.

### 해설

식도 결핵은 감염 경로에 따라 식도로의 직접 침윤에 의한 원발성과 인접 장기나 림프절(주로 기관지 주위 또는 종격 내 림프절)로부터의 파급으로 인한 이차성으로 분류된다. 식도 결핵의 대부분은 불규칙하게 용기된 변연을 가지는 궤양 형태로 발견되어, 종종 식도암과의 감별이 필요한 경우가 많다. 하지만 건락성 괴사로 인해 cold abscess가 발생한 뒤 아직 식도 내강으로 배농되기 전에는 상기 증례와 같이 드물게 상피하종양 형태로 나타나기도 한다. 이후 배농이 되면 특징적인 궤양 형태의 식도 결핵 소견이 된다.

### 토의

**성재규:** 이 환자의 경우 혈관종처럼 보이기도 하는데 결핵과 어떻게 구분하나요?

**김광하:** 혈관종은 대개 푸르스름하고 누르면 부드러운데, 이 증례의 경우엔 cold abscess 소견을 보였고 가장 중요한 것은 단기간에 모양이 변합니다.

**성재규:** 만약 CT 대신 EUS를 시행하면 결핵을 추정하는데 도움이 될까요?

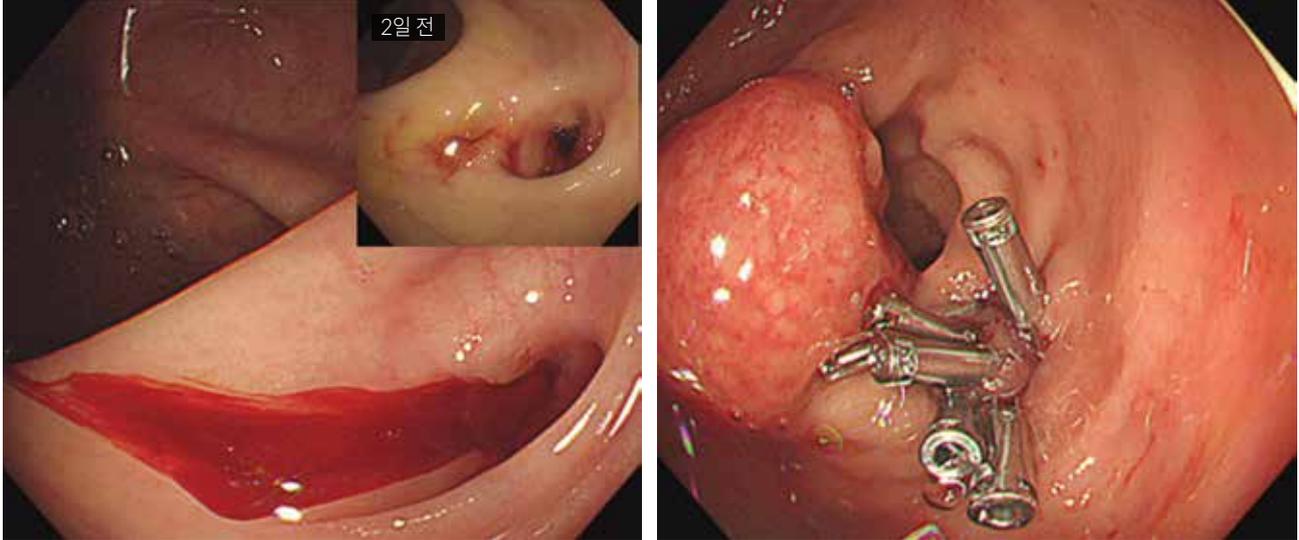
**김광하:** EUS 좋은 선택입니다. Lung parenchyma에 활동성 결핵이 있는 경우 CT로 결핵을 감별하기 어려운 경우가 종종 있기 때문입니다.

**이준행:** 우리나라에서 결핵은 여전히 중요한 질환입니다. 중부식도에 궤양성 병소가 있는데 GERD나 암이 아니면 식도 결핵을 의심해 보아야 합니다. Traction diverticulum 바닥의 anthracotic pigmentation이 보일 때에도 그 원인이 결핵성 mediastinal lymphadenopathy인 경우가 많습니다. 결핵이 좋아지면서 식도 벽이 당겨져서 traction diverticulum이 만들어지는 것입니다.

## 대장 계실 출혈

Diverticular bleeding

김정환 · 건국대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

62세 남자가 12시간 전부터 혈변을 본다고 내원하였다. 설사, 발열, 복통은 없었으나 어지러운 증상이 있었고 혈압 90/60 mmHg 맥박 105/min, 호흡수 22/min, 체온 36.7°C였다. 혈액검사에서 혈색소 9.8 g/dL 이외에는 특이한 소견은 없었고 응급실에서 시행한 복부 CT에서 특이 소견은 없었다. 장정결 후 시행한 대장내시경 소견(좌측 작은 사진)과 2일 후 장정결 없이 시행한 대장내시경 소견은 사진과 같았다.

### 진단 및 경과

대장 계실 출혈(diverticular bleeding)

장정결 후 시행한 대장내시경에서 근위부 상행결장에 혈괴가 부착되어 있는 커다란 계실이 관찰되었으나 특별한 치료를 시행하지 않았다. 2일 후 다시 다량의 혈변을 보여 장정결 없이 대장내시경을 시행하였고 근위부 상행결장에서 활동성 출혈이 관찰되어 클립 결찰술을 시행하였다. 이후 추가적인 혈변은 관찰되지 않았다.

### 해설

대장 계실증은 대장 벽 일부가 탈출하여 생긴 주머니 모양의 대장 계실이 존재하는 상태로 고령화될수록 발생 빈도가 증가한다. 60세 이상 고령에서 대장 계실 출혈은 가장 흔한 하부위장관 출혈의 원인으로, 대부분의 계실 출혈은 저절로 멈추어 임상적으로 큰 문제가 되지 않으나, 약 3~5%에서는 대량 출혈이 발생할 수 있다. 계실 내강에 인접한 혈관의 만성적인 손상이 원인일 것으로 생각되며 대부분의 출혈은 우측 대장에서 발생한다. 계실 출혈은 설사나 복통을 동반하지 않고 갑자기 대량으로 발생하는 경우가 흔하므로 고령의 환자에서 대장 계실의 병력이 있을 경우, 혈변의 원인으로 계실 출혈을 꼭 염두에 두어야 한다. 이 환자의 경우, 첫 번째 대장내시경에서 혈괴가 부착된 계실이 발견되었으나 시술을 시행하지 않았고, 2일 후 대량의 혈변이 다시 관찰되어 대장내시경 클립 결찰술을 시행 후 지혈되었다. 첫 번째 계실 출혈이 발생할 경우, 약 70 - 80%에서는 자연적으로 지혈되지만 약 25%의 환자에서는 재출혈이 발생하므로 내시경적 지혈술이나 혈관조영술 등의 치료가 필요하다.

