Korean J Gastroenterol Vol. 68 No. 6, 331-333
https://doi.org/10.4166/kjg.2016.68.6.331
pISSN 1598-9992 eISSN 2233-6869

IMAGE OF THE MONTH

상피하 종양 형태로 나타난 심재성 낭성 위염

정진태
대구가톨릭대학교 의과대학 내과학교실

Gastritis Cystica Profunda Presented as a Subepithelial Tumor

Jin Tae Jung
Department of Internal Medicine, Catholic University of Daegu School of Medicine, Daegu, Korea

증례 1: 43세 여자가 건강검진 목적으로 개인병원에서 시행한 상부위장관 내시경검사에서 위의 상피하 종양이 의심되어 초음파 내시경을 위해서 전원되었다. 과거력 및 가족력에서 특이사항은 없었다. 신체검진에서 혈압 120/80 mmHg, 맥박수 분당 66회, 호흡수 분당 14회, 체온 36.5°C였으며 의식은 명료하였고 전신상태는 양호하였다. 말초혈액검사에서 백혈구 4,900/mm^3, 혈색소 11.0 g/dL, 혈소판 199,000/mm^3였다. 간기능, 신장기능 및 혈청 전해질은 정상 범위였다. 본원에서 시행한 상부위장관 내시경에서 전정부 원위부의 전벽에 발적 및 얕은 궤양을 가지고 있으며 정상 점막으로 덮여 있는 2×3 cm 크기의 상피하 종양이 관찰되었다(Fig. 1). 초음파 내시경에서 위의 2층과 3층에 위치하며 무음영의 낭성에코와 격막을 가지고 있는 것으로 관찰되었는데, 크기가 1.8×1.4 cm로 심재성 낭성 위염(gastritis cystica profunda, GCP)이 의심되어 내시경 점막하 박리술을 시행하였다(Fig. 2). 조직병리 소견에서 다수의 낭종이 점막 고유근층 및 점막하층에서 관찰되었으며 저도 이형성증을 동반하는 GCP로 진단되었다(Fig. 3). 2개월 후 추적내시경 검사에서 반흔 외에 다른 소견은 없어 외래에서 추적관찰 중이다.

증례 2: 52세 남자가 건강검진 목적으로 개인병원에서 시행한 상부위장관 내시경검사에서 위의 상피하 종양이 의심되어 초음파 내시경을 위해서 전원되었다. 과거력 및 가족력에서 특이사항은 없었다. 신체검진에서 혈압 110/70 mmHg, 맥박수 분당 72회, 호흡수 분당 16회, 체온 36.5°C였으며 의식은 명료하였고 전신상태는 양호하였다. 말초혈액검사에서 백혈구 8,800/mm^3, 혈색소 14.2 g/dL, 혈소판 245,000/mm^3였다. 간기능, 신장기능 및 혈청 전해질은 정상 범위였다. 본원에서 시행한 상부위장관 내시경에서 위저부의 대만부에 정상 점막으로 덮여 있는 0.8 cm의 상피하 종양이 관찰되었으며

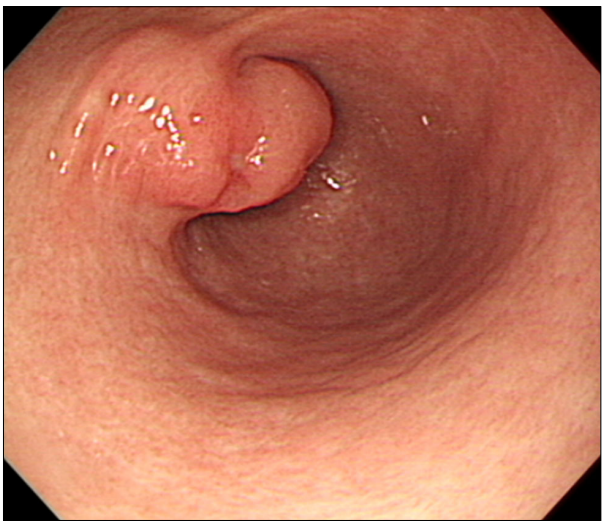

Fig. 1. Endoscopic finding. A 2×3 cm sized subepithelial lesion at the anterior wall of the distal antrum.

