

## 고형물 삼킴장애로 내원한 환자 1례

차의과대학교 분당차병원 소화기내과<sup>1</sup>, 순천향대학교 의과대학 내과학교실<sup>2</sup>

고원진<sup>1</sup> · 박원영<sup>2</sup> · 조준형<sup>2</sup> · 조주영<sup>1</sup>

### A Case of Metastatic Ampulla of Vater Cancer Achieving Cure

Weon Jin Ko<sup>1</sup>, Won Young Park<sup>2</sup>, Jun-Hyung Cho<sup>2</sup>, Joo Young Cho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Digestive Disease Center, CHA Bundang Medical Center, CHA University College of Medicine, Seongnam-si,

<sup>2</sup>Digestive Disease Center, Soonchunhyang University College of Medicine, Seoul, Korea

We report a case with dysphagia for solids. A 51-year-old man with benign esophageal stricture was transferred for endoscopic treatment. He had lye ingestion history at 9 years old and underwent esophagectomy with right colonic interposition for the treatment of the benign esophageal stricture. But his symptom was acting up 2 years ago and lasted afterward even though he had underwent endoscopic treatments for dysphagia several times, including balloon dilation and stent insertion. He had polypoid enhancing wall thickening around anastomosis site of stomach with perigastric soft tissue density and suspicious nodular extension to omentum on the small bowel computed tomography. So he had a surgical resection of small bowel and jejunojunostomy, and the pathological result was adenocarcinoma, intestinal type with soft tissue infiltration. Later he underwent total gastrectomy with segmental resection of interpositional colon and segmental resection of duodenum and ileo-colic anastomosis revision. And recently he has been on chemotherapy.

**Key Words:** Dysphagia, Esophageal stricture, Adenocarcinoma

## 서 론

식도 협착의 원인은 선천적 식도협착보다는 후천적인 만성적 염증에 의한 반흔협착이 대부분이다.<sup>1</sup> 식도 협착은 그 형태에 따라 단순 식도협착과 복합 식도협착으로 구분할 수 있는데 단순 식도협착은 위, 식도 역류질환에 의한 협착이 많고, 복합 식도협착은 부식성 물질 섭취로 인한 손상이 대부분이다.<sup>2</sup> 복합 식도협착은 치료가 까다롭고 여러 차례의 확장술이 요구되며, 치료 이후 자주 재발하는 경향을 보인다. 그렇

다고 식도협착의 원인이 항상 고정되어 있는 것은 아니다. 연하곤란이 재발하는 경우 악성종양에 의한 것을 우선적으로 배제해야 한다. 본 증례는 장기간 식도협착으로 내시경 치료를 받던 환자에서 악성종양이 진단된 증례를 경험하였기에 증례 보고하는 바이다.

## 증 례

51세 남자가 점차 진행되는 고형식에 대한 연하곤란으로 병원을 방문하였다. 환자는 9세경 우발적으로 빙초산을 복용하여 발생한 양성 식도협착으로 Esophagectomy with right colonic interposition을 시행받았다. 환자는 이후 다른 과거 병력 없이 지냈으나 2년 전부터 점차 고형식에 대한 연하곤란이 심해져서 병원을 방문하였다. 식도조영술과 내시경 검사상 수술부위 문합부 양성 협착이 관찰되는 상태로 환자는 2년간 반복적으로 풍선 확장술과 식도 부지법, 자가 팽창형

Received: December 20, 2014

Accepted: December 26, 2014

Corresponding Author: **Joo Young Cho**, MD, PhD  
Institute for Digestive Research, Digestive Disease Center,  
CHA Bundang Medical Center, CHA University, 59 Yatap-ro,  
Bundang-gu, Seongnam-si, Gyeonggi-do 463-712, KOREA  
Tel: +82-31-780-5000, Fax: +82-31-780-  
E-mail: cgy6695@dreamwiz.com

금속 스텐트를 삽입하였으나(Fig. 1), 증상이 지속되어 본원으로 전원되었다.

신체 계측에서 생징후(vital signs)는 안정적이었고, 흉부와 복부 관찰에서는 특이 소견이 없었다. 환자는 수술 후 약간의 소화불량을 겪었으나 모든 식이가 가능하였고, 2년 전부터 고흡식을 먹을 때 소화가 안되는 증상이 심해지다가 최근에는 물 외의 음식물은 섭취하지 못하였다.