### 토의

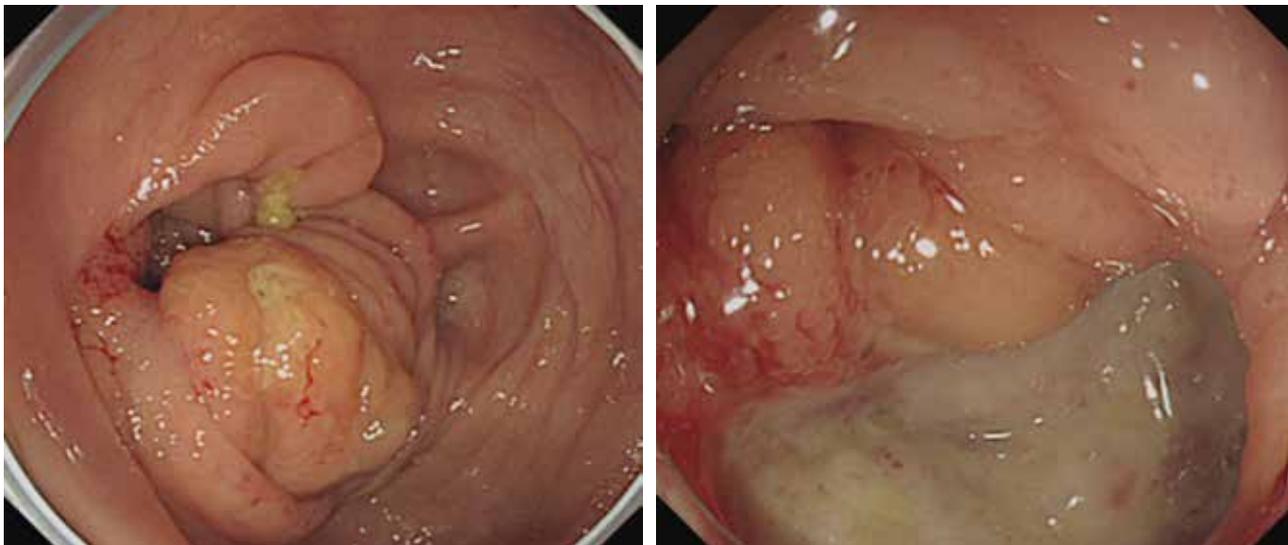
**이준행:** 계실 출혈의 대표적인 치료법은 clipping입니다. 출혈 계실의 입구가 넓어 계실 바닥으로 접근이 가능하고 출혈 혈관이 보이면 그 부위만 target하여 clipping하면 됩니다. 출혈 계실의 입구가 좁아 계실 바닥이 보이지 않으면 계실 입구를 zipper fashion으로 tight하게 multiple clipping하면 됩니다. 출혈 혈관은 놔두고 출구만 틀어막는다고 지혈이 되는지 의문을 가지는 경우가 많은데 대부분의 경우에서 지혈 효과는 좋습니다.

**김정환:** 이 증례는 처음에 계실 출혈을 잘 찾기도 아무 조치를 하지 않으면 재출혈이 생긴다는 교훈을 주었습니다. 일단 출혈 부위가 명확하다면 clipping으로 적극적으로 치료해야 합니다.

## 베체트 장염

Intestinal Behcet's disease

김정환 · 건국대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

53세 여자 환자가 10일 전부터 시작된 복통을 주소로 내원하였고, 외부 병원에서 시행한 CT 소견에서 회맹부 종괴가 의심되었다. 대장 내시경에서 회맹부에 용기된 병변이 관찰되었고 중앙부에 주변 점막과의 경계가 명확하며 바닥은 두터운 백태로 덮여있는 커다란 궤양이 관찰되었다. 조직검사를 시행하였고 만성 활동성 염증 이외에 특이 소견은 없었다. 이 환자는 반복되는 구강 궤양을 호소하였다. 2개월 후 대장내시경을 재시행하였고 같은 소견을 보여 면역억제제 치료를 시작하였다. 이후 증상 및 검사 소견은 호전되었다.

### 진단 및 경과

베체트 장염(intestinal Behcet's disease)

### 해설

베체트병은 구강 궤양, 외음부 궤양, 포도막염, 피부병변을 특징으로 하며 악화와 호전을 반복하는 만성 전신염증성 질환이다. 일반적으로 베체트 장염은 전신 베체트병이 있으며 전형적인 장 궤양이 증명되면 진단이 가능하다. 하지만 전신 베체트병의 진단 기준을 만족시키지 못하지만, 베체트 장염이 의심되는 환자에서 시간 경과에 따라 전신 증상의 발현이 뒤늦게 나타날 수 있다. 베체트 장염의 증상으로 가장 흔히 나타나는 것은 복통으로 약 90%에서 발생한다고 알려져 있다. 특히, 우하복부의 통증 및 반발통이 나타날 수 있으며 심할 경우 종괴가 만져지기도 한다. 전형적인 베체트 장염의 대장내시경 소견은 주로 회맹부에 국한된 소수의 큰 둥근 궤양 혹은 난원형의 깊은 궤양으로 궤양의 가장자리는 용기되어 있고 주변 정상 점막과의 경계는 명확하며 궤양의 바닥은 두터운 백태로 덮여있는 경우가 많다. 전형적인 베체트 장염의 조직학적인 특징은 혈관염과 그 주변으로의 림프구 침윤이지만 많은 경우에서 이러한 소견을 보이지 않으므로 임상 특성과 내시경 소견을 고려하여 진단을 내려야 한다.

### 토의

**성재규:** 저는 베체트병을 치료할 때 Pd와 5-ASA를 사용해서 통증을 빨리 완화시키고 있습니다.

**이준행:** 네, 저도 동의합니다. Pd를 사용해서 증상을 빨리 완화시키는 것도 좋은 방법이라고 생각합니다.

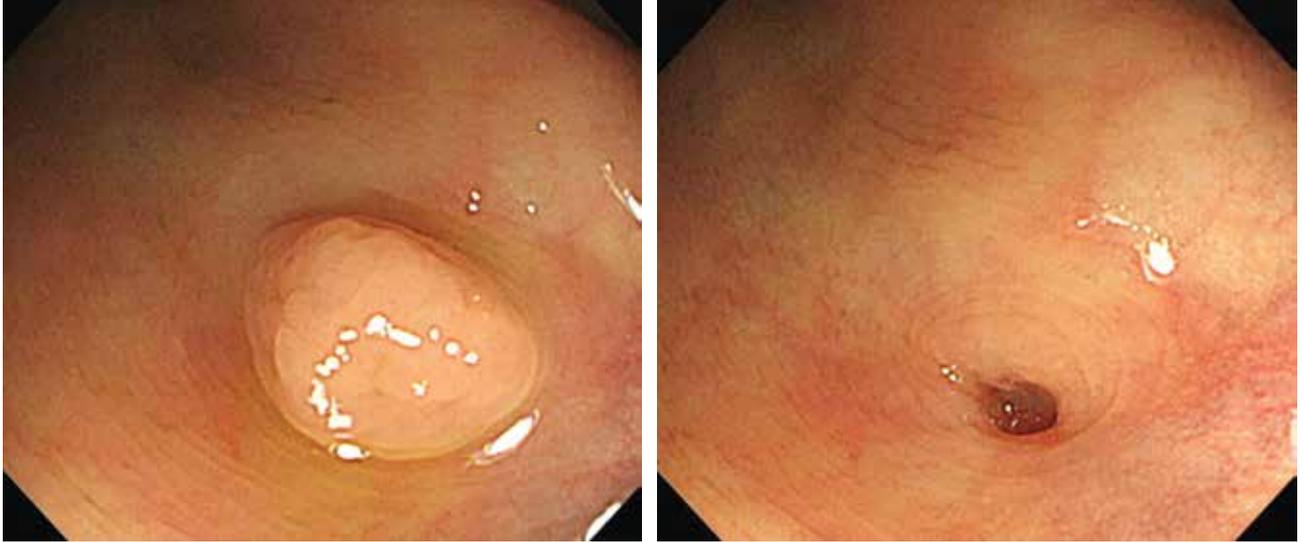
전형적인 베체트병으로 보이지만 재검을 통해 조직학적으로 암이 아니라는 것과 호전을 확인할 필요가 있는지, 아니면 약물 치료로 호전되면 굳이 추가 검사가 필요 없을지요?

**김정환:** 두 가지 모두 일리가 있습니다. 대장 내시경 자체가 환자에게 조금 힘들기는 합니다만, 확실하게 암이 아니라는 걸 확인하는 의미에서 1-2주 간격을 두고 재검을 하는 것이 괜찮다고 생각합니다. 만약 조직 검사에서 vasculitis 소견이 나왔다면 바로 베체트병을 생각했을 것 같습니다. 이 분은 구강암이 있기는 했는데 또다른 임상 양상이 베체트병에 부합하다면 재검을 안 할 것 같습니다. 하지만 아마 똑같은 상황이어도 아마 1-2주 후에 재검을 했을 것 같습니다.

