

내시경적 절제로 진단된 폴립 형태의 심재성 낭종성 위염 2예

허중현¹, 조영화¹, 성용완¹, 유재훈¹, 구동영¹, 김갑식¹, 노지훈¹, 문 원²

동의의료원 내과¹, 고신대학교 의과대학 내과학교실²

Two Cases of Polyp Type Gastritis Cystica Profunda Diagnosed by Endoscopic Polypectomy

Jong-Hyun Hur¹, Young-Hwa Jo¹, Yong-Wan Sung¹, Jae-Hoon Yoo¹,
Dong-Young Goo¹, Kab-Sik Kim¹, Ji-Hun Roh¹, Won Moon²

¹Department of Internal Medicine, Dongeui Medical Center

²Department of Internal Medicine, Kosin University College of Medicine, Busan, Korea

Abstract

Gastritis cystica profunda (GCP) is a disease characterized by hyperplastic and significant extension of cystic dilatation of the gastric mucous glands, which results in a cystic lesion in gastric submucosa. It often occurs on the part of gastroenterostomy, but can be found in the stomach without any previous surgery. GCP has variable gross finding including solitary polyps, diffuse ones, submucosal tumors, and rare giant gastric mucosal fold. It is difficult to tell GCP from a cancerous lesion by gross finding that the disease demands a necessary tissue biopsy, though GCP is commonly showed as a benign in the progress. We report a case of GCP in polypoid types diagnosed by endoscopic polypectomy.

Key words : Gastritis cystica profunda, Polypectomy, Polyp

서 론

심재성 낭종성 위염(gastritis cystica profunda, GCP)은 위선상피의 과형성 및 현저한 낭성 변화가 위점막의 심부와 점막하층에 낭종을 형성하는 비교적 드문 질환으로,¹⁻³⁾ 주로 위절제술 후에 위장관 문합부에서 호발하지만^{1,3)} 드물게는 위절제술의 과거력이 없는 경우에도 나타날 수 있다.^{2,4,5)} 그 발생기전은 명확하지는 않으나 주로 위점막의 만성 염증, 허혈 또는 봉합사 등과 같은 이물질에 의한 반응 등과도 관련이 있을 것으로 생각되고 있다.²⁾ 내시경적으로는 대개 무경성의 폴립 모양을 보이나 드물게는 유경성의 폴립 모양, 점막하 종양 혹은 거대 점막주름 등의 다양한 형태로 나타날 수 있으며 고립성 또는 다발성 병변으로도 발생할 수 있다.⁶⁻¹⁰⁾ 저자들은 위절제술의 과거력이 없는 환자들에서 상부위장관 내시경 검

사상 폴립 형태를 가진 병변을 발견하여 내시경적 절제술을 통한 조직검사상 GCP로 진단된 2예를 보고하는 바이다.

증 례

증례 1.

51세 남자 환자로 평소 건강하게 지내던 중 건강검진 목적으로 시행한 내시경 검사에서 폴립 형태의 병변이 발견되었다. 과거력에서 위절제술을 받은 적이 없었고, 가족력에서도 특이소견이 없었다. 내원 당시 혈압 120/70 mmHg, 맥박수 64/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.7℃였고, 의식은 명료하였으며 건강하게 보였다. 두경부 및 흉부 청진에서 특이소견은 없었다. 심와부에 경도의 압통 외에는 복부 진찰소견에서 특이소견 없었고, 사지 검사 및 신경학적 검사에서 특이소견이 없었다. 내원 당시에 시행한 말초혈액 검사나 단순방사선학적 검사에서도 특이소견은 없었다. 상부 위장관 내시경에서 위체부의 대만부에 작은 함몰이 동반된 약 1.5 cm크기의 폴립형 병변

교신저자 : 문 원

주소 : 602-702, 부산광역시 서구 압남동 34번지
고신대학교 복음병원 소화기내과
TEL : 051-990-5061, FAX : 051-990-5055
E-mail : moonone70@hanmail.net

내시경적 절제로 진단된 폴립 형태의 심재성 낭종성 위염 2예

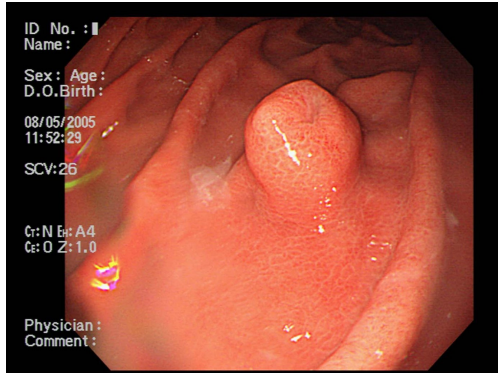


Fig. 1 Endoscopic finding of case 1. A 1.5 cm sized, well marginated, smooth surfaced, round polypoid mass with opening, which is located on the greater curvature of the midbody.

