

EndoTODAY

이준행 교수와 함께 배우는 내시경의 이론과 실제

- 소화기질환 진단 및 치료에 관한 내시경 강좌 연중기획



내시경검사는 질병의 진단과 치료에 있어 핵심적인 역할을 수행하고 있다. 현대의학 측면에서 내시경검사를 빼놓고는 질병의 관리를 논하기 어려울 정도다. 특히 내시경검사는 장비를 다루는 기술적 측면과 함께 환자의 임상특성과 병변을 정확하게 파악해 진단과 치료의 정확성을 제고해야 하는 것을 사명으로 안고 있다. 내시경 교육의 중요성이 강조되고 있는 것도 이 때문이다.

이러한 상황에서 내시경 교육에 열정을 쏟고 있는 교수가 있어 의료계의 관심을 끌고 있다. 성균관의대 이준행 교수(삼성서울병원 소화기내과)가 그 주인공. 현재 성균관대학교의과대학 학장, 삼성서울병원 소화기내과 교수직을 겸하고 있는 이준행 교수는 동병원에서 내시경실장을 역임한 바 있으며 유튜브(EndoTODAY 내시경교실), 홈페이지(www.endotoday.com), 도서 발간 등을 통해 내시경 교육에 힘을 쏟고 있다. 이에 본지는 내시경을 통한 질병의 진단과 치료를 시행하고 있는 일차의료기관 임상의분들에게 내시경의 술기와 통찰을 제공하는 실질적인 교육 프로그램으로, '이준행 교수와 함께 배우는 내시경의 이론과 실제' 제목의 내시경강좌 2026년 연중기획을 진행한다. 전국 진료현장의 최일선에서 내시경을 통한 질병의 진단과 치료를 담당하고 계신 임상의분들께 내시경의 이론과 실제에 대한 실질적인 교육의 기회가 제공될 수 있기를 고대한다. – 편집자주-

2026 MONTHLY AGENDA

- | | |
|---|---|
| • 1월호 [실전] 위암과 위궤양의 감별진단 | • 7월호 [실전] 불응성 궤양 |
| • 2월호 [실전] 조기위암의 내시경 진단과 치료 | • 8월호 [실전] 식도 이물의 진단과 치료 |
| • 3월호 [실전] 조기위암 내시경 치료 후 관리 방안 | • 9월호 [실전] 헬리코박터 감염의 진단과 치료 |
| • 4월호 [실전] 위선종의 내시경 진단과 치료 | • 10월호 [실전] 위 MALT 림프종의 진단과 치료 |
| • 5월호 [실전] 출혈성 위궤양의 진단과 치료 | • 11월호 [실전] 위축성 위염, 화생성 위염, 자가면역위염 |
| • 6월호 [실전] 위식도역류질환의 내시경 소견과 약물치료 | • 12월호 [실전] 다양한 임상상황에서의 상부위장관 출혈 |



[실전] 위암과 위궤양의 감별진단

이준행, 박현정

삼성서울병원 소화기내과

1. 위암과 위궤양 감별진단의 필요성

위 점막은 다양한 자극에 일상적으로 노출되며 손상과 회복이 반복되는 과정에서 여러 형태의 병변이 발생할 수 있다. 대표적인 예가 위궤양과 위암이다. 위궤양은 임상에서 흔히 접하는 양성 질환이지만, 위암과의 감별진단이 필요하고 궤양 재발을 막기 위한 철저한 대책이 필요하다는 점에서 중요한 질환이다.

궤양형 위암은 위궤양으로 오인돼 진단이 지연될 수 있으며(그림 1), 보만 4형 진행성 위암에서도 위벽이 넓게 비후돼 있고, 일부에서 궤양형 병소가 있을 때 위궤양이나 작은 궤양형 위암으로 오인될 수 있다(그림 2). 위궤양과 위암의 정확한 감별진단은 정확한 치료와 예후개선을 위해 필수적이다(그림 3).

