

EDITORIAL

유두부 종양에서 적절한 치료를 위한 조직 진단의 필요성

김효정, 김재선

고려대학교 의과대학 구로병원 내과학교실

Necessity of Histologic Confirmation for Adequate Management in Ampullary Tumors

Hyo Jung Kim and Jae Seon Kim

Department of Internal Medicine, Guro Hospital, Korea University College of Medicine, Seoul, Korea

Article: Clinical, Pathological, and Immunohistochemical Features of Adenomyoma in the Ampulla of Vater (Korean J Gastroenterol 2013;62:352-358)

십이지장 유두부 종양은 드물게 발생하나, 대부분 폐쇄성 황달이나 급성담관염 혹은 급성췌장염의 형태로 나타난다. 최근 건강검진이 활성화되고 내시경 검사가 보편화됨에 따라 십이지장 유두부의 이상 소견이 우연히 발견되어 내원하는 경우가 증가하고 있으며, 복부초음파나 복부전산화단층촬영(CT)에서 발견된 췌담관 확장의 원인 규명 과정 중 진단되기도 한다.¹

유두부 종양은 병리 소견에 따라 선암, 선종, 림프종, 내분비신경세포종, 지방종, 섬유종, 근종, 선근종 등으로 분류된다. 대부분(>95%)의 종양은 상피세포에서 유래한 종양, 즉 선암 또는 선종으로, 특히 선암이 대부분을 차지한다. 유두부 선종은 전암 병변이므로 암 발생을 방지하기 위한 적극적인 절제가 필요하다.²

십이지장 유두부 선종과 선암의 치료는 종양의 완전 절제가 원칙이다. 과거에는 유두부 국소절제술(transduodenal excision)이나 췌십이지장절제술(pancreatoduodenectomy)과 같은 외과 수술이 표준 치료로 이용되었다. 그러나 수술술기나 장비의 발전에도 불구하고 수술에 따른 합병증 빈도가 높아 가능한 한 종양을 초기에 발견하여 국소절제술을 시행하려는 노력이 필요하다. 최근에는 유두부 선종의 치료로 수술적 유두절제술 대신 내시경 유두절제술(endoscopic papil-

lectomy)의 경험이 증가하면서 적응증이 점차 확대되고 있다. 반면 지방종, 근종, 선근종과 같은 전암성 병변이 아닌 양성종양의 경우에는 증상이 있는 경우에는 종양절제술이 필요할 수 있지만, 증상이 없이 우연히 발견된 경우에는 절제 없이 경과 관찰이 가능하다. 그렇지만 악성종양과의 감별이 되지 않아 췌십이지장절제술을 시행하는 경우가 있어, 유두부 종양이 의심되는 경우 불필요한 시술 또는 수술을 줄이기 위해 적극적인 조직 생검으로 확진하는 것이 중요하다.²

유두부 종양 진단시 CT, 자기공명촬영 등 영상 진단 수기들은 많은 발전에도 불구하고 유두부 종양의 일차적 진단에는 민감도가 낮아, 이미 진단된 유두부 선암이나 선종의 병기나 주위 진행 평가에 유용하다. 그러므로 내시경이 유두부 종양의 진단을 위해 필수적이다.³

유두부의 내시경 검사 시 유두개구부와 주위의 모양, 점막의 색조 변화, 돌출 여부, 구축 용기의 모양 등 유두부 전체의 관찰이 필요하다. 그러나 일반적인 직시경 내시경으로는 유두부 관찰에는 한계가 있으며, 특히 꺾자 생검 시행 시 정확한 부위의 조직을 얻는 데는 어려움이 많아 직시경으로 유두부 병변이 의심스러운 경우에는 반드시 내시경역행성 담췌관조영술(ERCP) 시 사용하는 측시형 내시경을 검사하여야 한다. 측시형의 경우 유두부의 직접 관찰이 가능하며, 조직 생검이

© This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

교신저자: 김재선, 152-703, 서울시 구로구 구로동로 148, 고려대학교 의과대학 구로병원 소화기내과

Correspondence to: Jae Seon Kim, Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Guro Hospital, Korea University College of Medicine, 148 Gurodong-ro, Guro-gu, Seoul 152-703, Korea. Tel: +82-2-2626-3002, Fax: +82-2-866-1643, E-mail: kimjs@kumc.or.kr

Financial support: None. Conflict of interest: None.