## 함입된 계실

Inverted diverticulum

김태준 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

68세 남자 환자가 3년 전 3개의 대장 용종을 제거하였고 추적 대장내시경 검사를 시행하기 위해 내원하였다. 대장내시경 검사에서 상행 결장에 약 5 mm 크기의 용종이 발견되었으며 용종 주변으로 물결 모양 주름이 관찰되었다. 공기를 주입하면서 수 초간 기다려보니 용종이 뒤집혀 계실 모양으로 바뀌었다.

### 진단 및 경과

공기 주입 후 계실 모양으로 확인되어 내시경 절제 없이 관찰하였다.

### 해설

문헌 보고에 의하면 함입된 계실(inverted diverticulum)은 대장내시경의 1% 미만에서 발견되는 드문 소견이다. 그러나 용종으로 오인하여 용종절제술을 시행하게 되면 천공 등의 중한 합병증이 발생할 수 있어 주의가 필요하다. 함입된 계실이 의심될 경우 이 증례처럼 공기를 주입해보거나 겸자로 병소를 눌러보거나 물을 주입해보면 전형적인 계실 모양으로 바뀔 수 있다. 또한 병변 주변의 동심원 물결 모양이 특징적이며 주변 정상 점막과 병변의 점막 패턴이 비슷하다는 점이 진단에 도움이 된다.

### 토의

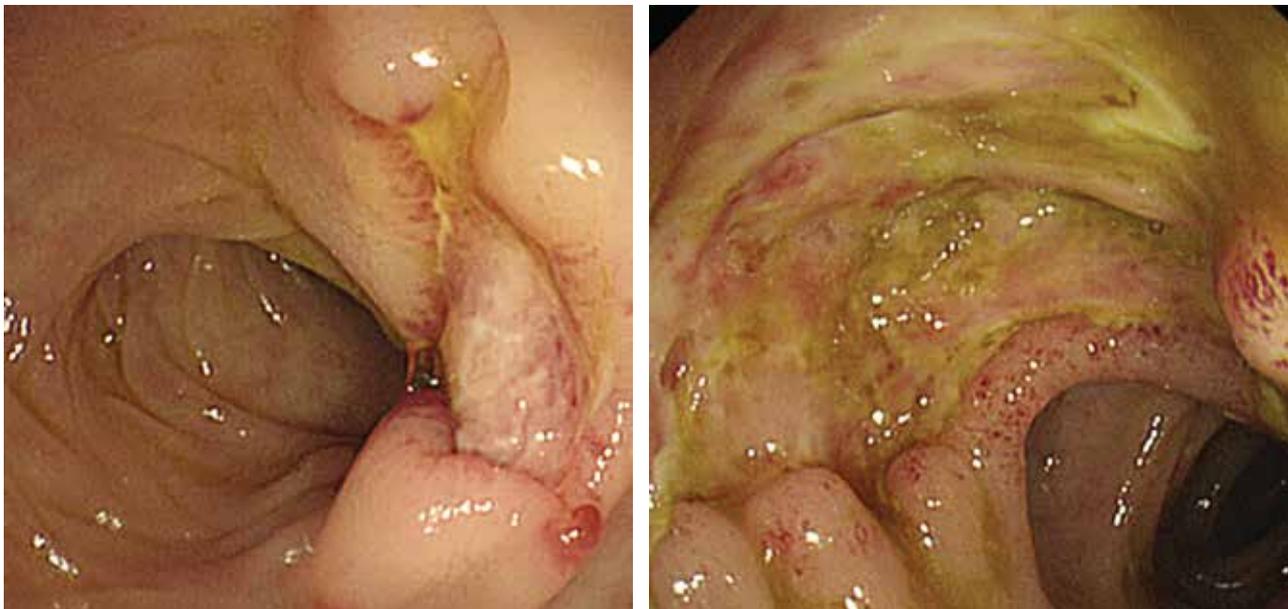
**이준행:** 함입된 계실은 용종과 구분하기 어렵습니다. 용종이라 생각하고 용종절제술을 하면 천공이 발생할 수 있으니 늘 걱정입니다. 함입된 계실에 의한 용종은 주변 점막의 물결모양 주름이 특징입니다. 용종 상단을 조심스럽게 눌러주거나 대장에 공기를 넣으면 용종이 뒤집혀 계실로 보이기도 합니다. 확대내시경이 아니라도 근접하여 pit pattern이나 microvascular pattern을 살피거나 느끼면 더욱 좋을 것입니다. 공기를 천천히 넣고 빼면서 모양의 변화를 살피고 biopsy forceps로 약간 눌러보면 대부분 구분할 수 있다고 생각합니다.

**권중구:** 함입된 계실의 크기가 큰 경우에 용종으로 오인될 위험성이 높으며 일부 병변은 유경성 용종과 유사한 소견을 보여 주의가 필요합니다. 작은 계실은 공기나 물을 주입하면 쉽게 뒤집히면서 계실의 모양을 확인할 수 있으나 큰 계실의 함입은 이러한 방법으로 모양이 바뀌지 않는 경우가 있습니다. 또한 대장 용종과 계실이 동시에 있는 경우가 흔하여 용종 절제를 고려할 때 함입 계실의 가능성을 항상 염두에 두어야 대장 천공과 같은 합병증을 피할 수 있습니다.

# 거대세포바이러스 대장염

Cytomegalovirus colitis

김태준 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과



## 임상상 및 내시경 소견

72세 남자 환자가 6년 전 직장암으로 수술 및 보조항암 치료를 받고 재발 없이 추적관찰 하던 중 복통과 설사를 주소로 내원하였고 증상 호전이 없어 내시경을 시행하였다. 대장내시경에서 횡행결장부터 직장까지 다수의 깊은 궤양이 관찰되었다.

## 진단 및 경과

대장 궤양에서 시행한 첫 조직검사에서 특이 소견 없었으나 다시 시행한 조직검사에서 거대세포바이러스(cytomegalovirus, CMV) 면역조직화학 염색에서 양성 소견을 보여 거대세포바이러스 대장염(cytomegalovirus colitis)으로 진단되었다. Ganciclovir를 사용 후 증상 및 궤양이 호전되었다.

## 해설

거대세포바이러스는 보통 면역기능이 저하된 환자들에서 주로 발병하는 것으로 알려져 있으나 드물게 면역 기능이 정상인 고령에서도 나타날 수 있다. 거대세포바이러스 대장염은 비교적 다양한 내시경적 소견을 보일 수 있다. 부종, 홍반, 미란, 궤양 등이 나타날 수 있으며 궤양으로 발현될 경우 크기가 작은 궤양부터 큰 궤양 그리고 원형 또는 지도상 궤양까지 다양하게 나타날 수 있다. 또한 주변과 경계가 비교적 명확한 경우와 그렇지 않은 경우도 있다. 진단은 조직검사를 통해 알 수 있으며 궤양 기저부에서 충분히 시행해야 하고 조직검사에서 거대세포 바이러스 봉입체가 보이는 것이 특징적인 소견이나 모든 경우에서 나타나는 것은 아니다.

## 토의

**권중규:** 거대세포바이러스 대장염의 경우 임상증상이 비특이적이며, 내시경 소견은 비교적 경계가 명확한 궤양 외에도 염증성 종괴, 조약돌 점막모양, 지도상 궤양 등 다양한 소견을 나타낼 수 있습니다. 이 질환이 의심되는 경우 대장내시경을 시행하여 의심되는 병변에 대한 조직생검을 시행해야 합니다. 조직소견에서 특징적인 소견이 보이지 않을 경우 CMV 항원에 대한 면역조직화학염색을 같이 시행하는 것이 확진에 큰 도움이 됩니다. 중등도-중증 궤양성 대장염에서, 특히 스테로이드에 반응이 없는 경우, CMV 감염의 확인이 필요합니다.