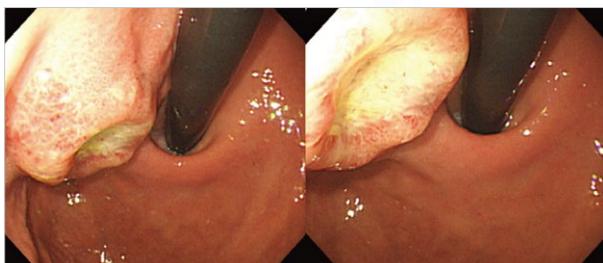


그림 1. 1년 전 발견돼 내시경 조직검사를 했으나 비전형적 세포(atypical cell)만 나왔던 환자의 추적 내시경.

조직검사에서 moderately differentiated adenocarcinoma로 나왔고 위진절제술 결과 mucinous adenocarcinoma (mucinous component 90%), 3cm, serosa invasion, lymph node 3/37 소견이었다. TS-1으로 보조항암요법을 시행했으며 7년 이상 재발 소견이 없었다.

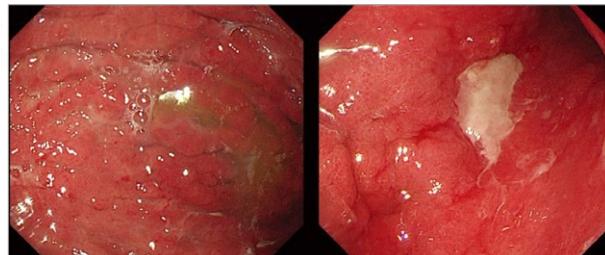


그림 2. 보만 4형 진행성 위암 환자에서 발견된 궤양형 병소. 위벽이 두꺼운 부위와 궤양의 margin의 조직검사에서 모두 poorly differentiated adenocarcinoma로 나왔고 복막 전이로 인해 수술을 할 수 없어 항암화학요법과 nivolumab으로 치료했다.

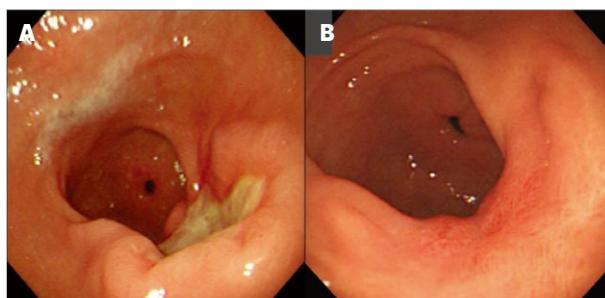


그림 3. 위암 의심으로 의뢰됐던 위궤양.

(A) 전정부 대만의 큰 궤양성 병소와 주변의 부종으로 위암 의심으로 의뢰됐다. 조직검사에서는 암 소견이 없었고 헬리코박터는 양성이었다. 1차 제균치료를 하였으나 실패해 2차 제균치료를 하였고 호기검사 음성이었다. (B) 추적 내시경 검사에서 궤양은 잘 아문 상태로 관찰됐고 이후 재발 소견이 없었다.

2. 역학 및 위험요인

위궤양은 위산, 소화효소 등에 의해 위 점막이 손상돼 점막하층 이상까지 결손이 생긴 상태로 정의된다. 주요 원인으로는 *Helicobacter pylori* 감염, 비스테로이드성소염제

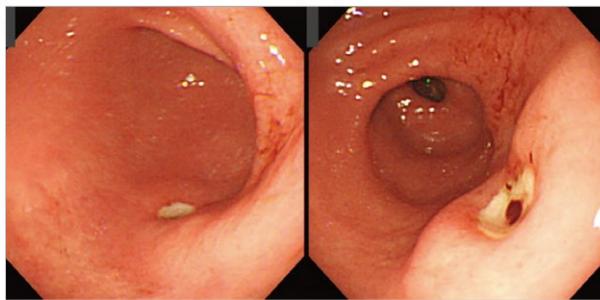


그림 4. 비스테로이드성소염제 사용 환자에서 발견된 위전정부 궤양.

(NSAIDs) 사용, 스트레스, 흡연 등이다.

