

## 식도에 발생한 염증성 섬유양 용종 1예

연세대학교 의과대학 내과학교실, 진단병리학교실<sup>2</sup>

제현철 · 김민수 · 김희선 · 박효진 · 박찬일<sup>2</sup>

### =Abstract=

#### A case of inflammatory fibroid polyp of esophagus

Hyun Chul Je, M.D., Min Su Kim, M.D., Hee Sun Kim, M.D.,  
Hyojin Park, M.D. and Chan Il Park, M.D.<sup>2</sup>

*Departments of Internal Medicine and Pathology<sup>2</sup>,  
Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea*

An inflammatory fibroid polyp is a pseudotumorous lesion in gastrointestinal tract, first described in 1949.

The histologic feature is characterized by a localized proliferation of fibrous tissue and blood vessels with inflammatory reactions, and these may lead to various symptoms including epigastric pain, intestinal obstruction by intussusception and intestinal bleeding depending on the site of invasion.

Recently, inflammatory fibroid polyps have been detected more frequently as the use of endoscopy is increased. It's mostly commonly found in the gastric antrum and the esophagus is a very rare site (No case of esophageal inflammatory fibroid polyp is reported in Korea).

We report a 62 year old male case of inflammatory fibroid polyp, which was initially thought to be an esophageal submucosal tumor with malignant transformation, but later pathologically confirmed as an esophageal fibroid polyp via thoracotomy. (Korean J Med 70:S128-S131, 2006)

**Key Words** : Inflammatory polyp, Esophagus, Submucosal tumor

### 서 론

염증성 섬유양 용종은 1949년 Vanek<sup>1)</sup>에 의해 처음으로 기술된 드물게 관찰되는 위장관의 위종양성 용종이다.

이의 병리학적 소견은 염증 세포, 특히 호산구의 침윤과 림프관, 모세혈관의 증식 및 섬유화, 부종으로 특징지어지며<sup>1)</sup>, 발병 부위에 따라 심부위 동통, 장 증첩증에 의한 폐색<sup>2)</sup>, 장 출혈<sup>3)</sup>등의 증상이 나타날 수 있다고 보고되고 있다.

최근 상부 위장관 내시경 사용이 활발해짐에 따라 염증성 섬유양 용종의 발견 빈도 역시 증가 추세이며, 주된 발병 부위는 위 전정부로 알려져 있다. 우리나라에서는 1987년 박 등<sup>4)</sup> 및 1989년 박 등<sup>5)</sup>에 의해 회장과 결장의 장증첩증을 동반한 염증성 섬유양 용종이 보고된 예 등이 있으나 아직 식도에서의 염증성 섬유양 용종은 보고된 바가 없었다.

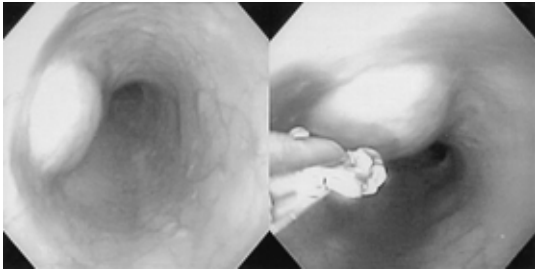
이에 저자들은 식도의 점막하 중양의 악성화를 의심하여 흉강경을 통한 종괴 절제술을 시행한 62세 남자

• 접수 : 2005년 4월 11일

• 통과 : 2005년 8월 5일

• 교신저자 : 박효진, 서울시 강남구 도곡동 146-92, 연세대학교 의과대학 영동세브란스병원 소화기내과(135-270)

E-mail : hjpark21@yumc.yonsei.ac.kr



**Figure 1.** The mass was located at a lower third esophagus (30~35 cm from the incisor) and the longest length was 5 cm. Surface of the mass was smooth, covered by normal mucosa.

환자에서 병리 결과상 염증성 섬유양 용종으로 확진되었던 예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

