

## 식도의 소세포암과 동시에 동반된 구강의 편평상피세포암 1예

연세대학교 의과대학 내과학교실

\*김영숙, 허지혜, 윤지영, 최경석, 이 혁, 신성관, 이용찬, 박준철

식도의 원발성 소세포암은 드물게 나타난다. 원발성 폐의 소세포암은 전체 소세포암의 4% 정도이며 전체 식도암 중 2% 정도로 알려져 있다. 또한 식도의 편평상피세포암에 구강암이 동반되는 예는 보고되어 있으나 식도의 소세포암과 동시에 동반된 구강의 편평상피세포암에 대한 보고는 확인되지 않았다. **증례:** 70세 남자가 내원일 발생한 토혈을 주소로 내원하였다. 과거력상 고혈압으로 경구약 복용 중이며, 흡연력은 50갑년 이상, 50여년 간 매일 소주 1병 이상의 음주력 있었으며, 가족력은 특이사항 없었다. 환자는 내원 17일 전 목의 이물감 주소로 이비인후과 내원하여 목젖 주변의 1.5 cm의 궤양을 동반한 결절성 종괴에 대해 조직검사 시행하여 편평상피세포암을 진단받았다. 내원시 연하곤란, 전신 위약감, 체중감소를 호소하였다. 이학적 검사상 혈압은 121/76 mmHg, 맥박은 67회/분, 체온은 36.5°C였다. 흉부청진 상 호흡음, 심음은 정상이었으며 상복부 촉진에서 종괴는 만져지지 않았고 경부 림프절 종대도 없었다. 말초혈액검사상 백혈구 7990/mm<sup>3</sup>, 혈색소 13.5 g/dL, 혈소판 222,000/mm<sup>3</sup>이었다. 혈청생화학검사상 BUN 8.6 mg/dL, Creatinine 0.88 mg/dL, 총단백 6.7 g/dL, 알부민 4.0 g/dL, 총빌리루빈 1.0 mg/dL, ALP 61 IU/L, AST 27 IU/L, ALT 18 IU/L이었다. 종양표지자인 SCC Ag 1.9 ng/mL, CEA 2.36 ng/mL, CA19-9 4.7 U/mL, CYFRA 21-1 1.39 ng/mL였다. 상부위장관내시경 상 중절치에서 24 cm-33 cm 위치에 루골용액에 염색되지 않는 궤양성용기형 병변이 확인되었으며 초음파내시경 상 식도 외막침범, 대동맥궁 침범 및 하부식도주변, 상기도 및 하기도 주변의 림프절 비대가 확인되었다. 식도의 조직 생검에서 원형 혹은 타원형의 작은 세포들로 밀집되어 있었고 세포질이 적고 핵소체는 과염색되어 있는 소세포암이 확인되었다. 양전자방출단층촬영 상 식도, 구강 외에도 왼쪽 신장과 구불결장에 에프디지 섭취가 확인되었다. 대장내시경상 구불결장에서 Ip 모양의 20 mm크기의 용종이 발견되었으며 내시경적막절제술 상 절제 변연 암침범이 없는 일부 선암으로 변이가 진행된 관상선종으로 확인되었다. 왼쪽 신장의 신세포암이 의심되는 종괴에 대해서는 기대어명 고려해 조직검사 시행하지 않았다. 이후 환자는 대동맥궁 침범 부위의 출혈 가능성으로 연속화학방사선 치료를 계획하여 Etoposide (100 mg/m<sup>2</sup>)와 cisplatin (70 mg/m<sup>2</sup>)으로 항암화학약물 치료를 시작하였으며 이후 구강과 식도부위를 포함한 방사선 치료를 계획 중이다. 저자는 식도의 소세포암, 구강의 편평상피세포암, 대장상피내암, 신장종양 증복 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

## A Case of Benign Stricture and Extraperitoneal Fistula Presenting in Ulcerative Colitis

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine, <sup>2</sup>Pathology, <sup>3</sup>General Surgery, Seoul Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Seoul, Korea

\*Seong Yeon Jeong<sup>1</sup>, You Sun Kim<sup>1</sup>, Sun Ok Kwon<sup>1</sup>, Jeong Seop Moon<sup>1</sup>, Jin Nam Kim<sup>1</sup>, Yun Kyung Kang<sup>2</sup>, Seong Woo Hong<sup>3</sup>, Hyun Gul Jung<sup>1</sup>, Su Min Hong<sup>1</sup>

Ulcerative colitis (UC) is a chronic disease characterized by diffuse mucosal inflammation limited to the colon. UC complications are bleeding, Toxic colitis and colon cancer. UC patient rarely presented with stenosis or fistula. Strictures develop in 5 to 10 percent of patients with UC. We report a rare case of an unusual complication with UC benign stricture and fistula. **Case:** 49-year-old female who is Jehovah's Witness presented with left flank pain and fever that had begun two weeks ago. She had been diagnosed with UC 20 years ago. However she arbitrarily had stopped visiting hospital and relied on home remedies. When she visited the hospital, blood pressure was 130/80 mmHg, heart rate was 110/min, and temperature was 38.1°C. Physical examination showed that tender mass accompanied by heating sense, redness was touched in her left flank. Laboratory records showed reduced hemoglobin and leucocytosis as hemoglobin 5.0 g/dL WBC 16100/mm<sup>3</sup> ESR 70 mm/hr, CRP 6.7 mg/dl. Abdominopelvic computed tomography scan revealed haustral marking loss in T-colon, luminal narrowing and, extraperitoneal fistula formation in descending colon. She was started on intravenous antibiotics and the abscess was drained percutaneously. She was treated transverse colectomy because of severe stricture. 6 month later, colonoscopy showed shortening of the colon and severe stricture. Reconstructive surgery seemed impossible. She was treated with total colectomy with ileal pouch-anal anastomosis 13 month after she had been treated colectomy. Pathological finding showed that there was no malignant cell and no granuloma lesion. It seemed typical ulcerative colitis. In conclusion, untreated UC patient presented with severe stricture, fistula and abscess. We treated with antibiotics and total colectomy and ileal pouch-anal anastomosis.