大韓病理學會誌 : 第18卷 第 2 號
K.J.Path., Vol. 18(2):164, 1984

胃腺腫의 病理學的 特性 및 胃癌과의 相關關係에 關한 組織構築學的 硏究*

—第 1 篇. 胃腺腫의 形態學的 및 臨床-病理學的特徵—

서울大學校 醫科大學 病理學敎室

金 勇 一·金 旺 鎬

머 리 말

胃腺腫(gastric adenoma)은 1970년대 후반기부터 우리나라에서 胃內視鏡的檢査가 전국적으로 보급됨에 따라 주목의 대상이 되어 왔으며[1], 境界領域病變(borderline epithelial lesion)[2,3] 異型上皮病變(dysplasia; atypical epithelial lesion)[4~11] 腺腫(adenoma)[12~14] 등의 이름으로 불려 왔다.

특히 우리나라에서는 惡性腫瘍의 22%가 胃癌이고[15] 따라서 그 原因 내지 發生機轉을 이해하기 위하여 여러가지 胃粘膜의 先行病變등이 검토되어 왔으며 그 중에 胃腺腫이 포함되어 있다[7].

그러나 이 胃腺腫이라는 用語와 槪念에 대해 아직도 많은 혼란이 내재하고 있으며 內視鏡的 生檢組織에서 腺癌으로 과잉진단하는 위험이 있는가 하면 부적절한 病理組織學的表現 또는 診斷때문에 환자의 적절한 처치에 혼선을 초래하고 있다[1,16]. 더우기 本病變의 상대적 발생빈도가 歐美와 다르며 그 형태학적 특성에 있어서도 차이가 있을뿐 아니라 胃癌과의 相關關係에 있어서도 분명히 알려진 바가 없다.

따라서 본 연구의 목적은 종전까지 境界領域病變 내지 異型上皮病變이라고 호칭되어 온 本病變 즉 胃腺腫의 本態를 밝히기 위하여 形態學的 및 臨床的 特徵을 면밀히 분석함과 아울러 腺腫으로서의 病理學的基準을 충족하는지를 檢證하는데 있다.

硏究資料 및 方法

1) 檢索資料

1976년 1월부터 1982년 6월까지 만 6년 6개월동안 서울대학교 의과대학 병리학교실에서 2,500개의 外科的 切除胃를 著者들의 擴大組織構築學的 改良方法[17]에 따라 檢索하고 그중 胃腺腫으로 확인된 32례 52病變에 대해 再分析하였다. 第 1 編에서는 胃腺腫을 주병변으로 하면서, 그 주변 또는 인접부위에서 全腫瘍面積당 10% 이상의 腺癌腫性病變을 보인 례는 本硏究에서 제외하였다. 32례중 30례는 亞全 또는 全切除胃이었고, 나머지 2례는 외과적 폴립절제술에 의해 얻은 것이었으며 그중 1례는 추후 胃切除를 통해 확인된 증례이었다.

2) 檢索方法

이들 증례의 모든 胃는 切除 직후 大彎을 따라 절개하고 육안사진을 촬영하였으며 곧 固定板에 박아서 48~72시간 10%중성 formalin 용액에 고정하였다. 固定된 胃를 소정의 標本紙에 놓고 윤곽을 그린 후 病變部를 포함한 胃粘膜을 縱橫線(세로 0.4 cm, 가로 3.0 cm)에 따라 절단하였고 1개 胃當 50~150片의 절편을 얻었으며 hematoxylin-eosin 염색을 시행하였다. 필요에 따라서는 Alcian blue-PAS 염색과 Masson's trichrome 염색을 추가하였다. 各切片을 光學顯微鏡하에서 檢鏡하고 出現하는 粘膜病變별로 구별하여 標本紙에 圖示하였다.

접 수 : 1984년 7월 16일
* 본 연구에 소요된 경비의 일부는 1983년도 서울대학교병원 임상연구비의 보조로 충당되었음.
* 본 본문의 요지는 1982년 대한병리학회 추계학술대회석상에서 발표되었음.

