

위출혈을 동반한 긴 유경성의 심재성 낭성 위염 1예

연세대학교 의과대학 내과학교실, *병리학교실

윤지은 · 김민수 · 이규철 · 박효진 · 박찬일*

A Case of Gastritis Cystica Profunda with a Long Stalk Presenting with Upper Gastrointestinal Bleeding

Ji Eun Yoon, M.D., Min Su Kim, M.D., Kyu Chol Lee, M.D.,
Hyo Jin Park, M.D. and Chan Il Park, M.D.*

Departments of Internal Medicine and *Pathology, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

심재성 낭성 위염(gastritis cystica profunda, GCP)은 위선의 증식과 소낭성 확장이 점막하층 아래까지 확산되어 많은 낭종을 형성하는 비교적 드문 질환이다. 심재성 낭성 위염은 주로 부분적 위절제술을 시행한 환자에서 위장관 문합부위에 많이 발생하였으나 최근엔 위수술의 기왕력이 없는 환자에서도 여러 증례가 보고되었다. 심재성 낭성 위염은 내시경으로 점막하 종양, 고립성 또는 미만성 용종, 유경성 또는 무경성 용종의 모습을 보이는데 수술한 과거력이 없는 환자에서 발생한 심재성 낭성 위염은 대부분 무경성 용종양 돌출을 하거나 점막하 종양 소견을 보이는 경우가 많다. 또한 심재성 낭성 위염은 대부분 비특이적인 증상을 보이고 우연히 발견되는 경우가 많은데 최근 저자 등은 위수술을 받은 기왕력이 없이 상부 위장관 출혈이 있는 환자에서 상부 위장관 내시경 검사에서 긴 유경성의 용종을 발견하였으며 용종 절제술을 시행하여 조직 검사에서 심재성 낭성 위염으로 진단된 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

색인단어: 심재성 낭성 위염, 상부 위장관 출혈, 용종

서 론

심재성 낭성 위염(gastritis cystica profunda, GCP)은 증식된 소낭선 또는 위상피가 팽창 및 확산되어 점막의 깊은 부분이나 점막하층에 많은 낭종을 형성하는 비교적 드문 질환이다. 1972년 Littler와 Gleibermann¹이 심재성 낭성 위염을 최초로 보고하였는데, 소화성 궤양으로 위절제술 및 위공장 문합술을 시행 받은 환자에서 18년이 지난 후 문합 부위에서 용종양 병변을 발견하고 그 병변의 조직학적 특성이 심재성 낭성 대장염(colitis cystica profunda)과 유사하여 용종성 낭성 위염

(gastritis cystica polyposa)으로 처음 명명하였다. 이후 1981년 Franzin과 Novelli²는 위선의 낭성 확산이 점막층에 국한된 경우를 표재성 낭성 위염(gastritis cystica superficialis)으로, 점막하층까지 침범된 경우를 심재성 낭성 위염으로 세분화하여 명명하였다. 심재성 낭성 위염은 주로 부분적 위절제술과 위공장 문합술을 시행 받은 환자에서 장기간이 경과한 후 위장관 문합부위에서 발생한다고 생각하였으나,² 최근에는 이전에 위수술을 받지 않은 경우에서도 보고되고 있다.^{3,4}

육안적인 형태로는 주로 점막하 종양 또는 용종양으로 보이며 간혹 거대 점막 주름을 보여 Menetrier 병, Zollinger-Ellison 증후군 등의 염증성 질환 및 악성 종양과의 감별을 필요로 하기도 한다.^{3,5} 임상 증상은 비특이적이며 대부분 우연히 발견되거나 상복부 불쾌감 등으로 나타나지만 복부 통증, 출혈, 장폐쇄 등의 소견도 있다고 보고된 바 있다.^{6,7} 저자 등은 위수술을 받은 적이 없으며 혈액 검사상 뚜렷한 혈색소 감소를 동반한

