

위암 표준진료권고안

중앙대학교 의과대학 내과학교실

김 재 규

Clinical Practice Guideline of Gastric Cancer in Korea

Jae Gyu Kim

Department of Internal Medicine, Chung-Ang University College of Medicine, Seoul, Korea

There were no Korean evidence-based multidisciplinary guidelines for gastric cancer. Experts from related societies developed guidelines de novo to meet Korean circumstances and requirements, including 23 recommendation statements for diagnosis (n=9) and treatment (n=14) based on relevant key questions. The quality of the evidence was rated according to the GRADE evidence evaluation framework and the recommendation grades were classified as either strong or weak. The topics of the guidelines cover diagnostic modalities (endoscopy, endoscopic ultrasound, and radiologic diagnosis), treatment modalities (surgery, therapeutic endoscopy, chemotherapy, and radiotherapy), and pathologic evaluation. Major limitation of the present guideline is that there is no enough evidences in Korea. Therefore, clinical studies about gastric cancer for evidence generation should be conducted.

Key Words: Stomach cancer, Guidelines

서 론

우리나라에서 위암은 발생률이 높으나, 국가주도가 주도하는 특유의 조기검진과 치료 술기의 발달로 북미나 유럽에 비하여 생존율이 월등히 높다. 그럼에도 불구하고 국내의 위암에 대한 진료 권고안은 산발적이고 지엽적인 권고안만 있을 뿐, 체계적 진단과 치료를 포괄하는 다학제 국내 표준진료권고안은 없는 실정이었다. 또한 과거의 권고안은 근거에 입각한 진료 권고안으로 보기에는 방법론적 제한점이 있었다. 따라서 현재까지 제시된 국내외의 근거를 기반으로 우리나라 의료 실정에 적합하고 임상적으로 실행 가능한 다학제 임상 진료권고안의 개발이 매우 필요하였으며, 이를 위해 2010년 12월 11일에 ‘위암 표준진료권고안 개발위원회’가

발족되어 근거 중심의 위암 표준진료권고안이 개발되었다. 보건복지부 암정복사업의 하나로 진행되었으며, 대한의학회가 주관하였다. 개발위원회의 구성을 위해 대한의학회 유관학회인 대한내과학회, 대한소화기학회, 대한영상의학회, 대한방사선종양학회, 대한병리학회, 대한위암학회, 대한상부위장관헬리코박테리아학회, 대한소화기내시경학회, 대한암학회, 대한핵의학회에 위원 추천을 의뢰하였으며, 추천된 20인의 위원은 다학제 기반의 전문가로 구성되었다. 다학제 기반의 de novo 위암 표준진료권고안으로 개발되었으며, 처음 제작하는 과정에서 위암의 모든 분야를 다룰 수 없어, 진료권고안 개발의 일반적인 방법에 따라 각 분야에서 가장 근간이 되는 내용으로 개발하였으며, 17여 개의 핵심질문을 근간으로 제작하였다. 2차 개정을 할 수 있도록 핵심질문/검색식/근거표/참고문헌을 각각 정리하였다. 위암 표준진료권고안 검토위원회에서 검토한 위암 표준진료권고안을 바탕으로 관련 전문가, 환자 및 일반인이 참가하는 공청회를 실시하였다(2011년 10월 29일). 공청회에서 제시된 의견에 따른 수정보완을 하였고, 본 진료권고안은 2012년 6월 말에 11개 유관학회의 최종 인준을 받았다.

Received: June 15, 2016, Accepted: June 21, 2016
Corresponding author: **Jae Gyu Kim**, MD, PhD
Department of Internal Medicine, Chung-Ang University
College of Medicine, 102, Heukseok-ro, Dongjak-gu,
Seoul 06973, Korea
Tel: +82-2-6299-3147, Fax: +82-2-825-7571
E-mail: jgkimd@cau.ac.kr

본 고에서는 위암 표준진료권고안^{1,2}을 간략하게 소개하고 현행 가이드라인의 문제점, 개정방향 등을 기술하고자 한다.

