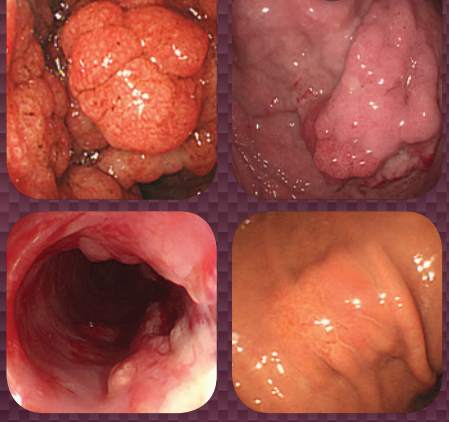
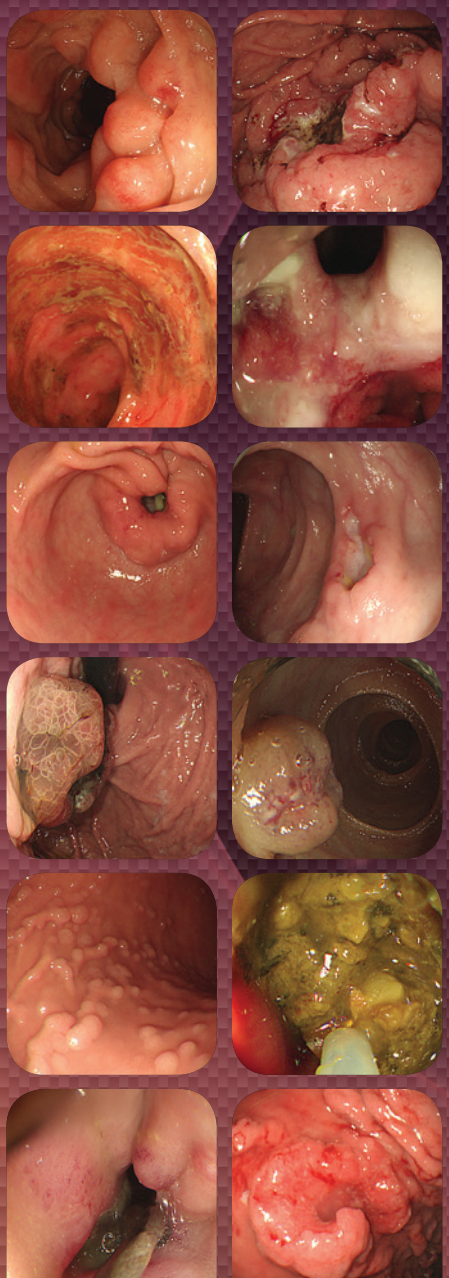


ENDOSCOPY ATLAS OF GASTRIC DISORDERS

위질환 내시경 아틀라스

VOL.3 NO.3

통권8호 | 2022



위질환 내시경 아틀라스

ENDOSCOPY
ATLAS OF
GASTRIC DISORDERS

CONTENTS

크론카이트-카나다 증후군 04
Cronkhite-Canada syndrome
김지은 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

골수성 육종 05
Myeloid sarcoma
김지은 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

자궁내막증 06
Endometriosis
김지은 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

중복 식도암과 구인두암 07
Double primary esophageal cancer and oropharyngeal cancer
김태준 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

점막하종양 형태의 위암 08
SMT-like gastric cancer
김태준 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

십이지장 아밀로이드증 09
Duodenal amyloidosis
송주혜 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

외투세포 림프종 10
Mantle cell lymphoma
송주혜 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

이식편대숙주병 11
Graft versus host disease
송주혜 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

문합부 누공 12
Anastomosis site tracheoesophageal fistula
신예지 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

날문암 13
Pyloric ring cancer
신예지 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

통권8호 | 2022 VOL.3 NO.3

결절외 비성 NK/T 세포 림프종 14
Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type
이경무 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

전이성 악성흑색종 15
Metastatic malignant melanoma
이경무 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

청색고무물집모반증후군 16
Blue rubber bleb nevus syndrome
이서준 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

가족성 대장 용종증과 동반된 갑상선암 17
FAP with thyroid cancer, cribriform-morular variant
이서준 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

숙변대장염 및 허혈성 대장염 18
Stercoral colitis & ischemic colitis
최창완 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

대장 B세포 림프종 19
Colon lymphoma, diffuse large B cell lymphoma
최창완 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

IN DEPTH CASE ANALYSIS

림프양상피종양 암종 20
Lymphoepithelioma-like carcinoma, LELC
이준행 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

[For Healthcare Professional Only]

발행인: 김관홍 | 메디칼업저버

발행일: 2022년 9월 19일

발행처: 메디칼업저버
서울특별시 강남구 논현로 72길 29 리치노아빌 3층
TEL: 02-3467-5400 / FAX: 02-3452-9229 / www.monews.co.kr

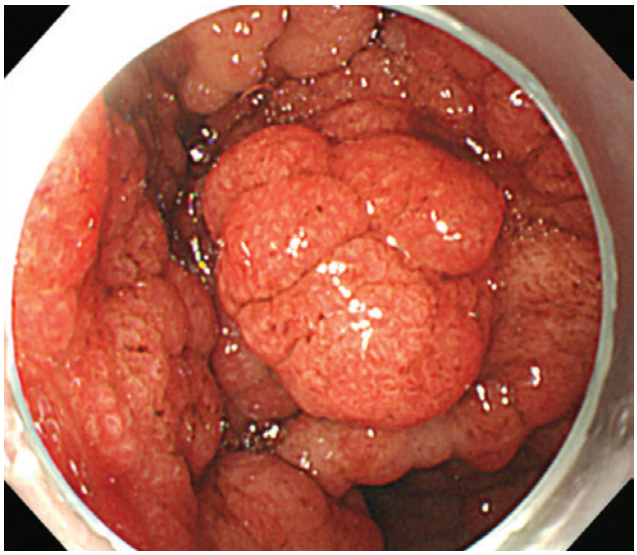
편집자문: 이준행 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

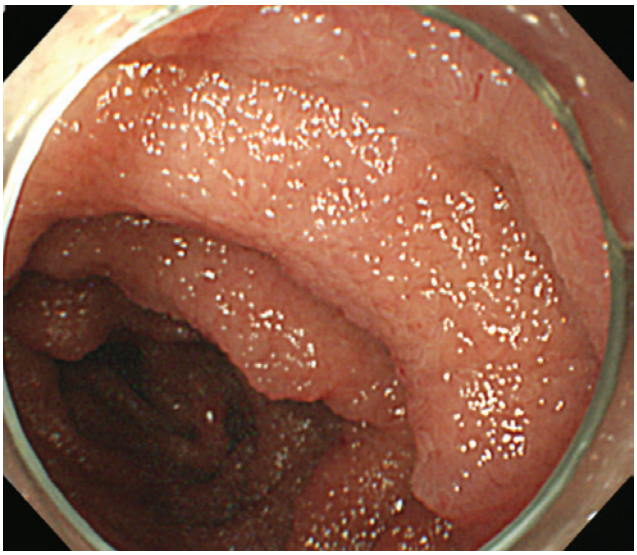
No part in this publication may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any mean.

크론카이트-카나다 증후군

Cronkhite-Canada syndrome

김지은 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

57세 여자가 탈모, 빈혈, 부종, 근력 소실에 대해 신장내과, 류마티스내과 진료 후 원인 미상으로, 최근 단백소실 장병증 의심 소견과 검은 변으로 소화기내과에 내원하였다. 피부에 lentigolike macule, hyperpigmentation on the dorsal surface of the hand가 관찰되고, 내시경상 위점막이 매우 비후되고 일부는 부종이 심하며 dark black pigmentation이 관찰되었다. 위 및 소장 내 딸기 모양의 다수의 용종이 관찰되었고, duodenum, jejunum villi가 edematous하고 lymphangiectasia를 동반하였다.

진단 및 경과

Cronkhite–Canada syndrome (CCS)

해설

CCS는 드문 비가족력 과오종성 용종 증후군(nonfamilial hamartomatous polyposis syndrome)으로 내시경상 용종의 분포는 위와 대장에 90%, 소장에 80%, 직장에 67% 정도 나타나며 식도는 sparing하는 것이 특징이다. 진단은 임상 특징을 기반으로 내시경 소견과 조직학적 소견을 종합하여 내리며, 발병 원인에 대해서는 현재 미상이다. 임상적 진단 triad는 alopecia, skin hyperpigmentation, onychodystrophy이며 가장 흔하게 나타나는 증상은 미각 저하, 설사, 복부 불편감, 구강 건조증이며 간혹 출혈, 장중첩증이 나타나기도 한다. 병리학적 특징은 lamina propria에 myxoid expansion을 보이고, polyp에 eosinophil이 증가된 소견이다. 치료 약제에 대해 뚜렷하게 정립된 바는 없으나 고단백 식이, 전해질 보충 등을 통한 영양 공급이 중요한 전략이며 스테로이드, azathioprine, 산 억제, 항생제 등이 있다. 5년 사망률이 55%로 알려져 있으며 사망의 원인으로는 장내 출혈, 패혈증, 심부전 등이 있다.

토의

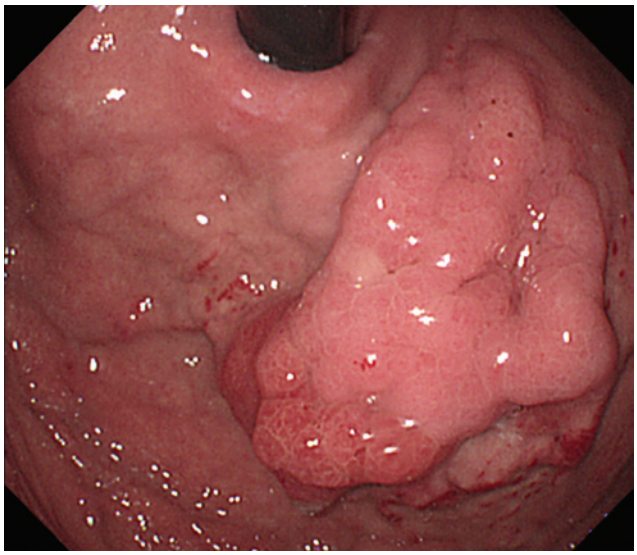
김지은: 굉장히 드문 증례이고 원인 미상의 primary lymphadenopathy와 식도를 sparing하는 용종 증후군이 특징적이어서 놓치지 말아야 할 질환이라고 생각합니다.

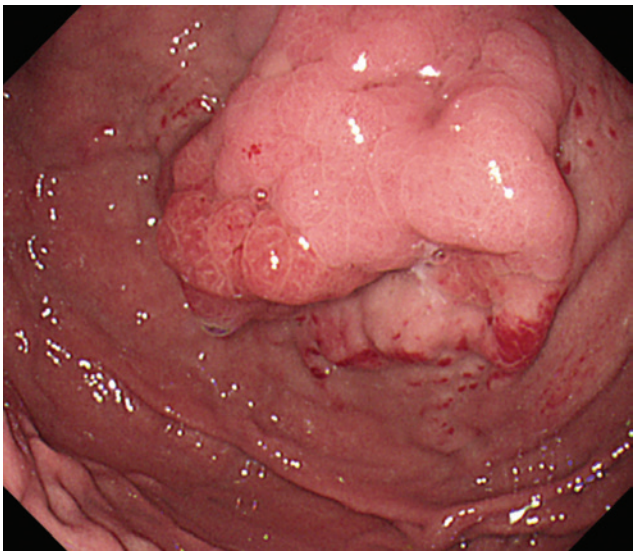
이준행: 크론카이트–카나다 증후군은 대부분 sporadic한 것으로 알려져 있습니다. 치료 방법도 마땅치 않은데 스테로이드를 사용하는 게 가장 흔한 방법이지만, cromolyn, 아연, 경우에 따라서는 헬리코박터 치료 후 호전되기도 하여 항생제도 사용해 볼 수 있습니다. 의외로 사망률이 높은 질환입니다.

골수성 육종

Myeloid sarcoma

김지은 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

33세 남자가 8년 전 골수형성이상증후군(myelodysplastic syndrome)에 대해 allo-PBSCT 시행 후 완전 관해(complete remission)되어 추적 관찰을 종료하였다. 최근 건진상 내시경적 이상 소견으로 내원하여 본원에서 내시경을 시행하였다. 내시경상 cardia의 GC side로 5 × 5 cm sized polypoid mass가 관찰되었다. 점막은 hyperemic한 색조와 정상이 혼재해 있는 양상이고, 표면은 매끄럽고 mass의 경계가 비교적 분명하였다. Mass의 주변부로는 hemorrhagic spot을 동반한 mucosal change가 관찰되었다.

진단 및 경과

조직검사상 골수성 육종(myeloid sarcoma)으로 확인되었다.

해설

골수성 육종은 다른 용어로 granulocytic sarcoma, myeloblastoma, 혹은 chloroma로도 불리운다. Myeloblast의 extramedullary mass를 말하며 거의 모든 부위에서 생길 수 있는데, 가장 흔하게 보고되는 바는 bone, periosteum, lymph node, skin 등이고 이 외에도 gastrointestinal tract, breast, testis, uterus, cervix 등 다양한 장기에 발생할 수 있다. 본 증례처럼 무증상인 경우도 있으나, 사례 보고된 바로는 지속된 황달, 복부팽만, 가려움증을 호소하여 발견된 경우도 있다. 병리학적으로는 small round blue cell tumor에서 항상 감별해야 하는 질환이다. 현재 치료는 정립되지 않았으나 isolated myelosarcoma 양상인 경우와 acute myeloid leukemia (AML)와 같이 발현하는 경우 모두 conventional AML type의 항암 치료를 적용하고 있다.