## 증식용종과 유사한 조기위암

Hyperplastic polyp-like early gastric cancer

성재규 · 충남대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

84세 남자가 속쓰림 증상으로 개인 의원에서 내시경 검사 후 전원되었다. 내시경 검사에서 전정부 소만에 약 5 mm가량의 발적과 백태가 있는 용기형 병변이 있었다.

### 진단 및 경과

생검상 중등도 분화 선암이었다. 치료로서 내시경 점막하박리술을 시행한 결과 4x3 mm 크기의 점막층에 국한된 중등도 분화 선암이었다. 림프혈관 침범은 없었고 완전 절제되어 현재 추적검사 중이다.

### 해설

용기형 조기위암의 진단에서 표면의 색조변화(발적, 퇴색), 표면에 미란이나 궤양, 과립상, 분엽상, 출혈성 경향 여부 등을 자세히 관찰하는 것이 중요하다. 본 증례와 같이 증식용종(hyperplastic polyp)과 유사한 양상의 조기위암도 있을 수 있으므로 이를 염두하여 적극적 조직 검사가 필요하다.

### 토의

**이준행:** 가끔 환자들이 대장 내시경에서는 용종 절제술을 시행하는데, 위내시경에서는 왜 곧바로 용종 절제술을 하지 않느냐는 질문을 합니다. 그런 경우 어떻게 설명하시나요?

**성재규:** 위내시경 소견만으로는 변환 병변을 진단하기 어렵고, 조직 검사와 내시경 소견이 달리 나오는 경우가 많은 것 같습니다. 위에서는 완전 절제가 예후에 상당히 중요한 영향을 미치기 때문에 조직 검사로 확인하고 난 후 완전 절제를 위해서 시술을 하는 것이 바람직하다고 설명하고 있습니다.

**김정환:** 저는 개인적으로 두 가지 이유 때문에 위에서 바로 내시경 절제술을 시행하지 않습니다. 경험적으로 대장에서 보이는 용종은 비교적 주변과의 경계가 명확한 편이어서 종양과 구분이 용이한 경우가 많습니다. 반면 위에서 보이는 폴립은 병리학적으로 lamina propria하고 muscularis mucosa, submucosa가 굉장히 불안정해서 명확하게 구분되지 않기 때문에 2단계로 완전 절제를 목표로 해서 EMR 또는 ESD를 시행하는 것이 더 좋습니다. 다른 이유로는 위에서 EMR을 하기 위해서는 금식 시간이 필요합니다. 그래서 전공의들에게 위에서는 1단계에서 용종절제술을 시행하지 않는 것을 원칙으로 얘기하고 있습니다.

**이준행:** 증식용종으로 추정하고 위용종절제술 후 암이나 선종으로 나와 놀라는 경우가 있습니다. 다만, 1cm 이상의 증식용종은 제거할 것을 권하고 있습니다.

## 혈관형성이상과 유사한 조기위암

Angiodysplasia-like early gastric cancer

성재규 · 충남대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

5년 전 급성 췌장염 입원 치료의 병력이 있는 55세 남자가 명치부위 통증으로 내시경 검사를 시행하였다. 내시경 검사에서 체하부 전벽 측에 약 1 cm 가량의 적색조의 부정형 평탄형 병변이 있었다. Indigo carmine 도포 시 경계는 분명하고 불규칙한 결절들로 이루어져 있고, 점막 취약성이 있었으나 주변 점막주름의 변화는 없었다.

### 진단 및 경과

생검상 고분화 선암이었다. 치료로서 내시경 점막하박리술을 시행한 결과 9x6 mm 크기의 점막하층(200 μm)에 국한된 평탄형 중등도 분화 선암이었다. 림프혈관 침범은 없었고 완전절제 되었으며 현재 추적검사 중이다.

### 해설

본 증례는 발적이 주된 평탄형 조기위암으로서 특히 혈관형성이상(angiodysplasia)과의 감별진단이 중요하겠다. 혈관형성이상에 비하여 조기위암은 병변 주변에 창백한 달무리 징후(halo sign)가 없고 불규칙한 모양이며, 자발출혈의 경향이 있고 가장자리가 결절상일 수 있다.

### 토의

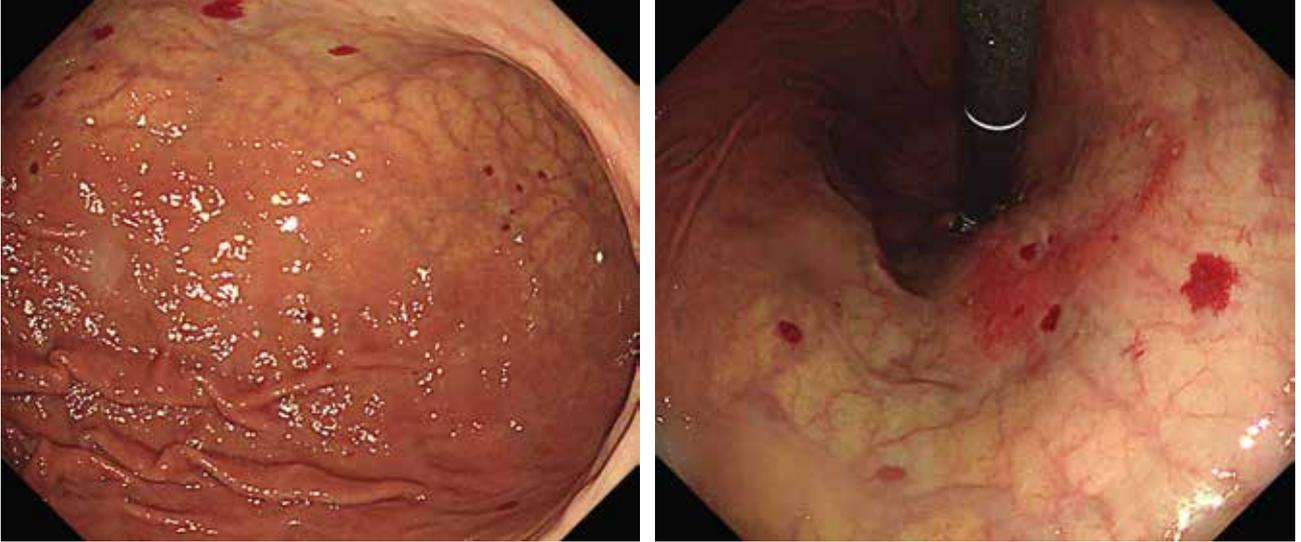
**김광하:** 이 사진에서 침범 깊이를 추측해 볼 수 있는 단서는 두 가지 정도 있습니다. 첫 번째, 발적이 있지만 주변에 띠(halo)가 없고 가운데 뚜렷한 혈관 음영이 없으므로 혈관 병변이라기 보다는 점막 병변일 가능성이 있습니다. 이렇게 발적이 심하다는 것은 안쪽에 혈관들이 많이 발달돼 있다는 것을 의미합니다. 그래서 현저한 발적을 보이는 경우는 생각보다 깊게 침범된 경우가 많아서 점막하 침윤을 고려해 볼 수 있습니다. 주변에 약간 경한 용기 소견도 후향적으로 본다면 발적과 동반된 주변 용기가 있기 때문에 이것이 점막하 침윤을 조심스럽게 예측할 수 있는 소견이 아닐까 생각합니다.

**이준행:** IIa+IIc 비슷하게 약간 용기 함몰이 같이 있는 경우는 침범 깊이가 좀 깊을 수 있다는 교훈을 다시 한번 보여주는 증례이고, 발적이 현저해도 종양이 좀 깊을 수 있다는 걸 시사할 수 있다고 코멘트해 주셨습니다. 동의합니다.