본 론

I. 위암 표준진료권고안

1. 서론(Introduction)

1) 위암 진료권고안 개발의 필요성, 목적 및 범위

현재 적극적인 치료로 인하여 위암의 생존율이 향상되고 있으나, 2004-2008년 동안 발생한 위암의 5년 생존율은 63.1% 수준으로 아직 예후가 나쁜 암종이다.³ 통계청 사망원인 통계에 따르면 2009년 총사망자 246,942명 중 28.6%가 악성 신생물로 인한 사망이었고, 이 중 위암으로 인한 사망이 가장 많았다.⁴ 국내에서 위암으로 인한 경제적 손실 규모는 매우 크며, 이 중 소화기 악성질환으로 인한 비용이 전체의 36.6%였고, 단일 질환으로는 위암이 차지하는 비율이 가장 높아 3천 9백억 원으로 전체 소화기질환의 10.9%를 차지했다.

본 지침은 국내외의 근거를 기반으로 우리나라 의료실정에 적합하고 임상적으로 널리 사용되도록 개발하였다. 1차, 2차 및 3차 의료기관에 종사하는 모든 의료진에게 도움이 되는 권고안을 제시하고자 하였다. 또한 환자 및 일반인에게는 최선의 의학정보를 제공하여 최적의 진료를 받을 수 있도록 하였다. 나아가 본 지침의 활용 및 보급으로 국내 위암 치료 수준을 향상시키고, 이를 통하여 환자의 삶의 질을 개선하며 국민보건향상에 이바지하고자 하였다.

본 진료권고안의 대상 인구집단은 성인 남녀 위암 환자이다. 대상 사용자는 1차, 2차 및 3차 의료기관에서 위암 환자의 진료에 임하는 의료진(내과의, 외과의, 영상의학과 및 병리과의, 가정의학과, 일반의 등) 및 기관의 지도자 및 관리자이다. 또한 전공의 및 병원근무 인력에 대해서도 진료 원칙의 길잡이 역할을 하고자 한다. 아울러 환자와 일반인에 대해서도 실제적이고 표준적인 의학정보를 제공하고자 하였다. 본 진료권고안은 위암의 진단과 치료에 대한 구체적이고 포괄적인 표준권고안이다. 위암의 선별검사에 대한 부분과 소화의 위암은 제외하였다. 교과서적 기술보다 분야별 핵심 질문을 통한 근거중심의 표준권고안으로 작성하였다. 비교연구가 부족하거나 논란이 큰 분야에 대한 부분은 제외하였다. 다만, 임상적 의의가 크고 전문가들의 의견이 일치되는 일부 분야는 문헌근거가 다소 부족하더라도 명목집단법으로

합의하여 권고안을 작성하였다. 관련 전문분야의 완전한 합의가 이루어지지 못한 내용은 제외하였다.

2) 진료권고안 개발 그룹 구성과 진행

본 진료권고안은 보건복지부 암정복사업 지정연구과제(과제번호 1020440)로 실행되었다. 대한의학회, 대한내과학회, 대한방사선종양학회, 대한병리학회, 대한상부위장관 헬리코박터학회, 대한소화기내시경학회, 대한소화기학회, 대한암학회, 대한영상의학학회, 대한위암학회, 대한핵의학회의 다학제적 접근을 통해 통합적이고 포괄적으로 개발하였고, 지침 개발 방법론 전문가가 포함되었다. 진료권고안 개발을 위하여 소화기암 진료권고안 조직위원회, 위암 표준진료권고안 개발위원회 및 위암 표준진료권고안 검토위원회를 구성하였고, 위원은 각 학회의 추천을 받았다.

3) 문헌검색, 평가 및 권고안 작성

위암의 진단 및 치료에 관한 기본적이고 중요한 사항을 patient, intervention, comparator, outcome (PICO) 형식에 따라 핵심질문으로 선정하였고, 미국 국립의학도서관에서 정한 Medical Subject Headings (MeSH) 용어를 이용하여 선정하였다. 각 핵심질문에 대해 선택 및 제외 기준을 설정하고 검색어를 적절히 조합하여 문헌검색을 실시하였고, 국외 문헌검색의 데이터베이스는 MEDLINE과 Cochrane Library를 이용하였고, 국내 문헌검색의 데이터베이스는 KoreaMed를 이용하였다. 1980년부터 2011년까지 발표된 영문 혹은 우리말 문헌을 대상으로 하였다.

