내시경 점막절제술로 치료한 위체부 유경성 위 샘근종

박선호, 김주희, 김미희, 정은하, 김형근, 김성수, 조영석

가톨릭대학교 의과대학 내과학교실

Adenomyoma in the Body of Stomach Presenting as a Pedunculated Polyp Treated by Endoscopic Mucosal Resection

Seon Ho Park, Juhee Kim, Mihee Kim, Eun Ha Jung, Hyung-Keun Kim, Sung Soo Kim, Young-Seok Cho

Department of Internal Medicine, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

An adenomyoma is a rare, benign tumor, characteristically composed of a mixture of glandular structures with intervening bundles of smooth muscle. An adenomyoma is considered to be a variant of an ectopic pancreas, without exocrine or endocrine components. Adenomyomas of the gastrointestinal tract are found most frequently in the stomach and the small intestine is rarely involved. Gastric adenomyoma is frequently localized in the antrum or pylorus and very rarely occurs in the body. Adenomyomas often appear as a submucosal mass. A 48-year-old man was referred for further management of a 2.5-cm pedunculated polyp in the stomach. The resected tumor was diagnosed as an adenomyoma of the stomach. To the best of our knowledge, this is the first case reported in the literature of gastric adenomyoma that presented as a pedunculated polyp in the body and was treated completely with endoscopic resection. (**Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res 2016;16:31-33**)

Key Words: Adenomyoma; Stomach; Endoscopic mucosal resection

서 론

위장관에서 발생하는 샘근종(adenomyoma)은 드문 양성 종양으로 주로 위에서 발생하며, 드물게 소장에서 발생한다. 위에서는 주로 전정부(85%)와 유문부(15%)에서 발견된다.¹ 1903년 Magnus-Alsleben²이 부검을 통한 5예를 처음 보고하였다. 샘근종은 조직학적으로 단순한 샘구조(glandular structure), 부루너선, 취장 관(duct) 및 샘파리(acinus) 모양의 다양한 상피 성분을 둘러싸는 평활근 섬유(smooth muscle fiber)의 증식을 특징으로 하며, 약 1/3에서 이소성 취장 조직을 동반한다.³ 이 소성 취장은 잘 분화된 취장 조직이 정상적으로 배열되어 있는 경우로 정의할 수 있으나, 샘근종과 조직학적으로 감별이 어려울 수 있다. 샘근종은 대부분 우연히 발견되거나 상복부 통증, 오심 및 구토 등의 비특이적인 위장관 증상을 나타낼 수 있다.⁴ 현재까지, 위체부에 발생한 증례는 1예가 보고되었으며,⁴ 내시경 검사에서 대부분 점막하 종양의 소견을 보이지만 목 있는 폴립의 형태를 보인 경우는 매우 드물다.⁵

저자들은 건강검진을 위해 시행한 상부위장관 내시경 검사에서 체상부 전벽에 목 있는 폴립으로 발견되어 내시경 점막절제술로 절제 후 위 샘근종으로 진단된 증례를 보고한다.

증 례

48세 남자가 타 병원에서 건강검진 목적으로 시행한 상부위장관 내시경 검사에서 위체부에 목 있는 폴립이 발견되어 치료를 위해 전원되었다. 조직 검사에서는 표재 위염 소견이 관찰되었고, *Helicobacter pylori*는 음성이었다. 환자는 과거에 특이 병력이 없었으며 가족력에서도 특이 사항이 없었다.

내원 당시 혈압은 130/85 mmHg, 맥박은 70회/분, 호흡수는 20회/분, 체온은 36.7°C였다. 급성 병색은 보이지 않았고 신체 검사에서 특이 소견은 없었다. 상부위장관 내시경에서 체상부 전벽에 2.5 cm 크기의 정상 위상피로 둘러싸여 있고 중심부에 함몰이 있는 목 있는 폴립이 관찰되어 목 부위에 고장성 생리식염수를 주입한 후 올가미를 이용하여 절제하였다(Fig. 1). 절제 조직의 병리 소견에서 평활근과 다양한 크기의 미분화된 관 구조들이 관찰되어 샘근종으로 진단하였고, 고배율에서 관 구조는 이형성이 동반되지 않은 원주 상피 소견을 보였다(Fig. 2). 6개월 후 추적 상부위장관 내시경에서 재발은 없었다.

