

IMAGE OF THE MONTH

젊은 여자에서 발견된 비전형적인 위 상피하 병변

윤정빈^{1,2}, 김광하^{1,2}

부산대학교 의학전문대학원 내과학교실¹, 부산대학교병원 의생명연구원²

An Atypical Gastric Subepithelial Lesion in a Young Female Patient

Jung Bin Yoon^{1,2} and Gwang Ha Kim^{1,2}

Department of Internal Medicine, Pusan National University School of Medicine¹, Biomedical Research Institute, Pusan National University Hospital², Busan, Korea

증례: 평소 별다른 증상 없는 건강한 26세 여성이 우연히 발견된 위 상피하 병변으로 내원하였다. 과거력 및 사회력에서 특이 소견은 없었으며, 약물 복용력도 없었다. 내원 당시 활력징후는 안정적이었으며(혈압 110/70 mmHg, 맥박 72회/분, 호흡수 12회/분, 체온 36.7°C), 체중 감소는 없었다. 신체 검사에서도 경부 림프절 및 복부를 포함한 검사에서 이상 소견이 없었다. 혈액 검사에서 헤모글로빈 14.3 g/dL, 백혈구 9,570/mm³,

혈소판 215,000/mm³, c-반응성 단백질 0.04 mg/dL, AST/ALT 14/15 IU/L, 총단백질/알부민 7.6/5.0 g/dL, human immunodeficiency virus 항체 검사는 음성이었다. 상부 위장관 내시경 검사에서 상부 체부 후벽에 점막교(bridging fold)를 동반한, 정상 점막으로 덮인 상피하 병변이 관찰되었으며, 중심에는 작지만 깊은 궤양이 있었다(Fig. 1A). 내시경 초음파 검사에서는 위 주변 임파선 종대 소견과 함께 이러한 임파

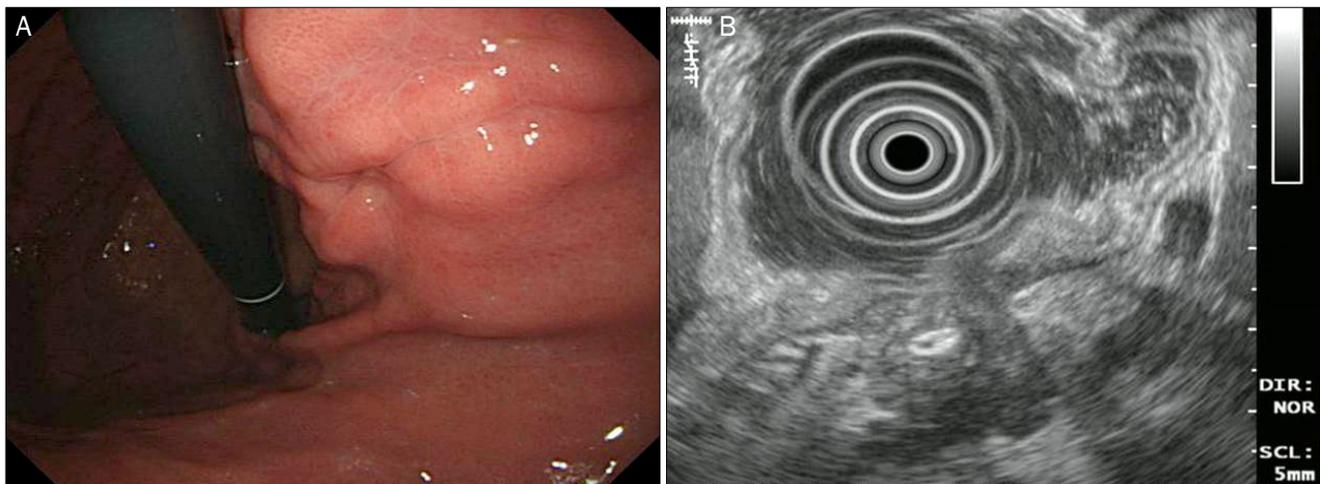


Fig. 1. Initial endoscopy and endosonography. (A) Endoscopy shows a subepithelial lesion with a small, deep ulceration in its center at the posterior wall of the upper body of the stomach. (B) Endosonography reveals that the subepithelial lesion is connected to enlarged perigastric lymph nodes with central hyperechoic area.

© 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 © 2017. Korean Society of Gastroenterology.

교신저자: 김광하, 49241, 부산시 서구 구덕로 179, 부산대학교 의학전문대학원 내과학교실 및 부산대학교병원 의생명연구원

Correspondence to: Gwang Ha Kim, Department of Internal Medicine, Pusan National University School of Medicine and Biomedical Research Institute, Pusan National University Hospital, 179 Gudeok-ro, Seo-gu, Busan 49241, Korea. Tel: +82-51-240-7869, Fax: +82-51-244-8180, E-mail: doc0224@pusan.ac.kr

Financial support: None. Conflict of interest: None.