근거에 사용될 자료로 선택된 문헌에 대한 타당성 평가를 위하여 체계적이고 일관된 평가 방법을 적용하였다. 무작위 비교연구의 평가는 코크란의 risk of bias (ROB)법을 이용하였다.⁵ RevMan 5 프로그램(The Nordic Cochrane Center, The Cochrane Collaboration, 2012)과 GRADEpro 프로그램(Jan Brozek, Andrew Oxman, Holger Schünemann, 2008)을 이용하여 근거를 정리하고 근거표를 요약하였다.⁶ 비무작위연구의 평가는 Newcastle-Ottawa assessment scale (NOS)을 이용하였다. 진단 연구의 평가를 위하여 QUADAS 도구를 이용하였다.⁷ QUADAS 도구의 14개 평가항목 중 실제적으로 평가할 수 있는 11개 항목에 대하여 각각 '예', '아니오', '불확실'로 평가하였다.

근거 요약에 위해서는 GRADE 방법을 이용하였다.^{8,9} 문헌의 연구 유형에 따라, 무작위임상시험은 높은(high) 근거수준에서, 관찰연구는 낮은(low) 근거수준에서 시작한 후 연구의

질에 영향을 주는 요소를 고려하여 해당 연구의 질적 수준을 올리거나 내리는 방법을 이용하였다. 근거의 질 수준은 높음(high quality, A), 중등도(moderate quality, B), 낮음(low-quality, C), 매우 낮음(very low quality, D)으로 구분하였고, 근거가 없거나 분석하기 어려운 경우(no evidence or difficult to analysis, E)를 추가하여 사용하였다(Table 1). 권고의 등급은 GRADE 방법론에 따라 (1) 바람직한 효과와 바람직하지 못한 효과의 균형, (2) 근거의 질, (3) 가치와 선호 등의 측면을 고려하였다. 권고의 판단이 어려운 부분은 본 진료권고안에서 언급하지 않았고, 진료권고안의 개정단계에서 검토하기로 하였다. 권고의 등급은 (1) 강한 권고(strong recommendation)와 (2) 약한 권고(weak recommendation)로 구분하였다(Table 1). 강한 권고란 특정 중재에 대해 권고를 따를 경우 바람직한 효과가 바람직하지 않은 효과보다 더 크고 근거의 질이 높으며, 다른 중재와 비교하여 가치와 선호도가 우수하기 때문에 대부분의 환자(most patients)에서 시행할 것을 권하는 등급이다. 약한 권고란 그 근거가 다소 약하지만 바람직한 효과가 있어 다수의 환자(many patients)에서 시행되는 것이 좋을 것으로 판단되는 등급이다. 약한 권고 등급에서는 일부 환자나 의료진의 가치나 선호도에 따라 다른 중재를 선택할 수 있다.

4) 내외부 검토 및 승인과정

위암 표준진료권고안 개발위원회에서 개발하고 위암 표준진료권고안 검토위원회에서 검토한 위암 표준진료권고안을 바탕으로 관련 전문가, 환자 및 일반인이 참가하는 공청회를 실시하였다(2011년 10월 29일). 공청회에서 제시된 의견에 따른 수정보완을 하였다. 본 진료권고안은 대한내과학회, 대한암학회, 대한병리학회, 대한상부위장관·헬리코박테리아학회, 대한소화기학회, 대한소화기내시경학회, 대한영상의학학회, 대한외과학회, 대한위암학회, 대한방사선종양학회, 대한핵의학회의 인준을 받았다.

