

## 위장관 T 세포 림프종에 대한 소화기내과 의사의 초기 진단 정확도

연세대학교 의과대학 내과학교실, 소화기병연구소

류성호 · 천재희 · 김진영 · 김보경 · 윤진영 · 정윤숙  
허현미 · 이진하 · 전승민 · 홍성필 · 김태일 · 김원호

### The Early Diagnostic Accuracy for Gastrointestinal T-cell Lymphoma from a Perspective of Gastroenterologists

Sung Ho Ryu, M.D., Jae Hee Cheon, M.D., Jin Young Kim, M.D., Bo Kyung Kim, M.D.,  
Jin Young Yoon, M.D., Yoon Suk Jung, M.D., Hyun Mi Heo, M.D., Jin Ha Lee, M.D., Soung Min Jeon, M.D.,  
Sung Pil Hong, M.D., Tae Il Kim, M.D., Won Ho Kim, M.D.

Department of Internal Medicine and Institute of Gastroenterology, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

**Background/Aims:** Primary T-cell lymphoma of the gastrointestinal tract is a very difficult disease entity to diagnose, and has an extremely poor prognosis. The aim of this study was to determine the early diagnostic accuracy for gastrointestinal T-cell lymphoma by gastroenterologists. **Methods:** Between January 2000 and October 2010, the clinical features of 15 patients with primary gastrointestinal T-cell lymphomas, including endoscopic findings, radiologic diagnosis, endoscopic biopsy findings, and final diagnosis, were retrospectively reviewed. **Results:** The most common initial presenting symptoms of primary gastrointestinal T-cell lymphomas was abdominal pain (n=11, 73%). The anatomic location of the primary lesion the small bowel (n=8, 53%), colon (n=5, 33%), and stomach (n=3, 20%). There were no cases of T-cell lymphomas diagnosed based on clinical symptoms, radiologic findings, or endoscopic findings without biopsy alone. Pathologic confirmation of T-cell lymphomas by endoscopic examination was achieved in 7 cases (64%) and the remaining cases (n=8, 53%) were diagnosed with T-cell lymphomas based on pathologic examination after surgery. **Conclusions:** All of the patients with primary T-cell lymphomas of the gastrointestinal tract were diagnosed exclusively by endoscopic or surgical pathologic examinations, suggesting that gastroenterologists should scrutinize and suspect this disease with caution due to atypical gastrointestinal ulcers. (**Intest Res 2011;9:19-26**)

**Key Words:** Primary Gastrointestinal T-cell Lymphoma; Gastroenterologist; Early Diagnostic Accuracy

## 서 론

위장관은 림프절외 림프종(extranodal lymphoma)이 가장 호발하는 부위로 알려졌고 전체 림프종 중 20% 정도의 발생 빈도를 보인다.<sup>1,2</sup> 대부분은 B 세포에서 기원한 반면 T 세포 기원의 림프종은 비교적 드물어서 서구에서는 대부분의 원발성 림프종이 B 세포 림

프종으로 보고되고 있으나 동양에서는 적은 빈도지만 그래도 일부 T 세포 림프종이 보고되고 있다.<sup>3-9</sup> T 세포 림프종은 공격적인 임상 경과로 인해 예후도 좋지 않고 생존율 또한 낮은 것으로 알려져 있어, 빠른 진단이 필요한 질환임에도 불구하고 현재까지 원발성 위장관 T 세포 림프종의 특성에 중점을 두고 분석한 보고는 드문 편이다. 특히 원발성 위장관 T 세포 림프종

접수 : 2010년 9월 6일 수정 : 2010년 11월 1일

승인 : 2010년 11월 19일

• 연락처 : 천재희, 서울시 서대문구 성산로 250 (120-752)  
연세대학교 의과대학 내과학교실, 소화기병연구소  
Tel: 02) 2228-1990, Fax: 02) 393-6884  
E-mail: GENIUSHEE@yuhs.ac

Received September 6, 2010. Revised November 1, 2010.

Accepted November 19, 2010.

• Correspondence to : Jae Hee Cheon, M.D., Ph.D., Department of Internal Medicine and Institute of Gastroenterology, Yonsei University College of Medicine, 250 Seongsanno, Seodaemun-gu, Seoul 120-752, Korea  
Tel: +82-2-2228-1990, Fax: +82-2-393-6884  
E-mail: GENIUSHEE@yuhs.ac

은 특징적인 내시경 및 임상 소견이 정립되어 있는 것이 없어 소화기내과 의사 입장에서 조직 검사 결과 또는 수술 후 병리 소견을 보기 전에 정확하게 진단하는 것이 쉽지 않다. 이에 소화기내과 의사의 입장에서 바라본 원발성 위장관 T 세포 림프종의 초기 임상양상, 방사선학적 및 내시경적 특성과 초기 진단 정확도에 대해 고찰하고자 지금까지 저자의 병원에서 경험하였던 위장관 T 세포 림프종을 분석하여 조직 검사로 확진 되기 전 어느 정도 진단 정확도를 보였는지 조사하였다.

