

수술 전 진단이 가능하였던 사중 조기 위암 1예

고려대학교 의과대학 내과학교실, *해부병리학교실, †외과학교실

조남영·공 휘·김지훈·박연호·김윤홍·김효정
김철환*·김재선·목영재†·박영태·이창홍

A Case of Synchronous Quadruple Early Gastric Cancer Which was Detected Preoperatively

Nam Young Jo, M.D., Hwi Kong, M.D., Ji Hoon Kim, M.D.,
Yeon Ho Park, M.D., Yoon Hong Kim, M.D., Hyo Jung Kim, M.D.,
Chul Hwan Kim, M.D.* , Jae Seon Kim, M.D., Young Jae Mok, M.D.†,
Young-Tae Bak, M.D. and Chang Hong Lee, M.D.

Departments of Internal Medicine, *Anatomical Pathology and †Surgery,
Korea University College of Medicine, Seoul, Korea

Early diagnosis of gastric cancer is very important since gastric cancer is one of the leading causes of cancer-mortality in Korea. The incidence of early gastric cancer has increased recently with much advances in diagnostic modalities and increasing concerns about individual health status. The incidence of multiple gastric cancer is also increasing. The number of lesions in cases with multiple gastric cancer is usually 2 or 3, and lesions over 4 sites are rare. The problem in the diagnosis of multiple gastric cancer is the low preoperative detection rate in spite of the recent advances of diagnostic techniques, especially in cases with small flat or elevated lesions. We report a case of a synchronous quadruple early gastric cancer which was preoperatively diagnosed with endoscopy. Of the four lesions, one was depressed (IIc) and the other three were superficial elevated (IIa). All four lesions were well differentiated adenocarcinomas confined to the mucosa. (Korean J Gastrointest Endosc 2001;23:28-31)

Key Words: Multiple, Quadruple, Early gastric cancer

서 론

위암이 암 사망률의 수위를 점하고 있는 우리나라에서 위암의 조기 진단은 치료 후 양호한 예후를 고려할 때 매우 중요한 문제이다. 최근 방사선 진단술의 향

상과 더불어 전자내시경, 색소내시경, 초음파내시경 등 진단 수기의 발전, 국민들의 암에 대한 인식 고조로 과거에 비해 조기위암의 발견률이 꾸준히 향상되고 있는 것은 매우 고무적이라 할 수 있다. 이러한 위암의 조기 진단과 더불어 위의 여러 병소에서 동시에 암이 발생하는 다발성 위암의 빈도 또한 증가하고 있다.¹⁻⁴ 다발성 위암은 수술 범위의 결정과 술 후 관리에 있어서도 세심한 주의를 기울여야 하는데, 다발성 위암의 진단시 문제점은 상부위장관 조영술, 내시경 등의 검사를 이용한 수술 전 진단률이 낮으며, 또한 수술 후에도 육안소견으로 발견하지 못하고 현미경적 소견에 의해서만 진단된 경우도 있다는 점이다.^{1,2}

접수: 2001년 4월 30일, 승인: 2001년 7월 6일

연락처: 김재선, 서울시 구로구 구로동 80

우편번호: 152-080, 고대 구로병원 내과

Tel: 02-818-6631, Fax: 02-837-1966

E-mail: kimjs@kumc.or.kr

다발성 위암의 국내 보고는 대개 이중암 또는 삼중암으로 사증암 이상의 경우는 매우 드물다.⁵ 조기위암으로만 이루어진 다발성 위암의 국내 보고에서도 대부분은 이중 조기위암으로,^{6,7} 사증 조기위암 이상의 경우에는 단지 3례가 보고되었을 뿐이다.¹

저자 등은 최근 내시경으로 위각부에서 1개의 표면 함호성 병변, 전정부 및 위체하부에서 3개의 융기성 병변을 관찰하고, 초음파내시경에서 4개의 병변 전부가 점악 병변 소견을 보여 근치적 위아전절제술을 시행하여, 위각부에서는 표면함호형(IIc형), 전정부 및 위체하부의 3개 병변은 표면융기형(IIa형)으로 4개의 병변 모두가 점악에 국한된 고도분화선암의 조기위암으로 확인되었던 1례를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증례

69세 남자가 내원 3개월 전부터 시작된 간헐적인 심窝부 통증을 주소로 내원하였다. 과거력 및 가족력에서

특이소견은 없었다. 전신 신체검진에서 혈압 135/90 mmHg, 체온 36.7°C, 맥박수 68회/분, 호흡수 16회/분이었다. 진찰 소견에서 공막 황달이나 결막 창백 소견은 없었으며, 복부 축진에서 압통이나 반발통은 없었다. 말초혈액 검사에서 백혈구수 6,600/mm³, 혈색소 12.1 g/dL, 혈소판수 350,000/mm³이었고, 혈청 생화학 검사에서 glucose 125 mg/dL, AST 20 IU/L, ALT 22 IU/L, alkaline phosphatase 136 IU/L, 총 빌리루빈 1.0 mg/dL, BUN 17 mg/dL, creatinine 1.0 mg/dL이었으며, 혈청 전 해질 검사는 정상이었다. CEA, AFP, CA 19-9 등의 종양표지자는 정상 범위였다.