## 증 례

**환 자 :** 62세, 남자

**주 소 :** 식후에 발생하는 간헐적인 상복부 불편감

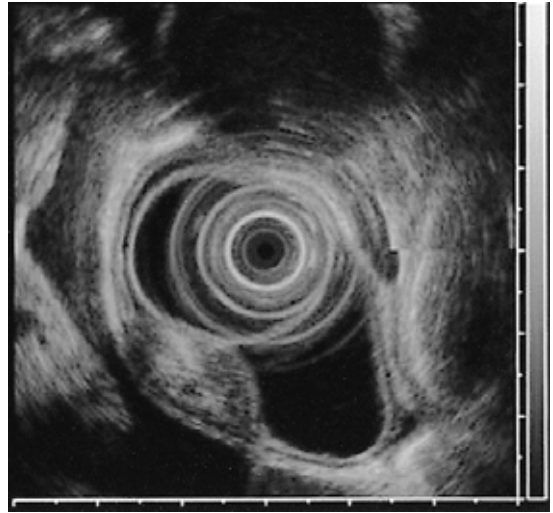
**현병력 :** 1994년 8월 본원에서 시행한 상부 위장관 내시경 검사상 식도 점막하 종양 진단받고 수술 권유하였으나 거부하고 1997년까지 외래 추적관찰하다 이후 더 이상의 검사없이 지내던 중, 내원 6개월 여 전부터 시작된 간헐적인 식후 상복부 불편감을 주소로 내원 1개월 전 본원에서 시행한 추적 상부 위장관 내시경 및 내시경 초음파 검사상 2×5 cm 크기의 비균질성 에코를 보이는 종괴가 관찰되어 악성화 가능성 의심하에 수술위해 입원하였다.

**과거력 및 가족력 :** 당뇨, 간염, 폐결핵의 과거력은 없었고, 4년 전 고혈압 진단을 받고 복용 중이었다. 그의 수술이나 외상을 받은 과거력 없었으며, 음주력이나 흡연력은 없었다.

**문진 소견 :** 6개월여 전부터 시작된 식후 상복부 불편감과 변비 외에 특이사항 없었다.

**이학적 소견 :** 내원 당시 혈압은 110/70 mmHg, 맥박수 72회/분, 호흡수 18회/분, 체온은 36.7°C였다. 외관상 급만성 병색을 보이지 않았고, 그의 특이 진찰 소견은 없었다.

**검사실 소견 :** 말초 혈액검사상 백혈구 5,440/mm<sup>3</sup> (중성구 52.8%, 림프구 33.5%, 단핵구 7.5%, 호산구 2.7%, 호염구 0.9%), 혈색소 14.6 gm/dL, 혈소판 217,000/mm<sup>3</sup>



**Figure 2.** An inhomogenous mass arose from 3rd echo layer and did not invade to muscle layer and longest length was 5 cm. No enlarged lymph nodes were seen.

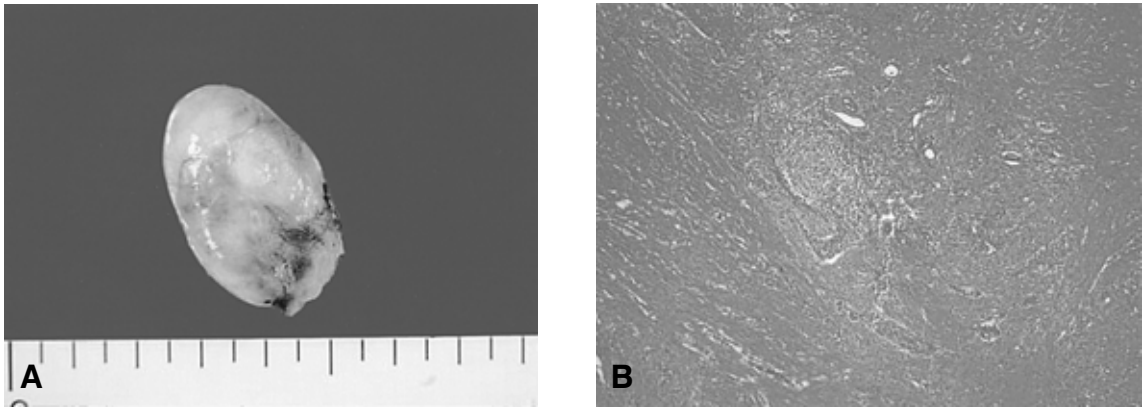
였다. 요화학 검사 및 혈청 생화학 검사상 특이사항 없었으며, 종양 표지자 검사상 CEA 3.3 U/mL로 정상 범위였다.

**상부 위장관 내시경 소견 :** 상부 위장관 내시경 검사상 전치로부터 30~35 cm 부위에 2×5 cm 크기의 용기성 병변이 관찰되었으며, 종괴의 표면은 매끈하였고, 침부 궤양 등의 소견은 관찰되지 않았다(그림 1).

**내시경적 초음파 촬영 소견 :** 식도 하부에 2×5 cm 크기의 3번째 층에 국한된 비균질성 내부 에코를 보이는 종괴가 관찰되었고, 고유근층의 침범은 없었으며 주위의 림프절 비대는 관찰되지 않았다(그림 2).

**수술 소견 :** 상폐정맥과 하폐정맥의 사이에 흉막과의 유착을 보이지 않고 표면이 편평하고 기저부가 넓은 용기양의 2×3×5 cm 크기의 종괴가 보였으며 종괴를 포함하여 근육층까지 제거되었고 점막층의 파열은 없었다.