## 대상 및 방법

2000년 1월부터 2010년 10월까지 신촌 세브란스병원에서 원발성 위장관 T 세포 림프종으로 진단된 13명의 환자와 외부 병원에서 이미 진단받아 전원되어 온 2명의 환자도 포함하여 모두 15명의 성인 환자를 대상으로 하였고, 의무기록을 후향적으로 분석하였다. 위장관 림프종의 진단은 Dawson과 Lewin 등이 제시한 기준과 조직 병리 검사를 기준으로 하였다.<sup>1,10</sup> 종양의 주된 부분이 위장관에 있거나 최초 증상이 복부에서 발생한 경우를 위장관 림프종으로 정의하였다. 이 환자들에 대한 각각 나이, 성별, 초기 진단과 임상양상, 내시경 소견과 조직 검사 결과, 방사선학적 검사 결과, 수술 시행 여부 등을 중심으로 임상적 자료를 조사하였다. 최종 진단은 내시경을 통한 조직검사 또는 수술 후 병리 소견을 기준으로 삼았고 초기 진단에 관여한 소화기내과 의사들의 내시경, 임상소견을 통한 초기 진단의 정확성과 각각의 검사들이 추가됨에 따른 최종 진단에 이르는 비율을 분석하였다. 환자의 나이가 18세 이하인 경우와 최종 진단이 애매하거나 위장관이 림프종의 원발 부위가 아닌 경우는 연구 대상에서 제외하였다.

## 결 과

### 1. 임상 양상

원발성 위장관 T 세포 림프종 15명 환자들의 발병 당시 연령은 39세에서 79세(평균 연령: 59.4±14.0세)까지 다양하였고 이중 남자 10명, 여자 5명이었다. 환자들이 최초로 내원하게 된 증상은 중복으로 호소하는 증상을 포함하여 복통이 11예(73%), 설사 4예(27%), 장천공 3예(20%), 발열 3예(20%), 장관 출혈 3예(20%), 체중 감소 2예(13%)였고, 전신 쇠약 및 소화 불량도 각각

각 1예(7%)였다. 임상 증상만으로 위장관 T 세포 림프종, 또는 세포의 기원 구분 없이 위장관 림프종을 의심할 수 있었던 경우는 한 개의 증례도 없었다. T 세포 림프종의 발병 부위로는 중복 발생 부위를 포함하여 소장이 8예(53%)로 제일 많이 발생하였고, 대장 5예(33%), 위 3예(20%)순으로 발생하였다. 발병 부위별 세부 위치로 소장에서는 공장(jejunum) 4예(27%)로 가장 많았고 이외에 회장(ileum) 3예(20%), 십이지장(duodenum) 1예(7%)순으로 발생하였고, 대장에서는 구불 결장(sigmoid colon)이 3예(20%), 맹장(cecum), 하행 결장(descending colon)이 각각 1예(7%)였다. 대부분 림프종의 발생이 단일 부위에 국한된 병변으로 나타났다. 1예(Table. 1, No. 8)에서만 소장과 구불결장 각각에 림프종이 발생하는 이중 병변(double lesions)이 발생하였다(Table 1).

### 2. 방사선 소견

내원한 15명의 모든 환자에서 복부전산화단층촬영(CT)을 시행하였고 이중 13예(87%)에서 위장관 림프종을 의심하였다. 이는 세포 기원의 구분이 없이 위장관 림프종 진단을 내린 것으로, 방사선학적 소견으로 T 세포 기원 림프종을 직접적으로 의심한 경우는 한 개의 증례도 없었다(Table 1). 나머지 2예에서는 각각 악성 종양(colorectal cancer)과 비특이적 장염(non specific colitis)을 의심하는 소견을 보였다. 방사선학적 소견으로는 중복 소견 포함하여 일반적인 림프종의 특징적 소견인,<sup>11</sup> 장관벽 비후(bowel wall thickening) 및 장 확장(bowel dilatation), 동맥류성 비대(aneurysmal dilatation)소견이 12예(80%)로 가장 많았고(Fig. 1), 종괴형 병변(mass like lesion) 3예(20%), 저음영 병변(hypoattenuating lesion) 1예였다(Fig. 1).

### 3. 내시경 소견

내원한 15명의 환자 중 11예에서 내시경 검사를 시행하였고, 이중 5예(45%)에서만 위장관 림프종을 의심하였다. 이 역시 림프종의 세포 기원 구분이 없이 진단 내린 것으로, 내시경적 육안 소견으로만 T 세포 기원 림프종을 의심한 경우는 한 예도 없었다(Table 1). 그 외의 내시경 진단은 악성 종양과 비특이적 장염이 각각 2예, 장결핵과 림프 과형성(lymphoid hyperplasia)이 각각 1예로 다양한 소견을 보였다. 내시경으로 위장관 림프종을 의심하였던 5예 중 3예에서 궤양 침윤형 병변(ulceroinfiltrative lesion)과 2예에서 궤양

**Table 1.** Clinical Symptoms, Endoscopic Findings, Radiologic Diagnosis, Endoscopic Biopsy Findings, and Final Diagnosis in 15 Patients with Primary Gastrointestinal T-cell Lymphoma