용이하다. 그러나 검자 생검은 선종 진단 시 높은 민감도 (>90%)를 보이나, 선암 동반 유무의 진단율이 낮음을 고려해야 한다. 특히 비노출형 종양은 정상적으로 현저하게 돌출된 유두부와 형태가 유사하여 종종 감별에 어려움이 있으므로, 팔약근 절개술을 시행하여 병변을 노출시킨 후 조직 생검을 하거나,⁴ 경우에 따라서는 충분한 조직 채취를 위해 내시경 유두절제술을 시행함으로써 진단율을 높일 수 있다.⁵

그리고 내시경초음파나 ERCP는 점막하 병변의 특징을 보고, 병변의 담관 또는 췌관내 침범유무를 관찰할 때 유리하다. 특히 내시경초음파는 비노출형의 점막하 종양 진단 시 유용하며, 미세침흡인술도 가능하여 진단에 도움이 되기도 한다.¹

그러나 이러한 내시경이나 내시경초음파를 이용하여 조직 생검을 하였으나 정확한 진단이 안되고, 임상적 또는 영상 검사에서 악성종양과의 감별이 어려운 경우에는 시험적 개복술을 시행하게 되는데, 수술 중에 시행하는 냉동조직절편 검사를 통해 병변의 악성도 여부를 판별 시 도움이 될 수 있다.⁶ 수술 중 냉동조직 절편 검사의 시행이 광범위한 췌십이지장 절제술을 피할 수 있지만,⁷ 최종 조직학적 검사가 아니기 때문에 감별이 어려운 경우도 있다.⁸

이번 대한소화기학회지에 Choi 등⁹은, 선종과 달리 악성 전환을 하지 않는 양성 질환으로 유두부에 매우 드물게 발생하는 선근종 9예를 대상으로 임상 소견 등을 후향적으로 연구하여 보고하고 있다. 이번 연구에서 6예는 검진이나 대장암 발견 후 내시경 시행 시 우연히 발견하였으며, 3예는 경미한 상복부 증상으로 인한 검사에서 발견되었다. 그리고 진단은 모든 예에서 측시경을 이용하여 조직 생검으로 진단이 가능하였는데, 6예는 처음 내시경에서, 3예는 처음 내시경 조직 생검에서 진단이 안 되었지만 재차 시행한 내시경에서 진단할 수 있었으며, 이 중 1예에서는 팔약근 절개술 후 많은 조직을 채취하고서야 진단이 가능하였다. 치료는 9예 중 4예는 내시경을 이용한 조직 생검으로 진단이 가능하여 경과 관찰하였고, 4예는 내시경 유두절제술, 1예는 대장암 수술 중 유두부 국소 절제술을 시행하였다. 이번 연구에서 측시경을 이용한 적극적인 조직 생검을 시행하여 선근종을 진단함으로써 증상 여부에 따라 적절한 치료를 할 수 있었으며, 광범위한 췌십이지장절

제술을 피할 수 있음을 보여주고 있다.

결론으로 유두부에 생기는 병변들은 임상적으로는 매우 중요한 의미를 갖는데, 이는 시술 또는 수술 전에 정확한 진단을 못하는 경우 췌십이지장절제술과 같은 광범위 절제술이 불가피하기 때문이다. 생화학, 영상, 그리고 내시경 검사 등 여러 가지 검사를 시행해서도 정확한 병변의 진단이 어려울 수 있지만, 적극적인 내시경 검자 생검을 시행하여 조직학적 진단을 위해 노력해야 하며, 또한 악성종양과의 감별이 어려워 실험적 개복술을 시행하는 경우에도 수술 중 냉동조직절편 검사가 필요하다.

REFERENCES

1. El Hajj II, Coté GA. Endoscopic diagnosis and management of ampullary lesions. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2013;23:95-109.
2. Patel R, Varadarajulu S, Wilcox CM. Endoscopic ampullectomy: techniques and outcomes. *J Clin Gastroenterol* 2012;46:8-15.
3. Standards of Practice Committee, Adler DG, Qureshi W, et al. The role of endoscopy in ampullary and duodenal adenomas. *Gastrointest Endosc* 2006;64:849-854.
4. Menzel J, Poremba C, Dietl KH, Böcker W, Domschke W. Tumors of the papilla of Vater—inadequate diagnostic impact of endoscopic forceps biopsies taken prior to and following sphincterotomy. *Ann Oncol* 1999;10:1227-1231.
5. Cho HJ, Kim JS, Yun TJ, et al. A case of a submucosal ganglioneuroma of the ampulla of vater that was treated by endoscopic resection. *Korean J Gastrointest Endosc* 2009;39:393-397.
6. Kayahara M, Ohta T, Kitagawa H, Miwa K, Urabe T, Murata T. Adenomyomatosis of the papilla of Vater: a case illustrating diagnostic difficulties. *Dig Surg* 2001;18:139-142.
7. Handra-Luca A, Terris B, Couvelard A, Bonte H, Flejou JF. Adenomyoma and adenomyomatous hyperplasia of the Vaterian system: clinical, pathological, and new immunohistochemical features of 13 cases. *Mod Pathol* 2003;16:530-536.
8. Bedirli A, Patiroglu TE, Sozuer EM, Sakrak O. Periapillary adenomyoma: report of two cases. *Surg Today* 2002;32:1016-1018.
9. Choi YH, Kim MJ, Han JH, et al. Clinical, pathological, and immunohistochemical features of adenomyoma in the ampulla of Vater. *Korean J Gastroenterol* 2013;62:352-358.