**병리 소견 :** 개흉술을 통하여 얻어진 조직의 육안적 소견상, 종괴는 점막하층에 위치하였고 표면은 1.2×2.2×4.0 cm 크기의 분홍빛을 띠는 매끈한 고형성 종괴였으며(그림 3A), 단면은 균질한 회백색의 고형 종괴양상을 띠었다. 현미경 소견상 경화, 석회화를 동반한 호산구, 다형핵 백혈구, 림프구의 침윤을 보이는 괴연성 기질이 관찰되었다(그림 3B).



**Figure 3.** (A) Gross view: An ovoid, smooth, white-gray, and firm solid mass, measuring 4×2.2×1.2 cm. (B) This lesion is mainly composed of dense collagenous sclerosis, intermingled with lymphocytes, forming a lymphoid follicle.

### 고찰

염증성 섬유양 용종은 호산구에 의한 염증성 반응을 동반한 국소적인 섬유성 결합조직과 혈관의 증식을 특징으로 하는 위장관에 비교적 드물게 발생하는 위종양성 병변으로 1949년 Vanek<sup>1)</sup>이 처음으로 보고하였으며 이후 다양한 명칭으로 불려오다가 1953년 Helwing과 Ranier 등<sup>6)</sup>이 최초로 염증성 섬유양 용종으로 기술하였다.

지금까지의 증례들은 50세에서 60세 사이에 호발하였으나 드물게는 소아에서 발견되기도 하였고<sup>7-9)</sup>, 성별로는 여자에서 1.6배 가량 높은 것으로 나타났다<sup>10)</sup>.

염증성 섬유양 용종의 발병 원인으로는 과거에는 알러지에 의한 위장관의 호산구 침윤성 질환과 동일한 것으로 생각되어 왔으나, 현재에는 세균성, 화학적, 대사적 손상 등에 대한 반응으로 일어나는 조절되지 않는 증식이 원인이라고 생각되고 있다<sup>6, 11)</sup>.

발병 부위는 위 전정부가 가장 많았고 그 외에 식도, 소장, 대장 등 어느 부위이나 발생할 수 있는 것으로 되어 있다. 위 전정부에 발생할 경우 간헐적인 상복부 불편감, 출혈 및 빈혈, 부분적 위 유문구 폐쇄 등을 일으킬 수 있으며, 위 분문부에 위치한 경우 연하 곤란, 위식도 역류 등이 발생할 수 있다. 소장에 발생한 경우 장 증첩증에 의한 장 폐쇄와 출혈이 나타날 수 있다. 본 증례에서는 식후에 반복되는 간헐적인 상복부 불편감을 주소로 시행한 상부 위장관 내시경 검사에서 식도 점막하 종양이 발견되었고, 최종적으로는 염증성 섬유양 용종을 진단할 수 있었다<sup>12-14)</sup>.

염증성 섬유양 용종은 육안적 소견상 무경형 혹은 유경형의 기저부가 넓은 용종양 종괴로 보이며 간혹 중앙부에 궤양이나 미란을 동반한 함몰을 관찰할 수 있다. 그러나 내시경적 육안 소견상 다른 종괴와 뚜렷한 구별을 할 수 없으며, 점막하에 위치하였으므로 내시경에 의한 조직 검사 역시 종양의 실체를 구별할 수 없다<sup>17)</sup>. 그러므로 용종 절제술 후 조직학적 소견으로만 확진이 가능하다. 최근에는 내시경 초음파를 이용하여 용종 절제술 전 종괴의 성상을 파악하는 것이 가능하게 되었다. 염증성 섬유양 용종은 내시경 초음파 상에서 불분명한 경계와 균질한 저에코의 병변을 보이며 제2층에서 제3층에 국한되어 있으며 제4층을 침범하는 경우는 거의 없다<sup>16)</sup>. 본 증례에서는 내시경 초음파 결과, 종괴는 제3층에 국한되어 있고 불분명한 경계를 보였고 내부 에코는 불균질 하였으며, 그 크기가 장경 5 cm으로 커서 악성화의 가능성을 배제하지 못하였다.

치료는 개복을 통한 절제술이 주를 이루어 왔으며 최근에는 내시경적 용종 절제술이 점차 증가하고 있는 추세이다<sup>17)</sup>. 그러나 내시경적 용종 절제술은 종양의 특성상 천공과 출혈 등의 합병증의 위험을 내포하고 있는 문제가 있다.