觀 察 所 見

1) 胃癌併存與否에 따른 症例 및 病變의 區分

총 32례에서 관찰된 52病變을 同一切除胃에서의 胃癌腫과의 併存與否에 따라 3개군으로 나누어 조사하면 제 1 표와 같다.

즉 胃腺腫이 單獨病變으로 관찰된 경우(第 1 群)는 8례(25.0%) 9病變(17.3%)이었고 나머지 24례(75.0%)에서는 동일 胃내에 腺腫과 胃癌腫이 별개로 떨어져 존재하거나(第 2 群) 同一病巢내에서 두 病變이 共存하되 主된 腺腫내에 微小癌腫이 併存하는 경우이었다(第 3 群). 환언하면 第 2 群의 15례에서는 同一切除胃내에 총 33개의 腺腫이 癌腫과 共存하고 있었으나 서로 완전히 떨어져 있었으며, 2례에서는 第 3 群에 속하는 병변이 혼재하고 있었다. 第 3 群으로 분류된 9례(10病變)에서는 큰 腺腫속에 微小 腺癌病巢(0.5 cm 이내)가 관찰된 경우로서 육안적으로 後者를 감별할 수 없는 경우만을 포함시켰다.

이상의 併存胃癌腫과의 관계에 따른 腺腫을 요약해 보면 單獨·分離共存群과 混合群간의 상대적 빈도는 2.6 : 1이었다.

2) 胃腺腫의 形態學的 및 臨床的 特性

육안적으로 검색이 가능하였던 胃腺腫例의 臨床的 및 形態學的特性을 요약하면 아래와 같다.

(1) 年齡 및 性別

제 2 표에서 보는 바와 같이 胃切除당시의 平均年齡은 56.9세로서 이를 각 군별로 나누어 조사해 보더라도 모두 55.4세 이상이며 그 분포는 32~82세에 이르고 있고, 대부분의 경우 高年齡者胃에서 주로 관찰되고 있다. 男女比는 2.56 : 1이었다.

(2) 外　　觀

육안적 검색이 가능한만큼 컸던 37병변의 外觀的特性을 分析해보면 제 3 표와 같다.

대부분의 병변은 隆起性이나 無莖性 폴립의 형태로 관찰되었으며 側面像은 대개 平盤像(flat elevation)이거나 plateau 像 또는 半球型이었다. 8病變(21.6%)만이 有莖性이었고 또다른 2病變은 早期胃癌 IIc를 닮은 함몰형(depressed type)이었다. 한편 正面으로 내려다 보았을 때 보이는 이들 病變의 형태는 대개 卵圓形(54.1%)이거나 桑實形(29.7%)이었다(Fig. 1,2). 表面粘膜은 대개 灰橙色이고 비교적 규칙적인 또는 均質性인 顆粒狀이었으며 桑實처럼 보이나 表面의 潰瘍은 없었고 미란이 있는 일부에에서는 白苔로 피복되고 있었다. 平盤狀으로 보이는 예에서는 경계가 매우 분명하며 非腫瘍性粘膜面으로부터 2~3 mm 위로 평평하게 융기되어 있었다. 모양이 不整形으로 보였던 6례중 4례 역시 平盤形으로서 난원형을 그 기본바탕으로 하고 있었다. 有莖性 隆起型 8례도 頭部는 난원형이거나 桑實型이며 莖部는 大腸폴립에 비해 비교적 두껍게 보였다. 3례는 肉眼的으로도 뚜렷한 乳頭像을 보였다(Fig. 3,4).

切斷面에서 융기성 병변 특히 桑實型의 대부분은 원

Table 1. Classification of gastric adenomas

Group	Cases		Lesions	
	No	%	No	%
Isolated				
I. Adenoma alone	8	25.0	9	17.3
II. Adenoma and Carcinoma	15	46.9	33	63.5
Mixed				
III. Carcinoma in Adenoma	9	28.1	10	19.2
Total	32	100.0	52	100.0

Table 2. Age and sex distribution of the cases

Group	M : F	Age range	Mean age
I	6 : 2	32~65	55.4
II	11 : 4	38~70	55.8
III	6 : 3	42~82	60.0
Total	23 : 9	32~82	56.9