Table 1. Level of Evidence and Grade of Recommendation

Level of evidence
A. High quality evidence
B. Moderate quality evidence
C. Low quality evidence
D. Very low quality evidence
E. No evidence or difficult to analysis
Grade of recommendation
1. Strong recommendation
2. Weak recommendation

5) 개발구성원의 이해상충

위암 표준진료권고안은 보건복지부 암정복사업 지정연구 과제(과제번호: 1020440)인 ‘소화기암 진료권고안 개발 방법 및 위암/대장암 진료권고안의 개발’의 연구로 진행되었으며, 연구 과제의 연구책임자 안형식(고려대학교 의과대학 예방의학교실), 위암 표준진료권고안 세부연구책임자 김재규(중앙대학교 의과대학 내과학교실), 그리고 대장암 진료권고안 세부연구책임자 엄준원(고려대학교 의과대학 의과학교실)으로 구성되었다. 재정후원단체의 의견이 진료권고안의 내용에 어떠한 영향도 주지 않았다. 진료권고안 개발과정에 참여한 모든 구성원은 이해상충 여부에 대해 서명이 포함된 확인서를 제출하였고, 참여자 전원이 이해상충의 문제가 없었다.

2. 내시경검사(Endoscopic diagnosis)

1) 광학 내시경검사(Conventional endoscopy)

(1) 상부위장관 내시경과 조직검사(Upper gastrointestinal endoscopy and biopsy)

- 상부위장관 내시경검사는 위암의 진단을 위한 기본적인 검사다(권고등급 1, 근거수준 E).
- 상부위장관 내시경에서 위암이 의심되거나 암을 완전히 배제하기 어려운 병변에서 조직검사를 실시한다(권고 등급 1, 근거수준 E).

(2) 색소내시경

- 내시경 치료의 적응증에 해당하는 조기 위암에서 색소내시경은 치료 범위 결정에 도움이 된다(권고 등급 2, 근거수준 E).

2) 내시경 초음파(Endoscopic ultrasonography)

- 위암의 내시경 또는 수술적 절제 전 일반 내시경 검사나 복부 컴퓨터단층촬영에 추가하여 내시경 초음파검사를 시행하는 것은 일부 환자에서 유용하다(권고등급 2, 근거수준 D).

3. 영상의학검사(Radiologic diagnosis)

1) 상부위장관 조영술(Upper gastrointestinal series)

- 위암의 진단을 위해 상부위장관 촬영술(upper gastrointestinal series)은 유용하다(권고등급 1, 근거수준 C).

2) 컴퓨터단층촬영술(CT)

컴퓨터단층촬영술은 1970년대 후반부터 위암을 비롯한 장관계 종양의 진단과 수술 전 검사로 이용되기 시작하였고, 위를 검사하기 위한 특수기법이 개발된 이후 최근까지 위암의 발견, 진단, 정확한 병기 결정을 통한 치료방법의 결정, 수술 후 또는 항암치료 후 치료효과 판정 등에 널리 이용되고 있다.

(1) 다중채널 CT 촬영기를 이용한 컴퓨터단층촬영술

- 수술 전 위암 병기의 예측을 위한 CT 검사를 시행한다(권고등급 1, 근거수준 D).
- 항암요법 시행 후 치료효과 판정에서 CT검사는 도움을 줄 수 있다.

(2) 삼차원 CT 위장촬영술(3-dimensional CT gastrography: virtual gastroscopy)

- 단면 CT 영상에서 파악하기 힘든 함몰부나 위 점막 주름 변화의 발견 등을 통해 조기 위암과 같은 작은 위점막 표면의 병변을 찾는 데 도움을 줄 수 있다.

3) 자기공명영상(MRI)

- 조영제를 사용한 간 MR 검사는 위암의 간전이를 진단하는데 일부 환자에서 도움이 된다(권고등급 2, 근거수준 E).

4. 핵의학검사(Nuclear imaging)

1) 위암진단에서 fludeoxyglucose (FDG) PET/CT의 역할

- FDG PET/CT가 다양한 암의 진단, 병기결정 및 치료 효과 판정에 그 사용빈도가 급속히 늘고 있지만, 위암에서의 역할은 아직 제한적이다

2) 병기 결정 및 예후 예측

- 위암의 병기 결정에 있어서 FDG PET/CT는 일부 환자에게 도움이 된다(권고등급 2, 근거수준 D).

3) 재발 평가

- 위암 수술 환자의 재발 평가에서 FDG PET/CT는 일부 환자에게 도움이 된다(권고등급 2, 근거수준 D).

