

식도 림프종

-1례 보고-

허 균* · 박 영 우* · 김 현 조* · 허 재 학* · 정 윤 섭* · 엄 욱* · 진 소 영*

= Abstract =

A Case of Primary Esophageal Malignant Lymphoma

-A Case Report-

Keun Her, M.D.*, Young Woo Park, M.D.*, Hyun jo Kim, M.D.*,
Youn Seop Jeong, M.D.*, Wook Youm, M.D.*, So Young Jin, M.D.*

The esophageal lymphoma is a very rare feature among gastrointestinal lymphoma, and there was no surgical report in Korea. A 62-year-old male patient with submucosal tumor detected on routine esophagoscopy had resection of tumor including the esophageal mucosa, which was confirmed as esophageal lymphoma. As the severe leakage was detected on esophagogram on post-op 7th day, esophagectomy and esophagogastrostomy was followed. Though adjuvant chemotherapy was not performed, there were no evidence of recurrence for 1 year follow up. We experienced a patient with esophageal lymphoma and reported with brief review of literature

(Korean Thorac Cardiovasc Surg 2002;35:318-21)

Key Words: 1. Esophageal neoplasm
2. Lymphoma

증 례

62세된 남자 환자가 정기검진에서 시행한 식도위내시경 검사에서 식도 종양이 의심되어 입원하였다. 과거력상 약 10여년전 폐 결핵으로 완치판정받았으며 내원 1여년전 매독과 급성갑상선염으로 치료중이었고 당뇨가 있었으나 식이요법으로 조절중이었으며 흡연력은 20p/y, 평소에 과음을 했었다. 전신고찰상 흉부의 이물감이 있었으나 그 외 연하곤란, 체중감소, 전신쇠약등의 자각증상은 없었다.

이학적 소견상 목 및 기타부위에서 만져지는 림프절 및 비장의 비대소견은 없었으며 그 외 특이소견은 없었다. 일반혈액검사상 혈색소가 9.8 g/dl로 감소되어 있었으나 그 외의 전해질, 뇨검사, 간기능검사상, 단순흉부촬영상 특이소견은 없었다. 식도조영술 식도-위문합부 상방 2 cm에 식도내벽이 좁아진 소견이 보였으나 종괴의 증거는 보이지 않았으며 위나 십이지장의 궤양소견은 없었다(Fig. 1). 흉부단층촬영에서 식도-위문합부 상방 2 cm부위에서 약 2 cm 길이의 경계가 분명한 종괴가 있었으며 종괴는 조영제사용시 특별한 변화가

*순천향대학교의과대학부속 흉부외과, 순천향대학교의과대학부속 해부병리과

Department of Thoracic & Cardiovascular Surgery, Department of Pathology, Soonchunhyang University Hospital, Soonchunhyang University College of Medicine.

논문접수일 : 2001년 10월 12일 심사통과일 : 2002년 3월 11일

책임저자 : 엄 욱(133-792) 서울특별시 용산구 한남동 645, 순천향대학교의과대학부속 병원 흉부외과, (Tel)02-709-9276, (Fax)02-709-9276
본 논문의 저작권 및 전자매체의 지적소유권은 대한흉부외과학회에 있다.

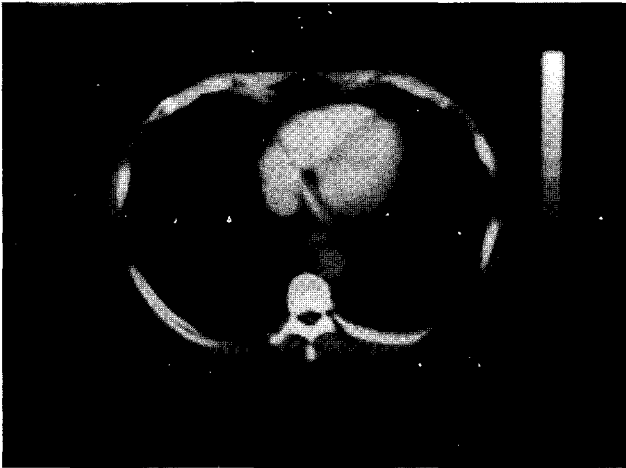


Fig. 1. CT scan at the level of the distal esophagus showing a poorly enhanced mural mass thickening in distal esophagus, suggesting submucosal esophagus.