내원 당일 시행한 상부위장관내시경 검사 및 조영제 증강 복부전산화단층촬영(Abdomen computed tomography (CT) with contrast enhancement)에서 Stent migration, Colono-gastric anastomosis site stricture 관찰되어(Fig. 2) 상부위장관내시경을 통한 식도 협착부위 조직검사 후 양성협착 의심 하에 스텐트 제거 및 풍선 확장술과 Strictureotomy 시행 받고

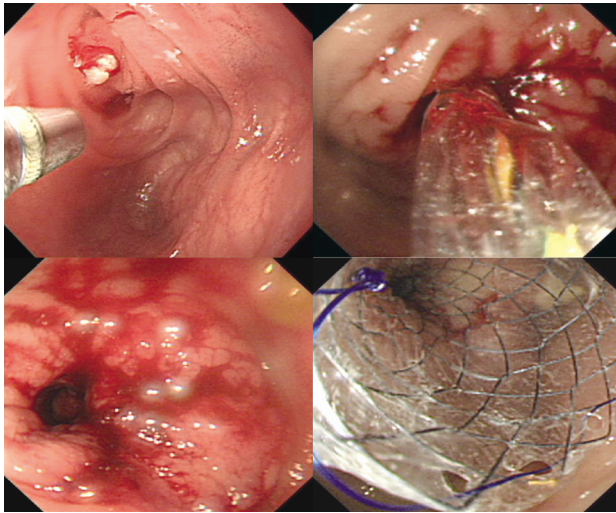


Fig. 1. 문합부 양성 협착 진단하에 풍선 확장술과 자가 팽창형 금속 스텐트를 삽입함.

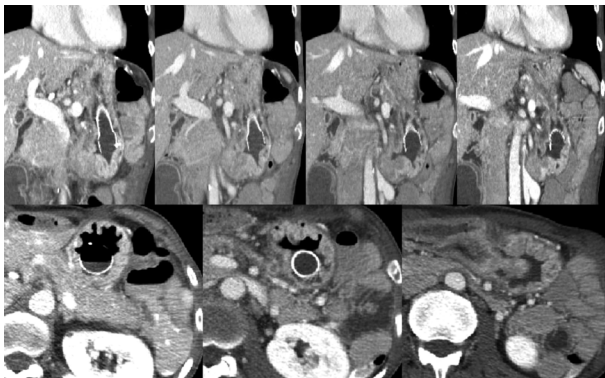


Fig. 2. 조영제 증강 복부 전산화 단층촬영(Abdomen computed tomography with contrast enhancement) 상 Stent migration, Colono-gastric anastomosis site stricture 관찰됨.

문합부위 협착은 호전되었다(Fig. 3). 이후에도 환자의 증상은 지속되었고, 다른 부위 협착을 의심하여 시행한 Small bowel CT상 Polypoid enhancing wall thickening around anastomosis site of stomach with perigastric soft tissue density and suspicious nodular extension to omentum 소견을 보여(Fig. 4), 2013년 12월 진단 및 치료 목적으로 수술적 절제를 결정하였고, Segmental resection of small bowel and jejunojunostomy (side-side) 시행받았다. 병리검사 결과 Adenocarcinoma, intestinal type, soft tissue infiltration 소견 보여, 환자는 위암의 소장 직접 침범으로 Total gastrectomy with Segmental resection of interpositional colon, Segmental resection of duodenum and Ileo-colic anastomosis revision 시행받았다. 환자 수술 후 최종병리검사 결과상 Stage IIIC (T4bN3a)로 진단되어 현재 의뢰되었던 타병원으로 재전원 후 재발 없이 항암치료 및 경과 관찰 중이다.

## 고 찰

부식성 식도의 합병증은 초기에는 천공 및 출혈, 후기에는 협착의 빈도가 증가하는 것으로 알려져 있다.<sup>3</sup> 부식제 섭취 이후 발생한 복합 식도 협착의 경우 치료가 까다롭고 여러 차례 시도해야 하고, 치료 후에도 재발률이 높은 것으로 알려져 있다.<sup>4</sup> 그러나 부식성 식도는 식도암의 원인으로 작용할 수 있을 뿐만 아니라, 소화관 협착을 가진 모든 환자에 있어

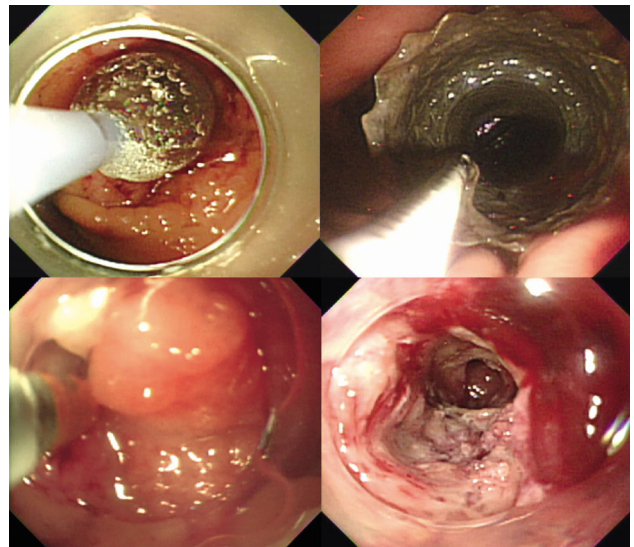
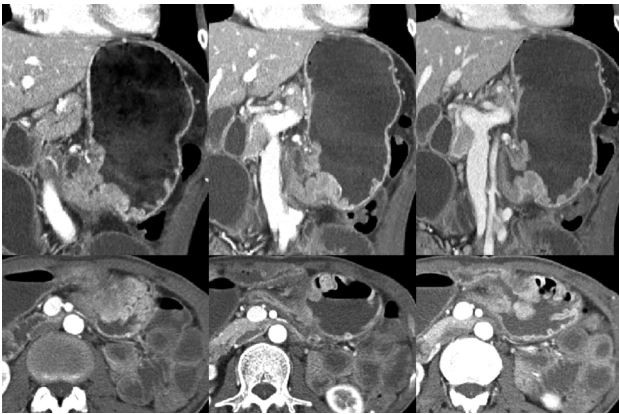


Fig. 3. 양성협착 의심 하에 스텐트 제거 및 풍선 확장술과 Strictureotomy 시행받음.