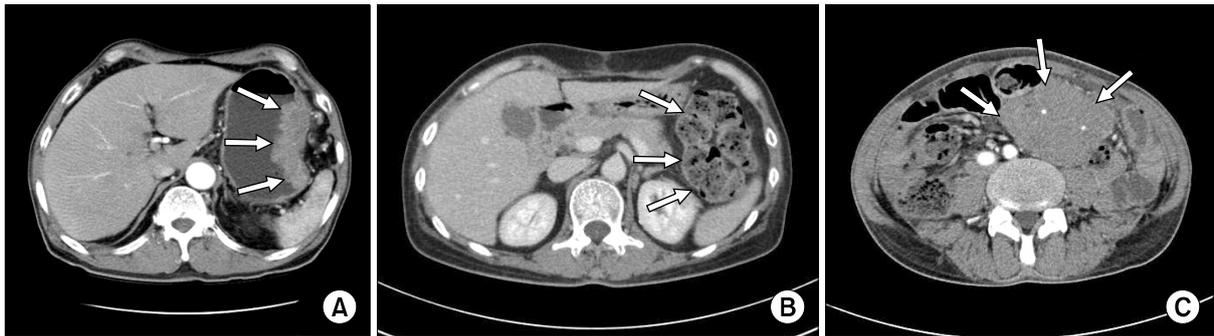
| No. | Sex/<br>Age | Clinical<br>symptoms                                  | Radiologic<br>diagnosis                 | Endoscopic<br>findings                         | Endoscopic<br>biopsy results           | The number<br>of biopsy | Location                      | Diagnosed<br>by operation | Final<br>diagnosis                  |
|-----|-------------|---|---|--|--|-------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 1   | M/63        | Diarrhea,<br>abdominal pain<br>fever                  | Intestinal<br>tuberculosis<br>Lymphoma  | Intestinal<br>tuberculosis                     | Inflammation                           | 2                       | Small bowel                   | Yes                       | Peripheral T-cell<br>lymphoma       |
| 2   | M/78        | Abdominal pain<br>hematochezia                        | Lymphoma,<br>colorectal<br>cancer       | Lymphoma<br>(Ulcerative<br>lesion)             | Peripheral T-cell<br>lymphoma          | 6                       | Stomach                       | No                        | Peripheral T-cell<br>lymphoma       |
| 3   | F/79        | Abdominal pain<br>general<br>weakness,<br>perforation | Lymphoma                                | Not performed                                  | Not performed                          | -                       | Small bowel                   | Yes                       | NK/T cell<br>lymphoma               |
| 4   | M/77        | Weight loss   | Lymphoma                                | Colorectal<br>cancer                           | Anaplastic large<br>T-cell<br>lymphoma | 11                      | Stomach                       | No                        | Anaplastic large<br>T-cell lymphoma |
| 5   | F/46        | Abdominal pain<br>dyspepsia                           | Lymphoma                                | Lymphoid<br>hyperplasia                        | Lymphoid<br>hyperplasia                | 3                       | Small bowel                   | Yes                       | NK/T cell<br>lymphoma               |
| 6   | M/52        | Diarrhea  | Lymphoma                                | Lymphoma<br>(Ulcer-<br>infiltrative<br>lesion) | Peripheral T-cell<br>lymphoma          | 5                       | Cecum                         | No                        | Peripheral T-cell<br>lymphoma       |
| 7   | M/39        | Abdominal pain<br>hematochezia                        | Lymphoma,<br>intestinal<br>tuberculosis | Lymphoma<br>(Ulcer-<br>infiltrative<br>lesion) | Peripheral T-cell<br>lymphoma          | 3                       | Descending<br>colon           | No                        | Peripheral T-cell<br>lymphoma       |
| 8   | M/63        | Abdominal pain<br>perforation                         | Lymphoma,<br>colorectal<br>cancer       | Not performed                                  | Not performed                          | -                       | Small bowel,<br>sigmoid colon | Yes                       | NK/T cell<br>lymphoma               |
| 9   | M/53        | Abdominal pain  | Colorectal<br>cancer                    | Lymphoma<br>(Ulcer-<br>infiltrative lesion)    | Peripheral T-cell<br>lymphoma          | 4                       | Sigmoid colon                 | No                        | Peripheral T-cell<br>lymphoma       |
| 10  | M/59        | Abdominal pain<br>perforation                         | Lymphoma                                | Not performed                                  | Not performed                          | -                       | Small bowel                   | Yes                       | Peripheral T-cell<br>lymphoma       |
| 11  | M/75        | Abdominal pain<br>weight loss                         | Lymphoma,<br>colorectal<br>cancer       | Not performed                                  | Not performed                          | -                       | Small bowel                   | Yes                       | Peripheral T-cell<br>lymphoma       |
| 12  | F/44        | Abdominal pain<br>diarrhea                            | Non-specific<br>colitis                 | Non-specific<br>colitis                        | NK/T cell<br>lymphoma                  | 7                       | Sigmoid colon                 | No                        | NK/T cell<br>lymphoma               |
| 13  | F/72        | Hematochezia<br>fever                                 | Lymphoma                                | Colorectal<br>cancer                           | NK/T cell<br>lymphoma                  | 6                       | Stomach                       | No                        | NK/T cell<br>lymphoma               |
| 14* | M/45        | Diarrhea, fever                                       | Lymphoma                                | Non-specific<br>colitis                        | Inflammation                           | Unknown                 | Small bowel                   | Yes                       | NK/T cell<br>lymphoma               |
| 15* | F/47        | Abdominal pain  | Lymphoma                                | Lymphoma<br>(Ulcerative<br>lesion)             | Lymphoid<br>hyperplasia                | 3                       | Small bowel                   | Yes                       | Peripheral T-cell<br>lymphoma       |

\*Patient diagnosed at other hospital.