최근 국내 *H. pylori* 감염률은 감소하는 추이이나 위궤양의 유병률은 오히려 증가하고 있다. 인구 고령화가 진행되면서 근골격계 및 심뇌혈관계 질환 등 만성질환의 유병률이 높아지고, 이에 따라 비스테로이드성소염제, 아스피린 등 항혈소판제 및 항응고제 사용이 증가한데서 기인한 것으로 해석된다(그림 4).

위암의 주요 원인으로는 환경적 요인, 식이습관, 사회 경제적 요인, *H. pylori* 감염 등이 언급되고 있으나 우리나라에서는 *H. pylori*가 가장 중요하다. 위암 환자의 95-99% 이상에서 헬리코박터의 혼성 감염이나 과거 감염의 증거가 있으며, 모든 검사에서 감염의 증거가 없는 *H. pylori* 음성 위암은 매우 드물다(그림 5).

국가암정보센터 자료에 따르면 위암은 2022년 우리나라에서 남여 전체 암 발생률 5위였으며, 2023년 암 사망 원인 5위였다. 위암검진은 국가 암검진 사업이나 개별적인 검진이라는 두 가지 방법으로 이뤄질 수 있는데, 2023년 위암검진율은 77.5%였다.

이러한 노력의 결과로 조기 위암의 빈도가 증가하고 내시경절제술, 수술, 항암요법의 발전에 따라 5년 생존율이 1993-1995년 43.9%에서 2015-2019년 77.5%로 현저히 향상됐다. 그러나 아직까지도 50대나 60대에 출혈이나 복통 등의 증상으로 생애 첫 내시경 검사를 받아 진행성 위암으로 진단되는 안타까운 사례들이 있다(그림 6).

3. 위암과 위궤양의 감별진단

두 질환 모두 상복부 불편감, 복통, 소화불량 등의 비특이적 증상을 보이기 때문에 증상만으로 감별하기는 어렵다. 위궤양의 경우 식사 후 악화되는 속쓰림이나 상복부 통증을 호소하는 경우가 많으며, 증상이 비교적 빠르게 나타나고 제산제 등의 약물치료에 반응하는 경우가 흔하다.

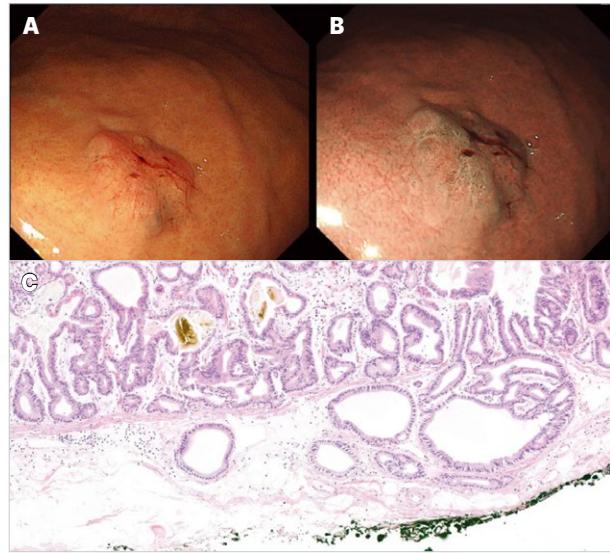


그림 5. 헬리코박터 음성 위암.

(A, B) 위저부의 평탄한 융기형 병변으로 ESD를 시행했다. (C) 최종병리 결과 well-differentiated adenocarcinoma, fundic gland type으로 나왔으며 0.3mm 점막하 침윤이 있었다.

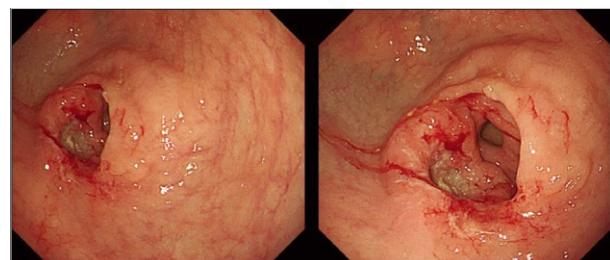


그림 6. 출혈로 시행한 생애 첫 내시경에서 발견된 진행성 위암.