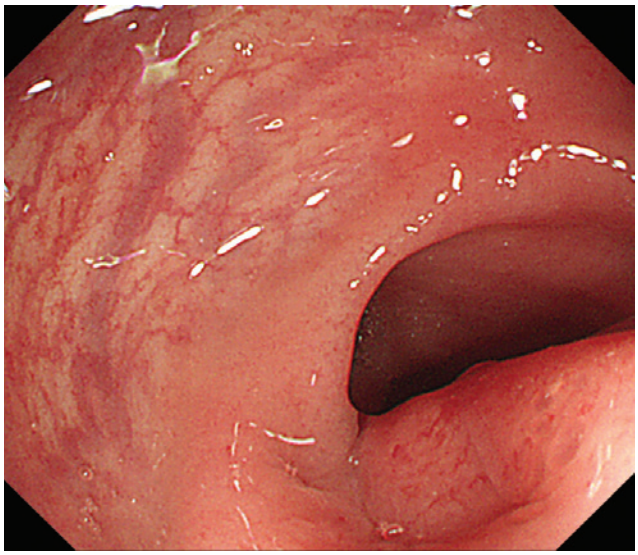
토의

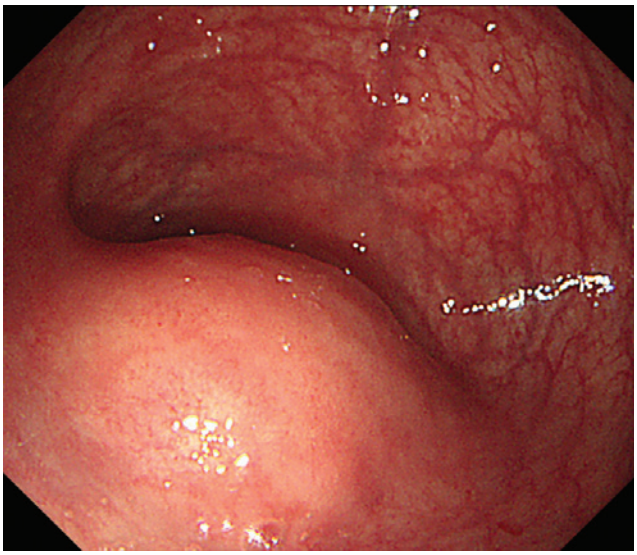
이준행: 골수성 육종은 isolated myeloid sarcoma 양상인 경우와 acute myeloid leukemia와 같이 발현하는 경우로 나눌 수 있습니다. 즉 혈액 질환이 있는 환자에서 조직 침윤이 동반되거나, 혈액 질환 없이 조직에서만 발견되는 경우가 있는데, 대부분 혈액 질환이 있는 환자에서 조직검사로 진단됩니다. 이 환자는 혈액 질환을 치료하고 관해 상태로 있다가 건진 내시경에서 위에 병소가 생겼고, 처음에는 정확히 확진을 못했는데 추적 검사에서 확진이 됐던 경우입니다.

자궁내막증

Endometriosis

김지은 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

40세 여자가 타원에서 대장내시경상 구불 결장에 암이 의심되어 본원에 의뢰되었다. 병력 청취 결과, 심한 변비 및 생리 기간 내에 간헐적 혈변이 있었다. 내시경 소견상 RS junction에 huge SMT like lesion이 관찰되는데, 이는 lumen의 절반 가량을 encircling하는 4 cm 크기의 mass로 병변의 표면은 nodular, hyperemic하였으나 비교적 균질한 양상이었다.

진단 및 경과

조직검사에서 aggregates of foamy macrophages, suspected xanthoma 소견으로 진단이 명확하지 않았고 CT상 SMT로 진단이 뚜렷하지 않았는데, 결국 직장 MRI로 RS의 anterior wall에 deep infiltrations하는 자궁내막증을 진단하였다. 이 외 오른쪽 난소에도 자궁내막증을 확인하였다.

해설

자궁내막증의 발생 부위는 ovary > broad ligament > cul de sac > uterosacral ligament 순서이며, 장은 3-37%에서 침범한다. 수술한 증례들의 분석에 따르면 직장 15-53%, 구불결장(sigmoid colon) 18-47%, 회장과 다른 소장 2-5%, 충수 3-18%의 빈도를 보였다. 깊이는 serosa와 muscularis propria에 침범하는 경우가 많으며, 임상적 특성으로는 복통, 출혈, 만져지는 덩이, 월경곤란증으로 나타난다. 치료는 호소하는 증상에 따르는데 장폐색의 증상이 있으면 수술을 하지만, 명확히 정립된 치료는 현재는 없다. 약제 치료는 수술에 비해 수술에 따르는 부작용은 적지만, 단점은 폐경까지 계속 복용해야 하고, 효과를 얻는데 오랜 시간이 걸리고, 중단하면 재발한다는 것이다. 또한 임신을 시도하는 경우는 기형을 유발하므로 호르몬제를 중단해야 한다.

토의

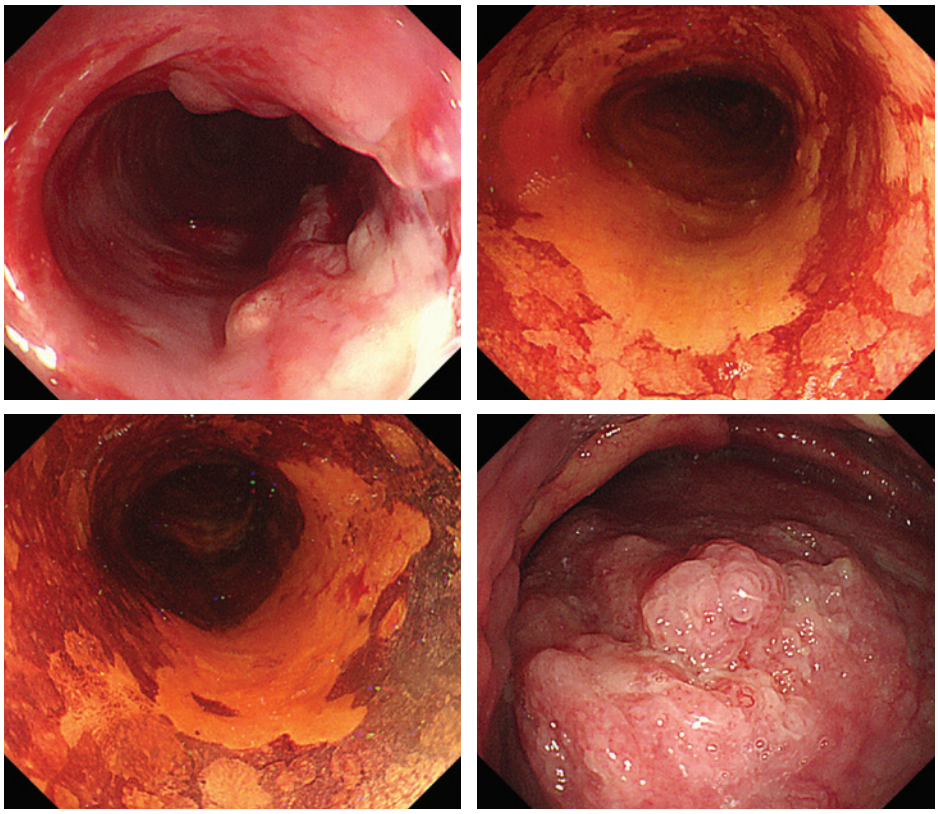
김지은: 흔히 보이는 자궁내막증 사진이 아니었지만, 생리 기간에 간헐적으로 혈변이 있다는 병력 청취를 통해 자궁내막증에 대한 임상적 확신을 가지고 rectal MRI를 통해 진단을 내렸습니다.

이준행: 자궁내막증은 여성에서 매우 흔한 질환으로 10% 정도 된다고 합니다. 생리통의 주된 원인 중에 하나로 지목되고 있는데, 임상적으로 문제가 되어 치료를 받아야 되는 경우는 소수이고, 위장관 침범은 10% 전후입니다. 예전에 경험했던 증례는 산부인과에서 GnRH agonist인 leuprorelin을 투약한 경우가 있었고, 증상에 따라 다양한 종류의 호르몬 치료를 사용하고 있습니다.

중복 식도암과 구인두암

Double primary esophageal cancer and oropharyngeal cancer

김태준 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

66세 남자가 삼킴곤란이 발생하여 시행한 내시경에서 상부식도(상절치 20 cm)에 약 3 cm 크기의 궤양을 동반한 종양이 관찰되었고, 식도암이 의심되어 상급 병원으로 의뢰되었다. 다시 시행한 내시경 검사에서 상부식도 병변 외에도 중부식도(상절치 25–28 cm)와 중하부식도(상절치 30–37 cm)에도 루골 불염의 편평 병변이 관찰되었다. 내시경 회수 시 관찰한 구인두에서 결절형 병변이 발견되어 조직검사를 시행하였다.

진단 및 경과

조직검사에서 구인두 병변과 3개의 식도 병변 모두에서 편평상피세포암이 진단되었고 흉부 CT에서 폐전이 소견이 동반되어 항암치료를 시작하였다.

해설

식도암 환자에서 중복암이 발생할 확률은 여러 연구들의 보고를 종합해보면 약 2–3% 정도로 알려져 있으며, 두경부암이 가장 흔한 중복암이다. 뒤를 이어 폐 그리고 위와 대장에서 중복암이 잘 동반된다. 식도암이 두경부 및 상기도의 식도 편평 상피암과 동반되어 자주 발생하는 것은 흡연, 음주와 같은 공통의 위험 인자를 가지기 때문이다. 두경부암이나 식도암으로 진단된 환자에서 내시경 검사 시 인후두 부위를 잘 관찰하는 것이 중요하며 식도 관찰 시에는 루골을 이용한 색소 내시경 또는 협대역(NBI) 내시경을 이용하는 것이 동시암의 진단율을 향상시킬 수 있다.

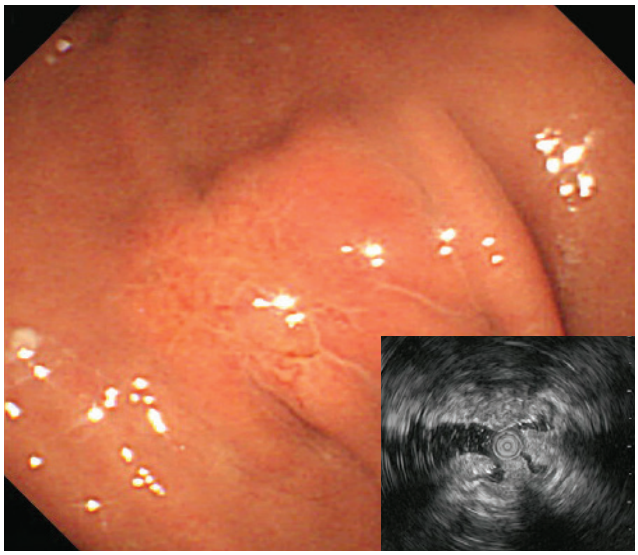
토의

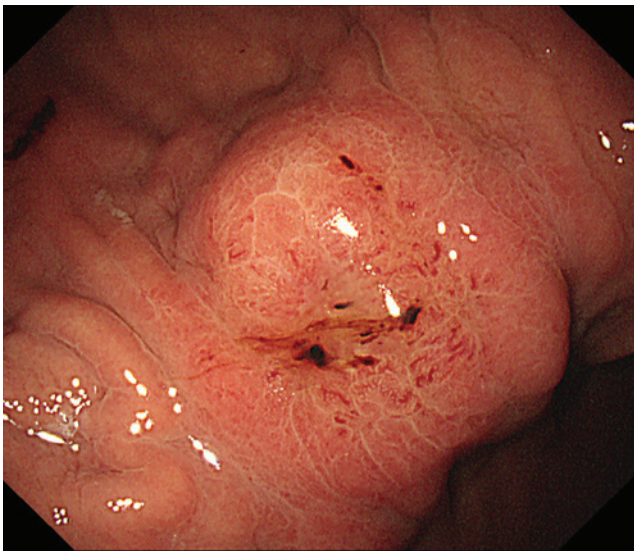
이준행: Field cancerization과 관련하여 상부호흡기계에서 다발성 종양의 빈도가 높습니다.

점막하종양 형태의 위암

SMT-like gastric cancer

김태준 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

62세 여자가 검진 목적의 내시경 검사에서 위 점막하 종양이 발견되어 내원하였다. 하부 위체부 전벽에 약 2 cm 크기의 경한 발적을 보이나 정상 점막을 가진 융기 병변이 관찰되었다(왼쪽). 내시경 초음파 검사에서 점막근층과 점막하층에서 기원하는 비균질적 저에코 병변이 관찰되었다(왼쪽 아래).

진단 및 경과

내시경 초음파 검사상 이소성 췌장 그리고 조직검사에서 만성 위염 소견으로 이후 1년마다 추적 내시경 검사와 함께 조직검사를 시행하였다. 6년 후 내시경 검사에서 크기가 2.5 cm로 증가하였고 표면에 미란이 관찰되었다(오른쪽). 조직검사에서 선암으로 진단되었다. 수술을 시행하였고 병리 결과 장경 3 cm 크기의 장층(serosa)을 침범한 진행성 위암이었고 림프절 전이는 없었다.

해설

대부분의 위선암은 점막 고유층 내에 발생하는 상피성 종양으로 통상적인 내시경 조직검사를 통해 쉽게 진단된다. 그러나 이와 달리 점막하종양 형태의 위암은 점막 표층으로 노출된 부위가 없거나 미세하고, 정상 점막으로 덮여 있는 부분이 많아 통상적인 조직검사에서 진단이 안될 수 있다.

오른쪽 내시경 사진처럼 점막하층이 노출된 함몰 부위에서 조직을 채취해야 진단율을 높일 수 있다. 점막하종양 형태의 위암의 내시경 감별을 위해 표면의 비정형 발적, 함몰 소견을 관찰하는 것이 중요하고, 점막하종양과는 달리 점막하종양 형태의 위암은 높이가 낮고 변연이 부정형하다는 특징을 가지고 있다.

토의

이준행: 이 환자의 조직형은 특별한 조직형은 아니었습니까?

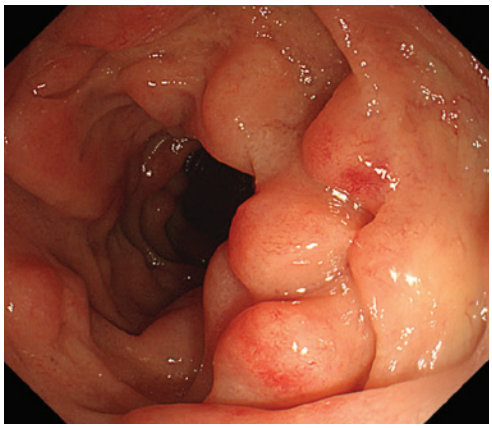
김태준: Lymphoepithelioma-like carcinoma 소견은 아니었고 일반적인 adenocarcinoma 소견으로 병리 결과가 나왔습니다.

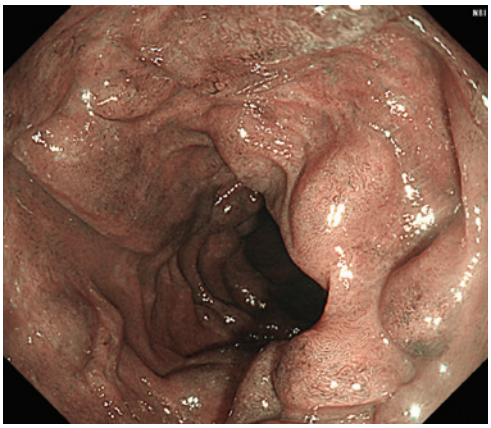
이준행: 위암이 근본적으로 gastric gland의 stem cell 아래쪽에서 주로 생기기 때문에, 표면은 정상이더라도 표면 아래쪽으로 자라는 type이 분명히 있기 때문에 임상 전문의의 현명한 판단이 중요합니다.