접수 : 2007년 2월 15일, 승인 : 2007년 9월 6일
연락처 : 박효진, 서울시 강남구 도곡동 146-92
우편번호: 135-270, 영동세브란스병원 내과
Tel: 02-2019-3318, Fax: 02-3463-3882
E-mail: hjpark21@yumc.yonsei.ac.kr

흑색변을 주소로 내원한 환자에서 상부 위장관 내시경에서 위출혈의 원인으로 생각되는 긴 유경성의 용종을 발견하였으며 용종절제술을 통한 조직검사서 심재성 낭성 위염으로 진단된 예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증 례

43세 여자 환자가 3일 전에 발생한 흑색변을 주소로 내원하였다. 환자는 평소 공복 시에 간헐적인 심와부 동통이 있었고 위 수술을 시행 받은 적이 없으며 내원 1년 6개월 전 위염 진단을 받았고 혈압, 당뇨, 결핵, 간염 등의 과거력은 없었다. 음주력 및 흡연력, 가족력에서 특이 소견은 없었다. 내원 당시 현훈, 오심, 상복부 불쾌감, 흑색변을 호소하였다. 신체 검사에서 혈압 130/80 mmHg, 맥박수 86회/분, 호흡수 16회/분, 체온 36.0°C였고, 급성 병색을 띠었으며 의식은 명료하였다. 피부는 따뜻하고 건조하였으며 결막은 창백하였고 공막에 황달은 없었다. 경부에 촉진되는 림프절이나 종괴는 없었다. 호흡음은 정상이었고 심음도 정상이었으며, 심잡음은 들리지 않았다. 복부는 편평하고 부드러웠으며 장음은 정상이었고, 압통은 없었으며 간이나 비장, 종물 등은 촉진되지 않았다. 내원 당시 시행한 말초 혈액 검사에서 혈색소 8.5 g/dL, 적혈구 용적률 25.5%, 백혈구 5,170/mm³ (중성구 46.5%, 단핵구 3.3%, 림프구 44.9%), 혈소판 244,000/mm³이었고, 혈청 생화학 검사에서 총 단백 6.8 g/dL, 알부민 4.5 g/dL, 총 빌리루빈

0.5 mg/dL, AST 18 IU/L, ALT 8 IU/L, 알칼리성 포스파타제 38 IU/L, r-GTP 9 IU/L, 혈당 92 mg/dL, 총 콜레스테롤 108 mg/dL, 요산 1.9 mg/dL, BUN 12.3 mg/dL, 크레아티닌 0.6 mg/dL, 나트륨 141 mmol/L, 칼륨 4.3 mmol/L, 염소 106 mmol/L였다. 종양 표지자 검사는 CEA 1.6 ng/mL, CA19-9 4.5 ng/mL로 정상 범위였고, 혈액 응고 검사에서 PT 13.6 sec (92%)로 정상 소견을 보였다. 내원 당시 시행한 상부 위장관 내시경 검사에서 표면에 약간 불규칙한 모양과 함께 궤양성 변화를 동반한 약 3 cm 크기의 유경성의 용종(Yamada type IV)이 발견되었다(Fig. 1). 내원 4일째 내시경 용종 절제술을 시행하였으며 시행 후 절제 부분의 출혈이나 천공 등의 합병증 소견은 보이지 않았고 더 이상의 혈색소 감소 소견도 없었다. 조직 병리 소견에서 용종의 점막층에 0.5×0.4 cm 크기의 국소적 궤양 소견이 있으며 용종 내부에 점액 물질로 가득 차 있는 다발성 동공(multifocal cavity area)을 동반한 회노란색(gray-yellow)의 단단한 고체부분이 있었고 심재성 낭성 위염으로 진단되었다(Fig. 2).

고 찰

심재성 낭성 위염은 1972년 Littler과 Gleibermann¹이 gastritis cystica polyposa를 처음 언급한 이후 발표자에 따라 이 병변을 diffuse submucosal cysts of the stomach,⁴ multiple cystic gastritis,⁶ diffuse heterotopic cystic malformation of the stomach⁸ 및 stomal polypoid hypertropic gastritis⁹ 등 여러 가지 이름으로 불려지기도 했다. 이러



Figure 1. An endoscopic finding. It shows a polyp with a long and thin stalk. The surface of the polyp has focal ulcerative lesion.