없었으며 종괴 상위부 식도가 확장된 소견은 없었다. 1cm미만의 림프절이 상부기관연 부위와 대동맥-폐동맥창 부위에 있었다(Fig. 2). 내시경초음파검사상 점막하층에서부터 발생한 다량의 무에코부위를 가지고 있는 종괴가 있었으며 이 종괴는 점막-점막하층에 비교적 경계가 잘 지워지고 있어 점막하-평활근종의 소견을 보이고 있었으며(Fig. 3) 수술전 조직검사는 시행하지 않았다. 식도 점막하종양의 진단하에 2000년 7월 26일 수술을 시행하였다.

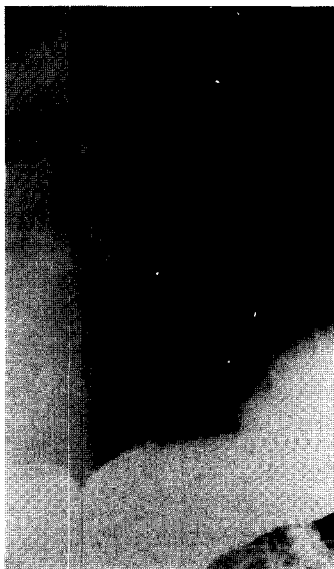


Fig. 2. Esophagogram showing a large submucosal tumor with luminal narrowing about 10cm length, in mid and distal esophagus

수술은 우측 흉부를 후측방 절개한 후 6번째 늑간을 통해 개흉하였다. 하흉부식도를 박리하고 축진하여 약 1×5cm 크

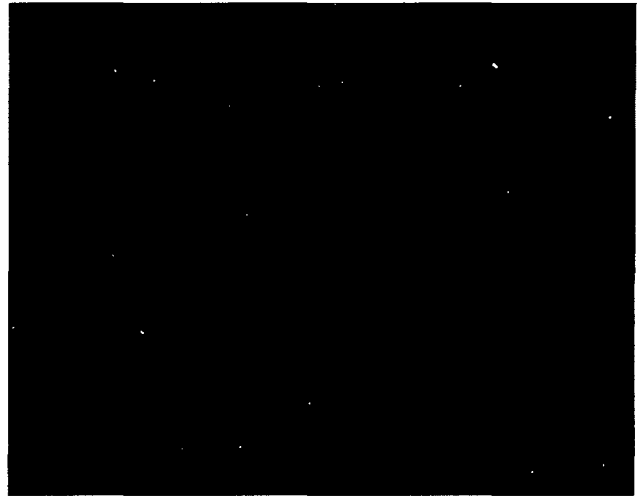


Fig. 3. EUS showing lobulated mass intermediate echoic pattern and multiple small anechoic lesion.

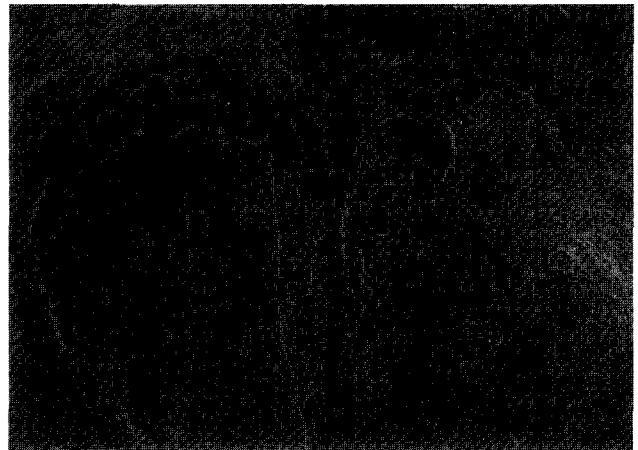


Fig. 4. Histologic section discloses proliferation of lymphoid cells in large follicular pattern with occasional germinal center formation.(H & E stain, x40)