## 위 혈관 이형성증

Gastric angiodysplasia

이동규 · 대전을지대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

58세 남자 환자가 전일 발생한 실신으로 내원하였다. 8년 전부터 빈혈로 혈액종양내과에서 철분제를 복용하면서 한 달에 1-2회 수혈을 받아왔다. 최근 2개월 동안은 수혈을 받지 않았다고 한다. 응급실 내원 당시 직장 수치 검사에서 흑색변과 혈색소 7.1 g/dL가 확인되어 응급 내시경을 시행하였다. 내시경 소견상 위체부 소만측과 전벽측에 0.2-0.8 cm 가량의 다양한 크기의 등근 발적부가 산재되어 있었다. 근접하여 관찰 시 가는 혈관의 확장이 확인되어 혈관이형성증으로 진단하였다. 상체부 소만측에 관찰되는 혈관이형성증에서 oozing 양상의 출혈이 관찰되었고, epinephrine 주사 및 아르곤 플라즈마 응고술로 지혈하였다.

### 진단 및 경과

Gastric angiodysplasia, r/o Osler-Weber-Rendu disease

입원하여 PPI 복용과 수혈 시행 후 증상이 호전되었다. 철 결핍성 빈혈 소견 및 빈번한 커피의 가족력이 있었고, 위점막의 혈관이형성 뿐만 아니라 구강 점막 및 혀에도 혈관이형성이 동반되어 있어 유전성 모세혈관 확장증(Osler-Weber-Rendu syndrome)을 의심할 수 있었다. 향후 위점막의 혈관이형성증에 대해 예방적 아르곤 플라즈마 응고술을 이용한 절제를 계획하고 있으며 뇌혈관의 동정맥 기형 여부를 확인위해 뇌검사(brain evaluation)를 계획 중이다.

### 해설

위장관에 다발성 혈관이형성증이 있는 환자에서 가족력이 있거나 피부점막 확장증, 뇌혈관이나 폐혈관에 동정맥 기형이 있는 경우 유전성 모세혈관 확장증을 의심할 수 있다. 유전성 모세혈관 확장증은 매우 드문 상염색체 우성 유전질환으로 ENG 또는 ALK-1 유전자의 변이가 주원인이다. 커피나 피부의 확장증이 가장 흔하게 나타나는 증상이다. 뇌혈관이나 폐혈관의 동정맥 기형은 높은 사망률과 연관이 있어 이에 대한 평가가 필요하다. 위장관의 혈관이형성증에 의한 출혈이나 빈혈이 지속되는 경우 아르곤 플라즈마 응고술을 이용하여 지혈할 수 있다.

### 토의

**이준행:** Angiodysplasia는 멀리서 보면 붉은 점이지만, 접근하면 혈관이 확장된 형태가 명확히 관찰됩니다. 대부분 하얀 띠(halo)를 가지고 있습니다. 하나만 보이는 경우가 많지만 다발성도 적지 않습니다. 발생 기전은 근육층을 통과하는 부위의 압력이 높아져 점막하 혈관이 확장된 것으로 설명되고 있습니다. 아주 드물게 hereditary hemorrhagic telangiectasia (HHT, Osler-Weber-Rendu disease)가 의심되면 유전자 검사를 할 수 있습니다. 삼성서울병원에선 ENG, ACVRL1 두 가지가 있고 정규 검사로 의뢰 가능합니다. 향후 계획된 절제 시 주입을 병용해야 할 지 의견이 궁금합니다.

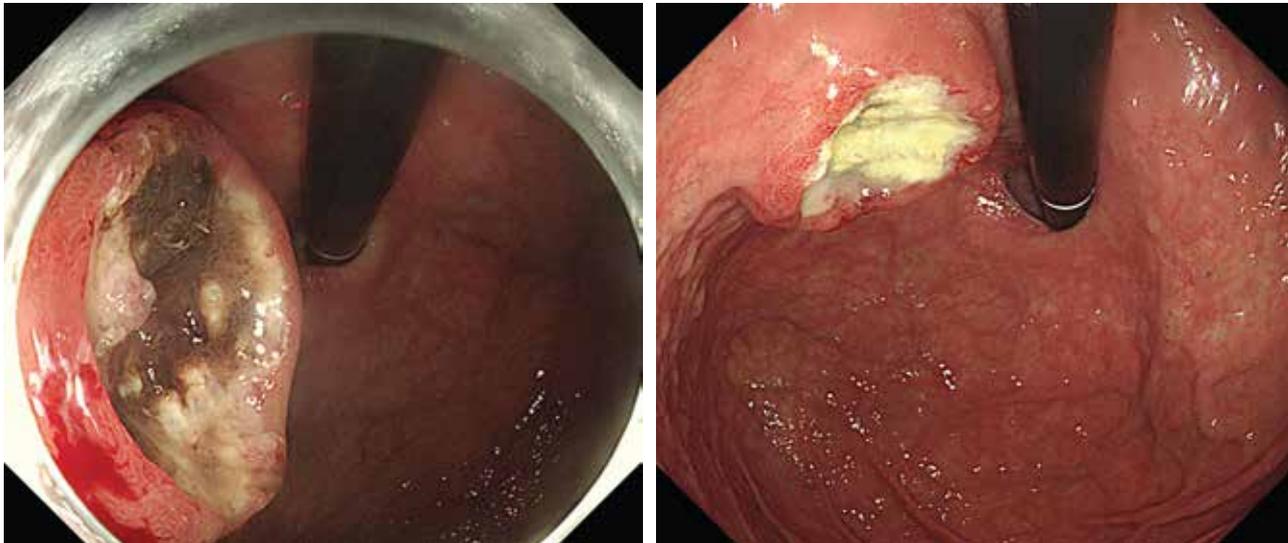
**김정환:** 저는 병변의 크기에 따라서 큰 경우엔 주입 후 APC를 하고, 병변이 크지 않은 경우는 주입 없이 바로 시행합니다.

**김광하:** 만약 병변이 전정부에 위치한 경우는 벽이 두껍기 때문에 주입을 하지 않는 경우도 있는데 이 증례의 경우는 점막 위쪽에 있어서 모세혈관 자체가 좀 deep mucosa 또는 submucosa 일부에서 기원할 가능성이 많아서 APC를 깊게 하기 위해서 주입을 먼저 하겠습니다.

## 위장관 출혈로 확인된 신경내분비암

Gastric neuroendocrine carcinoma

이동규 · 대전을지대학교병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

75세 남자 환자가 내원일 발생한 토혈로 내원하였다. 1년 전 전립선암으로 진단받고 방사선 치료 예정이며 최근 허리 통증으로 NSAID 복용 중이었다. 응급 위내시경에서 상체부 후벽측에 원형의 2.5 cm 가량의 궤양 병변이 관찰되었다. 주변 점막에 비해 병변은 융기되어 있었고 경계부는 발적되어 있으며 궤양의 가장자리는 불규칙한 모양이었다. 궤양의 저부는 응혈괴와 저저분한 삼출물로 덮여 있었고 0.2 cm 가량의 노출혈관이 관찰되었다(좌측 사진). 금식 및 PPI 투여 2일 후 시행한 추적내시경상 이전에 비해 궤양의 크기는 약간 줄어들었고, 궤양저에 노출혈관은 관찰되지 않으며 비교적 균질한 백태로 덮여 있었다. 병변이 주변 점막에 비해 융기되어 종괴의 형태로 관찰되고 궤양을 제외한 부분은 비교적 정상점막으로 덮여있으며 궤양 가장자리가 발적되어 불규칙한 양상으로 확인되어 악성 종양 감별을 위해 시행한 조직검사에서 신경내분비종양(neuroendocrine carcinoma, NEC)으로 확인되었다(우측 사진).

### 진단 및 경과

위 신경내분비암(gastric neuroendocrine carcinoma)

입원 중 시행한 CT상 3 cm 가량의 종괴 소견과 함께 위 주변 림프절의 확대 소견으로 전체 위절제술을 시행하였고 최종 병리 결과 소세포 신경내분비종양, pT2N2 (5/44)이 확인되어 수술 후 보조 항암화학요법을 시행하였다.