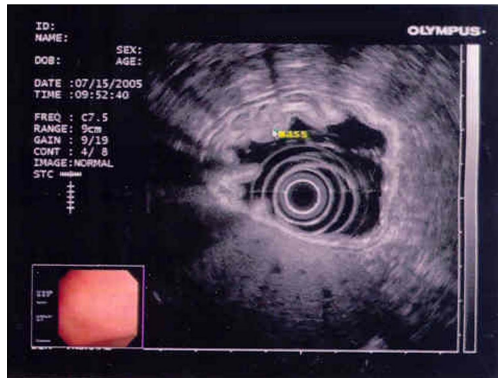


Fig. 2 Endoscopic sonographic finding of case 1. It shows a round and relatively hypo-echoic mass occupying the submucosal layer, which has small anechoic components.

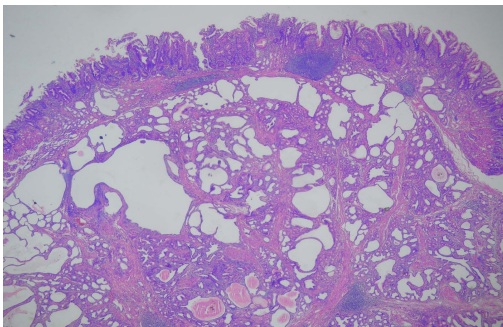


Fig. 3 Histologic finding of case 1. It shows cystic dilatation of the gastric glands extending into the submucosa (H&E, x10)

이 관찰되었으며(Fig.1), 초음파 내시경에서 작은 무예코성의 구성물질을 가지고 주로 점막하층을 점유하는 비교적 저에코성의 병변이 관찰되어(Fig.2), 고장성 식염수를 주입하여 병변을 융기 시킨 후 올가미를 이용한 용종절

제술을 시행하였다. 병변에서 동맥혈 출혈이 관찰되어 금속 클립을 이용해 지혈술을 시행하였다. 조직병리소견에서는 점막하층에 증식된 위선이 낭종성 확장을 보여서 GCP의 특징적인 소견과 일치하였다(Fig.3). 내시경적 절제술 시행 후 출혈이나 천공 등의 합병증 없는 가운데 퇴원하였으며, 3개월 후 추적내시경에서 별다른 변화 없이 건강하게 잘 지내고 있다.

증례 2.

36세 여자 환자로 우상복부 불쾌감을 주소로 내원하였다. 환자는 평소 건강하게 지내던 중 내원 1개월 전부터 간헐적인 심와부 불쾌감이 있어서 개인의원에서 시행한 내시경 검사에서 폴립 형태의 병변이 발견되어 본원으로 전원되었다. 과거력에서 위절제술을 받은 적이 없었으며, 가족력에서도 특이소견이 없었다. 내원 당시 혈압 120/80 mmHg, 맥박수 68/분, 호흡수 22회/분, 체온 36.7℃였고, 의식은 명료하였으며, 건강하게 보였다. 두경부 및 흉부 청진에서 특이소견은 없었다. 복부 진찰 소견에서 특이

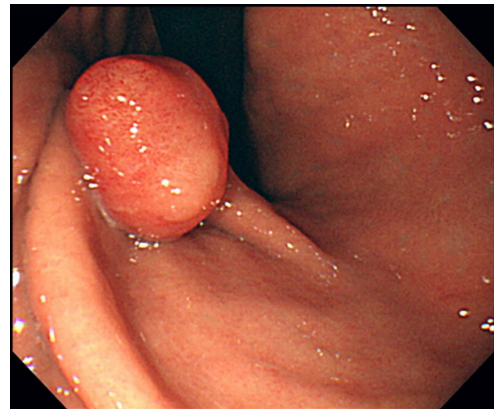


Fig. 4 Endoscopic finding of case 2. A 2 cm sized, well marginated, smooth surfaced, round mass with a stalk on the lesser curvature of the midbody