기의 단단한 종양이 횡경막 상부 약 5cm부위에서 축진되었으며 종양은 식도근육층과는 분리가 잘 되었으나 식도 점막에 단단히 유착되어 있었으며 점막과 분리가 불가능하여 유착된 점막을 포함하여 절제하였으며 식도점막과 근육을 각각으로 봉합한 이후 흉막을 이용해 봉합부위를 감싸주었다. 육안상 식도주위의 림프절 비후소견은 없었으며 림프절 절제는 시행하지 않았다.

술후 병리학적 검사소견은 육안적으로 썬기모양 생김으로 얻어진 식도점막으로 덮혀있는 다엽성 종괴로서 크기는 3.5×1.8×1.5cm이었다. 조직학적 소견상 식도의 상피층은 이상 소견이 없었으며 그 하부 점막 및 점막하층에 걸쳐 림프양 세포들이 심하게 침윤하고 있었으며 커다란 여포상 증식을 하면서 간혹 배아중심도 관찰할 수 있었다(Fig. 4). 증식하고 있는 림프양 세포는 정상 소림프구보다 크고 핵막이 불규칙

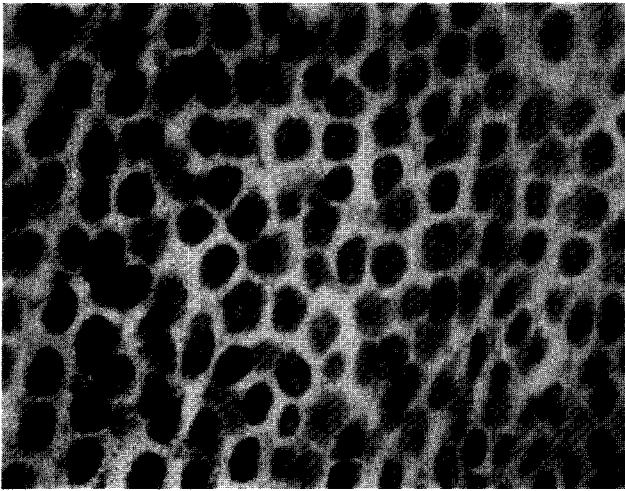


Fig. 5. Proliferating lymphoid cells are centrocyte-like in appearance and have central nuclei with irregular nuclear membrane and abundant clear cytoplasm.(H & E stain, ×1000)

하여 세포질이 풍부하고 투명하였다(Fig. 5). 면역조직화학염색상 비정형 림프구는 B 세포 표지자에 양성이었으며 kappa형 경쇄에 단클론성 양성반응을 보여 B 세포기원의 저등급 악성 림프종으로 진단하였다.

술후 1주째에 시행한 식도조영술에서 문합부위의 누출 소견을 보여 재수술을 시행하였다. 식도주위로 심한 유착소견을 보였으며 이전의 수술부위에는 궤양 및 염증이 증가되어 있어 이전의 수술부위에서 상방 약 4cm부위에서 식도절제술을 시행하고 흉곽내에서 식도위문합술과 급식공장창냄술(feeding jejunostomy)를 시행하였다. 술후 2주째에 시행한 식도조영술상 식도누출이나 협착이 보이지 않았다. 술후 7주에 위식도문합부위에 협착소견을 보여 식도내시경을 이용한 마이크로파 확장술을 2회 실시후 현재까지 내시경초음파를 이용해 추적관찰중이며 별다른 문제는 발견되지 않아 화학요법의 추가는 하지 않고 있는 상태이다.