내원시 시행한 내시경에서 위각부 소안부에 미란을 동반한 표면함호성 병변이 있었으며(Fig. 1A), 전정부 상부 후벽에 표면융기성 병변이 있어(Fig. 1B), 조직 생검을 시행한 결과 위각부 소안부의 표면 함호성 병변에서는 고도분화선암, 전정부 상부 후벽의 표면 융기성 병변에서는 고도이형성종이 있는 관상선종의 소견이 있었다. 이후 병변의 심탕도를 보기 위하여 내시경 초음파를 시행하였다. 내시경 초음파 시행 결과 처음 내

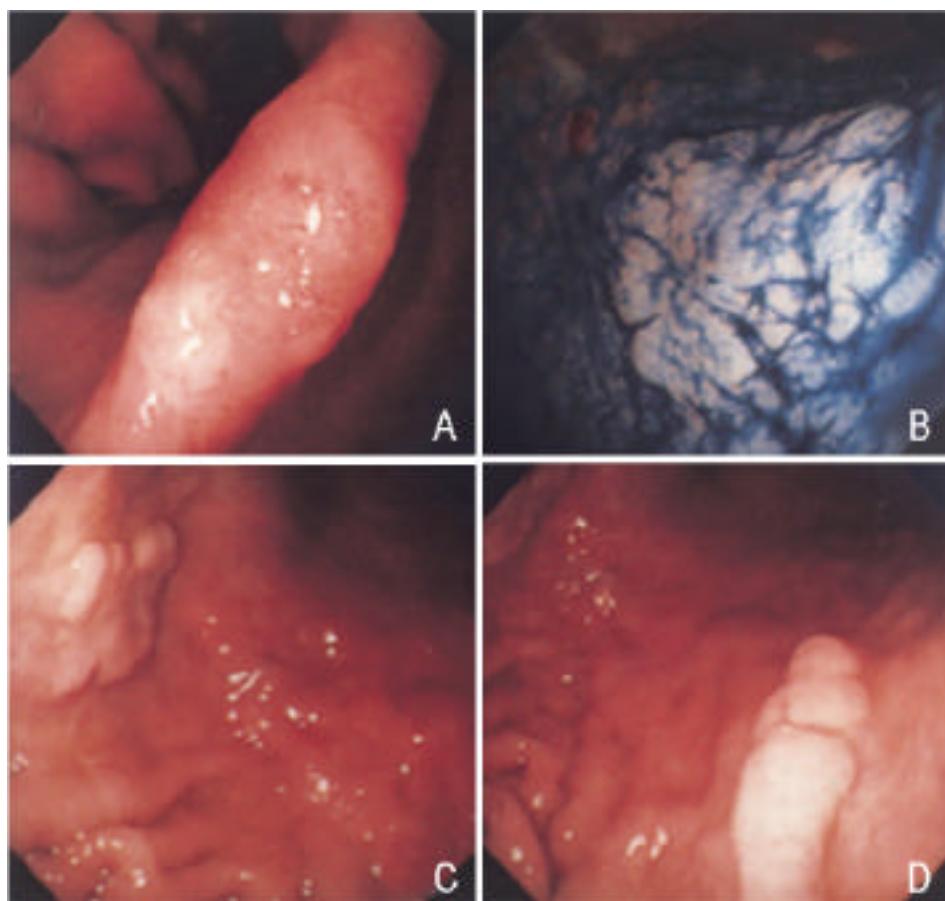


Figure 1. Endoscopic findings. (A) A depressed lesion on the lesser curvature of the angle. (B) A superficial elevated lesion on the posterior wall of the proximal antrum. (C) A superficial elevated lesion on the anterior wall of the proximal antrum. (D) A superficial elevated lesion on the posterior wall of the low body.