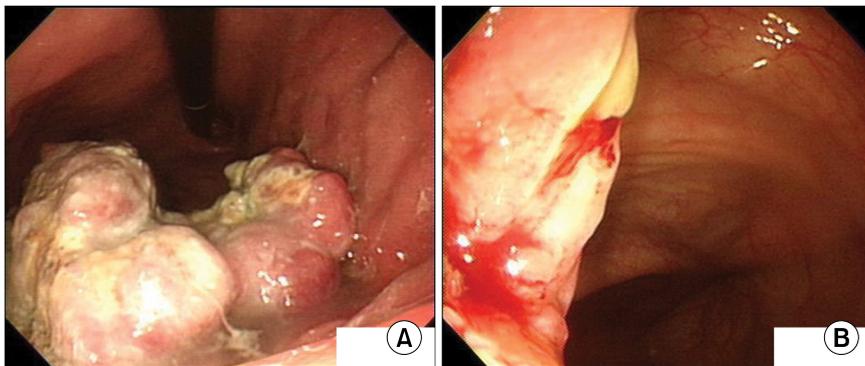
형 병변(ulcerative lesion)을 보였다(Fig. 2).

#### 4. 내시경 조직 검사 소견 및 수술적 진단

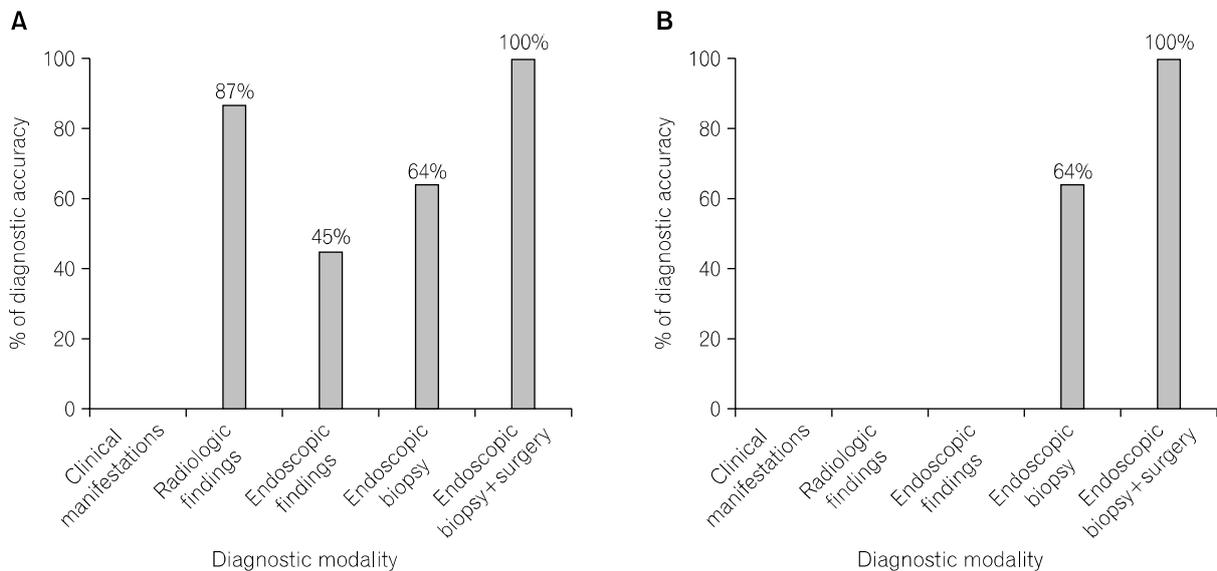
내시경적 조직 검사를 시행한 11예 중에서 7예(64%)에서 T 세포 림프종이 나왔고 이외에 염증과 림프



**Fig. 1.** Abdomen–pelvic CT findings of primary GI T–cell lymphoma. (A) Gastric T–cell lymphoma. Axial CT scan reveals marked gastric wall thickening, (B) Small bowel T–cell lymphoma. Axial CT scan shows a markedly thickened small bowel loop with aneurysmal dilatation. (C) Small bowel T–cell lymphoma. Axial CT scan shows a lobulated soft tissue mass in mesentery with small bowel wall thickening and aneurysmal dilatation. GI, gastrointestinal.



**Fig. 2.** Endoscopic findings of primary gastrointestinal T–cell lymphoma. (A) Endoscopic findings. There was an ulcerative lesion with irregular base coated with dirty exudates and abnormalities of surrounding folds. (B) Colonoscopic findings. A large encircling mass lesion with irregular ulcerations covered by white exudates was seen in the ileocecal valve.