4) 치료효과 판정

- 위암 수술 환자의 치료효과 판정에서 FDG PET/CT의 역할이 증가할 것이다.

5. 수술(Surgery)

1) 위암 수술의 원칙(Principle of gastric cancer surgery)

(1) 위절제(Gastric resection)

- 근치적 절제가 가능한 위암의 표준 치료는 수술이다. 근치적 수술이란 원발 병소의 완전 절제와 위 주위의 광범위한 림프절 절제술을 시행한 후 위장관 재건을 시행하는 것이다(권고등급 1, 근거수준 E).
- 근위부 위절제술은 제한된 적응증에서 위전절제술을 대체할 수 있다(권고등급 2, 근거수준 D).

(2) 림프절 절제(Lymphadenectomy)

- 조기 위암에서 광범위 림프절 절제 대신 위 주위 림프절 절제가 시행될 수 있고 환자의 상태와 수술 시 육안 소견에 따라 달라질 수 있다(권고등급 2, 근거수준 D).

(3) 합병절제

- 원발병소가 인접장기로 직접 침윤하였거나, 상부 위 대만측에 위치한 위암이 고유근층 이상을 침윤한 경우나 비장문 부근의 림프절 전이가 의심될 경우, 원격전이 병변이 있는 경우, 완전 절제 또는 증상 완화를 위해 침범된 장기의 합병 절제를 시행할 수 있다.

(4) 재건술

- 원위부 위절제술 시행 후 위십이지장, 위공장, 루와이 문합법은 모두 사용할 수 있다(권고등급 2, 근거수준 D).

2) 조기 위암의 수술(Surgery of early gastric cancer)

(1) 적응증(Surgical indication of early gastric cancer)

- 위선암으로 진단되고 간, 복막 등의 원격전이가 없는 경우 모든 조기 위암 환자가 위절제술과 림프절 절제를 시행하는 수술 치료의 적응증이 된다.

(2) 개복수술과 복강경(Open surgery vs. laparoscopic surgery)

■ 조기 위암에서 복강경수술을 시행할 수 있다(권고 등급 2, 근거수준 C).

3) 진행 위암의 수술(Surgery of advanced gastric cancer)

(1) 적응증

- 원발 병소가 주위장기를 침윤한 경우 근치절제를 위하여 원발 병소와 침윤 장기의 합병절제를 시행하고, 근치절제가 불가능한 원격전이가 있는 경우, 출혈, 협착 등의 개선을 위하여 원발 병소만을 절제하는 고식적 수술로 삶의 질을 개선할 수 있다. 절제가 곤란한 경우 위-공장 문합술과 같은 우회수술을 시행할 수 있다.

6. 내시경 치료

1) 절대 적응증(Absolute indication)

■ 조기 위암 환자 중 절대 적응증에 해당하는 경우 내시경 치료를 할 수 있다(권고등급 1, 근거수준 D).

- ① 점막에 국한된 분화암(well and/or moderately differentiated adenocarcinoma),
- ② 장경 2 cm 이하
- ③ 궤양이나 궤양 반흔이 없음
- ④ 암세포의 림프혈관 침범이 없는 경우

2) 확대 적응증(Expanded indication)

- 확대 적응증은 권고안으로 작성하지는 않고 최근 치료의 적응증을 확대하려는 시도가 있다는 것을 기술하였다.
 - ① 병변의 크기와 관계없이 궤양이 없는 점막내 분화형 선암
 - ② 궤양이 있더라도 3 cm 이하의 점막내 분화형 선암
 - ③ 2 cm 이하에서 궤양이 없는 점막내 미분화형 선암
 - ④ 점막하 침윤 깊이가 500 μm (SM1) 이하인 분화형 선암

3) 추적 검사(Follow-up)

■ 조기 위암으로 내시경 치료를 받은 환자에서 적어도 매년 내시경 검사를 시행한다(권고등급 1, 근거수준 E).