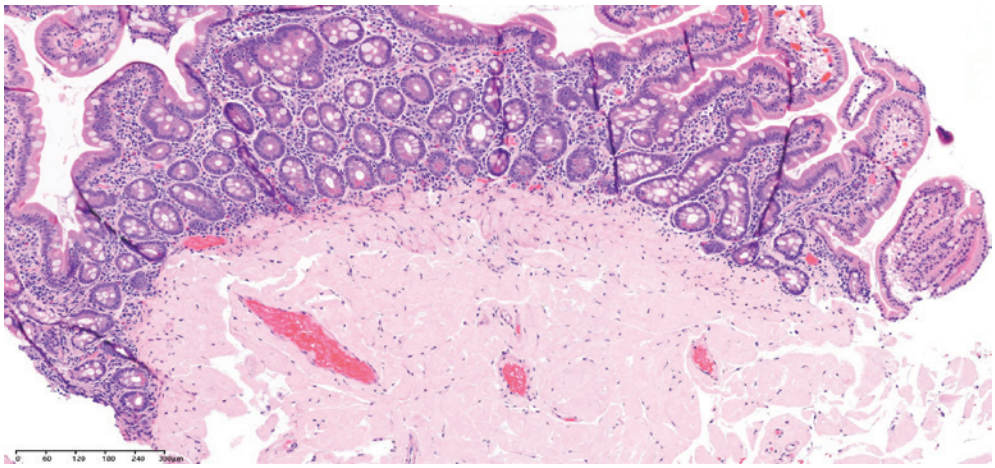
십이지장 아밀로이드증

Duodenal amyloidosis

송주혜 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과







임상상 및 내시경 소견

49세 남자가 검진 목적으로 위내시경 검사를 시행하였고, 십이지장 제2부에서 1 cm 가량의 결절들이 관찰되며 표면이 매끈하고 일부 발적이 관찰되었다.

진단 및 경과

Duodenal amyloidosis

십이지장 조직검사에서 아밀로이드증(Congo red 양성)이 확인되었고〈아래 그림〉, 혈액종양내과로 진료 의뢰되어 추가 검사를 하였으나, 타 장기 침범 증거가 없어서 현재 추적 관찰 중이다.

해설

아밀로이드증은 저분자량의 비용해성 fibrillar protein이 비정상적으로 장기에 침착되는 질환으로, immunoglobulin kappa, lambda chain이 침착되는 AL 아밀로이드증과 amyloid A 단백질이 침착되는 AA 아밀로이드증이 대표적이다. 위장관 아밀로이드증은 국소형일 경우 대부분 경과 관찰을 하며, 전신 아밀로이드증의 위장관 침범일 경우에는 근본적인 질환에 대한 치료가 중요하다.

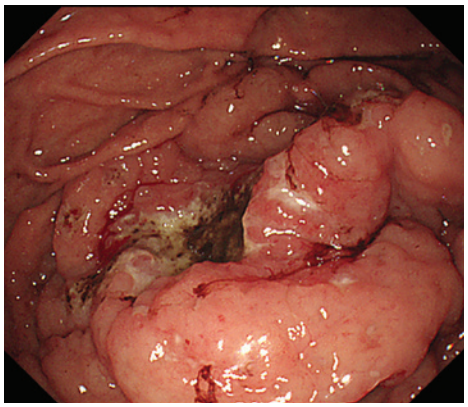
토의

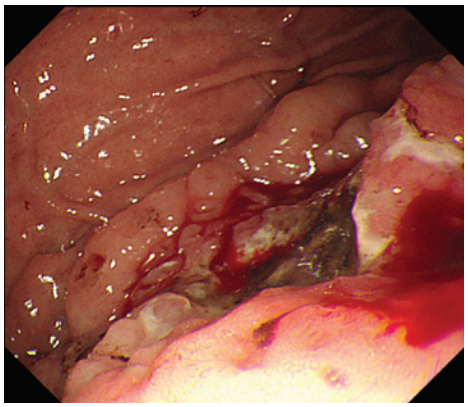
이준행: 사진을 보시면 아래쪽 부정형의 넓은 영역에 amyloid 비정상 단백이 침윤된 소견입니다. Local initial work-up에서 localize된 경우에는 전신 침범하는 경우가 매우 드물기 때문에 추적 관찰 중입니다.

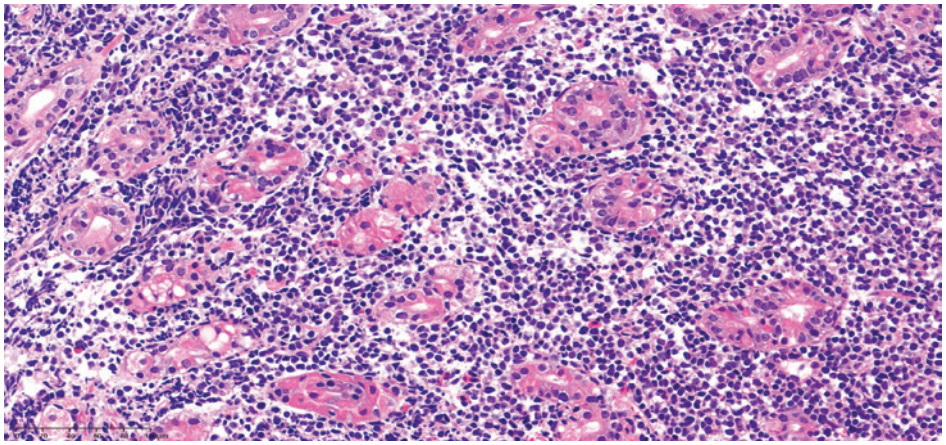
외투세포 림프종

Mantle cell lymphoma

송주혜 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과







임상상 및 내시경 소견

70세 여자가 침샘의 외투세포림프종으로 항암 및 방사선 치료 받던 중, 검진으로 시행한 위내시경에서 위체부 상부에서 궤양을 동반한 종괴가 관찰되었다.

진단 및 경과

Mantle cell lymphoma

위 조직검사 결과에서 외투세포림프종이 확인되었다〈그림〉. Ki-67: positive in 90% CD 20, L26: positive, CD 3: negative, cyclin D1: weak positive in a few tumor cells, SOX11: positive, CD 5 (leu-1): negative. 항암 및 방사선 치료를 다시 시작하던 중 림프종으로 인한 위장관 출혈이 발생하여 내시경적 지혈술을 한 차례 시행하였다. 이후 환자는 림프종이 빠르게 진행하면서 결국 사망하였다.

해설

외투세포림프종은 처음 발견 시 전신 질환이 대부분으로, 80-90%에서 위장관도 침윤되어 있다. 진단 시 위장관 증상이 나타나는 경우는 26% 이다. Median overall survival은 집중 치료 시 8-10년 정도이다. 위장관 외투세포림프종의 가장 흔한 타입은 lymphomatous polyposis 형태이다. 항암 혹은 방사선 치료 혹은 항암 및 방사선 치료를 시행한다.

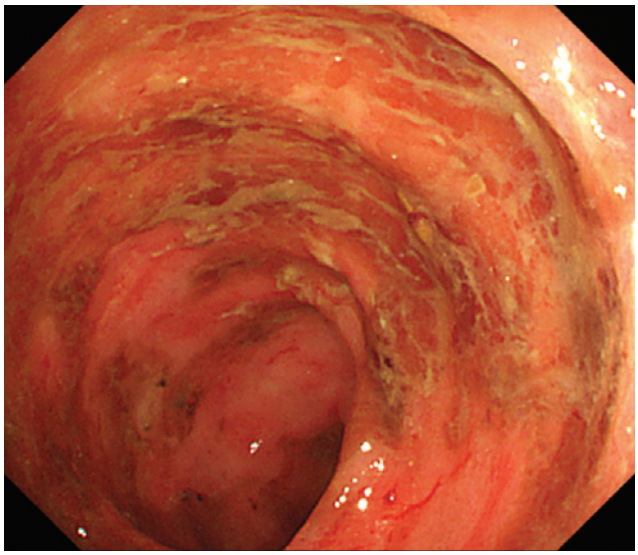
토의

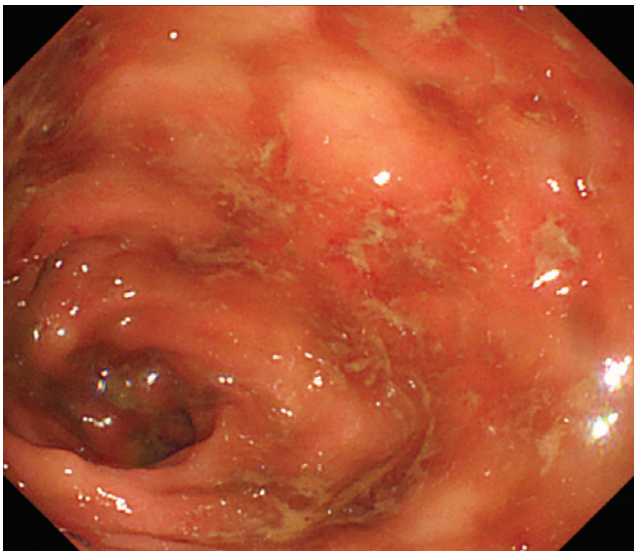
이준행: MALT lymphoma와 mantle cell lymphoma는 조직학적으로 유사한 특징을 보여 간혹 혼동될 수 있습니다. Cyclin D1 염색 반응에서 mantle cell lymphoma는 거의 양성, MALT lymphoma에서는 음성입니다.

이식편대숙주병

Graft versus host disease

송주혜 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

46세 남자가 골수이형성증으로 항암 치료 후 조혈모세포이식을 받았고, 면역억제제 복용 중에 식욕 감소 및 설사가 지속되어 구불결장 내시경을 시행하였다.
장점막이 전반적으로 부어있고 발적이 동반되었으며, 다수의 지도상형의 얕은 궤양이 광범위하게 관찰되었다.

진단 및 경과

Graft versus host disease (GVHD)
대장 및 직장 조직검사 결과에서 GVHD가 확인되었고, 이에 대해 고용량의 스테로이드를 투약하였다. 증상 호전이 미미하여 다시 구불결장 내시경을 시행하였고, 추가적으로 거대세포바이러스 감염이 확인되어 항바이러스제 치료도 추가하였다. 이후 환자는 치료를 지속하던 중 곰팡이 감염으로 사망하였다.

해설

GVHD는 조혈모세포세포 이식 시 수혈된 림프구가 면역 기능이 저하된 숙주를 공격하여 발열, 발진, 간기능 이상, 설사 등의 증상을 일으키는 질환이다. 조혈모세포이식을 받은 환자에서 위장관 증상이 지속될 때 GVHD를 의심하고 검사를 시행하는 것이 중요하다. Grade 2이상의 GVHD에서는 전신 스테로이드 치료를 시행한다.

토의

이준행: 간 involvement로 인해 간 수치도 오르면서 장에도 이러한 소견이 보이면 GVHD로 확진할 수 있는데, 간 소견 없이 장 소견만 보일 때는 바이러스 감염과 구분이 어려울 수 있습니다. 어떤 포인트로 감별을 할 수 있습니까?

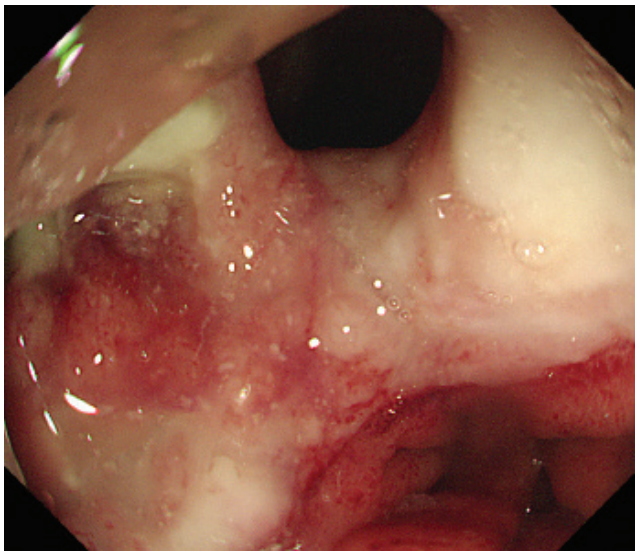
송주혜: CMV co-infection이 되는 경우도 있는데, 일단 조직검사를 통해 확인할 수 있기 때문에 의심될 때는 CMV 염색까지 같이 시행하는 것이 좋습니다. 대부분 CMV는 궤양이 훨씬 더 깊고 경계가 명확한 편입니다. 물론 이렇게 diffuse한 CMV 케이스도 있었습니다.

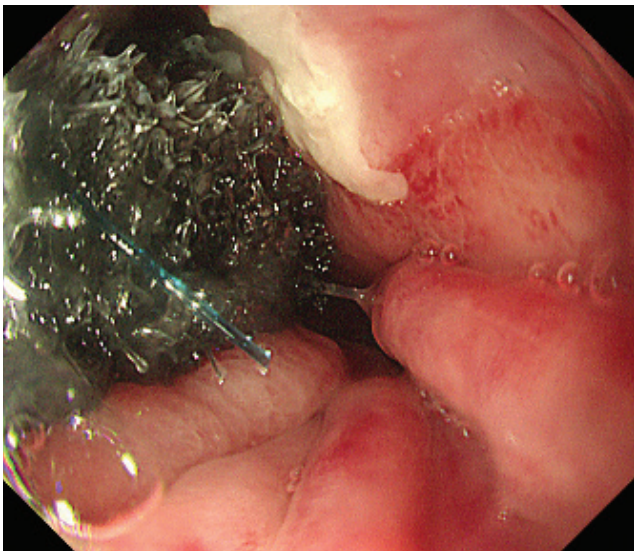
이준행: GVHD는 대장에서 설사를 보이지만 전신 질환으로 위나 십이지장에 궤양이나 미란을 동반하는 경우가 있는데, CMV colitis는 그런 경우가 적습니다. 따라서 상부위장관 내시경 질환이 같이 있을 때에도 면역학적인 컨디션인 GVHD를 좀 더 의심할 수 있겠습니다.

문합부 누공

Anastomosis site tracheoesophageal fistula

신예지 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

식도암으로 Ivor lewis 수술을 받은 55세 남자 환자이다. 기침 및 반복되는 구토로 시행한 내시경에서 anastomosis site에 0.5 cm 크기의 fistular opening이 관찰되었다. Anastomosis site 주변부로 발적과 백색 삼출물이 동반되어 있었고, 일부에서는 아직 healing이 덜 되어 있는 부분도 확인되었다.

진단 및 경과

Anastomosis site tracheoesophageal fistula
Feeding jejunostomy로 경장 영양을 유지하면서 경구로는 금식 유지하며 상기 부위에 대하여 반복하여 EVAC (endoscopic vacuum-assisted closure)을 시행하였다. Fistula 크기는 다소 줄어들었으나 여전히 유지되는 소견으로 TEF division을 시행하였다.

해설

TEF는 식도와 호흡기계 사이에 비정상적인 연결이 있는 드문 질환으로, 악성 종양에 의한 침범이나 방사선, 항암 치료를 받거나, 외상, 감염에 대하여도 발생할 수 있다. 이 환자는 수술 후 anastomosis site 부위에서 발생하였다. TEF의 진단은 반복적인 기침, 연하곤란, 호흡곤란 등이 있을때 의심하고, 내시경으로 진단할 수 있으며 CT도 도움이 될 수 있다. 누공 크기가 작은 경우 식도조영술도 도움이 될 수 있다. 식도조영술 시행 시 조영제가 기관지로 흡인될 수 있어 수용성 조영제 사용이 필요하다. 치료로는 EVAC을 시도해 볼 수 있고, esophageal stent, 필요시 수술적 치료를 할 수 있으며 금식이 길어질 경우 feeding jejunostomy를 사용하기도 한다.