**Fig. 3.** Diagnostic accuracy of individual diagnostic modality for gastrointestinal lymphoma. (A) Diagnostic accuracy for gastrointestinal lymphoma without distinction between B–cell and T–cell origin, (B) Specific diagnostic accuracy for gastrointestinal T–cell lymphoma.

과형성(lymphoid hyperplasia)이 각각 2예로 나왔다. 내원한 15명의 환자 중 내시경 조직 검사를 시행하지 않은 4예(27%)는 장 천공 등으로 응급 수술이 먼저 시행되어 T 세포 림프종을 진단받은 경우이고, 내시경 조직 검사로 T 세포 림프종이 나오지 않았던 4예에서도 결국 수술적인 방법을 통해 얻은 검체로 T 세포 림프종 진단을 받았다(Fig. 3). 내시경 검사 시 조직 검체의 개수를 확인할 수 있었던 10예에서 전체 평균 조직 검사의 개수는 5.0±2.6개로, 이 중에서 내시경 조직 검사와 수술 후의 최종 진단과 다르게 나왔던 3예에서는 평균 2.66±0.6개였고, 내시경 조직 검사로 최종 진단을 내린 7예에서는 평균 6.0±2.6개로 평균 조직 검사의 개수가 더 높게 나왔다( $P=0.065$ ).

### 5. 병리 조직학적 소견

진단된 위장관 T 세포 림프종 15예의 병리조직학적 분류를 살펴보면 peripheral T-cell lymphoma가 8예(53%)로 가장 많은 비중을 차지하였고, NK/T-cell lymphoma 6예(40%), anaplastic large cell lymphoma가 1예(7%)였다(Table 1).

## 고 찰

원발성 위장관 림프종의 조직학적 기원은 동양과 서양에서 차이가 있었는데 서양에서 원발성 위장관 림프종으로 진단된 경우는 대부분 B 세포 기원 림프종이었고,<sup>12</sup> 반면에 동양에서는 T 세포 기원 림프종이 종종 보고된 바 있고 대만에서 시행한 연구에 의하면 T 세포 림프종이 차지하는 비율이 동양에서는 42%에 이른다는 보고가 있다.<sup>7</sup> 원발성 위장관 T 세포 림프종은 전 연령층에서 발생이 가능하나 주로 30-70대에 호발하며 평균 연령은 60세였으며 남녀 비의 경우는 남자에서 5배 정도 높은 것으로 나타났다. 이들의 임상적 양상은 대부분의 환자들에 있어서 복부 통증을 가장 많이 호소하였으며, 이외 장 천공, 설사, 체중 감소, 발열, 혈변, 전신 쇠약, 소화 불량 등 다양한 임상 증상들을 호소하였다. 위장관 T 세포 림프종은 발생부위가 향후 예후에 영향을 미치는 중요한 인자 중에 하나이며, 이처럼 위장관에 발생하는 경우에는 광범위한 장 괴사 및 장 천공 등의 공격적인 심각한 임상 양상을 동반하여 결국 낮은 생존율을 보인다.<sup>13</sup> 이처럼 대부분의 T 세포 림프종은 B 세포 림프종과 비교하여 발병 양상 및 증상이 다르기 때문에 진단이 되기까지 걸리는 시간이 길고 급격한 진행을 보이므로 진단 당