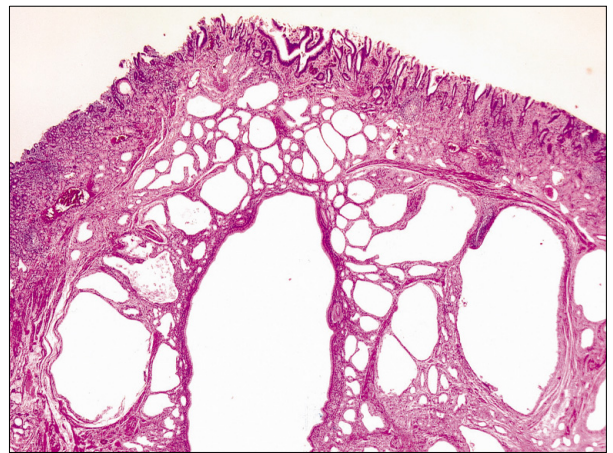


Figure 2. A microscopic finding. There are varying sized cystic glands in mucosa and submucosa with disrupted muscularis mucosa (H&E stain, ×40).

한 심재성 낭성 위염은 부분적 위절제술을 시행한 환자뿐 아니라 위수술의 과거력이 없는 환자에서도 여러 증례가 보고되고 있으며^{3,4,10} 국내에서도 약 38예가 보고된 바 있다.

심재성 낭성 위염은 조직학적으로 점막층의 탈락과 재생이 반복되는 과정에서 점막층이 재생되면서 일부 위선이 정상 구조와 분리된 후 내강으로의 점액 분비가 막혀 위소와(gastric pit)의 신장, 위 선상피의 과형성 및 낭성 확장이 초래되는데 이러한 병변은 점막 하층까지 침범하기도 한다. 위 점막 고유층에는 만성 염증 세포의 침윤이 동반되며 상피 세포는 재생성 변화를 보일 수도 있으나 대부분 상피 이형성은 관찰되지 않는다.^{2,9} 그러나 최근엔 위 선암종 및 상피 세포의 이형성이 동반된 심재성 낭성 위염이 보고된 예도 있으므로 악성 종양으로의 이행 가능성도 완전히 배제하기는 어렵다.¹¹⁻¹³ 그러나 심재성 낭성 위염을 구성하는 위선의 대부분은 중성 점액만을 분비하고 산성 점액은 분비하지 않는데, 위수술 후 발생하는 전암 병변인 상피 세포의 이형성이나 장상피 화생의 경우에는 산성 점액을 분비하는 점으로 미루어 심재성 낭성 위염은 전암성 병변이라기보다는 염증성, 증식성 병변이라는 주장이 있다.¹³

심재성 낭성 위염의 발생 기전은 아직 명확하지는 않지만 위절제술 후 봉합사 등과 같은 이물질 등에 의해 국소 만성 허혈 변화와 담즙 및 췌장액 등의 십이지장 내용물의 역류로 인한 위점막의 반복적 손상 및 회복 등으로 추정된다.^{2,9,12} 이는 위 역류가 초래되기 쉬운 위공장 문합술 후에 호발하고, 발생 위치도 주로 위장관 문합 부위의 위 점막이며 수술의 기왕력이 없는 환자보다 위 전정부 절제술 후 위 점막 보호 작용이 감소된 위절제술 후의 환자에서 더 빈번하다는 사실이 이를 뒷받침하고 있다.^{9,13} 이 외에 연동 운동 시 위벽의 견인으로 인해 점막의 가동성이 증가하여 그렇다는 주장¹도 있고, 위수술과 관련 없이 발생한 경우에선 선천성으로 발생하였을 것이라는 주장¹⁴도 있다.