토의

이준행: EVAC 치료는 sponge suction을 이용한 치료로, sponge는 (1) granulation tissue 생성을 촉진하고, (2) 음압 drain에 점막이 들러붙지 않아서 효과적으로 drain할 수 있습니다. 일주일에 두 번 정도 sponge drain을 교체합니다. 점차 작아져서 결국 막힙니다.

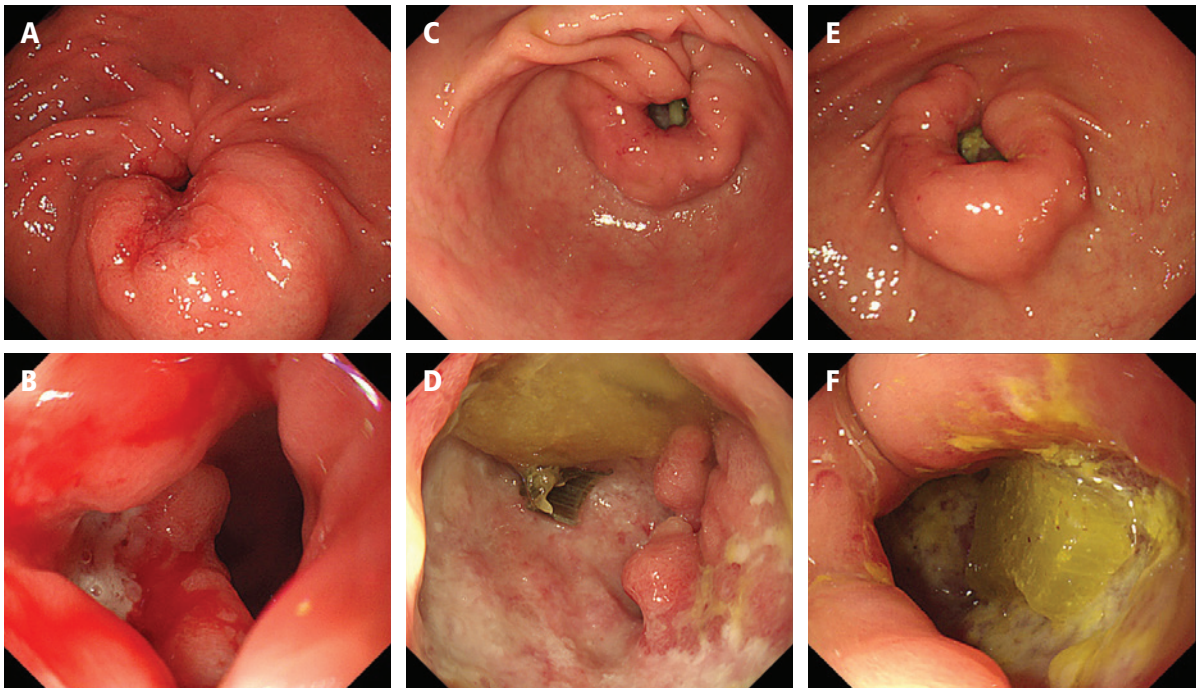
이서준: 음압을 걸어서 치료를 하게 되면 최소 어느 정도 경과 관찰을 해야 합니까?

이준행: EVAC 치료로 몇 주 내에 호전되지 않으면 다른 방법을 고려해야 되지 않을까 싶습니다. EVAC 치료는 Ivor Lewis 수술뿐만 아니라 subtotal이나 total gastrectomy 이후 생긴 fistula에 대해서도 적극적으로 시도되고 있는 방법입니다.

날문암

Pyloric ring cancer

신예지 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

65세 여자 환자가 2년 전 위암 혹은 십이지장 궤양 의증으로 의뢰되었다. 첫 내시경 조직검사에서 암 소견이 확인되지 않았다〈그림 A, B. 조직검사: Chronic gastritis, active, eroded, with necrotic detritus and granulation tissue〉. 내시경 재검을 권하였으나 추적 관찰 소실(follow up loss)이 되었고 스스로 식이요법만을 하였다. 2년 후 연하곤란으로 다시 방문하여 내시경 검사를 시행하였다. 위 날문부의 부종이 심하였고 다소 좁아져 보였으며 주변으로 주름이 두꺼워져 있으며 십이지장 구부 전체에 걸쳐 circumferential한 궤양이 관찰되었다. 그러나 금번 조직검사에서도 암 소견이 나오지 않았다〈그림 C, D. 조직검사 peptic duodenitis with erosion and necrotic debris〉. 단기 추적 관찰 내시경을 시행하였으며 조직검사에서 adenocarcinoma, moderately differentiated로 확인되었다〈그림 E, F〉.

진단 및 경과

Pyloric ring cancer
Staging workup 후 수술 예정이다.

해설

날문의 궤양형 병소이나 조직검사에서 암 소견이 없어서 단기 추적 검사를 권하였으나 follow up loss되었던 환자이다. 스스로 식이요법을 하였으나 증상이 악화되어 내원하였고 첫 내시경 조직검사에서 암 소견이 나오지 않았으나 내시경 육안 소견이 악화된 것을 근거로 단기 추적 내시경을 시행하여 암으로 조직진단 할 수 있었던 증례이다. 궤양형 위암의 조직검사는 false negative가 많은데 특히 병소의 위치가 날문인 경우 정확한 target biopsy가 어려울 수 있다.

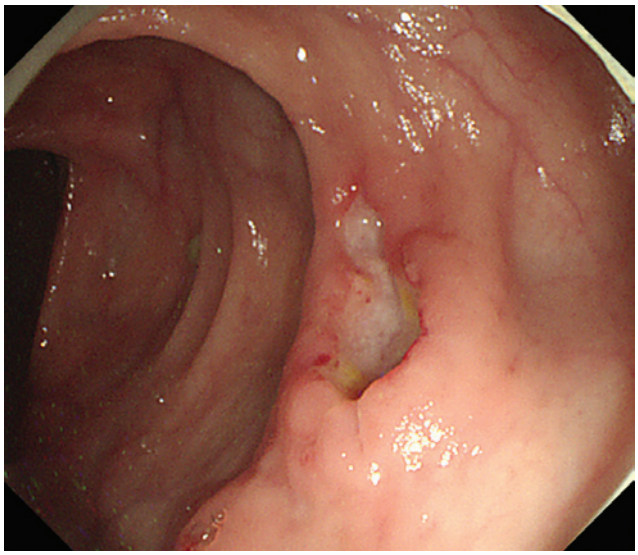
토의

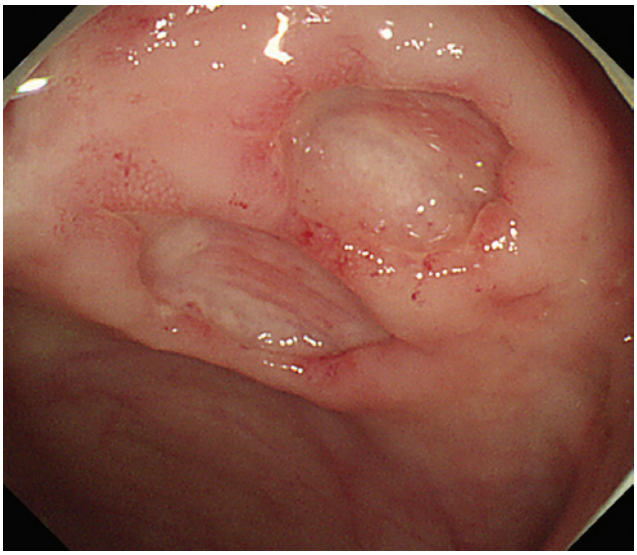
이준행: 궤양형 암은 조직검사에서 암이 확인되지 않을 수 있습니다. 특히 날문이나 십이지장 구부의 암은 정확한 target biopsy를 위한 위치로 접근하기 어렵기 때문에 조직검사의 민감도가 낮은 경향입니다. 추적 검사가 중요할 것입니다. 환자가 추적 검사를 받지 않을 경우 어느 정도 적극적으로 대응해야 하는지 명확하지 않습니다. 추적 검사를 받을지 여부, 치료를 받을지 여부, 어떤 의료기관에서 치료받을지 여부 등의 결정은 전적으로 환자의 권리이기 때문입니다.

결절외 비성 NK/T 세포 림프종

Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type

이경무 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

78세 여자가 체중 감소 및 혈변을 주소로 내원하여 내시경 및 복부 CT를 시행하였다. 위내시경에서는 십이지장 말단에서 융기된 점막 소견 이외 다른 특이 소견은 없었고, 대장내시경에서 2-3 cm 크기의 주변부 융기를 동반한 함몰이 깊고 경계가 명확한 다발성 궤양이 관찰되었다. 복부 CT상에서는 다발성 림프절 비대 소견이 관찰되었다.

진단 및 경과

Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type, EBV (+)
조직검사 결과 대장 궤양 및 십이지장의 융기된 점막 모두 extranodal NK/T cell lymphoma로 확인되었다. 이후 VIDL regimen (30% dose reduction)으로 항암 치료를 시작하였으나 항암 치료 2일째 tumor lysis syndrome이 발생하였고, 이후 중환자실로 전실하여 CRRT 등 치료를 하였음에도 상태 악화되어 결국 항암 치료 3일째 사망하였다.

해설

Extranodal NK/T cell lymphoma of nasal type은 아시아 지역에서 발생 빈도가 높으며, 주로 Epstein-Barr virus에 의해 발생한다. 위장관에서 발생하는 악성 림프종의 육안 형태는 어느 정도 조직형과 상관성을 보이기는 하지만, 대개 비특이적이고 내시경 소견도 다양하여 진단에 어려움이 많다. NK/T cell lymphoma는 표재성 미란성 형태나 궤양성 또는 궤양성 침윤성 병변이 많으며, 크론병이나 궤양성대장염 같은 염증성 장질환과 감별을 요하는 경우도 있다. 이 환자의 경우 소장 점막의 융기성 병변에서도 extranodal NK/T cell lymphoma이 진단되었는데, 이처럼 다양한 육안 소견으로 관찰될 수 있다. 치료는 병기 및 환자 전신 상태 등에 따라 결정 되며, 경과 및 예후는 5년 생존율이 nasal type이 54%, non-nasal type이 34% 정도로 불량한 것으로 알려져 있다.

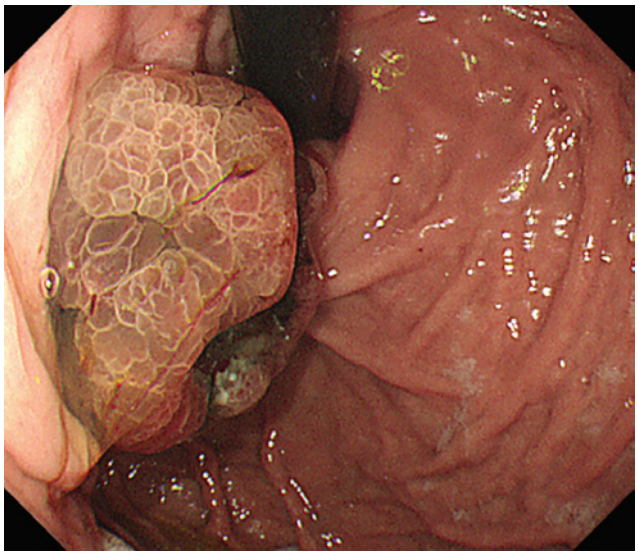
토의

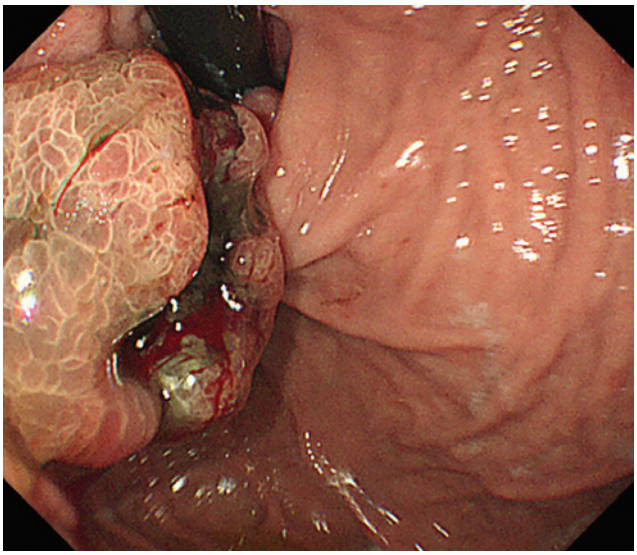
이준행: Extra-nasal NK/T cell lymphoma는 중요한 aggressive disease entity인데, 경과 및 예후가 매우 나빠서 5년 생존율이 38-45% 정도라고 보고되어 있습니다. 이 환자도 진단 후 사망까지 한 달 이내였습니다. EB virus infection과 관련이 있다는 점은 기억할 필요가 있습니다.

전이성 악성흑색종

Metastatic malignant melanoma

이경무 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

51세 남자가 혀의 악성흑색종으로 이비인후과 수술적 치료 후 항암 방사선 치료를 하였으며, 이후 2년 뒤 CT상에서 전이 소견이 의심되어 위내시경을 시행하였다. 위분문 후벽 부위에 약 3 cm 크기의 검은 갈색 빛을 띄는 중앙부 깊은 궤양을 동반한 종괴가 관찰되었다.

진단 및 경과

Metastatic malignant melanoma

조직검사 결과, metastatic malignant melanoma, Melan-a(+), HMB45(+)로 확인되었다. 위 전이 외에도 폐 전이 소견도 확인 되어 면역 항암 치료(pembrolizumab)를 시행하였으나 질병이 진행되어 현재 연구 항암 치료 중에 있다.

해설

악성 흑색종은 멜라닌 세포의 악성 종양으로서 멜라닌 세포가 존재하는 곳에는 어느 부위에서나 발생할 수 있으나 피부에서 가장 많이 발생한다. 우리나라를 포함하여 동양인은 백인보다 발생률이 낮지만 비교적 진행된 상태로 발견되는 경우가 많아서 예후는 불량하다. 악성 흑색종의 전이는 대개 원발 병소 이 외의 피부에서 호발하지만, 그 밖에도 뇌, 뼈, 간, 폐, 식도, 위, 장관 등 어떤 기관들도 침범할 수 있다. 소화 기관 중 전이 빈도가 높은 곳은 소장이지만 대장, 위, 식도 등에도 전이가 흔하다. 위 전이는 약 10-26% 정도이며 보통 다발성 점막하 종양의 형태로 관찰된다. 특히 점막하 종양 상단의 depression과 black discoloration이 특징이다.