시경에서 발견되었던 병변들 이외에도 전정부 상부 전벽과 하부 체부 후벽 각각에서 표면융기성 병변들(Fig. 1C, D)이 추가로 발견되었으며, 4군데 병변들 모두가 점막 병변의 소견이 있었다. 복부 초음파 검사에서 특이소견은 없었으며, 복부 전산화단층촬영에서도 위벽 비후, 간전이 및 주위 림프절 종대 등의 소견은 없었다. 최근 조기 위암이나 선종의 치료 방법으로 널리 시행하고 있는 내시경적 점막절제술을 시행하려 하였으나 전정부 상부 후벽의 표면 융기성 병변의 크기가 2.5×3 cm 정도로 내시경적 절제술시의 위험성을 고려하고, 4군데 병변의 확실한 절제가 치료면에서 유리할 것으로 생각하여 수술을 시행하였다. 수술은 균치적 위아전 절제술 및 공장 문합술을 시행하였다. 수술 후 절제된 위조직 시야상 위각부 소만부에 1.6×1.7 cm 크기의 함몰성 병변이 있었고, 전정부 상부 전벽, 후벽 및 위체하부 후벽에 각각 2×1 cm, 1.7×1.5 cm, 1.5×0.7 cm 크기의 융기성 병변이 있었다. 수술시야에서 림프절 및 원격전이는 없었다. 병리소견에서 절제 경계부의 악성 세포의 침윤은 없었고 절제된 45개의 위 주위 림프절에 전이는 없었다. 위각부의 함몰성 병변은 표면함모형 (IIc) 조기위암으로, 그 외 전정부와 위체하부의 3군데 융기성 병변은 표면융기형 (IIa) 조기위암 소견이었다. 4 군데 병변 모두 점막에 국한되어 있었으며, 고도분화선암 소견이었고 각각의 병변 사이는 정상위벽으로 구성되어 있었다. 수술 후 합병증 발생 없이 전신상태가 양호하여 퇴원 후 외래에서 추적 관찰 중이다.

고 찰

동시 다발성 위암이란 각 병소가 각각 병리학적으로 악성임이 증명되어야 하며, 각각의 병소가 정상위벽을 사이에 두고 분명하게 떨어져 있어야 하고, 각 병소들이 서로간의 전이에 의한 것이 아니어야 한다.⁹

동시 다발성 위암의 발생 비율은 국내의 경우 2.3~5.6%,^{1,6} 외국의 경우 3~15% 정도로 다양하게 보고되고 있으나,^{2,4} 최근 위암 진단 방법의 발달 및 보편화로 점차 증가하는 추세이다.^{1,4}

동시성 다중암은 단일암에 비하여 임상 및 병리학적 특징이 다르게 보고되고 있는데, 다발성 위암은 평균연령이 단발암의 경우보다 고령에서 발생하고, 남자에서 호발하며, 분화형이 미분화형에 비해 2배 이상 많다.^{9,10} 다발성 조기위암일 경우 표면융기형 (IIa형)이 단일암에 비해 유의하게 많으며, 고도분화암의 빈도가 높고, 주위조직에 장상피화생을 동반하는 경우가 많은 것으로

보고하고 있다.^{1,11} 또한 다발성 조기위암의 경우 병변의 위치는 주로 위체부 이하 원위부에 발생한다고 한다.¹¹ 본 증례의 경우에서도 병변의 부위는 4군데 모두가 위체하부 이하 부위로 고도분화선암이었으며, 조기위암의 형태에서는 위각부 소만부에서만 표면 함모성 (IIc형), 나머지 전정부 및 위체하부의 3개 병변은 표면융기형 (IIa 형)이었다.