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.
Copyright © 2016. Korean Society of Gastroenterology.

교신저자: 정진태, 42472, 대구시 남구 두류공원로 17길 33, 대구가톨릭대학교 의과대학 내과학교실
Correspondence to: Jin Tae Jung, Department of Internal Medicine, Catholic University of Daegu School of Medicine, 33 Duryugongwon-ro 17-gil, Nam-gu, Daegu 42472, Korea. Tel: +82-53-650-4217, Fax: +82-53-624-3281, E-mail: jungjt@cu.ac.kr

Financial support: None. Conflict of interest: None.

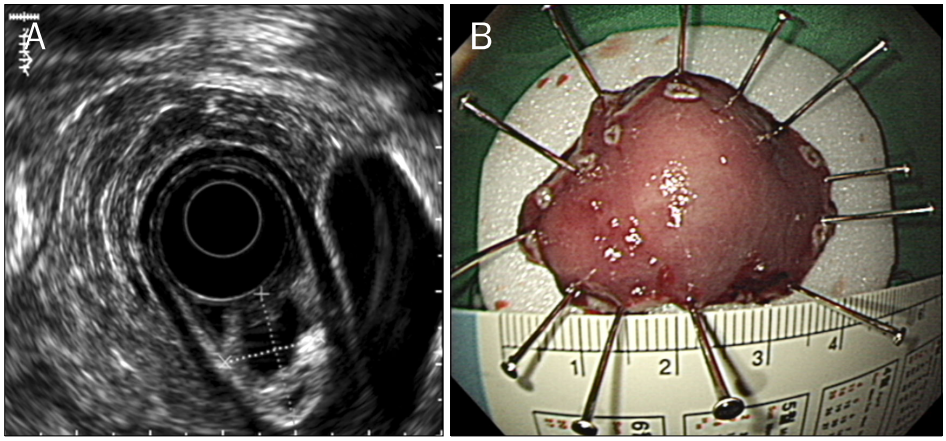

Fig. 2. Endoscopic ultrasound and endoscopic finding. (A) A 17.5×13.5 mm sized anechoic cystic region with septation at the 2nd and 3rd layers of the stomach. (B) A 3.6×2.4 cm sized endoscopic submucosal dissection specimen.

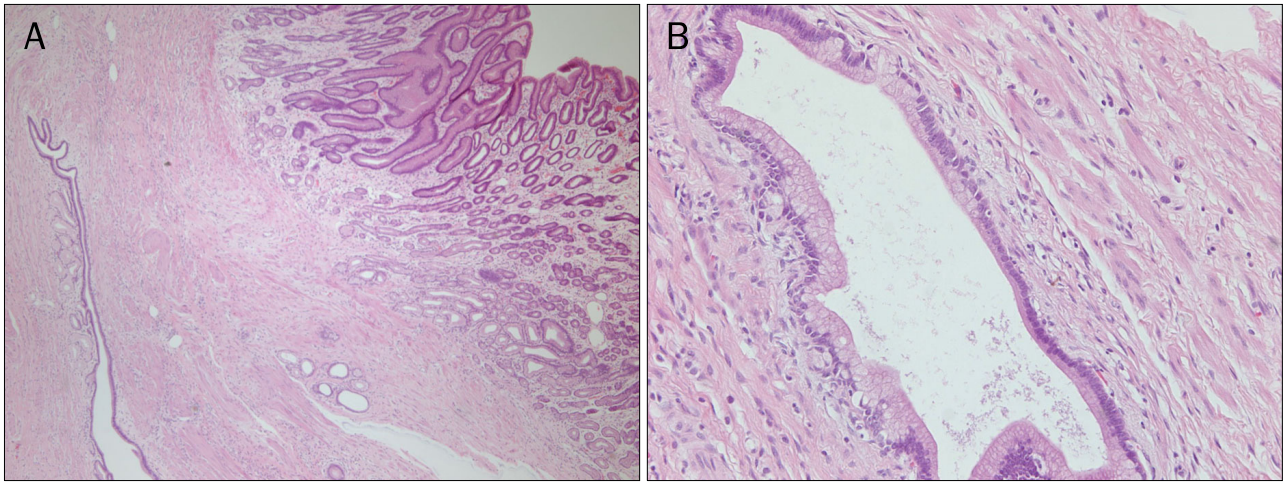

Fig. 3. Microscopic findings (H&E stain). (A) Normal mucosal gland and dilated glands in the submucosa (×100). (B) Cystically dilated glands with surround fibrous stroma in the submucosa (×400).