시 대부분이 상당히 경과가 진행 되어 있어 적절한 치료가 시행되기 전에 사망하는 예가 흔하다.<sup>14,15</sup> 위장관의 부위별 발생빈도는 다소 차이가 있지만 위가 50-60%, 소장 및 회맹부 20-30%, 대장이 10% 정도인 것으로 알려져 있으나,<sup>16</sup> 이번 증례에서는 소장의 부위가 가장 많이 발생(53%)하였고 그 중에서도 공장비율(27%)이 높게 나타났다. 원발성 위장관 T 세포 림프종의 방사선적 소견으로는 주로 장관벽 비후 및 장 확장, 동맥류성 비대 소견이 가장 많은 비율을 차지하였고, 이외 종괴형 병변이나 저음영 병변 등의 여러 가지 형태를 보이기도 하였다. 이번 증례에서 세포 기원의 구분 없이 위장관 림프종의 진단을 내리는데 있어서는 복부전산화단층촬영(CT)이 15예 중 13예(87%)로 높은 진단율을 나타냈는데, 이는 다양한 내시경적 소견에 비해 상대적으로 림프종에 대한 특징적인 방사선학적 소견 때문이다.<sup>11</sup> 하지만 소장에서 발생하는 위장관 림프종은 방사선학적으로도 다른 종양과 비종양성 질환을 구분하기가 어렵다는 한계점이 있고,<sup>17</sup> 더욱이 T 세포 림프종의 진단에 있어서는 한 개의 증례도 의심할 수 없었다(Fig. 3). 이는 B 세포 림프종과 비교하여 구별되는 T 세포 림프종에 특징적인 방사선학적 소견이 없다는 것과 병리 조직학적 검체에 의존하는 최종적인 진단 과정 때문이다. 반면에 내시경적 기술의 발전에도 기존의 위장관 림프종에 관한 보고들이 대부분 B 세포 기원이라 원발성 위장관 T 세포 림프종의 내시경적 소견과 이에 따른 분류에 관한 체계적인 보고는 매우 드문 것으로 알려져 있는데<sup>7,8,18</sup> 몇몇 보고에 따르면 궤양 침윤형과 궤양형이 과반수 이상의 소견을 차지하였고 이외 표재성/미란성 형태(superficial/erosive type), 침윤형 형태(infiltrative type) 등이 있었다. 또 다른 보고에 의하면 원발성 위장관 림프종은 종괴형이 많고 궤양형이 적다고 알려져 있으나 그 세포의 기원에 따라 구분되는 내시경적 소견을 보인다고 보고하였고, T 세포 림프종은 주로 표재성 또는 궤양성 병변을 특징적인 소견으로 나타낸다고 하였다.<sup>19,20</sup> B 세포 림프종에 비해 T 세포 림프종에서 장 천공, 장 출혈 등이 빈번하게 발생하는 것도 이러한 종양의 내시경적 소견과 관련이 있을 수 있다. 이번 증례에서도 확진 전 내시경을 시행하였던 11예 중, 궤양 침윤형과 궤양형이 각각 2예(13%)로 높은 비율을 차지였으나, 이외 장결핵, 악성 종양, 림프과형성, 염증 등의 다양한 소견들도 이런 병변으로 나타나듯이 결국 육안적으로도 진단을 내리는데 있어서 비특이적이고 어려운 질환이다.<sup>21</sup> 과거에는 위장관에서 발생하는 T 세포 림프종의 진단은 수술을 하기 전까지

진단하기 어려운 경우가 많아, 대부분 수술 후 절제된 조직의 병리 검사를 통해 확진되었다. 하지만 내시경적 진단 기술의 발전으로 수술 전 위장관 T 세포 림프종을 진단하는데 많은 기여를 하였지만,<sup>22</sup> 여전히 최근에도 수술적 진단이 높은 비중을 차지하고 있다. 이번 증례에서도 15예에서 8예(53%)가 수술적인 방법으로 진단이 내려졌는데, 이는 진단 당시 환자가 내시경적 평가를 시행하기도 전에 장 천공 등의 심각한 임상 증상 등으로 내원하여 바로 응급 개복술을 시행하거나 아니면 T 세포 림프종의 호발 부위인 소장에서 발생하여 검체를 얻는데 있어서 내시경적 접근보다는 수술적 접근 방법이 수월하기 때문이다. 이처럼 위장관 T 세포 림프종의 진단에 있어서는 내시경적 조직 검사나 수술적인 방법이 절대적인 비중을 차지하고, 환자의 임상 증상이나 방사선 소견, 조직 검사 없이 시행하는 내시경 소견만으로 진단을 내리기에는 상당히 어려운 질환이다. 이는 일반적으로 내시경 경험 적은 임상 의사가 처음부터 의심하기에는 이 질환의 발생 빈도가 낮고 T 세포 림프종의 전형적인 내시경 소견이 정립되어 있지 않기 때문이다. B 세포 림프종에서는 용종형이 많은 반면에 T 세포 림프종의 경우에는 궤양형이 주된 내시경 소견이었고, 임상 증상으로는 세포의 기원에 상관없이 복통, 체중 감소 및 발열 등의 B 증상이 가장 흔하게 관찰되는 증상이었다. 또한 장림프종에 흔히 관찰되는 장중첩증은 B 세포 림프종에서만 발생한 반면, 천공, 장출혈 등의 갑작스런 임상 증상의 발병은 주로 T 세포 림프종에서 빈번하게 발생하여 그 동안 위장관 림프종보다는 염증성 장질환으로 진단을 선호하게 하는 경향을 보여 최종 진단까지 많은 시간이 소요되었고 따라서 조기 진단이 어려웠다.<sup>20</sup> 또한 내시경 조직검사 단독으로 인한 진단율은 67-95%로 알려져 있듯이,<sup>21</sup> 이번 증례에서도 내시경 조직 검사를 시행한 11예 중 7예로 64%의 진단율을 보이고 있고 여기에 수술적인 방법을 부가하였을 때에 더 높은 진단율(100%)을 나타내듯이(Fig. 3), T 세포 림프종의 진단에 있어서 내시경적 조직 검사가 많은 한계점을 가지고 있다. 또한 이번 증례에서의 조직 검사의 개수를 비교해봤을 때, 내시경 조직 검사와 수술 후의 최종 진단과 다르게 나왔던 3예(평균 2.66±0.6개)보다, 내시경 조직 검사로 최종 진단을 내린 7예(평균 6.0±2.6개)에서는 평균 조직 검사의 개수가 더 높게 나왔다( $P=0.065$ ). 이는 통계학적으로 의미 있는 분석을 내리기에는 전체 증례 수가 많지는 않다는 한계점이 있지만, 정확한 진단율을 내리기 위해서는 좀 더 적절한 표적 부위에서의 충분한 조직 검체

개수가 중요하다는 것을 보여준다.