### 해설

위 신경내분비종양은 전체 위종양의 0.3-1.8%를 차지한다. 신경내분비종양은 유사분열수와 Ki-67 index에 따라 NET G1 - G3로 분류하는데, G3에서도 분화도에 따라 고분화 NET와 저분화 NEC로 나누고 있다. 저분화 NEC는 진단 당시 대부분 2 cm 이상의 단발성 종괴이며 림프절 침범을 보이고 위 절제술과 림프절 절제로 치료한다.

### 토의

**김광하:** 이 증례의 사진을 보면 SMT like한 면이 있고 가운데 ulceration이 있는데 이런 경우 GIST 그 다음에 일반적인 SMT like carcinoma 그 다음에 마지막으로 신경내분비종양, 드물게는 lymphoma SET type으로 의심할 수 있는데, 어떤 것을 염두에 두고 조직검사를 하셨는지 궁금합니다.

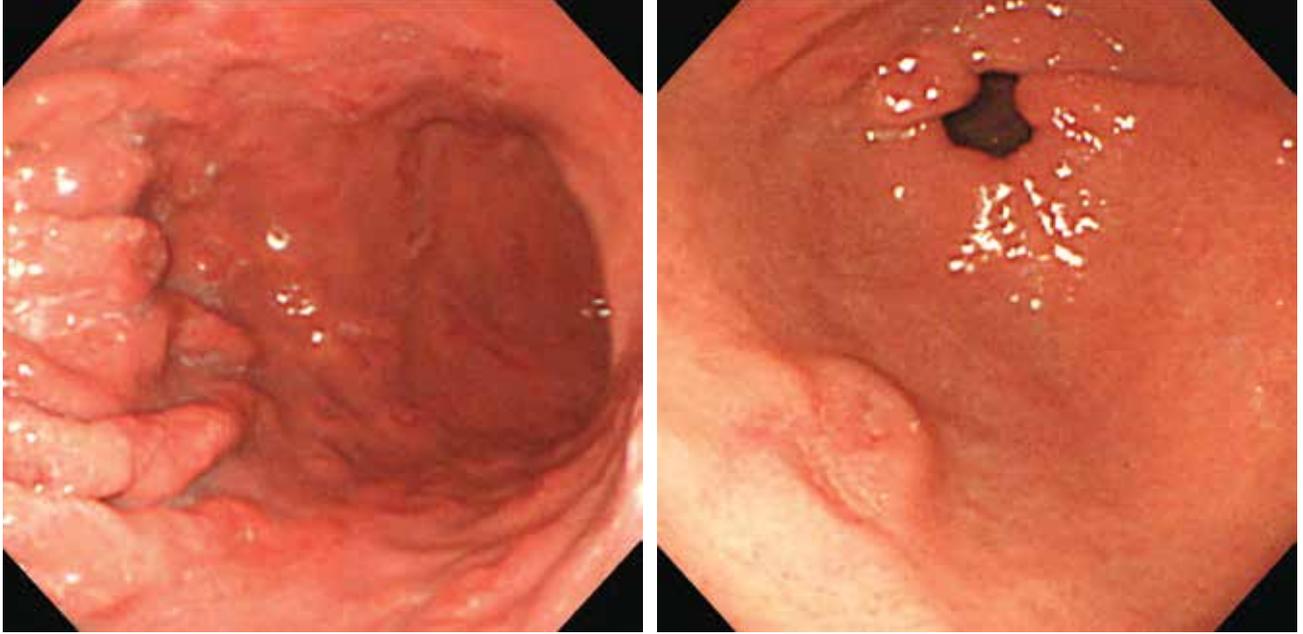
**이동규:** 처음 진단 당시 신경내분비종양은 생각하지 못했고, 주변 점막이 상대적으로 정상 점막으로 덮여 있고 융기되어 있어서 림프종 또는 GIST도 의심을 했지만 궤양 자체가 깊은 궤양이 동반되지 않은 양상이라서 림프종을 조금 더 의심했었던 상황이었습니다.

**이준행:** 모양으로 봐서는 대부분의 내시경의들이 림프종을 첫 번째로 떠올리는 impression일 것 같습니다. 신경내분비종양이면 수술을 하고 림프종이면 항암화학치료를 하기 때문에 병리학자가 정확하게 구분하는 게 매우 중요할 것 같다는 생각이 드는 증례였습니다.

## 미란성 위염에 숨어있던 조기 위암

Early gastric cancer in the background of chronic erosive gastritis

이준행 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

55세 여성이 검진내시경 조직검사서 이상소견이 발견되어 의뢰되었다. 내시경에서 numerous raised erosion이 있고 조직검사서 “A few atypical cells (D-PAS positive cells), favor signet ring cells” 소견이었다. 외부 슬라이드 재판독은 “A few atypical cells. Based on histology, malignancy (signet ring cell carcinoma) could be considered in differential diagnosis.” 였다. 내시경 검사를 시행하였다. 위체부와 근위 전정부에 다양한 크기와 모양을 가진 수백개의 elevated erosion들이 산재되어 있었다(좌측 사진). 그러나 전정부 중간부터 날문(pylorus)까지는 미란이 거의 없었고, 단지 중간 전정부 전벽에 약 1 cm 크기의 slightly depressed lesion이 있고 주변이 융기되어 있었다(우측 사진). 함몰부와 융기부의 경계는 비교적 구분할 수 있었지만 그 모양이 둥글지 않고 불규칙하였다. 조직검사를 시행하였고 반지세포암(signet ring cell carcinoma, SRCC)으로 확인되었다.

### 진단 및 경과

미란성 위염과 조기위암(erosive gastritis and early gastric cancer).

부분위절제술(subtotal gastrectomy)을 시행하였고 muscularis mucosa까지 침윤된 0.7 x 0.3 cm의 SRCC였으며, 였으며, 림프절 전이는 없었다. 이후 13년 동안 재발 소견이 없었다.

### 해설

위의 넓은 범위에 미란성 위염이 분포하면 작고 국소적인 위암을 발견하기 어려울 수 있다. 모든 미란을 조직 검사할 수 없으므로 대다수의 미란과 비교하여 크기나 모양이 다른 현저한 미란이 있을 때 표적 생검(target biopsy)이 필요하다.

### 토의

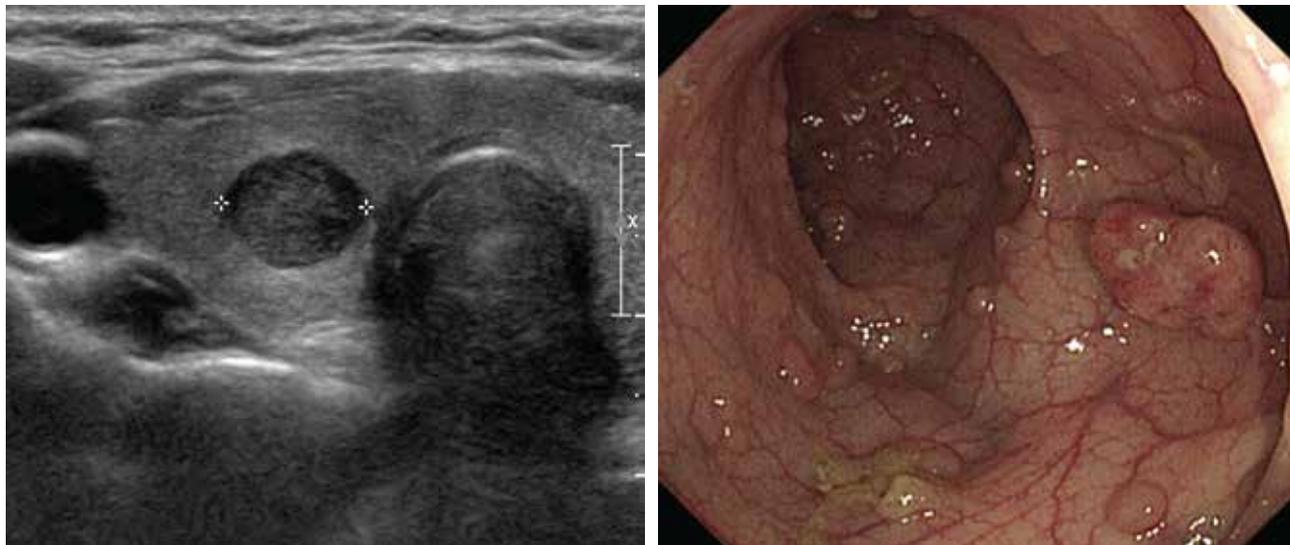
**김광하:** 미란에 대해 조직검사를 무분별하게 하는 것은 환자에게는 해가 될 수도 있습니다. 일단 주변 병변이 비슷한 병변인가 아닌가를 먼저 확인해 보고, 필요하다면 가장 주변하고 틀린 부위에 대해서, 무리에서 동떨어지는 것처럼 보이는 것을 중점적으로 생검을 하고, 나머지 부위는 비슷하게 보인다면 그 중에서 제일 큰 병변, 또는 이상한 느낌이 드는 병변 서너 개 정도에서 마무리하는 것이 좋겠습니다.