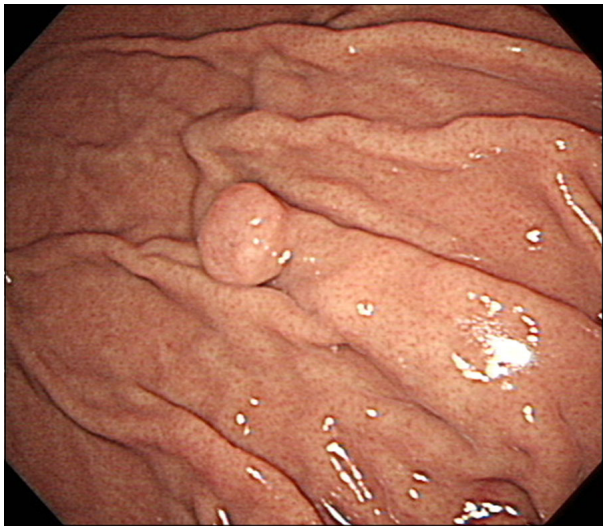

Fig. 4. Endoscopic finding. A 0.8 cm sized subepithelial lesion at the greater curvature of the fundus.

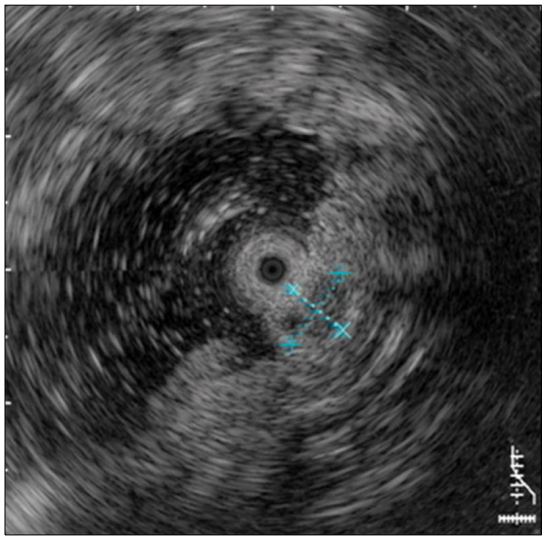

Fig. 5. Endoscopic ultrasound finding. A 7×5 mm sized hypoechoic homogenous region at the 2nd and 3rd layers of the stomach.

생검 겸자로 눌렀을 때 비교적 단단하게 촉지되었다(Fig. 4). 초음파 내시경으로 관찰했을 때 위의 2층과 3층에 위치하고 저음영의 에코를 가지고 있었으며, 크기가 0.7×0.5 cm로 유암종일 가능성을 완전히 배제할 수 없어 내시경 점막절제술을 시행하였다(Fig. 5). 조직병리검사 결과 GCP로 진단되었다.

진단: 심재성 낭성 위염

GCP는 위점막 심부 및 점막하층에 다수의 낭종을 형성하는 비교적 드문 질환으로 조직학적으로 위선상피세포의 과형성 및 낭성 확장을 특징으로 하고 있다.[1] 소화성 궤양으로 수술을 받은 환자에서 위 공장 문합부에 발생한 용종성 병변을 발견하여 이를 GCP로 처음 보고하였으며 이후 위 수술병력이 있는 환자에서 GCP와 위암이 동반된 예가 보고되었다.[2] 그러나 2001년 이후로 위 수술 병력이 없는 환자에서도 GCP가 발생한 보고가 있으며 대부분 양성 질환으로 간주하고 있다.[3]