심재성 낭성 위염은 육안적으로 다양한 모습으로 나타날 수 있는데 수술 후 발생한 심재성 낭성 위염의 경우는 대부분 문합부의 상부 3 cm 이내에 있으면서 점막 주름이 풍부한 대만부 주변에서 관찰되며 무경성 용종양 돌출이 다발성 또는 융합되어 관찰되고, 융합된 용종은 문합부 주위에서 환상 종양을 형성하기도 한다.⁹ 수술한 과거력이 없는 환자에서 발생한 심재성 낭성 위염은 대부분 무경성 용종양 돌출을 하거나² 점막하 종양 소견을 보이며¹⁷ 발생 위치는 체부나 저부의

대만부가 가장 흔하고 소만부, 분문부, 전정부 등에도 생길 수 있다고 한다.¹⁵ 본 증례에서의 심재성 낭성 위염은 긴 유경성의 용종양 모습(Yamada type IV)을 보이고 있는데 이는 비교적 흔치 않은 모습으로 국내에서는 1999년 본 증례에서와 유사한 긴 유경성의 독특한 모습으로 발견된 심재성 낭성 위염 1예가 보고된 바 있다.¹⁶

임상적으로 주로 나타나는 증상은 병변의 수와 크기에 따라 다르지만 대개 비특이적이어서 우연히 발견되거나 상복부 불편감이 있을 수 있으며 크기가 큰 경우에는 복부 통증, 위장관 출혈 및 위장관 폐쇄와 관련된 여러 가지 증상 등이 있다.² 본 증례에서는 위수술의 병력이 없는 환자가 상복부 통증을 동반한 흑색변을 주소로 내원하였으며 초기 시행한 혈액 검사상 혈색소 8.5 g/dL를 보이는 등 대량 출혈의 소견을 보였는데 이는 흔치 않은 임상 증상이다. 국내에서 위장관 출혈로 발견된 심재성 낭성 위염은 본 교실에서 1997년에 흑색변을 주소로 내원하여 3×3.5 cm 크기의 노출된 종괴 및 중앙부 궤양으로 이전 위절제술 후 심재성 낭성 위염으로 확진한 증례를¹⁸ 포함하여 아직 2예밖에 보고되지 않았으며 두 경우 모두 수술의 기왕력은 없었다. 외국에서는 심한 위장관 출혈로 발견된 심재성 낭성 위염 2예가 보고된 적이 있으며 2예 모두 수술의 기왕력이 있었다.

심재성 낭성 위염의 진단은 위장관 조영술, 위내시경 검사, 내시경 초음파 검사 및 복부 전산화 단층 촬영 등이 이용될 수 있으나 수술 또는 내시경 용종 절제술을 통한 조직 검사가 확진에 반드시 필요하다. 본 증례에서는 내시경 검사에서 위 저부에 약 3 cm 정도의 긴 유경성의 용종 소견을 보였는데 출혈의 병변으로 생각되는 부분으로 용종의 표면에 0.5×0.4 cm의 국소적 궤양 소견이 있었다. 대부분의 위수술력이 없는 환자에서 심재성 낭성 위염은 무경성 용종이나 점막하 종양 소견을 보이는 데 비해 이는 매우 독특한 소견으로 생각한다.

심재성 낭성 위염의 치료는 무증상일 경우에는 꼭 필요하지는 않으나 폐색 증상이나 심한 출혈의 합병증이 있는 경우 수술이나 본 증례에서처럼 내시경 절제술을 시행하기도 한다.

저자들은 위 수술의 기왕력이 없는 환자에서 상부 위장관 출혈로 상부 위장관 내시경을 시행하여 국소적 궤양을 지닌, 긴 유경성의 용종을 발견, 내시경 용종 절제술을 시행하였으며 조직 검사상 심재성 낭성 위염으로 진단된 예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