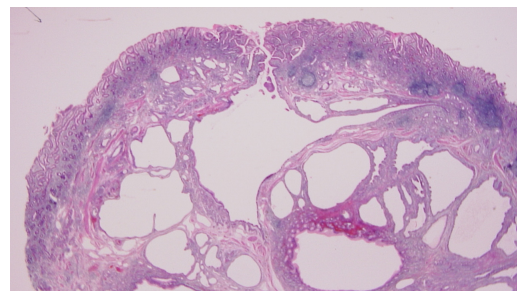


Fig. 5 Histologic finding of case 2. It shows numerous cystic glands in the lamina propria and the submucosa (H&E, x10)

소견이 없었고, 사지 검사 및 신경학적 검사에서도 특이 소견은 없었다. 말초혈액 검사나 단순방사선학적 검사에서도 특이소견은 없었다. 상부 위장관 내시경에서 위체부의 소만부에 약 2 cm크기의 유경성 폴립이 관찰되어 내시경적 절제술을 시행하였다(Fig.4). 조직병리 소견에서 다수의 낭종들이 점막하층 및 점막하층에서 관찰되었다(Fig.5). 내시경적 절제술 시행 후 출혈이나 천공 등의 합병증 없는 가운데 퇴원하였다.

고 찰

GCP는 위선상피의 과형성 및 현저한 낭성 변화로 위 점막의 심부와 점막하층에 낭종이 형성되는 질환으로,¹⁻³⁾ 소화성 궤양 환자에서 위절제술 및 위공장 문합술 후 위장관 문합부에 발생한 폴립형 병변을 1972년 Littler 등¹¹⁾이 처음 발견하여 보고하였다.

GCP의 발생기전으로 명확하게 밝혀진 바는 없지만 만성 위염, 허혈에 의한 위점막의 염증, 위절제술 자체에 의하거나 봉합사로 인해 위점막이 손상받게 되고, 그 결과 상피 조직이 점막하로 이동함으로써 발생하는 것으로 생각되고 있다.^{2-4,12-14)} 그리고 십이지장 내용물의 반복적인 역류로 인한 염증 및 재생 반응, 위연동 운동과 연관된 위벽 견인으로 인한 점막의 운동성의 과도한 증가에 의해서도 발생한다고 한다.^{4,6,11,12)} 그러나 위수술의 과거력이 없었던 환자에서도 발생하는 것으로 보아 이 발생기전만으로는 설명이 어렵다.

임상 증상은 비특이적이어서 대부분 우연히 발견되지만 크기가 큰 경우 위장관 폐쇄나 출혈 등을 일으키기도 한다.¹⁵⁾ 드물게 악성 질환과 동반되어 발견되기도 한다.¹⁶⁾

진단은 상부위장관 내시경, 내시경 초음파, 복부 전산화 단층 촬영, 위장관 조영술 등이 이용되며 특히 최근에는 내시경적 초음파 검사가 GCP의 진단에 많은 도움을 주는 것으로 알려져 있다. GCP의 내시경적 초음파 소견으로는 점막하층에 다수의 낭종을 포함하고 있는 위벽의 비후가 특징적이거나 확진을 위해서는 조직학적인 검사가 필수적이다.¹²⁾ 본 증례의 경우 점막하 종양 형태의 병변의 점막하층을 점유하는 비교적 저에코 병변이 보이고, 내부에 작은 무에코의 낭종들을 관찰할 수 있었으며, 내시경적 절제술을 통해 조직 검사를 시행하여 GCP로 진단 하였다. GCP는 매우 다양한 육안적 형태를 보여 고립성 또는 미만성 폴립, 유경성 또는 무경성 폴립, 점막하

종양 형태로 나타날 수 있으며,^{6-8,10)} 드물게는 거대점막 주름 등의 형태로도 나타나기도 한다.⁹⁾ 위공장 문합술을 받은 환자에서 주로 점막 주름이 풍부한 대만부에서 호 발하며, 다발성 폴립형 병변이 환형 배열을 하고 있는 증례도 보고된 바 있다.¹⁷⁾ 저자들의 증례에서는 모두 폴립 형태로 관찰되었으며 두 증례 모두에서 가운데 침부에서 안으로 점막이 말려있는 것과 같은 함몰이 관찰되어 추후 GCP의 감별진단에 도움이 되는 육안소견으로 고려되며, 추후 더 많은 증례의 고찰이 요구될 것으로 보인다.

조직학적으로는 위소와(gastric pits)의 신장(elongation)과 위선상피의 과형성 및 현저한 낭성 확장으로 위점막의 심부와 점막하층에까지 침범하기도 한다.^{1,3,11)} 위점막층에서 다수의 염증과 재생이 관찰되며 일반적으로 상피 이행성은 보이지 않는다.¹⁷⁾ 대개 GCP는 양성경과를 보이는 것으로 알려져 있으나 위선암종 및 상피 이행성이 동반되었다는 보고도 있으며,^{16,18)} 육안적 형태로 악성 종양과의 감별 진단이 어려운 경우에는 반드시 조직학적인 검사를 통한 확진이 필요하다.