GCP의 발생기전은 명확하지 않지만 수술 병력이 있는 경우는 수술 자체에 의해 발생하거나 만성 허혈에 따른 위점막의 미란, 봉합사 등의 이물질에 의해 발생할 수 있으며, 수술 병력이 없는 경우는 이전의 위궤양이나 선천적인 요인 등이 관여할 것으로 추정하고 있다.[4,5] GCP의 임상 증상은 비특이적으로 무증상부터 상복부 불쾌감, 복통, 출혈 등의 다양한 증상이 있을 수 있는데, 내시경 소견은 상피하 종양, 유경성 또는 무경성의 용종 형태로 주로 관찰되며 점막에 미란이나 궤양을 보이는 경우에는 위암을 동반할 가능성이 높은 것으로 보고하고 있다.[6]

GCP의 임상적 의의는 전암성 병변 혹은 암 주위 병변일 가능성이 많다는 것이다. 수술 병력이 있는 경우 위 소장 문합부위에서 GCP가 위암과 함께 발생할 수 있는 합병증으로 보는 의견이 있다.[7] 수술 병력이 없는 경우 선종 및 선암을 동반한 GCP가 많이 보고되고 있는데, Lee 등[8]의 연구에 의하면 GCP의 약 반수에서 위암을 동반하였고 대부분 조기 위암이었으며 위암이 동반되지 않은 환자군에서도 저도 이형성 및 고도 이형성이 다수 발견되어 GCP 환자들을 검사하거나 추적할 때 이를 염두에 둘 것을 권유하였다.

GCP의 치료는 현재까지 명확하게 정립되어 있지 않지만 대부분 양성질환으로 간주하며 출혈이나 위장관 폐쇄 등의 합병증이 있거나 궤양 및 선종이 있어 위암의 동반 가능성이 완전히 배제되지 않을 때 진단 및 치료 목적으로 내시경 절제술이나 수술 등을 고려해 볼 수 있다.[9] 최근에는 내시경 술기의 발전으로, 조기위암에 대해 내시경 점막하 박리술 후 시행한 조직검사에서 점막하 조직에 위암과 동반된 GCP의 예를 드물지 않게 보고하고 있다. 이번 증례도 첫 번째 예는 점막표면에 궤양을 동반하고 있었으며 두 번째 예는 유암종 등의 다른 종양과 감별이 되지 않아 진단 및 치료목적으로 내시경 절제술을 시행하였다.

REFERENCES

1. Koga S, Watanabe H, Enjoji M. Stomal polypoid hypertrophic gastritis: a polypoid gastric lesion at gastroenterostomy site. Cancer 1979;43:647-657.
2. Littler ER, Gleibermann E. Gastritis cystica polyposa. (Gastric mucosal prolapse at gastroenterostomy site, with cystic and infiltrative epithelial hyperplasia). Cancer 1972;29:205-209.
3. Kim W, Park SC, Lee JY, et al. A case of gastric adenocarcinoma diagnosed after being followed up as submucosal tumor for 10 years. Korean J Gastroenterol 2001;37:291-295.
4. Fonde EC, Rodning CB. Gastritis cystica profunda. Am J Gastroenterol 1986;81:459-464.
5. Chakrovorty RC, Schatzki PF. Gastric cystic polyposis. Am J Dig Dis 1975;20:981-989.
6. Ozenç AM, Ruacan S, Aran O. Gastritis cystica polyposa. Arch Surg 1988;123:372-373.
7. Qizilbash AH. Gastritis cystica and carcinoma arising in old gastrojejunostomy stoma. Can Med Assoc J 1975;112:1432-1433.
8. Lee HJ, Lee TH, Lee JU, et al. Clinical features of gastritis cystica profunda in patients without history of gastric surgery (Gastric Cancer Patients vs. Non-cancerous Patients). Korean J Med 2006;71:511-517.
9. Cho HJ, Kim JE, Jeong BJ, et al. A case of gastric adenocarcinoma arising from gastritis cystica profunda. Korean J Gastrointest Endosc 2004;28:237-241.