

내시경적 절제술로 진단된 점막하종양 형태의 위 동정맥기형 1예

인제의대 서울백병원 내과, 해부병리과*

류정임*, 이승진, 문정섭, 전영빈, 유 권, 이해경*

위장관의 동정맥기형(arteriovenous malformation)은 특별한 과거력이나 가족력 없이 반복적인 무통성의 대량 위장관출혈 또는 만성 빈혈을 유발하는 질환으로 주로 상행결장, 맹장, 회장말단부에 발생하나 드물게 식도, 위, 십이지장에서도 보고되고 있다. 위 동정맥기형은 1884년 처음 보고 이래 내시경, 혈관조영술 등의 발달로 점차 증례가 증가하고 있는데 국내에서는 현재까지 수술이나 혈관조영술로 진단된 4예 보고가 있다. 내시경소견은 편평하거나 약간 융기된 결절 모양의 발적병소 또는 두꺼워진 위주름 형태를 취하는 경우가 많으나 병소의 크기가 작고 모양이 비특이적이어서 발견이 어렵다. 진단은 대부분 위장관출혈 후 수술이나 혈관조영술로 내려지며 무증상인 시기에 내시경적 절제술로 진단된 예는 국내의 문헌상 찾아볼 수 없었다. 저자 등은 우연히 발견된 위점막하종양의 내시경적 절제후 조직소견상 동정맥기형으로 진단된 1예를 경험하여 보고하는 바이다.

증례: 55세 여자로 검진에서 우연히 발견된 위장관 종괴를 주소로 내원하였다. 위 내시경점사상 상부위체부 대만측에 약 1cm 크기의 bridging fold를 동반한 반구형의 점막하종양이 관찰되었다. 표면에 발적, 미란 등의 변화는 없었고 생검검자로 촉지시 다소 단단한 충실성 종괴로 이동성이 있어 고유근층과 분리된 것으로 생각되었다. 진단 및 치료를 위해 pneumoactive EVL device를 이용한 내시경적 절제를 시행하였으며 방법은 병소를 cap내 흡인후 고무밴드로 결찰하고 올가미로 교액하고 통전 절제하였다(EMR-L). 절제후 출혈, 천공 등의 합병증은 없었다. 병리 조직소견상 점막하층내에 다수의 구부러지고 확장된 혈관들이 결절성으로 증식하고 있었고 탄성염색(elastic stain)상 대부분 혈관벽이 불규칙하게 두터워지거나 탄성섬유의 분절을 동반하고 있는 소동맥 혹은 중등도 크기의 동맥이었으며 간혹 인접한 정맥구조물이 관찰되었다. 혈전은 없었고 내막은 섬유성 비후를 보였으며 혈관벽의 괴사나 혈관염 소견은 없는 소견으로 동정맥 기형으로 진단되었다.

출혈예방에 EVL수기를 응용한 내시경적 점막하종양절제술

인제대학교 의과대학 서울백병원 내과학교실

류정임*, 장원식, 이승진, 문정섭, 전영빈, 유 권

근래 종양성병변의 다양한 내시경적 절제술이 시행됨에 따라 출혈, 천공 등의 합병증에 대한 대책이 중요하다. 출혈은 가장 흔한 합병증으로 약 10%에서 발생하고 예방을 위하여 고장생리식염수-에피네프린액 국주법, clip법, 유치올가미(detachable snare)법 등이 시도되고 있다. 그러나 주사요법은 치료효과가 불충분한 경우가 많고 clip법은 접선방향 병변에 치치가 어렵다는 단점이 있고 유치올가미는 고가이고 유정성병변에만 가능하며 경이 얇은 경우 절단의 위험이 있다. 고무밴드결찰술은 정맥류치료 이외에도 최근 Mallory-Weiss 증후군, Dieulafoy씨 병 등에 지혈목적으로 다양하게 사용되고 있다. 저자 등은 점막하종양의 내시경적 절제 직후, 고무밴드결찰술을 시행하여 효과적으로 출혈예방이 가능하였던 1예를 경험하여 보고하는 바이다.

증례: 51세 여자로 종합검진에서 발견된 위점막하종양을 주소로 내원하였다. 위내시경점사상 상부위체부 전벽에 약 1.0cm 크기의 점막하종양이 관찰되었으며 생검검자로 촉지시 단단하였으며 이동성이었다. 치료로 검자공 이용이 가능한 pneumoactive EVL device를 사용하였는데 먼저 병소하방에 생리식염수를 국주 후 병소를 cap내에 흡인하고 검자공을 통해 올가미로 교액, 통전 절제하였다. 이후 절제면과 주위정상점막을 cap내에 흡인한 다음 고무밴드로 결찰하였다. 치료후 출혈은 전혀 없었고 밴드탈락 후에도 출혈, 천공 등의 합병증은 없었다. 조직검사상 평활근종으로 확진되었다.