**Fig. 4.** Small bowel computed tomography 상 Polypoid enhancing wall thickening around anastomosis site of stomach with perigastric soft tissue density and suspicious nodular extension of omentum 소견 관찰됨.

악성 종양에 의한 협착을 우선적으로 배제해야 한다. 소화관 협착으로 인한 연하곤란을 겪는 환자에서 가장 우선시해야 하는 것은 그 원인이 양성인지 악성인지 파악하는 일이다. 소화관의 궤양성 협착은 역류성 식도염 같은 양성 염증에 의해서도 유발될 수 있지만 종양의 침투에 의해서도 발생할 수 있다. 10%의 경우 이 둘을 내시경적으로 구분하는 것은 불가능하다.<sup>5</sup> 마찬가지로 식도의 운동 장애도 식도 이완 불능증 같은 양성의 운동 장애에 의해서도 발생할 수 있지만, 악성질환에 의한 가성 이완 불능증에 의해서도 발생할 수 있다. 가성 식도 이완 불능증은 대부분 식도-위 접합부의 침투압에 의해 발생한다. 대부분 6개월 내의 짧은 증상기간과 50세 이상의 연령, 뚜렷한 체중감소가 나타나지만 그렇지 않은 경우도 흔하다.<sup>6</sup> 의심을 하고 관찰하고 병변에 대해 최적의 조직검사를 시행한다면 95%까지도 이를 진단할 수 있다.<sup>7</sup>

또한 양성 질환의 치료를 하는 것 때문에 악성 종양의 진단이 지연될 수 있다는 보고도 있다.<sup>8</sup> 특히 약물 치료로 증상을 완화시킬 수 있는 경우에는 악성 종양의 발견을 지연시켜 환자의 예후를 나쁘게 할 수도 있다.<sup>9</sup> 소화불량으로 내원하여 위궤양으로 진단된 환자에서 한번의 조직검사로 양성질

환으로 판단하고 추적관찰을 소홀히 했을 때 진행성 위암이 되어서야 발견되는 사례를 종종 볼 수 있다. 그러므로 반복적인 내시경 검사를 시행하는 것이 중요하다.

이번 증례는 연하곤란을 호소하는 부식제 섭취에 의한 재발성 복합 식도협착을 가진 환자에서 동반된 악성 종양에 의한 소화관 협착을 진단하고 치료하여 이를 보고하는 바이다.

## REFERENCES

1. Lew RJ, Kochman ML. A review of endoscopic methods of esophageal dilation. *Journal of clinical gastroenterology*. 2002; 35:117-126.
2. Poley J-W, Steyerberg EW, Kuipers EJ, et al. Ingestion of acid and alkaline agents: outcome and prognostic value of early upper endoscopy. *Gastrointestinal endoscopy*. 2004;60:372-377.
3. Abaskharoun RD, Depew WT, Hookey LC. Nonsurgical management of severe esophageal and gastric injury following alkali ingestion. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2007;21:757.
4. Hagiwara A, Sakakura C, Shirasu M, Torii T, Hirata Y, Yamagishi H. Sigmoidofiberscopic incision plus balloon dilatation for anastomotic cicatricial stricture after anterior resection of the rectum. *World journal of surgery*. 1999;23:717-720.
5. Amin A, Gilmour H, Graham L, Paterson-Brown S, Terrace J, Crofts T. Gastric adenocarcinoma missed at endoscopy. *JR Coll Surg Edinb*. 2002;47:681-684.
6. Sandler RS, Bozyski EM, Orlando RC. Failure of clinical criteria to distinguish between primary achalasia and achalasia secondary to tumor. *Digestive diseases and sciences*. 1982;27: 209-213.
7. Lal N, Bhasin D, Malik A, Gupta N, Singh K, Mehta S. Optimal number of biopsy specimens in the diagnosis of carcinoma of the oesophagus. *Gut*. 1992;33:724-726.
8. Silverstein MD, Petterson T, Talley NJ. Initial endoscopy or empirical therapy with or without testing for *Helicobacter pylori* for dyspepsia: a decision analysis. *Gastroenterology*. 1996; 110:72-83.
9. Breslin N, Thomson A, Bailey R, et al. Gastric cancer and other endoscopic diagnoses in patients with benign dyspepsia. *Gut*. 2000;46:93-97.