결국 이러한 한계점을 극복한다면 내시경 조직 검사가 수술적 진단에 이르기 전에 먼저 병리 조직학적 검체를 제공할 수 있다는 것과 T 세포 림프종과 동반된 다른 임상 증상에 대한 감별 해석에 도움을 줄 수 있다는 것에 있어서 임상에서 유용한 큰 장점을 제공해 줄 수 있다.<sup>18</sup> 따라서 임상 의사들이 이 질환에 대한 정확한 조직 진단을 위해 더욱 주의하여야 하겠다. 특히 T 세포 림프종은 B 세포 림프종에 비해서 위장관 출혈, 장천공, 발열 및 발병 3개월 이내의 조기 사망 예가 더 많고 항암 치료에 대한 낮은 관해율 및 낮은 생존율을 보였으나, 조기 발견하여 진단된 T 세포 림프종 환자의 경우에는 생존율이 상승하였다는 보고도 있다.<sup>20</sup> 그러므로 흔한 위장관 림프종과는 다른 임상 증상을 보이거나 공격적인 임상 경과를 보이는 경우, 또는 발열 및 위장관 출혈이 발생한 환자에서 장관 궤양이 관찰되는 경우에는 염증성 장질환 이외에 T 세포 림프종의 가능성이 있으므로 이 질환에 대한 적극적인 의심을 가지고 가능한 빨리 진단하여 치료한다면 생존율을 향상시킬 수 있을 것으로 생각된다.

이번 연구의 한계점으로는 분석 대상군의 환자가 15명으로 통계적인 유의성을 두기에는 적은 수라는 점과 내시경의 진단에 있어서 내시경 의사의 숙련도를 고려하지 못한 점으로, 내시경 소견을 임상 경험이 풍부한 숙련자에게 자문한 경우 진단율이 좀 더 높아질 것으로 예상된다. 향후에 다수의 환자를 대상으로 체계적인 연구를 한다면 위장관 T 세포 림프종 임상 진단에 큰 도움이 될 것으로 생각된다. 요약하면 원발성 위장관 T 세포 림프종의 임상 증상은 복부 통증이 가장 흔한 증상이며 이외 다양한 임상 증상을 호소하였으며, 발생 부위로는 소장이 가장 많이 발생하였다. 내시경적 특징으로는 궤양 침윤형과 궤양형이 가장 많은 비중을 차지하지만 전반적으로 다양한 소견들을 보였다. 또한 진단 결정에 있어서는 내시경적 조직 검사나 수술적인 방법이 절대적인 비중을 차지하고, 환자의 임상 증상이나 방사선 소견, 조직 검사 없이 시행하는 내시경적 소견만으로 진단을 내리기에는 상당히 어려운 질환이다. 이에 소화기내과 의사들이 임상 경과나 내시경, 방사선 소견을 통해 T 세포 림프종에 대한 의심과 함께 감별 진단에 힘써야 하며 진단에 도움을 줄 수 있는 내시경 소견 및 임상 발현 양상 정립에 대해 노력해야 할 것으로 생각된다.

## 요 약

**목적:** 위장관 T 세포 림프종은 공격적인 임상 경과로 인해 안좋은 예후를 보이는 것으로 알려져 있어, 빠른 진단이 필요한 질환인데도 불구하고 현재까지 원발성 위장관 T 세포 림프종의 특성에 중점을 두고 분석한 보고는 드문 편이다. 이에 소화기내과 의사의 입장에서 바라본 원발성 위장관 T 세포 림프종의 초기 임상양상, 방사선학적 및 내시경적 특성과 초기 진단 정확도에 대해 조직 검사로 확진되기 전 어느 정도 진단 정확도를 보였는지 알아보고자 하였다. **대상 및 방법:** 2000년 1월부터 2010년 10월까지 신촌 세브란스병원에서 원발성 위장관 T 세포 림프종으로 진단된 13명의 환자와 외부 병원에서 이미 진단받아 전원되어 온 2명의 환자도 포함하여 모두 15명의 성인 환자를 대상으로 하였고, 이 환자들에 대한 각각 나이, 성별, 초기 진단과 임상 양상, 내시경 소견과 조직 검사 결과, 방사선학적 검사 결과, 수술 시행 여부 등을 중심으로 의무기록을 후향적으로 분석하였다. **결과:** 원발성 위장관 T 세포 림프종 환자들의 진단 당시 연령은 39세에서 79세(평균 연령:59.4±14.0세)까지 다양하였고 이 중 남자 10명, 여자 5명이었다. 최초로 내원하게 된 증상으로는 복통이 11예(73%)로 가장 많았고, 이외 설사 4예(27%), 장 천공 3예(20%)를 비롯하여 다양한 임상 증상을 호소하였다. 발병 부위로는 소장 8예(53%)로 제일 많이 발생하였고, 대장 5예(33%), 위 3예(20%)순이었고, 내시경적 특징으로는 4예에서 궤양 침윤형(ulceroinfiltrative type)과 궤양형(ulcerative type)으로 가장 많은 비중을 차지하였지만 전반적으로 다양한 소견들을 보이고 있다. 또한 내시경적 조직 검사나 수술적인 방법으로 진단을 내린 경우는 각각 7예(64%), 8예(53%)로 대부분의 진단 결정에 있어서 절대적인 비중을 차지하였고, 환자의 임상 증상이나 방사선 소견, 조직 검사 없이 시행하는 내시경적 소견만으로 진단을 내린 경우는 한 개의 증례도 없었다. **결론:** 위장관 T 세포 림프종의 진단 결정에 있어서는 내시경적 조직 검사나 수술적인 방법이 절대적인 비중을 차지하고, 환자의 임상 증상이나 방사선 소견, 조직 검사 없이 시행하는 내시경적 소견만으로 진단을 내리기에는 상당히 어려운 질환이다. 이에 소화기내과 의사들이 임상 경과나 내시경, 방사선 소견을 통해 T 세포 림프종에 대한 의심과 함께 감별 진단에 힘써야 할 것으로 생각된다.