토의

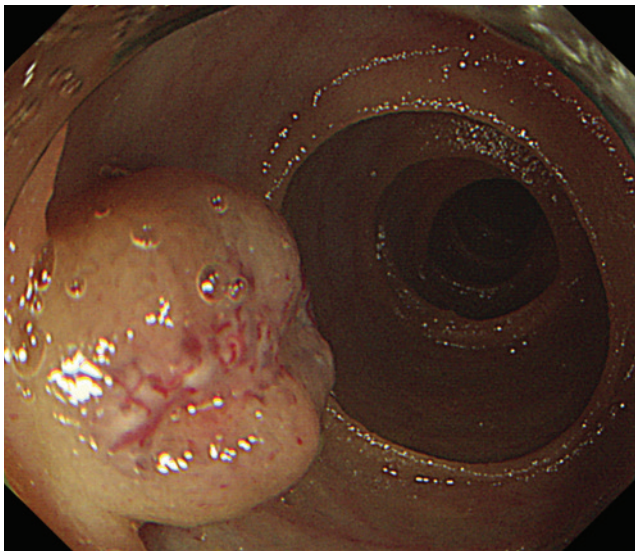
이준행: 최근 경희대학교 병원에서 multiple metastasis를 보인 환자의 조직학적 진단이 되지 않아서 고민이었던 증례가 있었는데, 결국 여러 면역염색검사, 특히 HMB-45 positive 그리고 cytokeratin negative 등의 소견을 바탕으로 amelanotic melanoma의 multiple metastasis를 진단한 사례가 있었습니다. 그런 경우는 드물기 때문에 모든 환자가 다 black pigmentation을 보이지는 않는다는 점을 참고하면 좋겠습니다.

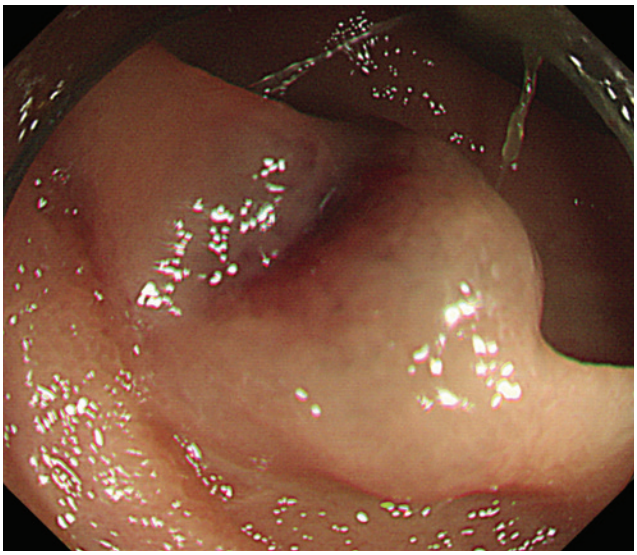
이번 증례는 single이고 사이즈가 3 cm로 비교적 크다는 점이 다른 multiple metastasis에서 보였던 melanoma와 차별점이 있다고 볼 수 있습니다.

청색고무물집모반증후군

Blue rubber bleb nevus syndrome

이서준 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

전신에 반복되는 혈관종과 빈혈로 추적 관찰하는 환자로, 대장내시경에서 혈관종이 발견되어 EMR을 시행하였다. 캡슐내시경에서도 소장에서 다수의 혈관종이 발견되었다.

진단 및 경과

Blue rubber bleb nevus syndrome (BRBNS)
Intraoperative enteroscopy를 시행하였다. Mid jejunum을 절개하여 oral side 및 anal side로 진행하며 관찰되는 혈관종들에 대해 내시경절제술을 시행하였으며, 소장 외부까지 침범한 큰 혈관종에 대해서는 외과적 절제술을 시행하였다.

해설

BRBNS는 주로 피부와 연조직, 위장관의 다발성 정맥 기형과 위장관 출혈을 특징으로 하는 매우 드문 질환이다. 염색체 9p와 관련된 상염색체 우성으로 유전하는 경우도 있지만 대부분 산발적으로 발생한다. 정맥 기형은 신체 어느 곳에나 침범할 수 있다. 환자는 주로 위장관계의 정맥 기형에서 비롯되는 급성 또는 만성 출혈로 심각한 철결핍성 빈혈이 반복되고, 이로 인해 잦은 입원과 빈번한 적혈구 수혈을 받아야 하는 상황이 초래된다. 10명의 환자를 분석한 자료에 따르면 소장(10명), 결장(10명), 위(7명), 십이지장(7명), 직장(5명), 식도(3명) 등 모든 장기에서 발견되고 있다. 최근 국외에서는 소장에 존재하는 정맥 기형을 확인하기 위해 캡슐내시경이 이용되고 있으며, 치료는 광범위한 외과적 절제가 선호되고 있다. 반복적인 수혈을 요하는 심각한 출혈이 없으면 위장관 병변은 제거하지 않고 경과 관찰을 하기도 한다.

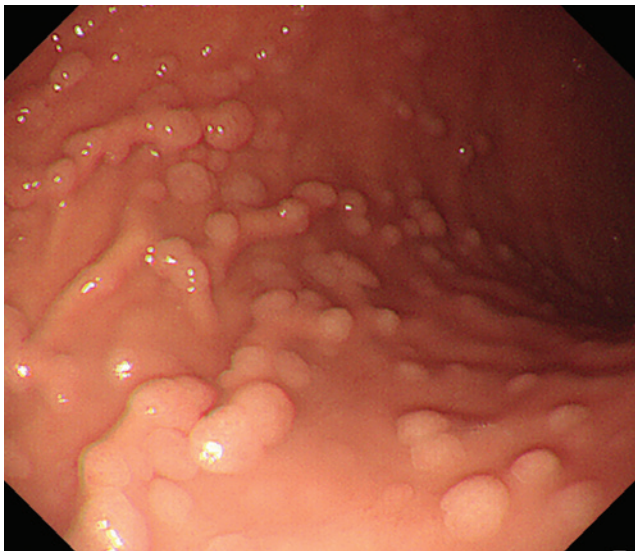
토의

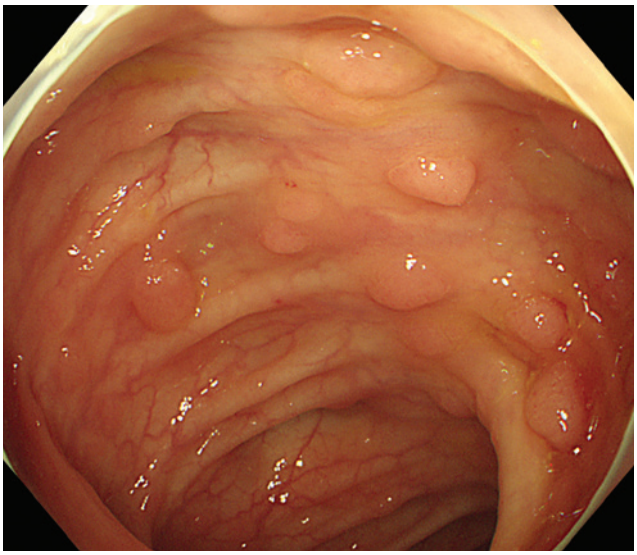
이준행: BRBNS는 염색체 9번과 관련이 있으나 특정 유전자가 지목되지는 않았습니다. 피부에 생기기 때문에 미용상 좋지 않고, 위장관에 생겨서 출혈이 될 수 있습니다. 병변이 multiple하고, 광범위하기 때문에 재발성 출혈이 생길 수 있습니다. 현재까지는 근본적인 치료 방법이 없어서 문제가 되는 것만 제거하고 경과 관찰을 합니다. 위나 소장에서 BRBN에 의한 hemangioma는 혈관종이기 때문에 조직검사를 하면 어마어마하게 많은 출혈이 생길 것으로 예상하지만, 전혀 그렇지 않습니다. Venous malformation은 pressure가 낮은 혈관종이고, complex vascular network를 이루고 있어서 조직검사로 약간 출혈이 생기더라도 기다리면 저절로 멎습니다.

가족성 대장 용종증과 동반된 갑상선암

FAP with thyroid cancer, cribriform-morular variant

이서준 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상 상 및 내시경 소견

갑상선암(cribriform-morular variant) 조직형으로 갑상선 좌엽 절제술을 받은 환자로, 위내시경(왼쪽)과 대장내시경(오른쪽)에서 많은 용종이 관찰되어 추적 관찰을 위해 의뢰되었다. 위내시경에서는 다발성 sessile polyp으로 조직검사에서는 위저선 용종(fundic gland polyp)이었고, 대장내시경에서도 수 십 개 이상의 sessile polyp이 관찰되었으며 선종이었다.

진단 및 경과

Familial adenomatous polyposis (FAP)와 동반된 갑상선암
유전학적 검사에서 APC 유전자의 결실(deletion)이 확인되었다. 대장 전절제술(total colectomy)을 추천하였다.

해설

FAP는 전체 대장암의 1% 미만을 차지하고 있으나 유전적 특성이 잘 알려진 매우 중요한 질환이다. 다발성 용종이 나타난 환자에서 대부분 10 – 20년 이내에 암이 발생되므로 암을 동반하지 않은 다발성 용종 단계에서 조기에 발견하여 대장 전절제술로 치료한다.
갑상선암 중 cribriform-morular variant 조직형을 보이는 환자의 절반에서 FAP를 동반하는 특성을 보인다. 갑상선암을 진단받은 환자 중 cribriform-morular variant가 확인된 환자들에 대해서 위내시경 및 대장내시경을 통한 FAP의 동반 여부 확인이 중요하겠다.

토의

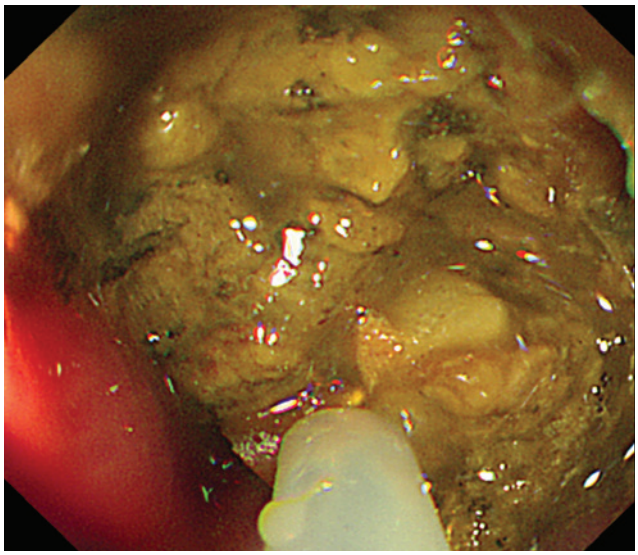
이서준: 갑상선암에서 cribriform-morular variant가 확인된 환자인데, FAP는 유전적인 특성을 가진 질환이어서 갑상선암이 확인된 환자들에서는 내시경 검사를 통한 FAP 확인이 꼭 필요하다고 생각됩니다.

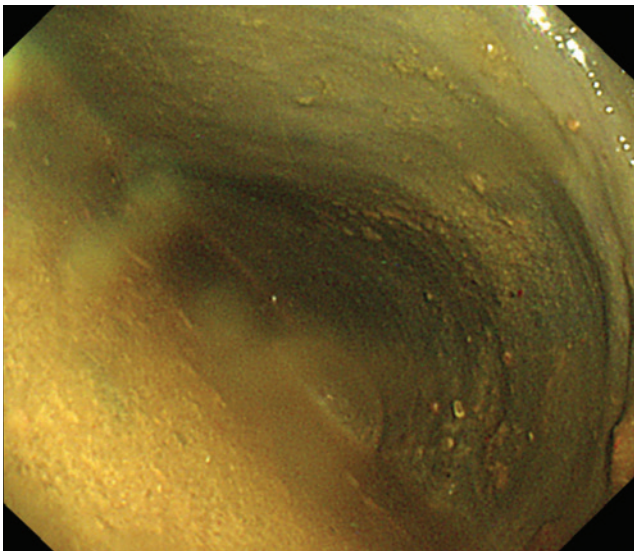
이준행: 젊은 여성들의 갑상선암 수술 이후 pathology 중 cribriform-morular type이 있습니다. 갑상선암 papillary carcinoma의 1% 정도를 차지하는데, cribriform-morular type은 구멍이 뚫린 망처럼 생겼습니다. Complex branching papillary structure가 있고 거기에 cribriform area가 있습니다. 그러한 조직 소견을 보이는 환자의 절반에서 FAP가 나옵니다. 따라서 cribriform-morular type의 histology가 나오면 바로 대장내시경을 해야 됩니다. FAP 환자에서 polyposis가 있는 경우 암 발생률은 100%입니다. 장기 관찰하다 암이 생기면 수술을 해야 합니다.

숙변대장염 및 허혈성 대장염

Stercoral colitis & ischemic colitis

최창완 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

정신분열증으로 약물 치료 중이던 50세 여자가 내원 2주 전부터 변을 못 보고 내원 당일 복통이 악화되어 응급실에서 시행한 복부 CT에서 직장구불결장 접합부에 분변 매복과 함께 근위부 대장 및 소장에 장마비 소견이 관찰되었고 패혈증 소견이 관찰되었다. 이후 구불결장경 시행하였고 직장구불결장 접합부가 분변으로 폐쇄되어 있는 소견이 관찰되어 분변을 내시경적으로 제거 후 하행결장에 진입하였을 때 액체 상태의 분변과 전체 점막이 회색의 괴사로 변해 있는 소견이 관찰되었다.

진단 및 경과

Stercoral colitis & ischemic colitis

내시경 시행 후 subtotal colectomy를 시행하였고 small bowel ischemia도 동반되어 2일 뒤 small bowel resection 및 anastomosis를 시행하였으나 중환자실에서 치료하면서 호중구에 의한 감염과 여러 합병증으로 한 달 뒤 사망하였다.

해설

보통 숙변대장염은 만성 변비의 유발 인자를 갖는 고령에서 주로 나타나나, 이 증례의 경우는 비교적 50세의 젊은 나이지만 정신분열증으로 인한 약물 치료로 만성 변비를 유발했을 가능성이 높다. 만성 변비의 유발 요인이 있는 환자가 복통을 호소하고 CT상에서 분변 매복 소견과 함께 대장 내강 크기의 확장이 보이면 숙변대장염 가능성을 고려해야한다. 패혈증을 동반한 중증의 경우에는 조기에 수술적 치료가 필요하다.

토의

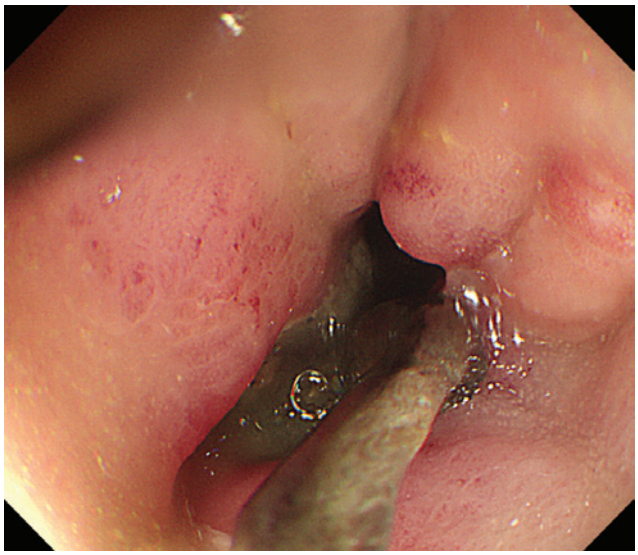
김태준: 전에 정신과에서 고령의 숙변대장염 환자를 진료한 적이 있는데, 경한 증상부터 심한 증상까지 임상적 양상이 다양하게 나타나는 것으로 알고 있습니다.