염증성 섬유양 용종은 위종양성 병변으로 악성화의 경향은 없으며 수년이 경과하여도 크기에는 변화가 거의 없는 것으로 알려져 있으나, 종괴의 크기가 증가하여 악성을 의심하게 하는 보고도 있다<sup>19)</sup>. 드물게 위선종이나 악성 종양과 동반되어 발견되었으며<sup>17, 18)</sup>, 위식도 경계부의 염증성 섬유양 용종에 대한 용종 절제술 후 재발하여

개복 및 개흉술을 통한 치료를 보고한 증례도 있다<sup>12)</sup>.

## 요 약

식도의 점막하 종양의 악성화를 의심하여 흉강경을 통한 종괴 절제술을 시행한 62세 남자 환자에서 병리 결과 과상 염증성 섬유양 용종으로 확진되었던 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

**중심 단어 :** 염증성 용종, 식도, 점막하종양

## REFERENCES

- 1) Vanek J. *Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration.* *Am J Pathol* 25:397-412, 1949
- 2) Shih LN, Chang SL, Chuang SM, Kuo CF. *Inflammatory fibroid polyp of the jejunum causing intussusception.* *Am J Gastroenterol* 92:162-164, 1997
- 3) Shigeno T, Fujimori K, Nakatsuji Y, Kaneko Y, Maejima T. *Gastric inflammatory fibroid polyp manifesting massive bleeding and marked morphological changes for a short period.* *J Gastroenterol* 38:611-612, 2003
- 4) 박덕훈, 김대성, 김수용, 진소영, 정순희. 결장 장중첩증을 수반한 염증성 섬유양 용종. *대한소화기학회지* 19: 323-327, 1987
- 5) 박형근, 이관식, 김경희, 김동수, 문영명, 이희대, 정현주, 김기황. 회장 장중첩증을 수반한 염증성 섬유양 용종 1예. *대한소화기학회지* 21:175-179, 1989
- 6) Helwig EB, Ranier A. *Inflammatory fibroid polyps of the stomach.* *Surg Gynecol Obstet* 96:335-367, 1953
- 7) Samter TG, Alstott DF, Kurlander GJ. *Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract: a report of 3 cases, 2 occurring in children.* *Am J Clin Pathol* 45:420-436, 1966
- 8) Persoff MM, Arterburn JG. *Eosinophilic granuloma causing intussusception in a three year old child.* *Am J Surg* 124:676-678, 1972
- 9) Pollice L, Bufo P. *Inflammatory fibroid polyp of the rectum.* *Pathol Res Pract* 178:508-512, 1984
- 10) Hizawa K, Iida M, Tada S, Fuchigami T, Kuwano Y, Yao T, Fujishima M. *Endoscopic evaluation of gastric inflammatory fibroid polyp.* *Surg Endosc* 9:397-400, 1995
- 11) Johnstone JM, Morson BC. *Inflammatory fibroid polyp of the gastrointestinal tract.* *Histopathology* 2:349-361, 1978
- 12) Zinkiewicz K, Zgodzinski W, Dabrowski A, Szumilo J, Cwik G, Wallner G. *Recurrent inflammatory fibroid polyp of cardia: a case report.* *World J Gastroenterol* 10:767-768, 2004
- 13) Leaned PM, Murray GF, Zuidema GD, Shelley WN. *Obstructing esophageal polyp with eosinophilic infiltration.* *Am J Surg* 116:93-96, 1968
- 14) LiVolsi VA, Perzin KH. *Inflammatory pseudotumors (inflammatory fibroid polyps) of the esophagus: a clinicopathologic study.* *Am J Dig Dis* 20:475-481, 1975
- 15) Matsushita M, Hajiro K, Okazaki K, Takakuwa H. *Endoscopic features of gastric inflammatory fibroid polyps.* *Am J Gastroenterol* 91:1595-1598, 1996
- 16) Matsushita M, Hajiro K, Okazaki K, Takakuwa H. *Gastric inflammatory fibroid polyps: endoscopic ultrasonographic analysis in comparison with the histology.* *Gastrointest Endosc* 46:53-57, 1997
- 17) Mori M, Tamura S, Enjoji M, Sugimachi K. *Concomitant presence of inflammatory fibroid polyp and carcinoma or adenoma in the stomach.* *Arch Pathol Lab Med* 112:829-832, 1988
- 18) Hizawa K, Iida M, Tada S, Fuchigami T, Kuwano Y, Yao T, Fujishima M. *Endoscopic evaluation of gastric inflammatory fibroid polyp.* *Surg Endosc* 9:397-400, 1995
- 19) Sauter KE, Pessin BJ. *Intermittent pyloric obstruction due to prolapse of an inflammatory fibroid polyp of the stomach.* *Wis Med J* 61:175-180, 1962