7. 항암화학요법(Chemotherapy)

1) 위암의 수술 후 보조 항암화학요법(Postoperative adjuvant chemotherapy for gastric cancer)

■ 위암의 근치적 수술 후 보조 항암화학요법은 유용하며, S-1 단독요법이나 capecitabine과 oxaliplatin 병합요법을 사용할 수 있다(권고등급 1, 근거수준 B).

2) 재발성 및 전이성 위암의 1차 보존적 항암화학요법(First-line palliative chemotherapy for recurrent or metastatic gastric cancer)

(1) 재발성 및 전이성 위암에서 1차 보존적 항암화학요법은 유용한가?

■ 재발성 및 전이성 위암에서 1차 보존적 항암화학요법은 생존 연장 및 삶의 질을 향상시키므로 환자의 전신 상태 등을 고려하여 시행한다(권고등급 1, 근거수준 B).

(2) 재발성 및 전이성 위암에서 유용한 1차 보존적 항암화학요법은?

■ 재발성 및 전이성 위암의 1차 보존적 항암화학요법으로 사용되는 항암제에는 fluoropyrimidines (5-FU, capecitabine, S-1), platinum (cisplatin, oxaliplatin), taxanes (paclitaxel, docetaxel), irinotecan 및 anthracyclines (doxorubicin, epirubicin) 등이 있으며, 이들 약제의 단독 혹은 병용요법(2제 혹은 3제)이 추천된다(권고등급 1-2, 근거수준 B-C).

(3) 재발성 및 전이성 위암의 2차 보존적 항암화학요법 (Second-line palliative chemotherapy for recurrent or metastatic gastric cancer)

■ 재발성 및 전이성 위암에서 1차 보존적 항암화학요법 후 병변이 진행된 경우, 환자의 전신상태가 양호하면 2차 보존적 항암화학요법을 시행한다(권고등급 1, 근거수준 B).

8. 방사선치료(Radiation therapy)

1) 수술 전 방사선치료(Neoadjuvant radiation therapy)

■ 국소적으로 진행된 위암에서 수술 전 방사선치료는 제한적으로 시행할 수 있다(권고등급 2, 근거수준 C).

2) 수술 후 방사선치료(Adjuvant radiation therapy)

- 위암의 근치적 수술 후 보조 요법으로 항암화학-방사선 병용요법이 고려될 수 있다(권고등급 2, 근거 수준 C).

9. 병리학적 평가(Pathologic evaluation)

1) 위암 검체의 취급

- 위암 조직 검체는 크기와 채취방법에 따라 내시경 생검, 내시경 절제조직 및 수술 절제조직 등으로 분류할 수 있다.
- 내시경 생검 조직 채취 시 반드시 채취 부위와 개수를 명기하여야 한다.
- 내시경점막절제술이나 내시경점막하박리절제술인 경우 절제조직의 수축을 막기 위하여, 고정판에 펼친 후 핀으로 박아 포르말린에 담근다.
- 수술 절제조직은 병변이 손상되지 않도록 소만이나 대만을 통해 절개한 후 수축을 막기 위하여 고정판에 펼친 후 핀으로 박는다.

2) 위암의 병리 진단

- 위암의 조직형 분류는 World Health Organization 분류¹⁰를 사용하며 Lauren 분류¹¹를 추가할 수 있다.
- 조직형의 분류가 어려운 경우 면역조직화학염색 또는 조직화학염색을 시행하여 도움을 받을 수 있다.
- 위암의 병리적 병기 결정은 American Joint Committee on Cancer (AJCC) 매뉴얼 7판¹²을 기준으로 한다.
- 병리진단보고서에는 아래와 같은 항목을 포함하는 것을 권장한다.

생검 조직: 조직형 분류, 분화도
 내시경 절제술: 조직형 분류, 분화도, 종양 크기, 침윤 깊이, 혈관 및 림프관 침범여부, 절제연의 종양 유무
 수술: 조직형 분류, 분화도, 종양 크기, 침윤 깊이, 근위 및 원위 절제연의 종양 유무, 절제한 국소 림프절 수, 종양이 침범한 림프절 수

*내시경 절제술 표본에 대해 조직구조학적 검사를 시행하여 상기 항목에 대한 평가가 가능한 경우에 한하여 기재할 수 있다.