**김정환:** 저는 EGC 같이 보이는 경우 3개까지만 하도록 하고, 병변이 3개를 초과하면 2개 이내에서만 시행하고 너무 많이 조직검사를 하는 것은 선호하지 않습니다.

# 가족성 선종성 용종증과 cribriform-morular 아형의 갑상선암

Familial adenomatous polyposis with cribriform-morular variant thyroid cancer

이준행 · 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과



## 임상상 및 내시경 소견

35세 여성이 건강검진 경부 초음파에서 갑상선 종양이 발견되었다(좌측 사진). Total thyroidectomy with central (anterior compartment) neck dissection이 시행되었고 1.5 cm, 0.8 cm, 0.3 cm의 종양이 있었으며, 모두 papillary carcinoma (cribriform-morular variant)였고 림프절 전이는 없었다. 병리과에서 “This tumor is associated with germline mutations in APC gene (e.g., familial adenomatous polyposis) although rarely associated with somatic mutations. Clinical work up is recommended.”로 추천하여 대장내시경 검사를 시행하였다. 대장 전장에 걸쳐 100개 이상의 크고 작은 sessile polyp들이 산재되어 있었고 다수의 조직검사는 모두 tubular adenoma였다. APC 유전자 검사에서 frameshift mutation이 확인되었다.

## 진단 및 경과

Familial adenomatous polyposis (FAP) with cribriform-morular variant thyroid cancer.

가족성 선종성 용종증과 cribriform-morular 아형의 갑상선암. Total proctocolectomy가 시행되었고 150개 이상의 선종이 확인되었으며 가장 큰 것은 2.5 x 2 cm였다. 대장암 부위는 없었다.

## 해설

갑상선 암 중 cribriform-morular variant는 전체 갑상선암의 0.2%를 차지하는 드문 형태이고 대부분 젊은 여성에서 진단된다. 특이할 점은 53%에서 FAP와 동반된다는 사실이다. 이 환자는 갑상선암 수술 병리를 판독한 병리과에서 FAP 가능성을 언급하여 진단에 이르게 하였다. FAP에 대한 다장기 검진과 가족에 대한 screening이 필요하다.

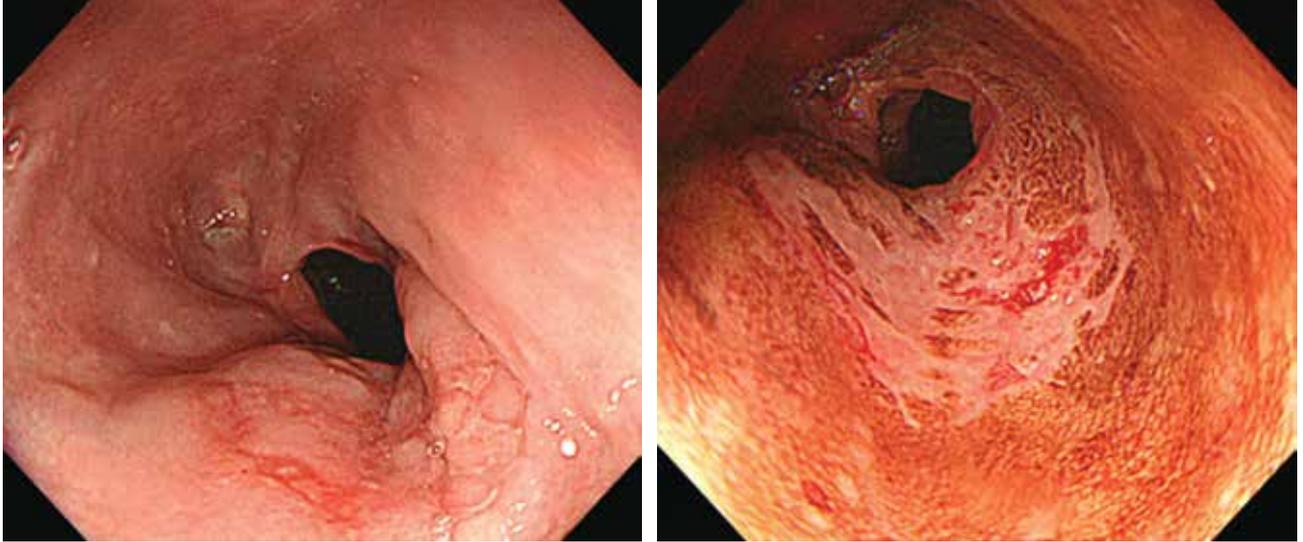
## 토의

**이준행:** 이 증례는 FAP 환자였는데, FAP 말고 유전성 비용종증 대장암(hereditary non polyposis colorectal cancer, HNPCC) 환자들도 사실은 대장종양, 대장암으로 먼저 발견되기보다는 자궁 종양이나 기타 골격계 질환 등 다양한 질환에 의해서 2차적으로 대장 검사를 해서 진단되는 경우가 있다는 점도 우리가 임상적으로 의미있게 받아들여야 되지 않을까 생각합니다.

## 식도암 수술 후 재발한 표재성 식도암

Metachronous superficial esophageal cancer on remnant esophagus after esophagectomy

정경원 · 고신대학교복음병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

65세 남자로 11년 전 중부식도에 6cm 크기의 진행성 식도암이 확인되어 Ivor-Lewis 수술을 시행받았다. 수술 이후 흉부외과에서 주기적으로 추적관찰하였다. 이후 정기적으로 건강검진 위내시경을 시행 받다가 식도 수술 문합부 직상방 이상 소견이 보여 내원하였다. 식도 문합부에 1.5X1.2cm 크기의 경계가 비교적 명확한 발적과 미란을 보이는 IIc 병변이 관찰되었고, 루골 용액으로 염색하였을 때 이 병변은 염색되지 않고, pink color 소견이 함께 동반됨을 확인할 수 있었다.

### 진단 및 경과

치료 전 조직검사서 고도 이형성증이 확인되었고, 표재성 식도암 가능성이 높을 것으로 판단되어 경부, 흉부, 복부 컴퓨터 단층촬영을 시행하였고, 주위 림프절 전이 등은 관찰되지 않았다. 전신마취하 식도내시경 점막하박리술로 제거하였고, 최종 조직검사서 1.8X1.5cm 크기의 표재성 식도암(편평상피세포암, M3, 점막근육층 침범)으로 확인되었다. 현재는 주기적인 검사를 시행하면서 외래 추적관찰 중이다.

### 해설

식도암은 수술적 치료 후에도 국소 재발, 원격전이가 발생하는 예후가 나쁜 암으로 알려져 있다. 이와 더불어 최근 표재성 식도암에 대한 내시경 점막하박리술이 많이 시행됨에 따라서 이시성 식도암에 대한 개념과 관심이 많아지고 있다. 표재성 식도암의 근치적 내시경 절제술 이후 식도 내 재발은 적게는 2.6%, 많게는 35.8%로 보고되고 있다. 식도 내 이시성 암 발생은 음주, 흡연 등의 식도암의 위험인자가 남아 있는 식도에 지속적으로 영향을 준 것이 원인으로 알려져 있다. 이러한 임상적 결과를 고려하면 내시경절제술뿐만 아니라 본 증례와 같이 식도절제술 이후에도 남아 있는 식도 부위에 이시성 식도암이 발생할 수 있다. 위암과는 다르게 식도암의 경우 경부식도나, 일부 상부 식도는 수술 후에도 남아 있기 때문에 추적 위내시경 검사시 문합부 주위와 남아 있는 식도를 주의 깊게 관찰할 필요가 있다.