Received: December 8, 2015 Accepted: February 25, 2016

Corresponding author: Young-Seok Cho

Department of Internal Medicine, Seoul St. Mary's Hospital, College of Medicine, The Catholic University of Korea, 222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul 06591, Korea
Tel: +82-2-2258-6021, Fax: +82-2-2258-2038, E-mail: yscho@catholic.ac.kr

Copyright © 2016 Korean College of *Helicobacter* and Upper Gastrointestinal Research

© The Korean Journal of *Helicobacter* and Upper Gastrointestinal Research is an Open-Access Journal. All articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Fig. 1. Endoscopic findings. (A) Endoscopy showed a 2.5-cm pedunculated polyp in the anterior wall of the high body of the stomach. The lesion was covered with normal-appearing mucosa with hyperemic and nodular surface. (B) Endoscopic mucosal resection using the inject-and-cut technique was performed. (C) The top of resected tumor was flat and slightly depressed.

Fig. 2. Histopathologic findings. (A) Several cystic dilated flans were located in the submucosa, surrounded by smooth muscle bundles (H&E, ×10). (B) The glands were composed of flattened columnar epithelium without cytological atypia (H&E, ×40).

고 찰

위장관에서 발생하는 샘근종은 주로 십이지장, 담낭 및 위에서 발견된다.⁶ 위 샘근종은 드문 양성 종양으로 근상피 과오종(myoeipithelial hamartoma), 근샘 과오종(myoglandular hamartoma), 위 샘종 및 이소증(gastric adenoma and heterotopia)으로도 불린다.³ 샘 상피가 췌관의 상피와 유사하여 샘근종은 내분비 또는 외분비 성분이 없는 이소성 췌장의 변형으로 생각된다.⁷ Heinrich⁸는 이소성 췌장을 3가지 조직학적 형태로 분류하였는데, 1형은 정상 췌장 조직을 모두 가지고 있는 경우, 2형은 췌관이 없는 췌장 조직을 가지고 있는 경우, 3형은 췌관만 있는 경우로 분류하였다. 샘근종은 Heinrich 분류에 의하면 3형에 해당된다. 그러나, 샘근종을 병적으로 평활근이 증식하는 과오종으로 보는 견해도 있다.⁹ 발생 기전은 명확하지 않지만,

출생 후 소실되지 않고 남아 있는 배의 상피(embryonic epithelial bud)에서 분화 정도에 따라 미분화된 샘 구조물에서부터 성숙한 췌장 조직 또는 십이지장 조직까지 형성되는 것으로 생각된다. 또한, 샘 구조물을 둘러싸는 평활근은 배의 근육 세포가 상피 조직에서 분리되는 동안 포함되었거나 제자리에 위치하지 않은 상피 조직이 자극에 의해 증식된 정상 근육 조직으로 생각된다.¹⁰

위 샘근종은 우연히 발견되는 경우가 많고 소아에서 노년에 걸쳐 다양한 연령에서 발생하지만, 증례의 2/3는 40~60대에 발생한다.¹ 대개 증상이 없거나 간헐적인 상복부 통증, 오심 및 구토와 같은 비특이적인 증상을 보인다. 그러나 드물게 폐색,¹⁰ 출혈,⁶ 천공,¹¹ 복막염¹²을 동반할 수 있다. 주로 전정부와 유문부에 발생하지만, 체부에 발생한 경우도 1예가 보고되었다.⁴ 내시경검사에서는 특징적인 소견이 없어 정상 점막으로 덮여있는

외인성 압박이나 중심 함몰을 보이는 이소성 체장을 포함한 다른 점막하 종양과의 감별이 어렵다.¹³ 감별 진단으로는 위 샘 이소증(gastric gland heterotopia), 중복(duplication), 점막하 낭성 샘(submucosal cystic glands), 심재성 낭종성 위염(gastritis cystica profunda), 림프상피 낭종(lymphoepithelial cyst)과의 감별이 필요하며, 이 외 위장관간질종양, 평활근종, 지방종 및 림프종과도 감별해야 한다.¹⁴ 내시경 초음파에서는 점막하층에 위치한 고에코 테에 둘러싸인 낭성 종양으로 관찰된다.¹⁵ 그러나 컴퓨터 단층촬영과 내시경 초음파와 같은 진단 검사로도 수술 전 위 샘근종을 정확하게 진단하기는 어려우며, 대부분의 경우 내시경적 생검으로는 진단되지 않아 수술 중 동결절편 검사가 진단과 수술 범위 결정에 도움이 될 수 있다.⁶ 본 증례에서도 생검에서 진단이 되지 않았다.