3) 림프절 전이에 대한 병리학적 판정

- 위암 환자에서 pN 병기는 H&E 염색을 통한 판독 결과에 따르며, 림프절 전이 개수에 따른 TNM 병기

결정은 AJCC 매뉴얼 7판¹²에 의한다.

4) 위암의 표적치료와 관련된 병리조직 표지자

- 위암 및 위식도경계암 환자의 위암조직에서 Her2 단백발현이나 유전자 증폭검사가 유용하다(권고등급 1, 근거수준 B).

II. 본 진료권고안의 현황과 문제점

본 표준진료권고안의 가장 중요한 한계점은 국내의 근거가 충분하지 않다는 점이다. 국내의 위암에 진단과 치료에 대한 연구가 예상과 달리 전향적 무작위 연구가 매우 적고, 오히려 관찰연구가 많아 근거 수준을 평가하는 것이 쉽지 않았다. 또한 국내의 근거가 부족한 영역에 대해서는 국외의 자료를 이용할 수밖에 없었는데, 국외의 자료는 우리나라와 역학적 특성, 임상 양상 등이 다르다는 문제가 있다. 그리고 위암은 치료 역사가 깊기 때문에 치료 효과가 명확하여 윤리적 문제로 인하여 무작위연구를 시행하기 어려운 분야가 있음도 확인하였다.

그리고 다학제로 구성되어 각 분야 간 의견이 다른 부분이 많았으며 합의를 해가는 과정도 쉽지 않았다. 이를 해결하기 위하여 다양한 형태의 연구모임을 진행하였으며, 총 4회의 워크숍과 21회의 위암 표준진료권고안 개발위원회와 2회의 위암 표준진료권고안 검토위원회가 열렸다.

다음으로는 다른 진료권고안과 마찬가지로 본 진료권고안도 절대적인 지침이 아니다. 진료는 근거 중심으로만 진행될 수 없으며, 너무 엄격하게 진행하면 오히려 의학의 발전이 저해될 소지도 있을 수 있다. 실제 임상 진료 현장에서 이루어지는 다양한 임상 상황에 따른 세부적인 진료는 ‘위암 환자의 환자 개인별 맞춤 진료’이다. 따라서 본 권고안이 의사의 진료를 간섭하거나 제한하지 않는다는 점을 강조하고자 한다.

다른 한편으로는 위암 진료권고안의 개발 초기에 법률적 문제가 화두에 올랐다. 이러한 권고안이 우리 스스로의 발목을 잡는 것이 아닌가 하는 것이다. 이러한 우려에도 불구하고 그 위법을 판단하는 것도 의사인 전문가가 해야 할 일임을 인식하고 사명감을 갖고 진료권고안을 개발하기로 하였다. 위암 표준진료권고안 발표 후 법적 문제가 생길 수 있고 또한 이로 인해 선의의 피해자가 생길 수 있을 가능성에 대해 위암 표준진료권고안 개발위원회에서는 ‘위암 표준진료권고안’이 법적 지위를 가지지 않으며, 법적 구속력이 없음을 확인하고, 이를 발간하여 명시하기로 하였다

마지막으로 진료권고안의 개발에 참여하는 전문가가 부족하다는 것이다. 양질의 임상진료지침 개발을 통하여 국민 보건향상과 진료비 절감 등의 효과를 위해서는 진료지침 개발을 담당하는 전문인력이 필요하며, 특히 임상 전문가의 역할이 매우 중요하다. 전문가 양성을 위하여 더욱 더 노력해야 할 것이다.