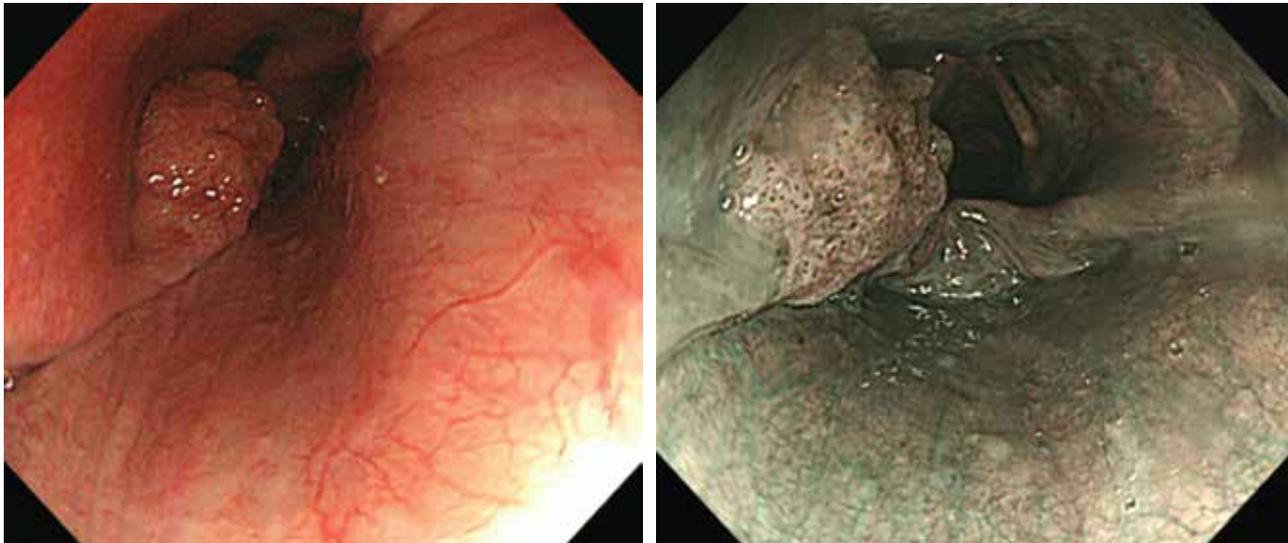
### 토의

**김태준:** 식도암 수술 후 문합 부위의 식도 점막은 역류에 의한 미란성 식도염이 흔히 발생합니다. 추적관찰 내시경에서 문합 부위 근처의 식도암 재발을 미란성 식도염으로 오인하지 않도록 주의 깊은 관찰과 적절한 조직검사가 중요할 것으로 생각합니다. 수술 후 남아있는 식도에서 표재성 식도암이 발생한 경우 병변이 문합 부위에 인접할수록 문합 부위의 좁은 내강과 수술 후 발생하는 섬유화로 인해 내시경적 완전절제가 기술적으로 어려울 수 있습니다. 이러한 경우 내과와 흉부외과 그리고 방사선 종양학과의 협의를 통한 적절한 치료 방법의 선택이 필요합니다.

## 왼쪽 피열 후두개주름에 발생한 성문상부암

Supraglottic cancer at left aryepiglottic fold

정경원 · 고신대학교복음병원 소화기내과



### 임상상 및 내시경 소견

63세 남자가 목 안의 불편감과 가래에 피가 묻어나오는 증상으로 개인 이비인후과 진료 후 후두암이 의심되어 본원 이비인후과에 내원하였다. 이비인후과에 입원 후 이시성 식도암 등의 동반 가능성을 확인하기 위해서 소화기내과로 의뢰되었다. 위내시경에서 상부 위내시경 협진되었다. 내시경 진입시 피열 후두개주름의 왼쪽 부위에 약 1.2 X 1.5 cm크기의 종양이 관찰되었고, 협대역 영상에서 혈관상 변화가 관찰되었다.

### 진단 및 경과

이비인후과에서 후두경하 조직검사를 시행하였고, 편평상피세포암으로 확인되었다. 추가 검사 결과 타장기나 주위 림프절 전이는 보이지 않아 수술적 치료와 방사선치료, 항암치료 등의 치료 효과와 합병증에 대한 설명 후, 방사선치료(7,000 cGy)를 진행하기로 최종 결정하였다. 방사선 치료 후 임상적 질환 없음 상태(NED)로 재발 없이 외래에서 추적관찰 중이다.

### 해설

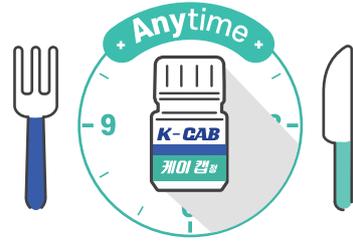
두경부암 환자의 병변은 이비인후과 진료를 통해서 진단되는 경우가 많지만, 우리나라는 국가 암검진 위내시경을 시행하기 때문에 검진 위내시경을 하다가 처음으로 진단되는 환자들도 간혹 있다. 따라서 내시경에서 관찰되는 인후두부 구조물 해부학적 명칭과 위치를 어느 정도 기억할 필요가 있다. 또한 내시경 삽입 시 너무 급하게 식도로 들어가기 보다는 가능한 후두 부위를 한번 관찰하고 식도로 진입하는 것이 두경부암을 놓치지 않는 좋은 방법이다. 그리고 두경부암과 식도암은 필드 종양화(field cancerization)와 관련하여 동시에 발생할 수 있다. 일반적으로 두경부암 환자에서 진단 당시 약 5% 전후로 식도암이 중복암으로 발견된다. 특히 한 연구에서는 소화기내과 의사가 내시경 진입 시 가장 많이 지나치는 이상화(pyriform sinus)를 침범한 두경부암의 경우 식도암 동시 발생 가능성이 가장 높다고 보고하기도 했다. 따라서 내시경 시술 의사는 두경부암 환자를 검사할 때 동시성 식도암에 대해서 자세히 관찰하려는 자세가 필요하겠다.

### 토의

**김태준:** 저의 경우에는 이 증례와 같은 후두 부위의 병변은 이비인후과에 의뢰하고 하인두 부위의 종양에 대해서는 내시경을 통해 조직 검사를 시행하는 편입니다. 특히 pyriform sinus와 그 이하로 침범한 경우에는 후두경으로 접근이 어려울 수 있기 때문입니다. 또한 두경부암 환자에서 위내시경을 통해 동시성 식도암 여부를 확인하는 것도 중요하지만 하인두암의 경우 상부식도 괄약근과 상부식도 침범 여부를 확인하는 것도 치료 범위 결정을 위해 중요합니다.

**이준행:** 인후두암은 경우에 따라서는 굴곡형 상부위장관 내시경 검사로 더 자세히 관찰할 수 있습니다. Hypopharynx의 병소는 이비인후과에서 조직검사가 어렵기 때문에(이비인후과에서는 조직검사를 위하여 전신마취를 해야 한다고 합니다), 조직 검사를 하고 식도도 살필 겸 위장관 내시경이 의뢰되고 있습니다. 조심스럽게 target biopsy를 하면 진단을 불일 수 있습니다. 내과에서 위내시경으로 찍은 사진과 이비인후과에서 laryngoscopy로 찍은 사진은 좌우가 반대입니다. 위내시경에서는 좌우가 바뀌지 않습니다.

# 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>

[전문의약품]

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 제거를 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 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) 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>