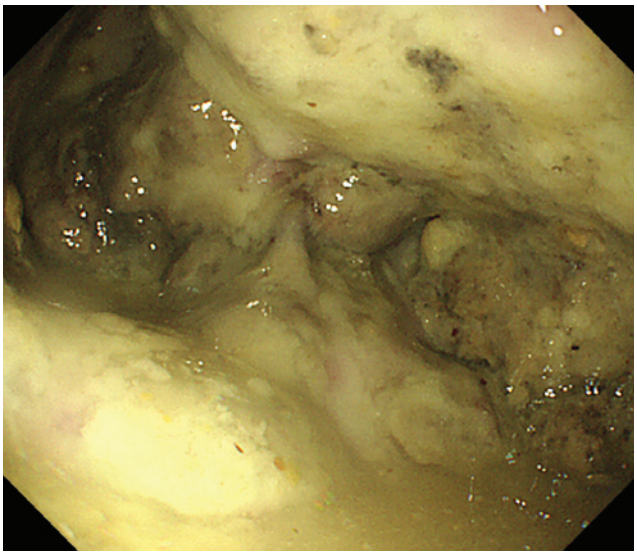
이준행: 숙변대장염은 대장의 변이 꽉 차서 결국 압력에 의해 장이 허혈이 되어 괴사가 되고, 광범위한 경우 허혈성대장염과 같은 양상, 국소적이면 천공을 일으킵니다. 만성 질환이 있는 환자에서 상태가 나빠질 때 변을 전혀 못 보면 혹시 숙변대장염에 의한 패혈증을 조기에 의심하고 적극적으로 수술하지 않으면 사망률이 높은 질환이라고 할 수 있습니다.

대장 B세포 림프종

Colon lymphoma, diffuse large B cell lymphoma

최창완 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과





임상상 및 내시경 소견

63세 남자가 복통이 있어 타병원에서 시행한 대장내시경 및 CT 검사에서 비만곡부 대장암 및 비장, 신장, 복벽에 직접 침윤과 대동맥 주변 임파선 전이 소견으로 본원 외과에 방문하였다. 대장내시경상 비만곡부에 내강이 좁아져 있는 소견이 보이고 협착 부위를 통과하자 내강 전체가 괴사 물질로 덮여 있고, 내강이 폐쇄되어 있는 소견이 관찰되었다.

진단 및 경과

Colon lymphoma, diffuse large B cell lymphoma (DLBCL)
조직검사를 하였으나 염증 조직만 관찰 되었고 구불결장경을 시행하여 조직검사를 재시행하였다. Diffuse large B cell lymphoma로 확인되어 RCHOP 항암 치료를 하고 있으며 병변 부위 출혈이 반복되고 있어 수술적 치료를 고려하고 있다.

해설

이 증례의 경우 괴사 물질로 인하여 조직검사에서 처음 진단이 되지 않았으나 재검을 하여 확인한 경우이다. 당시 내시경 검사에서 조직검사 후 출혈이 심하여 충분한 조직 검체를 얻지 못한 제한점이 있었지만, 다시 시행한 내시경에서는 최대한 병변이 돌출된 부위에서 다수의 조직을 채취하여 진단할 수 있었다. 대장 DLBCL은 증례 보고가 많지 않지만 주로 항암 치료가 필요하고 경우에 따라 수술을 추가하기도 한다.

토의

송주혜: 비교적 광범위함에도 불구하고 obstruction 증상이 없는 경우는 림프종을 의심해야 합니다. 림프종은 adenocarcinoma와 달리 desmoplastic reaction, 즉 tissue fibrosis를 동반하지 않기 때문입니다.

이준행: 서양의 대장 림프종은 99% B cell 림프종인데 반해, 우리나라에서는 T cell 림프종이 종종 발견됩니다. 일전에 김영호 선생님과 제가 국내 13개 병원의 원발성 대장 림프종 환자 97명을 모아 분석했는데, 우리나라 대장 림프종의 가장 큰 특징은 T cell lymphoma가 많다는 점이었습니다. 97례 중 16례, 17.0%가 T cell lymphoma로 진단이 되었습니다. T cell 림프종은 B cell 림프종에 비해서 나이가 10살 정도 어리고 다발성이고, 특히 초기 진단이 어렵습니다. 왜냐하면 ulcerative colitis, infectious colitis와 비슷한 diffuse 병변을 보였기 때문입니다. 따라서 우리나라에서는 diffuse한 colonic lesion이 있을 때 T cell 림프종이 아닌지 주의 깊게 살펴볼 필요가 있습니다.

IN DEPTH CASE ANALYSIS

림프양상피종양 암종

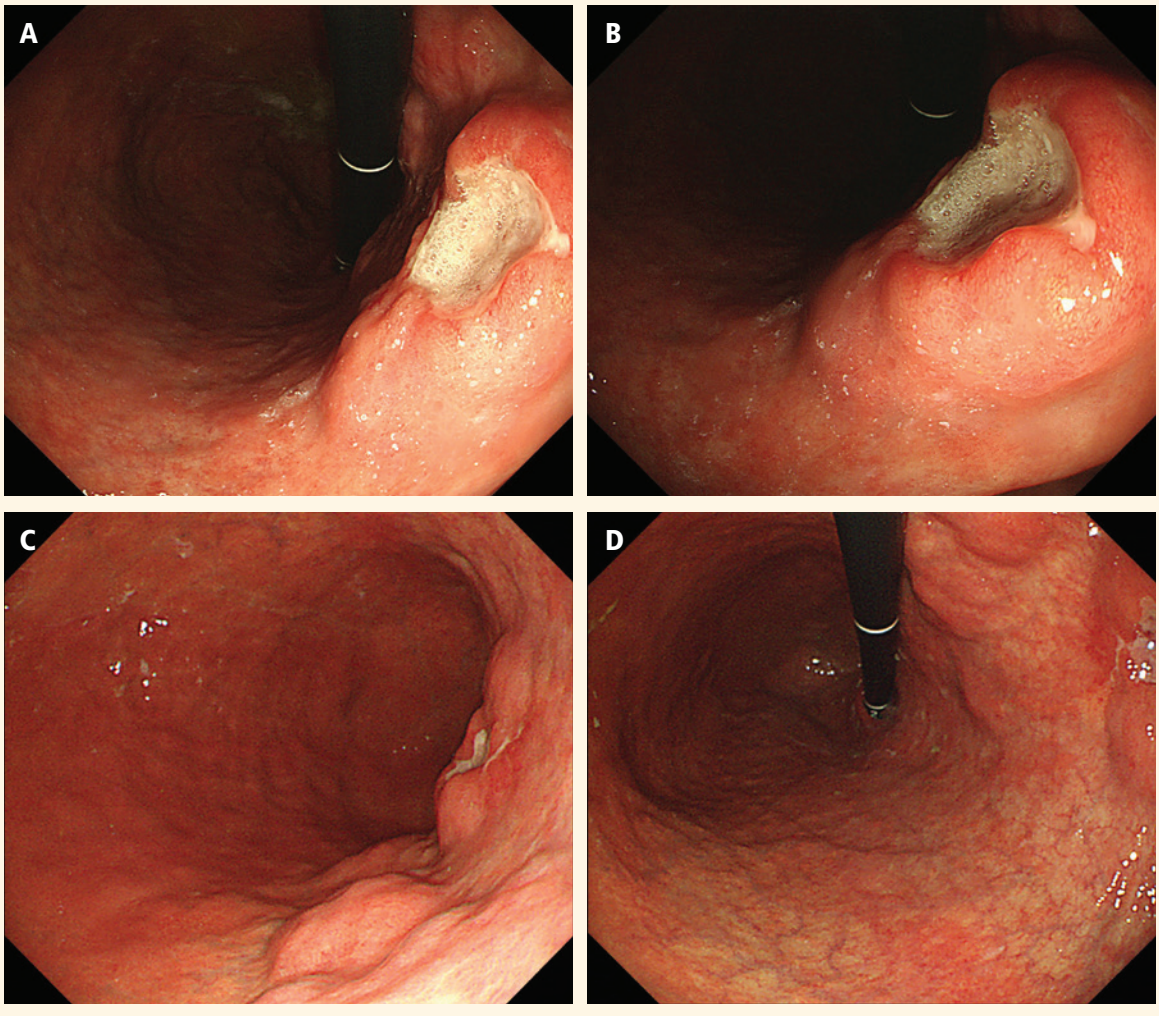
Lymphoepithelioma-like carcinoma, LELC

이준행 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

EndoTODAY 요점

- Lymphoepithelioma-like carcinoma (LELC)는 접시 모양의 다소 납작한 보만 2형 진행성 위암처럼 보이는 경우가 많다. SMT-like cancer의 한 종류이다.
- Lymphoid infiltration으로 인하여 조직검사 위음성이 가능하다.
- 85%에서 EBV 양성이고 예후는 좋은 편이다. EBV 음성에는 예후가 나쁠 수 있다.

내시경 소견



〈그림 1〉

- **위치**: 위체하부 소만
- **크기**: 4 cm
- **주소견**: Mass with central ulceration
- **부소견**: 4 cm의 SMT와 비슷한 느낌으로 융기된 둥근 mass가 있고 그 중앙에 지름 2 cm의 궤양이 있다. 궤양의 edge는 비교적 sharp하지만 첫 사진 3시 방향에 overriding 소견이 있으며 5시부터 7시 방향과 11시부터 12시 20분 방향은 blurred되어 있다. 위체하부 소만에 4 cm 크기의 융기 병소가 있었고 중심이 함몰되어 있었다. 이 병소의 근위부인 위체중부에 마치 무덤과 비슷한 1–3 cm 크기의 몇 개의 융기부가 있었다. 궤양의 바깥 margin에 해당하는 융기부는 비교적 주변 정상 점막으로부터 부드럽게 올라온 모양이고 표면은 대부분 평탄하지만 일부 uneven하며 색조는 대부분 정상이지만 첫 사진 5시부터 7시 방향은 약간 발적되어 보인다. 이 ulcerative mass와 1 cm 정도 떨어진 위체중부 소만에 1 cm 가량의 얕은 dome과 비슷한 SMT 유사 병소들이 몇 개 보인다.
- **내시경 진단**: (1) AGC (2) SMT-like lesions around the AGC
- **분류**: Borrmann type 2
- **English description (김지운 교수)**: A 4 cm, round, elevated mass with 2 cm central ulcer is observed in the lower body along the lesser curvature. The mass has a similar appearance to a submucosal tumor with central ulceration. Ulcer base is mostly smooth with partial erythema and uneven surface. Ulcer edge is relatively sharp, but overriding at 3 o'clock position and blurring from 5 o'clock to 7 o'clock and 11 o'clock to 12 o'clock positions are observed on the first picture. Ulcer margin is edematous, softly elevated from the surrounding normal mucosa. Several other mound-like masses, measuring 1–3 cm, are noted proximal to the mass in the mid body. There are other smaller dome-like (SMT like) lesions in the mid body along the lesser curvature.
- **조직검사 결과**: atypical cells, suspicious for poorly differentiated adenocarcinoma

임상 소견

65세 남성이 건진내시경에서 발견된 위암 의심 소견으로 의뢰되었다. 조직검사 결과는 atypical cells, suspicious for poorly differentiated adenocarcinoma였다. 내시경 재검**〈그림 1C, 1D〉**에서 위체하부 함몰을 동반한 융기부 조직검사는 tubular adenocarcinoma, moderately differentiated (cytokeratin AE1/AE3 positive) 였으며 이보다 근위부 점막하종양 유사한 융기부들의 조직검사는 gastritis 뿐이었다. CT에서 림프절 전이는 없었다.

수술 및 병리 소견

수술장에서 subtotal gastrectomy 계획으로 위를 절제하였으나 검체 확인 시 proximal margin이 1 cm 정도였으며 식도위접합부와 가까워 total gastrectomy로 전환하였다.

병리 결과**〈그림 2-4〉**는 advanced gastric cancer, lymphoepithelioma-like carcinoma (LELC, 림프양상피종양암종), Lauren: indeterminate, 5x8x4.8 cm, penetrated subserosal connective tissue, resection margin negative, no lymph node metastasis (0/40)이었다(AJCC 8th pT3N0). 궤양부 이외는 정상점막 아래로 넓게 침윤을 보였다. Epstein-Barr virus: 음성, c-erbB-2: 음성, intact MLH1이었다.

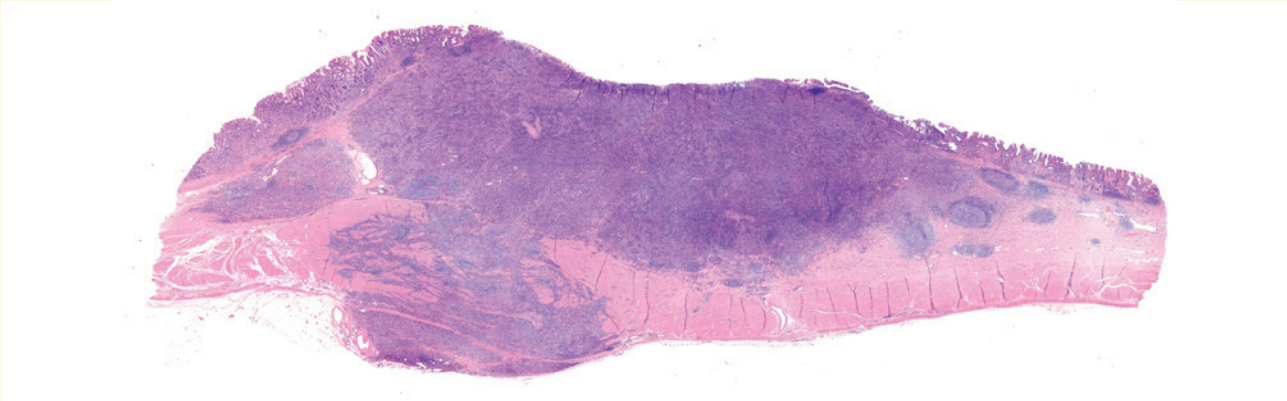


그림 2. 주로 점막하층에 분포하는 큰 종괴가 있다. 중앙은 점막층이 없어지고 종양이 노출되어 있지만 바깥은 점막은 정상이고 종양은 정상 점막 아래에서 폭넓게 관찰된다. Main mass와 조금 떨어진 여러 개의 암 덩어리들이 보인다. 종양의 중앙은 proper muscle과 subserosal area에 침윤되어 있다.