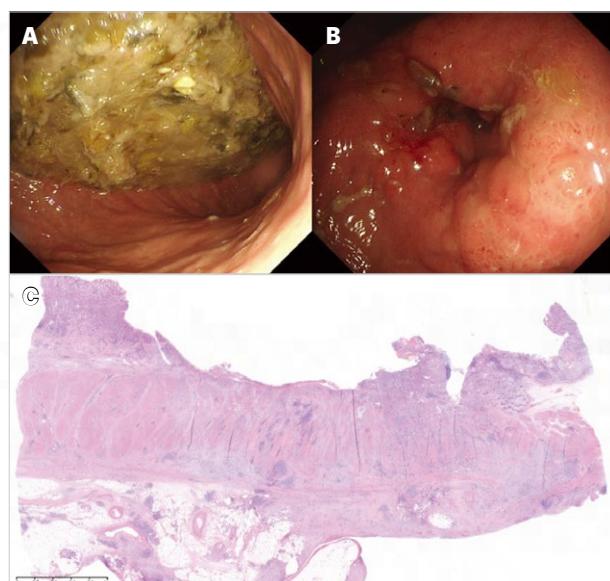


그림 7. 위장관 폐색으로 발견된 위암.

(A) 적절한 금식을 시행했음에도 불구하고 위내에 다량의 음식물이 있었다. (B) 위에 음식이 있었으나 전정부의 내강을 좁히는 wall thickening mass with ulceration은 잘 관찰할 수 있었고 조직검사는 poorly cohesive carcinoma, signet ring cell type이 나왔다. (C) Poorly differentiated adenocarcinoma, 5x5cm, penetrates subserosal connective tissue, lymph node 12/27 소견이었다.

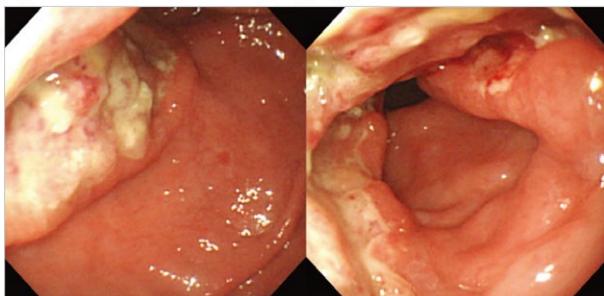


그림 8. 첫 내시경 조직검사에서 암을 확인할 수 없었던 전정부 보만 3형 진행성 위암.

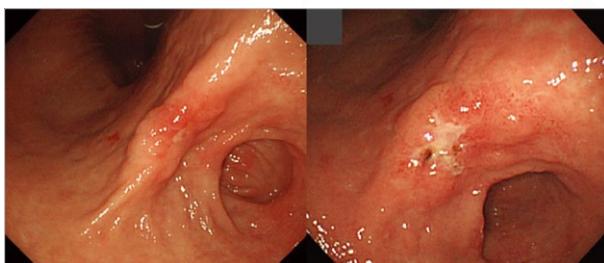


그림 9. 3번째 조직검사에서 확인된 위암.

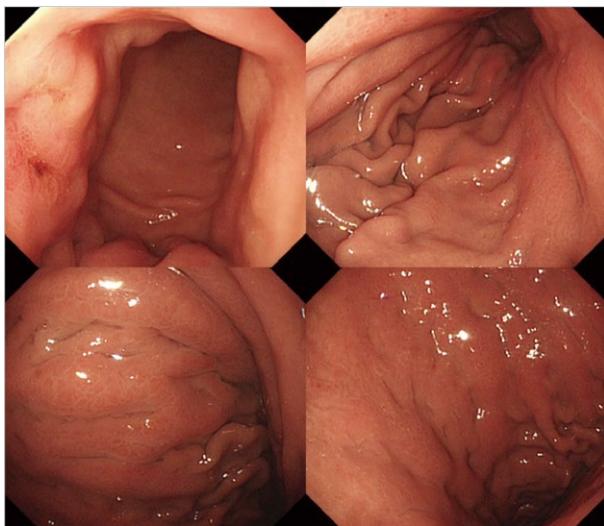


그림 10. 뚜렷한 위벽 비후와 점막변화를 보였던 보만 4형 진행성 위암. 반복된 내시경 조직검사에서 암이 나오지 않아 내시경 소견과 CT 소견의거 수술을 시행했고 tubular adenocarcinoma, poorly cohesive, 18x18cm, serosa invasion, LN 0/41 소견이었다.