ABSTRACT

Gastritis cystica profunda (GCP) is a rare disease in which hyperplastic and cystic dilatation of the gastric mucous glands extend into the tissues beneath the submucosa. GCP is mainly observed at the site of a gastroenterostomy; however, it may occur in the stomach without a previous history of surgery. GCP may present not only as a submucosal tumor or as solitary or diffuse polyps but also rarely as a giant gastric mucosal fold. In a patient without a previous history of surgery, GCP presents mainly as a sessile polypoid protrusion or as a submucosal tumor. In addition, GCP presents with non-specific symptoms and is most commonly found incidentally. We present a case of GCP that developed upper gastrointestinal bleeding and showed a long stalk and a focal ulcerative lesion on the surface of a polyp that developed in the stomach without a history of previous surgery. This lesion was removed by the use of an endoscopic polypectomy and was histologically diagnosed as GCP. (**Korean J Gastrointest Endosc 2007;35:186-189**)

Key Words: Gastritis cystica profunda, Gastrointestinal bleeding, Polyp

참 고 문 헌

1. Littler ER, Gleibermann E. Gastritis cystica polyposa. Gastric mucosal prolapse at gastroenterostomy site, with cystic and infiltrative epithelial hyperplasia. *Cancer* 1972;29:205-209.
2. Franzin G, Novelli P. Gastritis cystica profunda. *Histopathology* 1981;5:535-547.
3. Yamagiwa H, Matsuzaki O, Ishihara A, Yoshimura H. Heterotrophic gastric glands in the submucosa of the stomach. *Acta Pathol Jpn* 1979;29:347-350.
4. Iwanaga T, Koyama H, Takahashi Y, Taniguchi H, Wada A. Diffuse submucosal cysts and carcinoma of the stomach. *Cancer* 1975;36:606-614.
5. Okada M, Iizuka Y, Oh K, Murayama H, Maekawa T. Gastritis cystica profunda presenting as giant gastric mucosal fold: the role of endoscopic ultrasonography and mucosectomy in the diagnostic work-up. *Gastrointest Endosc* 1994;40:640-644.
6. Griefffel B, Engleberg M, Reiss R. Multiple polypoid cystic gastritis in old gastroenteric stoma. *Arch Pathol* 1974;97:316-318.
7. Ozenc AM, Ruacan S, Aran O. Gastritis cystica polyposa. *Arch Surg* 1988;123:372-373.
8. Oberman HA, Lodmell JG, Sower ND. Diffuse heterotropic cystic malformation of the stomach. *N Engl J Med* 1963;269:909-911.
9. Koga S, Watanabe H, Enjoji M. Stomal polypoid hypertrophic gastritis: a polypoid gastric lesion at gastroenterostomy site. *Cancer* 1979;43:647-657.
10. Fonde EC, Rodning CB. Gastritis cystica profunda. *Am J Gastroenterol* 1986;81:459-464.
11. Qizilbash AH. Gastritis cystica and carcinoma arising in old gastrojejunostomy stoma. *Can Med Assoc J* 1975;112:1432-1433.
12. Bogomoletz WV, Potet F, Barge J, Molas G, Qizilbash AH. Pathological features and mucin histochemistry of primary gastric stump carcinoma associated with gastritis cystica polyposa. A study of six cases. *Am J Surg Pathol* 1985;9:401-410.
13. Niv Y, Turani H. Cystic changes in gastric glands after gastric surgery and in the intact stomach. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:465-469.
14. Chakrovorty RC, Schatzki PF. Gastric cystic polyposis. *Am J Dig Dis* 1975;20:981-989.
15. Park IS, Chung JP, Song SY, et al. Two cases of gastritis cystica polyposa diagnosed by endoscopic polypectomy. *Korean J Gastrointest Endosc* 1993;13:555-559.
16. Baek HJ, Lee CK, Park JS, Kweon BC, Shin KS, Lee DH. A case of gastritis cystica profunda with long pendulous pedicle. *Korean J Gastrointest Endosc* 1999;19:81-83.
17. Kim SA, Cho YD, Lee MS, Kim JH, Cho SW, Shim CS. A case of gastritis cystica polyposa, presenting as a submucosal tumor-like lesion. *Korean J Gastrointest Endosc* 1990;10:337-340.
18. Lee HW, Moon YJ, Lee SI, et al. Gastritis cystica profunda. *Korean J Gastrointest Endosc* 1997;17(abstr):465A-466A.