다발성 위암의 진단시 문제점은 최근 진단 수기의 향상에도 불구하고 수술 전 진단률이 매우 낮으며, 또한 수술 후에도 유판소견으로 발견하지 못하고 현미경적 소견에 의해서만 진단한 경우도 있다는 점이다.¹² 실제로 위내시경과 상부위장관 조영술을 이용하여 수술 전에 다발성 병변이 진단된 경우는 44.7%로 보고하였다.⁷ 그리고 동시 다발성위암 189예를 대상으로 후향적 연구를 시행한 보고에서 수술 전 검사로 모든 다발 병변이 진단된 경우는 33.3%, 내시경이 30.0%, 상부위장관 조영술이 26.1%의 진단률을 보였다고 보고한 바 있다.¹ 특히 다발성 조기위암 75예 중 사중 조기위암 2 예, 5중 조기위암 1예로 4개 이상의 동시 다발성 조기위암의 경우가 3예 있었다고 보고하였으나,¹ 4개 이상의 조기위암 병변의 진단률 수술 전에 하였는지 또는 수술 후에 하였는지에 대한 정확한 설명이 없지만, 일부 병변들에서는 수술 후 진단되었을 것으로 생각한다. 수술 전 검사로 다발 병변의 진단률 놓치는 경우는 검사자가 한 개의 병변을 발견하면 동시에 다발성 병변의 가능성성을 간과하여 다른 병변을 찾기 위한 노력이 부족한 점을 지적할 수 있다.⁷ 그리고 놓치기 쉬운 병변의 위치를 볼 때 위상부의 병변들과 위중부의 후벽, 위하부의 전벽 부위의 병변들이 수술 전 진단률이 낮았으며,¹² 병변의 형태에서는 특히 다발성 조기위암의 경우 작은 크기의 표면함모형 (IIc)과 표면편평형 (IIb) 조기위암이 간과될 가능성이 높다.^{1,11} 본 증례의 경우에서도 내원하여 시행한 1차 내시경검사에서 위각부 소만부의 함모성 병변과 전정부 상부 후벽의 표면 융기성 병변 2군데의 병변들만 관찰한 후, 병변의 심 달도를 보기 위하여 내시경 초음파를 시행하던 중 전정부 상부 전벽과 하부 체부 후벽에서 2군데의 표면융기성 병변들을 추가로 발견할 수 있었다.

다발성 위암의 수술은 잔여 병소에 의한 조기 재발의 위험성 때문에 전절제술을 시행해야 한다는 주장들도 있었지만,¹² 다발성 조기위암의 경우 병변의 위치는 주로 위체부 이하 원위부에 발생하여, 림프절 전이나 혈관침윤이 단일 조기위암과 비슷하거나 더 적은 것으로 나타났고, 생존률에 있어서도 위전절제술과 위아전

절제술간에 차이가 없었으며,¹⁰ 위전절제술의 영양 장애, 역류성 식도염 등의 합병증 등을 고려할 때 병변의 위치와 범위를 수술 전이나 수술 중에 정확히 진단이 가능하면 위아전절제술을 권장하고 있다.¹¹ 본 증례의 경우 수술 전에 내시경으로 병변의 위치와 범위를 정확히 진단하여 근치적 위아전절제술을 시행할 수 있었다.

결론적으로 고령의 남자에서 발견된 조기위암의 경우 다발성위암의 가능성은 항상 염두하여 색소내시경을 포함한 보다 철저한 검사가 필요하며, 치료 후에도 지속적인 추적 관찰이 필요하다.

참 고 문 헌

1. 김진복, 최민규, 이주호 등. 동시 다발성 위암의 임상병리학적 특징. 대한암학회지 1998;30:652-659.
2. Kodera Y, Yamamoto Y, Totsu A, et al. Incidence, diagnosis and significance of multiple gastric cancer. Br J Surg 1995; 82:1540-1543.
3. Mitsudomi T, Watanabe A, Matsusaka T, Fujinaga Y, Fuchigami T, Iwashita A. A clinicopathological study of synchronous multiple gastric cancer. Br J Surg 1989;76:237-240.
4. Hitoshi I, Kunio O, Xian H, Keizo F, Shozo S. Multiple early gastric carcinoma: clinicopathologic features and histogenesis. Cancer 1996;78:2080-2086.
5. 정용환, 안영주, 신동현 등. 위의 사증암 1예. 대한소화기내시경학회지 1992;12:249-252.
6. 조수남, 김영진, 김신곤. 동시다발성 위암의 임상적 고찰. 의과학회지 1996;50:210-217.
7. 노성훈, 청웅윤, 민진석. 동시다발성 조기위암의 임상적 고찰. 의과학회지 1995;49:328-334.
8. Mottet CG, Bargen JA, Soule EH. Multiple gastric cancers. Gastroenterology 1957;32:1095-1103.
9. Kitamura K, Yamaguchi T, Okamoto K, et al. Clinicopathologic features of synchronous multifocal early gastric cancers. Anticancer Res 1997;17:643-646.
10. Kosaka T, Miwa K, Yonetomura Y, et al. A clinicopathologic study on multiple gastric cancers with special reference to digital gastrectomy. Cancer 1990;65:2602-2605.
11. Takeshita K, Tani M, Honda T, et al. Treatment of primary multiple early gastric cancer: from the viewpoint of clinicopathologic features. World J Surg 1997;21:832-836.
12. Wittekind C, Klumpfinger M, Hetmanek P, Tannapfel A. Multiple simultaneous gastric carcinomas. Br J Cancer 1997;76: 1604-1609.