III. 진료권고안의 개정

본 진료권고안을 개발할 당시에는 개발된 위암 표준진료 권고안은 대한의학회(<http://www.kams.or.kr/>), 대한내과학회(<http://www.kaim.or.kr/>), 대한방사선 종양학회(<http://www.kosro.or.kr/>), 대한병리학회(<http://www.pathology.or.kr/>), 대한상부위장관·헬리코박터학회(<http://hpylori.or.kr/>), 대한소화기내시경학회(<http://www.gie.or.kr/>), 대한소화기학회(<http://www.gastrokorea.org/>), 대한암학회(<http://www.cancer.or.kr/>), 대한영상의학학회(<http://www.radiology.or.kr/>), 대한위암학회(<http://www.kgca-i.or.kr/>), 대한핵의학학회(<http://www.ksnm.or.kr/>)의 홈페이지, 페이스북(Facebook), 트위터(Twitter) 등을 이용하여 무료로 제공하고, 진료권고안에 대한 모니터링 및 의견을 받기로 하였다. 또한 임상적 근거가 축적되면 3-5년 후 갱신할 예정이라고 기술하였다.

그러나 지속적인 진료권고안 사용의 모니터링과 개정을 담당할 주체의 부재로 답보 상태에 있으며, 이는 위암 연관 학회가 해결해야 할 과제이다. 그리고 독립적인 국가 지원을 받는 단체가 하루빨리 설립되어 체계적이고 과학적인 진료 권고안의 개발과 관리를 담당해야 할 것이다.

현실적으로 다학제 가이드라인은 의학회 중심으로 이루어지고 있어, 개정을 위해서도 본 진료 권고안 개발과 같이 의학회 중심의 개발 사업이 진행되어야 할 것으로 판단하고 있다.

결 론

본 위암 표준진료권고안은 완성이 아닌 단지 첫 걸음이다. 또한 적지 않은 문제점을 가지고 있지만, 본 진료권고안이 사장되지 않고 제대로 활용되며, 이를 바탕으로 바람직한 2차 개정이 이루어지길 기대해 본다.

감사의 글

진료, 연구, 그리고 교육의 본연의 일을 하기에 힘든 이

시기에 본 진료권고안의 개발에 최선의 노력을 해주신 개발 위원회 위원께 다시 한 번 감사드리며, 협조해 주신 대한의학회 유관학회 선생님께도 다시 한 번 감사의 말씀을 드린다. 그리고 “위암 표준진료권고안”을 완성할 수 있도록 진료지침 개발 방법론의 교육과 지원 등 위원회를 도와주신 안형식 교수님과 김현정 교수님께 깊은 감사를 드린다.

REFERENCES

1. 위암표준진료권고안 개발위원회. 위암표준진료권고안. 1st ed. 서울:도서출판 동아사, 2012
2. 이준행, 김재규, 정혜경 등. 근거 기반 위암 진료 권고안. Korean J Gastroenterol 2014;63:66-81.
3. Cancer statistics. [Internet]. Goyang (Korea): National Cancer information Center [cited 2014 Feb 5]. Available from: http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp?id=cancer_040101000000.
4. Cause of death statistics. [Internet]. Daejeon (Korea): Korean Statistical Information Service [cited 2014 Feb 5]. Available from: <http://kosis.kr/index/index.jsp>.
5. Turk DJ, Kozarek RA, Botoman VA, Patterson DJ, Ball TJ. Disposable endoscopic biopsy forceps: comparison with standard forceps of sample size and adequacy of specimen. J Clin Gastroenterol 1991;13:76-78.
6. Dandalides SM, Carey WD, Petras R, Achkar E. Endoscopic small bowel mucosal biopsy: a controlled trial evaluating forceps size and biopsy location in the diagnosis of normal and abnormal mucosal architecture. Gastrointest Endosc 1989;35:197-200.
7. Whiting P, Rutjes AW, Reitsma JB, Bossuyt PM, Kleijnen J. The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2003;3:25.
8. Yang R, Vuitch F, Wright K, McCarthy J. Adequacy of disposable biopsy forceps for gastrointestinal endoscopy: a direct comparison with reusable forceps. Gastrointest Endosc 1990;36:379-381.
9. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al; GRADE Working Group. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. BMJ 2008;336:1170-1173.
10. International Agency for Research on Cancer. WHO classification of tumors of the digestive system. 4th ed. Lyon: World Health Organization, 2010.
11. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal-type carcinoma. An attempt at a histo-clinical classification. Acta Pathol Microbiol Scand 1965;64:31-49.
12. Edge SB; American Joint Committee on Cancer. AJCC cancer staging manual. 7th ed. New York: Springer, 2010.