**색인단어:** 위장관 T세포 림프종; 소화기내과 의사; 초기 진단 정확도

## REFERENCES

- Lewin KJ, Ranchod M, Dorfman RF. Lymphomas of the gastrointestinal tract: a study of 117 cases presenting with gastrointestinal disease. *Cancer* 1978;42:693-707.
- Gray GM, Rosenberg SA, Cooper AD, Gregory PB, Stein DT, Herzenberg H. Lymphomatous involving the gastrointestinal tract. *Gastroenterology* 1982;82:143-152.
- Chan JK. Gastrointestinal lymphomas: an overview with emphasis on new findings and diagnostic problems. *Semin Diagn Pathol* 1996;13:260-296.
- Hwang WS, Yao JC, Cheng SS, Tseng HH. Primary colorectal lymphoma in Taiwan. *Cancer* 1992;70:575-580.
- Son HJ, Rhee PL, Kim JJ, et al. Primary T-cell lymphoma of the colon. *Korean J Intern Med* 1997;12:238-241.
- Lee HJ, Han JK, Kim TK, Kim YH, Kim KW, Choi BI. Peripheral T-cell lymphoma of the colon: double-contrast barium enema examination findings in six patients. *Radiology* 2001; 218:751-756.
- Wang MH, Wong JM, Lien HC, Lin CW, Wang CY. Colonoscopic manifestations of primary colorectal lymphoma. *Endoscopy* 2001;33:605-609.
- Joo KR, Yang SK, Myung SJ, et al. Clinicopathological features of malignant lymphoma detected by colonoscopy: an analysis according to the endoscopic classification. *Korean J Gastrointest Endosc* 2001;23:21-27.
- Campo E, Gaulard P, Zucca E, et al. Report of the European Task Force on Lymphomas: workshop on peripheral T-cell lymphomas. *Ann Oncol* 1998;9:835-843.
- Dawson IM, Cornes JS, Morson BC. Primary malignant lymphoid tumours of the intestinal tract. Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis. *Br J Surg* 1961;49:80-89.
- Gollub MJ. Imaging of gastrointestinal lymphoma. *Radiol Clin North Am* 2008;46:287-312.
- Doolabh N, Anthony T, Simmang C, et al. Primary colonic lymphoma. *J Surg Oncol* 2000;74:257-262.
- Ko YH, Cho EY, Kim JE, et al. NK and NK-like T-cell lymphoma in extranasal sites: a comparative clinicopathological study according to site and EBV status. *Histopathology* 2004;44:480-489.
- Chott A, Vesely M, Simonitsch I, Mosberger I, Hanak H. Classification of intestinal T-cell neoplasms and their differential diagnosis. *Am J Clin Pathol* 1999;111(1 Suppl 1):S68-S74.
- Isaacson PG. Gastrointestinal lymphomas of T-and B-cell types. *Mod Pathol* 1999;12:151-158.
- Contreary K, Nance FC, Becker WF. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg* 1980;191:593-598.
- Cupps RE, Hodgson JR, Dockerty MB, Adson MA. Primary lymphoma in the small intestine: problems of roentgenologic diagnosis. *Radiology* 1969;92:1354-1362.
- Kim JH, Lee JH, Lee J, et al. Primary NK-/T-cell lymphoma of the gastrointestinal tract: clinical characteristics and endoscopic findings. *Endoscopy* 2007;39:156-160.

19. Kim YH, Lee JH, Yang SK, et al. Primary colon lymphoma in Korea: a KASID (Korean Association for the Study of Intestinal Diseases) Study. *Dig Dis Sci* 2005;50:2243-2247.
  20. Jang EJ, Kim JS, Kim CW, et al. Clinical features and prognostic factors of primary intestinal lymphoma according to the cell lineage. *Korean J Gastroenterol* 2002;40:32-40.
  21. Dragosics B, Bauer P, Radaszkiewicz T. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphomas. A retrospective clinicopathologic study of 150 cases. *Cancer* 1985;55:1060-1073.
  22. O'Connell DJ, Thompson AJ. Lymphoma of the colon: the spectrum of radiologic changes. *Gastrointest Radiol* 1978;2:377-385.
-