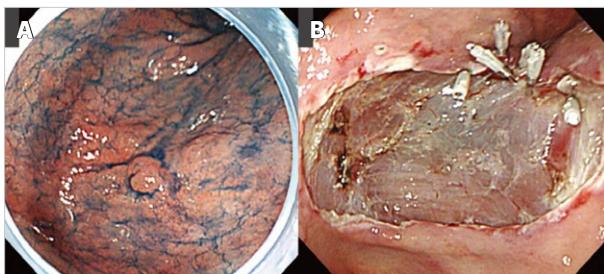


그림 11. ESD 전후 조직학적 차이.

(A) 시술 전 조직검사는 tubular adenoma, high grade dysplasia였다.
(B) ESD 병리는 점막층에 국한된 tubular adenocarcinoma, well differentiated였다.

반면 위암은 초기 증상이 매우 미미하거나 비특이적이며 조기 포만감, 식욕저하, 체중감소, 피로, 빈혈 등의 증상이 나타날 수 있다. 병이 진행되면 토텔, 흑색변, 위장관 폐색 등의 증상이 동반될 수 있다(그림 7). 이처럼 증상 및 검진 소견에서 감별의 단서가 존재하지만 증상만으로는 확진이 어렵다.

위궤양과 위암을 감별하는데 있어 가장 중요한 검사는 상부 위장관 내시경 검사이며, 조직검사를 반드시 포함해야 한다. 조직검사의 정확도는 엄밀하게 평가되지 못했지만 일반적으로 위암의 진단에 있어서 80% 전후의 민감도를 보인다고 생각된다. 상당히 큰 궤양형 위암의 첫 조직검사에서 암이 확인되지 않은 경우가 있는데 넓은 범위의 조직이 궤사됐기 때문으로 추정한다(그림 8).

내시경 소견이 전형적인 위암인 경우 조직검사에서 음성으로 나오면 즉시 내시경 조직검사 재검이 필요하다. 다소 애매한 핵물형 병소의 경우는 1-2개월의 위산분비억제제 투여 후 내시경 재검을 할 수 있다(그림 9).

보만 4형 진행성 위암의 경우는 반복적인 조직검사에서 암이 확인되지 않아서 내시경 육안 소견과 영상 소견에 근거해 수술을 시행하기도 한다(그림 10). 내시경 조직검사에서 선종으로 나오는 경우 ESD를 시행하면 저도선종의 5-10%, 고도선종의 33-50%에서 최종 병리결과가 위암으로 상향될 수 있다(그림 11).

조직 검사의 정확도를 높이기 위해서는 핵물부와 융기부의 경계의 내측에서 정확한 target biopsy를 하는 것이 중요하다. Tumor island에서 조직검사를 했을 때 진단의 정확도가 가장 좋았다는 보고도 있다.

조기위암이 의심되면 3개, 진행성 위암이 의심되면 6-8 개 이상의 조직검사가 추천된다. 과거 진행성 위암의 경우 6개면 충분하다고 논의된 바 있으나, 최근에는 여러 target agent가 발전하면서 단순 형태학적 진단 뿐만 아니라 다수의 면역염색이나 유전자 검사를 해야 하기 때문에 큰 조직을 보다 많이 확보하는 것이 좋다.

위암의 경우 병기 설정 및 전이 평가를 위해 영상검사가 필수적이다. 단순 위궤양으로 진단된 경우에는 약물치료 및 내시경 추적관찰이 주를 이루며 영상검사의 역할은 제한적이다. 다만 기저질환이 있는 환자에서 궤양이 호발할 수 있으므로 내시경 소견이 호전됐으나 증상이 지속되는 경우 복부 CT를 통해 타 장기 이상소견이 없는지 확인해 보는 것이 좋다.

2월호 미리보기

Series 02 [실전] 조기위암의 내시경 진단과 치료