선이 위의 상피하 병변과 연결되어 있었고, 종대된 임파선 중심에는 원형 모양의 고에코 영역이 관찰되었다(Fig. 1B). 복부 전산화단층촬영에서는 위 주변부에 다수의 임파선 종대 소견이 관찰되었으며, 임파선 중심에서는 조영제의 증강 정도가 감소되어 있었다(Fig. 2). 그리고 이러한 종대된 임파선과 위벽과의 경계는 불분명하였다. 병변의 중심 궤양부에서 반복적으로 조직 검사를 시행하였으며, 조직 검사에서 괴사를 동반한 건락성 육아종(caseous granuloma)이 관찰되었고(Fig. 3, ar-

row), acid-fast bacillus 염색에는 음성이었지만 *Mycobacterium tuberculosis*에 대한 핵산 증폭 검사(nested polymerized chain reaction)에서 양성 소견을 보였다. 이후 시행한 흉부 전산화단층촬영에서 우상엽에 공동성 결절이 있어 활동성 폐결핵으로 진단하였다. 최종적으로 폐결핵 및 복부 임파선 결핵의 이차적인 파급에 의한 위결핵으로 진단하고 항결핵제(isoniazide 300 mg, rifampicin 600 mg, ethambutol 800 mg, pyrazinamide 1,500 mg)를 1년간 투여하였다. 이후에 시행한 상부 위장관 내시경 및 복부 전산화단층촬영 추적 검사에서 이전에 관찰되었던 상피하 병변은 많



Fig. 2. Initial abdominal computed tomography. Enlargement of perigastric lymph nodes with center hypodense area are observed and these lymph nodes are connected to the gastric wall.

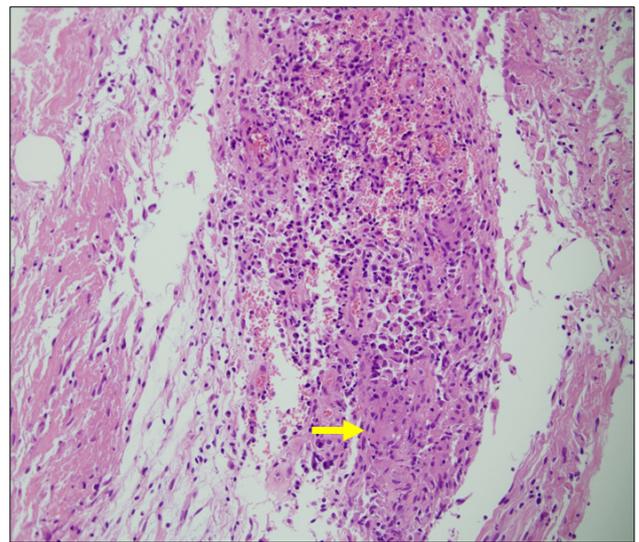


Fig. 3. Microscopic findings of endoscopic biopsy. Chronic caseous granulomatous inflammation (arrow) is seen in the submucosa (H&E stain, ×200).

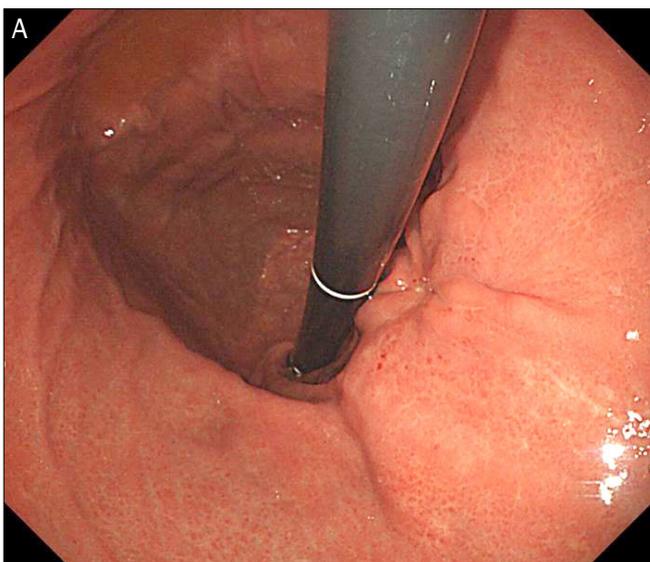


Fig. 4. Follow-up endoscopy and computed tomography after anti-tuberculosis medication. (A) On follow-up endoscopy, the previous subepithelial lesion markedly decreases. (B) On follow-up computed tomography, the enlarged perigastric lymph nodes nearly subside.

이 호전되었으며(Fig. 4A), 위 주변 임파선 종대는 거의 소실되었다(Fig. 4B).