일반적으로 위 폴립이 악성화될 가능성은 낮은 것으로 알려져 있는데, 증식성 폴립에서는 2.1%, 과오종성 폴립에서는 1.6%에서 암이 발생한다.¹⁴ 위 샘근종은 드문 종양이어서 악성화 빈도는 정확히 알려져 있지는 않지만, 악성화되거나 위 샘암과 연관되어 발생한 증례가 보고되었다.^{1,16,17} Kanehira 등¹⁷은 위 샘근종에서 발생한 암 또는 위 샘근종을 동반한 위암과의 관련성에 대한 3가지 발생 기전으로 샘근종 자체에서 위암이 발생하는 경우, 샘근종이 원인이 되어 위암이 발생하는 경우 및 아무 관계없이 우연히 동반되는 경우를 제시하였다. 증상이 있거나 합병증이 발생한 경우에는 수술이 필요하며, 악성화 가능성이 없는 경우에는 국소 절제술을 시행한다. 현재까지 수술 후 재발한 증례는 보고되지 않았다. 그러나, 악성화가 배제되지 않는 경우에는 근치적인 수술이 필요하다.¹² Jacob 등⁵은 위 전정부에 0.7 cm 크기의 목 있는 폴립의 형태로 발견되어 내시경적 절제가 가능했던 1예를 보고하였다. 드물지만 목 있는 폴립의 형태로 발견될 경우에는 증식 폴립을 포함한 상피성 종양과의 감별이 필요할 수 있다. 본 증례는 체부에 목 있는 폴립의 형태로 발견되어 내시경적으로 절제한 첫 번째 증례로 목 있는 폴립으로 발현할 경우 안전하게 내시경적으로 절제가 가능할 것으로 생각한다.

저자들은 내시경검사에서 우연히 발견된 위체부에 목 있는 폴립의 형태로 발견되어 내시경적으로 절제하였고 조직학적으로 샘근종으로 진단된 1예를 보고한다.

REFERENCES

1. Chapple CR, Muller S, Newman J. Gastric adenocarcinoma associated with adenomyoma of the stomach. *Postgrad Med J* 1988;64:801-803.
2. Magnus-Alsleben E. Adenomyome des pylorus. *Virchows Arch* 1903;173:137-155.
3. Lasser A, Koufman WB. Adenomyoma of the stomach. *Am J Dig Dis* 1977;22:965-969.
4. Yoon KH, Eun DY, Kim JH, Lee SO, Kim HS, Lee DW. Gastric adenomyoma in the stomach body: a case report. *J Med Case Rep* 2014;8:385.
5. Jacob CO, Batt L, Horovitz A, Scapa E. Myoepithelial hamartoma of Brunner's gland in the stomach. *Gastrointest Endosc* 1982;28:48-49.
6. Zhu HN, Yu JP, Luo J, Jiang YH, Li JQ, Sun WY. Gastric adenomyoma presenting as melena: a case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2010;16:1934-1936.
7. Erberich H, Handt S, Mittermayer C, Tietze L. Simultaneous appearance of an adenomyoma and pancreatic heterotopia of the stomach. *Virchows Arch* 2000;436:172-174.
8. Heinrich H. Ein Beitrag zur Histologie des sogenannten akzessorischen Pankreas. *Virchows Arch Path Anat Physiol* 1909;198:392-401.
9. Takeyama J, Sato T, Tanaka H, Nio M. Adenomyoma of the stomach mimicking infantile hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr Surg* 2007;42:E11-E12.
10. McNulty JG. Adenomyoma of the stomach. *Br Med J* 1967;3:843.
11. de Toeuf J, Ardichvili D, Gelin A. Pyloric hamartoma (author's transl). *Acta Gastroenterol Belg* 1973;36:411-417.
12. Kagawa S, Fujiwara T, Nishizaki M, Naomoto Y, Hiroshi I, Tanaka N. Adenomyoma of the stomach presenting as localized peritonitis. *Dig Dis Sci* 2007;52:3184-3187.
13. Vandelli A, Cariani G, Bonora G, Padovani F, Saragoni L, Dell'Amore D. Adenomyoma of the stomach. Report of a case and review of the literature. *Surg Endosc* 1993;7:185-187.
14. Ly DP, Barnard NJ, Schwarz RE. Gastric adenomyoma: definitely benign or defiantly premalignant? *Dig Dis Sci* 2004;49:1930-1934.
15. Chu K. Endosonographic appearance of gastric adenomyoma. *Endoscopy* 2002;34:682.
16. Kneafsey PD, Demetrick DJ. Malignant transformation in a pyloric adenomyoma: a case report. *Histopathology* 1992;20:433-435.
17. Kanehira E, Kawaura Y, Ohta Y, Tanaka I, Kawada N, Nonomura A. Adenomyoma in association with early gastric carcinoma. *Gan No Rinsho* 1990;36:2475-2479.