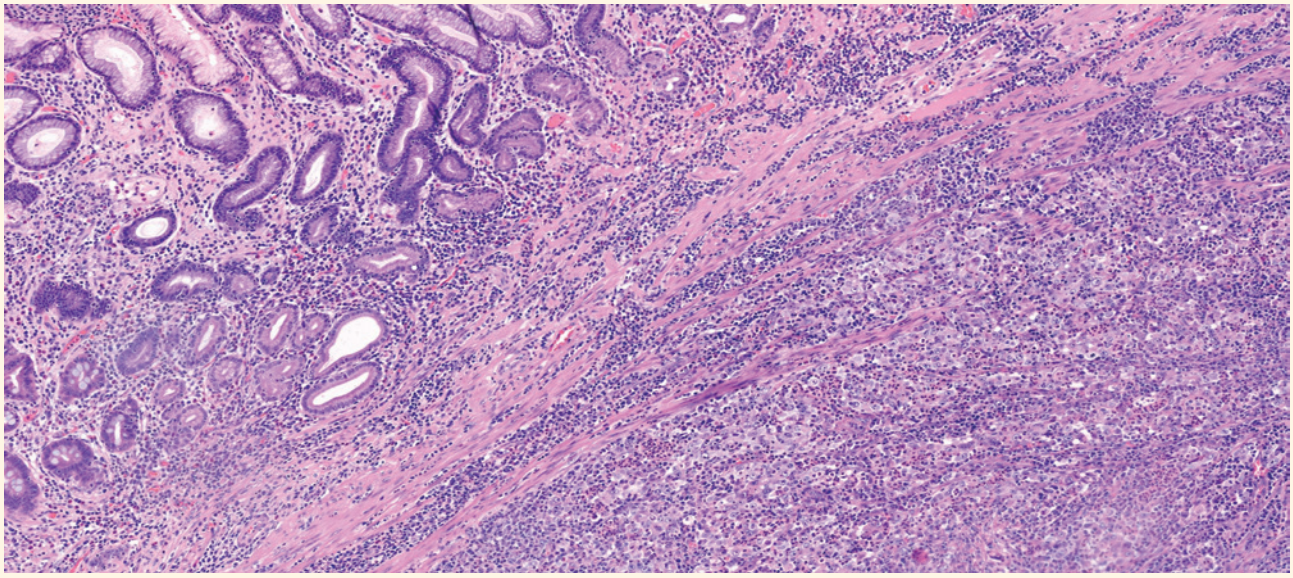


그림 3. 정상 점막과 종양이 한 화면에서 보이는 부분이다. 깊은 점막층에는 림프구와 종양 세포가 일부 침윤되어 있고 muscularis mucosa도 림프구와 종양 세포에 의하여 expansion되어 있으며 주된 종양 부위는 점막하층에 넓게 분포되어 있다.

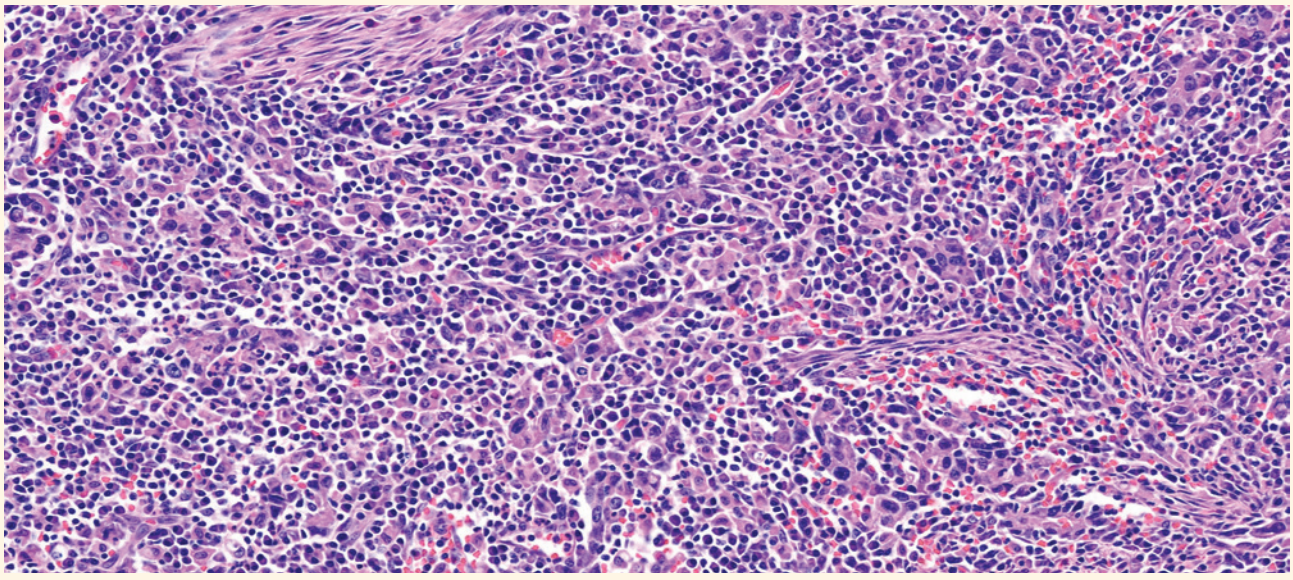


그림 4. Irregular sheets of polygonal tumor cells infiltrated by numerous lymphocytes

해설

Lymphoepithelioma-like carcinoma (LELC)는 조직학적으로 비인두암과 유사하고 림프구성 간질을 가진 미분화된 위종양이다. Medullary carcinoma 혹은 gastric carcinoma with lymphoid stroma로도 불리는 이 질환은 (1) EBV 감염이나 (2) microsatellite instability (MSI)와 관련되어 있다. EBV 양성 증례는 남성, 근위부 위(proximal stomach)에 흔한데, 재활성화 된 EBV를 가진 림프구에 의하여 위세포가 감염되어 발생하는 것으로 생각된다. MSI 관련 증례는 여성, 고령, 전정부에 흔하다. 위암 중 5-15%에서 EBV 감염이 있고 LELC의 85%에서 EBV 양성이지만, 이 증례는 LELC임에도 불구하고 EBV 음성이라는 점이 특징이다.

LELC는 함몰을 동반한 완만한 융기 병소(ulcerated plaque-like lesion 혹은 saucer-like tumor)로 관찰되는 경우가 많고 간혹 papillary growth를 보인다. 점막하종양 유사 위암(SMT-like gastric cancer)으로 나타나기도 한다. 내시경 겸자 생검에서는 림프구 침윤이 많기 때문에 진단이 어려울 수 있다. 수술 병리 소견에서 림프구 침윤이 현저하고 종양 세포는 cords를 형성하며 분포된다(irregular sheets of medium-to-large sized polygonal cells associated with a prominent lymphocytic infiltrate).

EBV 양성 LELC의 예후는 림프절 전이가 적은 편이므로 병기가 낮은 상태에서 발견되어 전체적인 예후는 좋다. 그러나 본 증례처럼 EBV 음성인 예는 상대적으로 예후가 나쁠 수 있다.[1]

다양한 증례

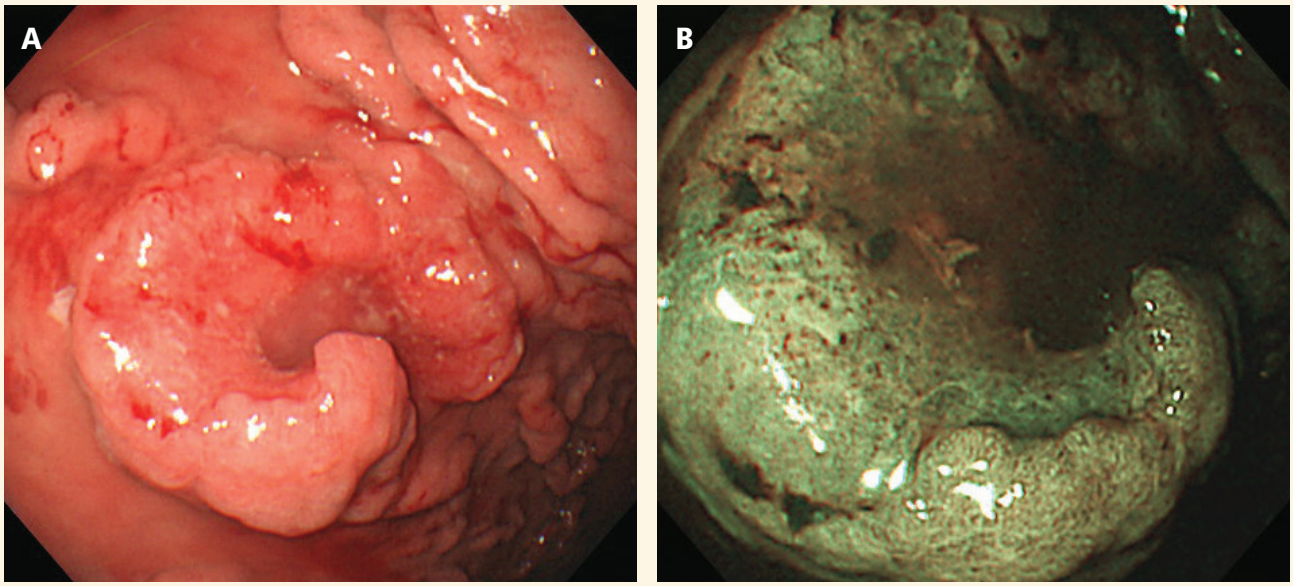


그림 5. 위체상부 대만 약 4 cm 크기의 다소 얕은 보만 2형 진행성 위암으로 판단되었고, 조직검사는 tubular adenocarcinoma, poorly differentiated 였다. Total gastrectomy가 시행되었고 수술 후 병리는 다음과 같았다. AGC, lymphoepithelioma-like carcinoma, Lauren: diffuse, 4.4×3.2 cm, extension to proper muscle, negative resection margin, no lymph node metastasis (0/67), EBV in-situ hybridization: positive

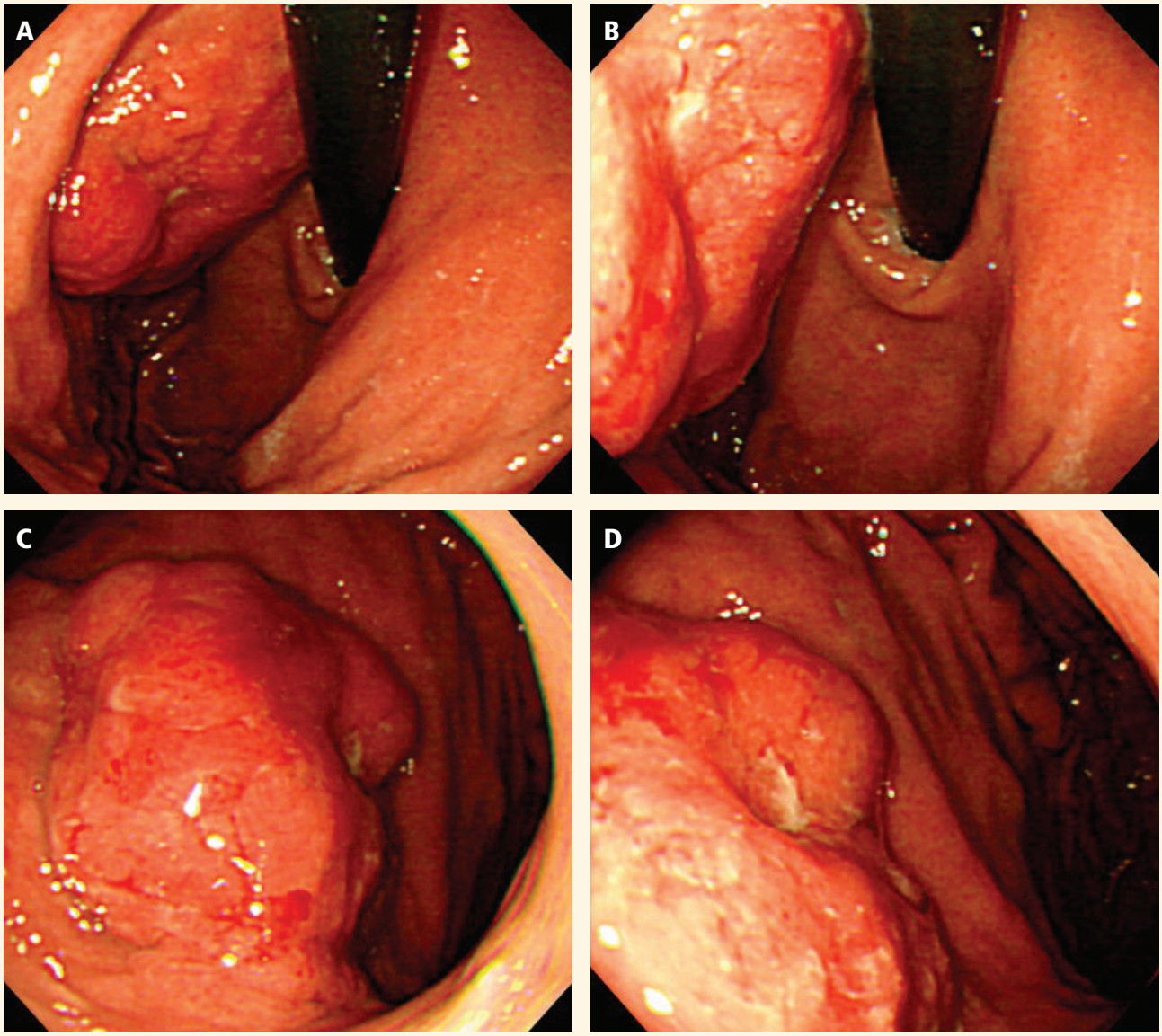
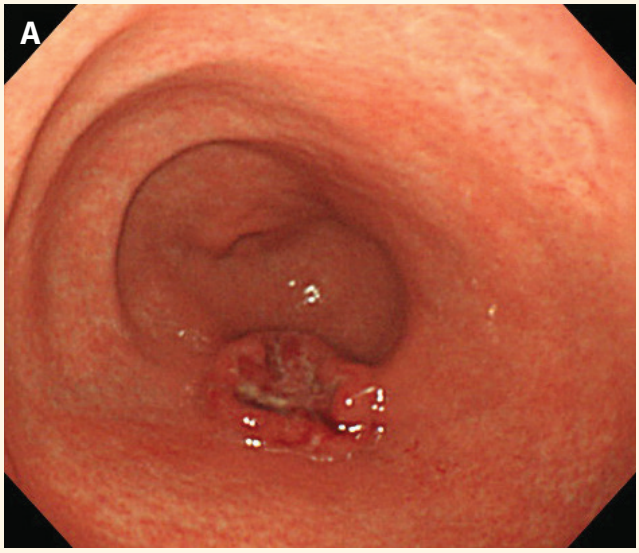
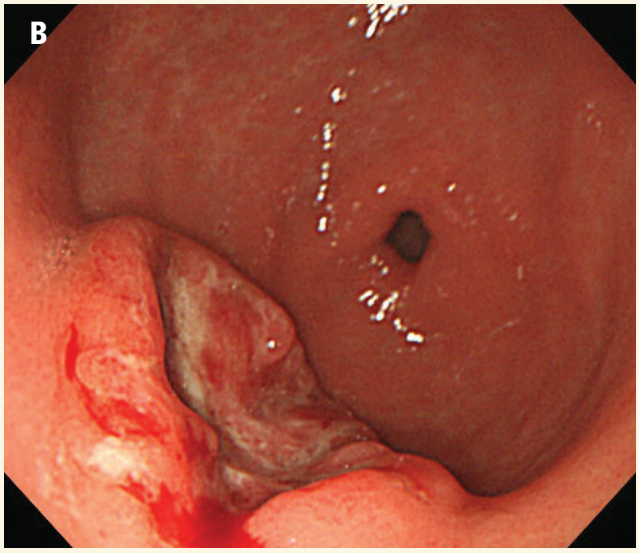