진단: 복부 임파선 결핵의 이차적인 파급에 의한 위결핵

복부 장기의 결핵은 어느 연령에서든 발생할 수 있지만 25세에서 45세 사이에 비교적 흔하게 나타나고, 여성에서 빈도가 약간 높은 것으로 알려져 있다.¹ 위장관 결핵이 복부 결핵에서 차지하는 비율은 명확하지 않으나 회맹부를 가장 많이 침범하고, 상행결장, 공장, 충수돌기, 십이지장, 위, 식도 순으로 침범한다.² 감염 경로로는 결핵균 섭취에 의해 직접적으로 감염되는 원발 감염과 폐결핵 환자에서 객담의 삼김, 혈행 전파, 인접 장기로부터의 직접 전파와 같은 속발 감염이 있다.^{3,4}

그중 위결핵은 대부분 폐결핵과 연관되어 있고, 발생빈도는 부검에서 원발성 또는 속발성으로 발생하는 경우는 0.03-0.2%로 알려져 있다.⁵ 위결핵이 드문 이유는 위 점막은 위산에 의한 살균작용, 위 점막 자체의 저항성이 있고, 림프 조직이 드물며, 음식의 저류 시간이 적기 때문으로 생각된다. 위결핵의 위험인자로는, 폐결핵, 특히 중증의 폐결핵을 가지고 있는 경우, human immunodeficiency virus 감염, 당뇨병, 만성 신부전, 만성 폐질환, 악성 종양, 면역억제제 복용 등과 같이 면역기능이 저하된 경우로 알려져 있지만, 국내와 같이 결핵 유행률이 높은 지역에서는 본 증례처럼 별다른 위험인자 없이 발생할 수도 있다.⁶

위결핵의 증상은 흔히 오심, 구토, 복통, 출혈이나 위장관 폐쇄로 나타날 수 있으나, 체중 감소나 불명열과 같이 비특이적인 증상을 보인다든지 본 증례처럼 우연히 발견되는 경우도 있다.⁷ 위결핵의 호발 부위는 소만부 및 상대적으로 림프 조직이 많은 전정부와 유문부에서 많이 발생한다고 알려져 있다.^{8,9} 위결핵의 내시경 소견은 다양한데, 위암이나 위 상피화 종양과 유사한 형태를 보이기도 하고, 일부는 궤양의 형태를 보이며, 그 크기는 수 mm에서 20 cm까지 다양하다.^{6,7} 특히 궤양 형태로 나타나는 경우가 비교적 흔한데, 이는 결핵균이 위를 침범하게 되면 점막하 림프 조직에 결핵 결절을 형성하고, 이 병소가 진행하면서 육아종 궤양이 발생하게 되기 때문이다.⁸ 이후에 병변이 진행하거나 만성화되면 섬유화와 괴사 등으로 인해 위암이나 점막의 비후 및 상피화 종양의 형태로도 보일 수 있게 된다.

위결핵의 진단은 일반적인 장결핵의 진단과 다르지 않지

만, 본 증례에서와 같이 상피화 병변 형태를 띠는 경우도 있을 수 있어 주의가 필요하며, 양성자 펌프 억제제에 반응이 없는 궤양의 경우 꼭 위결핵을 고려하여 적극적인 조직 검사 및 인터페론 감마 검사(interferon gamma release assay), *Mycobacterium tuberculosis*에 대한 핵산 증폭 검사 등과 같은 검사를 시행해 볼 필요가 있다. 치료는 폐결핵과 동일하게 항결핵제 치료가 원칙이며, 폐결핵과 동일한 약제로 6-12개월간의 치료를 권장한다.

요약하면 본 증례는 젊은 여성에서 발생한 작고 깊은 궤양을 동반한 상피화 병변 형태의 위결핵의 내시경 및 내시경 초음파 소견에 대한 보고로, 위결핵은 상기 증례와 같이 다양한 형태로 나타날 수 있으며, 특히 치료에 반응하지 않는 위궤양이나 폐에 결핵성 병변이 있을 경우 이에 대한 적극적인 조직 검사 및 추가 검사를 반드시 고려해 보아야 할 것이다.

REFERENCES

1. Akgun Y. Intestinal and peritoneal tuberculosis: changing trends over 10 years and a review of 80 patients. *Can J Surg* 2005; 48:131-136.
2. Kruijshaar ME, Abubakar I. Increase in extrapulmonary tuberculosis in England and Wales 1999-2006. *Thorax* 2009;64: 1090-1095.
3. Horvath KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: return of an old disease. *Am J Gastroenterol* 1998;93:692-696.
4. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004;120:305-315.
5. Bandyopadhyay SK, Bandyopadhyay R, Chatterjee U. Isolated gastric tuberculosis presenting as haematemesis. *J Postgrad Med* 2002;48:72-73.
6. Chung JS, Cho YB, Heo WG, Jo DH, Jeong YH, Seo GS. Asymptomatic synchronous tuberculosis involving stomach and small bowel in immunocompetent patient. *Korean J Gastroenterol* 2015;66:345-349.
7. Talukdar R, Khanna S, Saikia N, Vij JC. Gastric tuberculosis presenting as linitis plastica: a case report and review of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006;18:299-303.
8. Kim JH, Jeon YC, Kim TY, et al. A case of synchronous intestinal tuberculosis involving the stomach and colon. *Korean J Gastroenterol* 2008;52:320-324.
9. Quantrill SJ, Archer GJ, Hale RJ. Gastric tuberculosis presenting with massive haematemesis in association with acute myeloid leukemia. *Am J Gastroenterol* 1996;91:1259-1260.