GCP는 위선암종이 의심되는 경우 수술적 치료가 필요 하기도 하나, 최근에는 진단기술 및 내시경술의 향상으로 내시경적 절제술을 통해 진단과 치료가 가능해짐에 따라 불필요한 수술은 피하는 경향이 있다.

결 론

본 저자들은 위절제술의 과거력이 없는 환자에서 상부 위장관 내시경적 절제술로 진단 및 치료가 행해진 폴립 형태의 GCP 2예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

참고문헌

- 1) Koga S, Watanabe H, Enjoji M : Stomal polypoid hypertrophic gastritis: a polypoid gastric lesion at gastroenterostomy site. *Cancer* 43:647-657, 1979
- 2) Fonde EC, Rodning CB : Gastritis cystica profunda. *Am J Gastroenterol* 81:459-464, 1986
- 3) Franzin G, Novelli P : Gastritis cystica profunda. *Histopathology* 5:535-547, 1981
- 4) Iwanaga T, Koyama H, Takahashi Y, Taniguchi H, Wada A : Diffuse submucosal cysts and carcinoma of the stomach. *Cancer* 36:606-614, 1975
- 5) Yamagiwa H, Matsuzaki O, Ishihara A, Yoshimura H : Heterotopic gastric glands in the submucosa of the stomach. *Acta Pathol Jpn* 29:347-350, 1979

- 6) Chakrovorty RC, Schatzki PF : Gastric cystic polyposis. Am J Dig Dis 20:981-989, 1975
- 7) 권범찬, 박진석, 신경순, 이덕현, 백효종, 이중기 : 긴 유정성의 Gastritis cystica profunda 1예. 대한소화기내시경학회지 19:81-83, 1999
- 8) 박인서, 정준표, 송시영, 박상진, 정재복, 박영년, 김호근 : 내시경적 용종절제술로 진단된 Gastritis cystica polyposa 2예. 대한소화기내시경학회지 13:555-559, 1993
- 9) 김성수, 남순우, 박철수, 조영석, 이봉수, 정인식, 박두호, 김병기 : 위의 거대점막주름을 보인 gastritis cystica profunda 1예. 대한소화기내시경학회지 16:221-227, 1996
- 10) 이민재, 이상호, 김봉갑, 김진만, 장성원, 최선희, 윤중근 : 관상 선종과 병발된 심재성 낭성 위염(Gastritis cystica profunda) 1예. 대한소화기내시경학회지 32:120-123, 2006
- 11) Littler ER, Gleibermann E : Gastritis cystica polyposa: gastric mucosal prolapse at gastroenterostomy site, with cystic and infiltrative epithelial hyperplasia. Cancer 29:205-209, 1972
- 12) Okada M, Iizuka Y, Oh K, Murayama H, Maekawa T : Gastritis cystica profunda presenting as giant gastric mucosal folds: the role of endoscopic ultrasonography and mucosectomy in the diagnostic work-up. Gastrointest Endosc 40:640-644, 1994
- 13) Mitomi H, Iwabuchi K, Amemiya A, Kaneda G, Adachi K, Asao T : Immuno-histochemical analysis of a case of gastritis cystica profunda associated with carcinoma development. Scand J Gastroenterol 11:1226-1229, 1998
- 14) Honore LH, Lewis AS, O'Hara KE : Gastritis glandularis et cystica profunda: a report of three cases with discussion of etiology and pathogenesis. Dig Dis Sci 24:48-52, 1979
- 15) 오영륜, 고재향, 박철근, 전성국, 손희정, 김재준 : Gastritis cystica profunda를 동반한 위의 염증성 섬유양 용종 1예. 대한소화기내시경학회지 17:684-688, 1997
- 16) 조미애, 김성훈, 김수현, 최세림, 이재승, 최성호, 박희승 : 위암과 동반된 심낭종성 위염 1예. 대한내과학회지 67:78-82, 2004
- 17) 이현희, 김화민, 이재건, 장유현, 최혜진, 이계희 : 환형 배열의 다발 용종 병변의 형태로 발생한 Gastritis Cystica Polyposa 1예. 대한소화기내시경학회지 27:541-544, 2003
- 18) Qizilbash AH : Gastritis cystica and carcinoma arising in old gastrojejunostomy stoma. Can Med Assoc J 112:1432-1433, 1975