그림 6. 위체상부 대만/후벽에 5 cm 크기의 protruded mass lesion이 있고 그 중앙은 약간 함몰되어 있다. EGC type 1 혹은 AGC Borrmann type 1의 가능성이 있다고 판단하였고 조직검사는 tubular adenocarcinoma, well differentiated였다. Total gastrectomy가 시행되었고 수술 후 병리는 다음과 같았다. EGC, lymphoepithelioma-like carcinoma, Lauren: intestinal, 7.7×3.7 cm, extension to subserosa (SM3), negative resection margin, no lymph node metastasis (0/37), EBV in-situ hybridization: positive





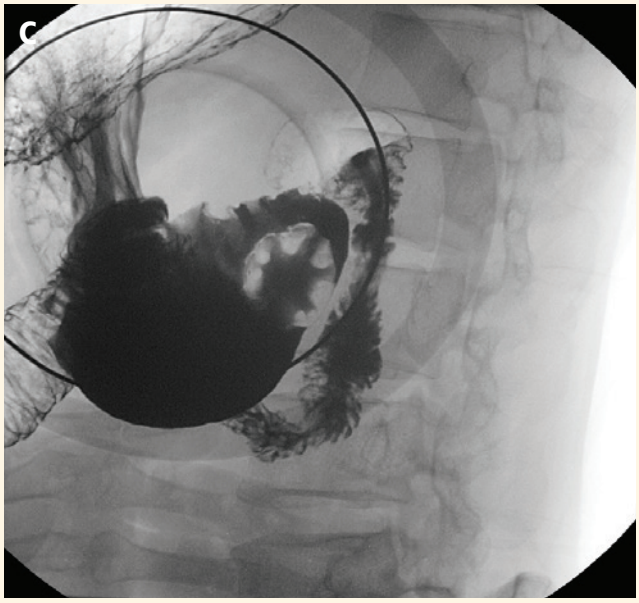


그림 7. 원위 전정부 대만에 3 cm의 융기 + 함몰형 종양이 발견되고 바륨조영술에서도 함몰부 주변의 결정성 융기부가 잘 관찰되고 조직검사는 tubular adenocarcinoma, poorly differentiated였다. Subtotal gastrectomy가 시행되었고 수술 후 병리는 다음과 같았다. EGC, lymphoepithelioma-like carcinoma, Lauren: intestinal, extension to submucosa (SM3), negative resection margins, metastasis to 2 (number 5 nodes) out of 36 regional nodes, EBV in-situ hybridization: positive

토의

이준행: 내시경 소견을 보면 elevated lesion central ulceration인 것 같으나, **〈그림 1C〉**에 작은 언덕처럼 울퉁불퉁 튀어나온 데까지 전부 종양이었던 경우입니다. Pathology를 보시면 **〈그림 2〉**에서 보듯이 일부분은 necrosis가 있어서 ulceration이 되어 있는 부분이 있으나, tumor 위쪽을 상당 부분 정상 조직이 덮고 있습니다. 그래서 half ulcerative, half SMT-like 병소입니다. 조직 소견은 **〈그림 4〉**에 잘 나오는데, 핵이 좀 크고 cytoplasm이 있는 세포들은 adenocarcinoma이고, 핵이 작고 진하고 cytoplasm이 거의 없는 것은 lymphocyte입니다. 조직에 lymphocyte 침윤이 매우 많은 lymphoid carcinoma에 해당하는 부분이라 lymphoepithelioma-like carcinoma라고 명명합니다. 해설에서 다양한 증례를 볼 수 있는데, A, B에서는 elevated lesion central depression이 보이고, **〈그림 6〉**에서 보듯이 elevated lesion central이 약간 depression된 경우가 제일 많고, **〈그림 7〉**처럼 일반적인 Borrmann type 2와 약간 다르지만 비슷하게 보이는 그런 경우도 있었습니다. 그래서 lymphoepithelioma-like carcinoma는 병리 의사가 이 질환의 entity를 잘 떠올리지 못하거나 조직검사가 정확하게 되지 않으면 lymphoid inflammation, chronic inflammation으로 보고될 가능성이 높습니다. 그래서 재차 조직검사를 해서 진단할 수 있는 질환입니다.

Reference

1. Min BH, Tae CH, Ahn SM, Kang SY, Woo SY, Kim S, *et al.* Epstein-Barr virus infection serves as an independent predictor of survival in patients with lymphoepithelioma-like gastric carcinoma. Gastric Cancer. 2016;19(3):852-9.

의약전문가용

종근당

보건복지부 · 혁신형제약기업 K-Inno Pharm KOREA INNOVATIVE PHARMACEUTICAL COMPANY

ccm 소비자중심경영 공정거래위원회 | 한국소비자원

IR-Esomeprazole

에소듀오정

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

속방형 에스오메프라졸[1]

Speed 복용 30분 이내 최고혈중농도 도달[1)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 :202402)

Pfizer 한국화이자제약

종근당

화이자
폐렴구균* 백신

프리베나®13 - 폐렴구균*으로 인한 폐렴부터 침습성 질환까지 예방[1]

13가지 폐렴구균 혈청형(*1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F)에 의한 폐렴부터 침습성 질환까지 예방[1]

프리베나®13은 백신에 포함된 폐렴구균 혈청형에 대해서만 예방효과가 있으며, 다른 미생물에 의한 침습성 질환, 폐렴은 예방하지 않습니다. 다른 백신과 마찬가지로, 프리베나®13도 폐렴구균에 의한 질환(백신에 포함된 폐렴구균 혈청형 포함)으로부터 100% 예방하지 않을 수도 있습니다.

[Reference] 1. 프리베나®13 제품설명서(개정년월일: 2021년 12월 16일)

[주요 안전성 정보] **1.** 다음 환자에게는 투여하지 마십시오. (1) 이 약의 활성성분, 부형제 또는 디프테리아 톡소이드에 대해 과민성이 있는 자, (2) 급성 중증의 열성질환을 앓고 있는 환자 (이 약의 접종을 연기해야 합니다.) **2.** 이상사례 (임상시험에서의 약물이상반응): 18세 이상의 성인에서 매우 흔하게 (≥ 1/10) 발생한 약물이상반응은 두통, 설사, 구토, 발진, 새로운/의학된 전신 관절통, 새로운/의학된 전신 근육통, 오한, 피로, 접종부위 홍반, 경화/종창, 통증/압통, 팔 운동제한, 식욕감퇴이었다.

제품요약정보[성분·함량] 1 프리필드시린지(0.5밀리리터) 중 정제폐렴구균콜리사카라이드 (혈청형 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F)—디프테리아 CRM197 단백질 접합체 (균주: S.pneumoniae strains (혈청형 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F), C.diphtheriae C7(β 197) strains) (별규) 62.4마이크로그램 **[효능·효과]** 1. 생후 6주 이상부터 만 17세까지의 영아, 어린이 및 청소년 1) 생후 6주 이상부터 만 17세까지의 영아, 어린이 및 청소년에서 폐렴구균(혈청형 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F)으로 인하여 생기는 침습성 질환의 예방 2) 생후 6주 이상부터 만 17세까지의 영아, 어린이 및 청소년에서 폐렴구균(혈청형 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F)으로 인하여 생기는 급성중이염의 예방. 단, 혈청형 1, 3, 5, 6A, 7F, 19A에 의한 급성중이염에 대한 효능성 자료는 아직 가능하지 않다. 3) 생후 6주 이상부터 만 17세 까지의 영아, 어린이 및 청소년에서 폐렴구균(혈청형 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F)으로 인하여 생기는 폐렴의 예방. 2. 18세 이상의 성인 1) 18세 이상의 성인에서 폐렴구균(혈청형 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F)으로 인하여 생기는 침습성 질환의 예방. 이는 이 약으로 인해 혈도로 면역반응에 기초함 2)이다. **[용법·용량]** 이 약은 1회 0.5mL을 근육주사한다. 정맥투여 또는 피부투여해서는 안된다. 영아의 경우 대퇴부 외측(앞외측대퇴근)에, 어린이 및 성인의 경우 상완 삼각근 부위에 투여한다. 두 두 신경 또는 혈관에 투여되지 않도록 주의한다. 1. 6개월 이하의 영아 1) 기초접종: 1회 용량 0.5mL씩 생후 2, 4, 6개월에 3회 주사한다. 2) 추가접종: 12~15개월에 0.5mL을 추가 주사한다. 영아의 경우 약 1~2개월 간격으로 0.5mL씩 3회 주사하고 생후 12~15개월에 추가 주사한다. 보통 생후 2개월에 초회 접종을 하지만, 생후 6주에 접종할 수도 있다. 4번째 접종(추가접종)은 3번째 접종 후에 적어도 2개월이 지난 후에 주사한다. 2. 기초접종을 하지 않은 7개월 이상의 영아 및 어린이 기본 접종 스케줄을 따르지 못한 영아 및 어린이의 경우는 다음과 같이 주사한다. 1) 7~11개월 : 1회 0.5mL씩 3회 주사한다. 처음 2회는 적어도 1개월 간격을 두며 세번째는 생후 12개월 이후에 두번째 접종과 2개월 간격을 두고 주사한다. 2) 12~23개월 : 1회 0.5mL씩 2회 주사하며 접종간격은 2개월로 한다. 3) 24개월~만 17세: 0.5mL를 1회 주사한다. 3. 기존에 프리베나를 접종받은 영아 및 어린이에서 이 약으로의 전환 접종 (Transition Schedule) 프리베나를 1회 이상 투여받은 영아 및 어린이는 이 약으로 전환하여 4회 접종 스케줄을 완료할 수 있다. 프리베나로 예방접종을 완료한 어린이는 6가지 추가 혈청형(1, 3, 5, 6A, 7F, 19A)에 대한 면역반응을 유도하기 위해 생후 15개월~만 5세(72개월 미만)에 이 약을 1회 투여받을 수 있다. 4. 18세 이상의 성인 이 약을 1회 0.5mL을 주사한다. 이 약의 후속 투여를 통한 재접종의 필요성은 확립되지 않았다. **[사용상의 주의사항]** 1. 다음 환자에는 투여하지 말 것. 1) 이 약의 활성성분, 부형제 또는 디프테리아 톡소이드에 대해 과민성이 있는 자, 2) 급성 중증의 열성질환을 앓고 있는 환자(이 약의 접종을 연기해야 한다.) 2. 일반사항에서의 약물이상반응 1) 생후 6주 이상부터 만 5세(72개월 미만)까지의 영아 및 어린이: 첫 번째 접종 시 생후 6주에서부터 추가접종 시 만 16개월인 4,429명의 건강한 소아를 대상으로 14,267회의 투여가 이루어진 대조 임상시험들에서 이 약의 안전성이 평가되었다. 또한, 시험들에서 이 약은 기본 접종 백신들과 함께 투여되었다. 포함 이전에 접종받지 않은 35개월의 소아(77개월에서 5세(72개월 미만)까지)에 대한 안전성 또한 평가되었다. 가장 흔하게 보고된 약물이상반응은 접종부위반응, 발열, 과민, 식욕감퇴, 수면 증가/감소였다. 2) 만 6세부터 만 17세까지의 어린이 및 청소년: 어린이 및 청소년 592명에 대한 안전성이 평가되었다. 이는 이전에 프리베나를 1회 이상 투여받은 만 5~10세의 어린이 294명 및 이전에 폐렴구균 백신을 투여받은 적이 없는 만 10~17세 어린이 및 청소년 298명이 포함되었다. 3) 18세 이상의 성인: 18~101세의 위 593명의 생존을 대상으로 한 7개의 임상시험에서 이 약의 안전성이 평가되었다. 총 48,806명의 성인에게 이 약이 투여되었으며 그 중 50~64세는 2,616명 (5.4%), 65세 이상은 45,29명 (92.8%)이었다. 7개 임상시험 중 1개 임상시험에서는 이전에 23가 폐렴구균 폴리사카라이드 백신을 투여 받은 적이 없으며, 이 약을 투여받은 18~49세 성인군(899명)을 포함한다. 이 중 최근 이 약 투여 전 3년 이내에 23가 폐렴구균 폴리사카라이드 백신을 투여받은 사람은 1,916명이었으며, 46,890명은 이전에 23가 폐렴구균 폴리사카라이드 백신을 투여받은 적이 없었다. 연령이 높을수록 약물이상반응의 빈도가 낮은 경향이 있었는데, 젊은 성인에 비해 65세 초과의 성인(이전 폐렴구균 백신 투여 여부와 상관없이)에서 약물이상반응이 더 적게 보고되었고 일반적으로 18~29세 성인에서 약물이상반응이 가장 흔하게 나타났다. 전반적으로, 반도는 모든 연령군에서 서로 유사하였으나, 예외적으로 구토는 18~49세 연령군에서 매우 흔하게 나타났고 (1/10 이상), 50세 초과의 연령군에서는 흔하게 나타났으며(1/100 이상에서 1/10 미만), 발열은 18~29세 성인에서 매우 흔하게 나타났고, 모든 다른 연령군에서는 흔하게 나타났다. 홍증의 접종부위 통증/압통 및 중증의 팔 운동 제한은 18~39세 성인에서 매우 흔하게 나타났으며, 모든 다른 연령군에서는 흔하게 나타났다. (개정년월일: 2021.12.16)

PP-PFIV-KOR-4018-JUL.2024

[수입판매원] Pfizer 한국화이자제약 04631 서울특별시 중구 퇴계로 110 화이자타워 Tel: 02) 317-2114 수신자부담 080-022-1400, website : www.Pfizer.co.kr, 제품 의학정보 문의 : website: www.pfizermedinfo.co.kr, Tel: 080-210-2114 EMail : mis.korea@pfizer.com

[공동판매원] 종근당 03742 서울특별시 서대문구 충정로 8 종근당빌딩 Tel: 02) 2194-0300 제품상세정보 : www.ckdpharm.com, 고객센터 : 080-6776-080

프리베나13주® Pneumococcal conjugate vaccine (13-valent, adsorbed)

ENDOSCOPY ATLAS OF GASTRIC DISORDERS

MEDICAL Observer

©Copyright 2022 Medical Observer. All rights reserved. No part in this publication may be reproduced, stored in a system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without permission in written form from the publisher.