고 찰

악성림프종중 림프절이외의 림프종(extranodal lymphoma)의 20-30%는 위장관림프종으로^{1,2)} 이중 가장 호발부위는 위장이며 소장 및 대장순으로 식도에서 림프종의 발생은 1%이하로 보고된다^{3,4)}. 따라서 모든 림프종중 식도에서 발생할 확률은 0.15%이하이며, 현재까지 국내에서 보고된바는 없었다. 식도림프종 환자들의 주된 증상은 연하곤란 및 연하통이었다. 대부분의 위장관림프종이 B세포 표현형이며 식도림프종역시 현재까지 보고된 바로는 B세포인 경우가 대부분이었다. 또

한 위장관 림프종의 치료는 수술 및 화학요법이 병행되는 것이 일반적이지만^{5~7)} 현재까지 보고된 식도림프종의 치료로는 주로 화학요법을 시행하였으며 이에 수술적 치료는 극히 드물다.^{2,3)} 본원에서 경험한 환자의 경우 연하곤란이나 연하통은 없었으나 흉부의 이물감을 주소로 하였으며 수술전 점막하 종양-평활근종이 의심되 종양만을 제거하려 하였으나 종양은 식도점막과 단단히 유착되어 있었으며, 봉합부위의 누출로 인해 식도절제술 및 식도위문합술을 시행하였다. 수술후 약 1년후까지 내시경초음파를 이용해 추적관찰중이나 림프종의 재발여부는 발생하지 않았으며 현재까지 화학요법은 시행하고있지 않고 있다.

식도의 림프종은 식도의 점막하종양중 희귀한 질병으로 대부분의 식도 점막하 종양에서는 수술전 조직검사를 시행하지 않으므로 진단하기가 힘들고 따라서 평활근종으로 진단하여 수술을 시행하게된다. 만일 수술중 동결조직검사상 림프종으로 진단이 내려질 경우 식도절제술 및식도위문합술이 필요할 수 있다.

본원에서 식도림프종환자 1례를 경험하였기에 이에 대한 치료 및 경과를 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. Aozasa K, Tsujimoto M, Inoue A, et al. *Primary gastrointestinal lymphoma. A clinicopathologic study of 102 patients.* Oncology 1985;42:97-103.
2. Ogiso S, Ishigure H, Matsuda M, Igaki H, Odani K, Ito M. *Primary malignant lymphoma of the esophagus-a case report.* Nippon Geka Gakkai Zasshi 1992 ;93:547-9.
3. Gupta NM, Goenka MK, Jindal A, Behera A, Vaiphei K. *Primary lymphoma of the esophagus.* J Clin Gastroenterol 1996;23:203-6.
4. Tetsuya T, Toshinyuki O, Hisakazu K. et al. *Primary esophageal non-Hodgkin's lymphoma.* Int Med 1992;31:569-572.
5. Mengoli M, Marchi M, Rota E, Bertolotti M, Gollini C, Signorelli S. *Primary non-Hodgkin's lymphoma of esophagus.* Am J Gastroenterol 1990;85:737-741.
6. Doki T, Hamasa S, Murayama H, Suenaga H, Sannohe Y. *Primary malignant lymphoma of the esophagus.* Endoscopy 1984;16:189-92.
7. Herrmann R, Panahon AM, Barcos MP, Walsh D, Stutzman L. *Gastrointestinal involvement in non-Hodgkin's lymphoma.* Cancer 1980;46:215-22.

=국문초록=

식도림프종은 위장관 림프종 중 드문 질환으로 현재까지 국내에서 보고된 바는 없었다. 62세 남자환자가 수술 전 식도점막하 종양으로 진단받고 식도점막을 포함한 종양 절제술을 시행받은 후 수술부위의 leakage로 인해 식도절제술과 식도-위문합술을 시행하였다. 수술 후 조직 검사상 식도림프종으로 확인 되었으며 수술 후 화학요법은 시행하지 않았으나 1년 추적관찰 결과 재발의 증거는 없었다. 저자는 최근 식도림프종 1례를 경험하여 치료하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

중심 단어: 1. 식도종양
2. 림프종