Table 3. Morphologic analysis of 37 grossly detected adenomas

	Ovoid	Mulberry	Irregular	Total
Plateau	5	1	0	6
Flat	8	5	4	17
Semiglobal	3	1	0	4
Pedunculated	4	4	0	8
Depressed	0	0	2	2
Total	20	11	6	37

Table 4. Size distribution of 52 gastric adenomas

Group	−1 cm	−2 cm	−3 cm	−4 cm	over 5	Total	average(cm)
Ⅰ	3	3	2	—	1	9	2.0
Ⅱ	23	5	3	2	—	33	1.0
Ⅲ	2	1	1	2	4	10	3.7
Total	28	9	6	4	5	52	1.7

례의 胃粘膜部에 다수의 여러가지 크기를 가진 微小囊胞性構造를 보였다.

漿膜面은 대부분의 경우 平滑하였으나 有莖性인 경우에는 중앙부 즉 莖部가 함몰되어 있었다.

(3) 크　　기

총 52病變중 28례(53.8%)는 1 cm 미만이었고 最長徑이 2 cm 이하가 전체의 71.2%를 차지하고 있었으며 3 cm 까지는 82.7%이었다. 병변의 크기가 커질수록 平盤狀을 보였으며 특히 3 cm 이상의 크기를 가진 9개 病變중 6개는 微小胃癌巢를 동반하고 있었다. 환언해서 제 1 군 및 2군에서의 평균 크기는 각각 2.0 cm, 1.0 cm 로서 제 3 군의 3.7 cm 와는 유의한 차이를 보이고 있었다.

(4) 發生部位

이들 胃腺腫의 약 2/3이상이 前庭部에 위치하고 있었으며 單獨病變일 경우(제 1 군) 그 대부분이 小灣을 따라 관찰되었다(第 1 圖). 나머지는 胃體部중에서도 胃角部에 가깝게 발생하고 있었으며, 비슷한 빈도로 胃前後壁 및 大小灣에 연하여 관찰되었으나 體部上方이나 噴門部에서는 1례도 발견되지 않았다.

(5) 多發性

총 32個 切除胃중 52個病變이 관찰되었으며(平均 1.63個) 胃癌이 동시에 併存한 제 2 군에서는 보다 많은 병변이 관찰되었다(Table 1 & Fig. 2).

(6) 顯微鏡的所見

肉眼的形態와 크기 또는 發生部位에 관계없이 모든 腺腫은 아래 두가지의 현미경적 특성을 유지하고 있었다.

ㄱ. 腺管型腺腫(tubular adenoma) : 총 52개 병변의 대부분(94.2%)이 이 型에 속하였던 바(Fig. 5~7), 粘膜의 上方 1/2내지 2/3가 異型性 上皮腺管으로 구성되어 있었고 개개의 腺構造는 高圓柱狀細胞로 배열되고 있으며(Fig. 9~12) 核은 방추형으로서 보다 長大해지고 細胞基底部에 위치하고 있었다(Fig. 11). 많은 부위에서 이들 細胞는 중첩화(stratification)를 보였으나 核分裂像은 드물었다. 內腔面의 細胞膜에서 brush border 가 잘 발달되어 있었고, 細胞質은 매우 好酸性이고 약간의 微細顆粒性을 보이고 있었으며 세포막은 매우 뚜렷하였다. 核小體는 거의 발견되지 않았다. 이들 세포 사이사이에 杯細胞(goblet cell)와 Paneth 細胞가 간혹 混在하고 있었다(Fig. 11). 이들 異型腺管의 배열은 비교적 규칙적이며 並行性이고 極性을 유지하고 있으며, 二次腺形成이나 分枝化는 원칙적으로 관찰되지 않았다. 細胞性異型度가 다소 심해진 경우도 2례 관찰되었으며 세포의 중첩성과 核의 濃染性이 강해지고 경미한 構造的異型性이 수반되었다(Fig. 12). 융기성인 병변에서는 기존 固有腺管의 過形成 또는 낭포성 확장등을 동반하였으며(Fig. 6), 前者 즉 僞幽門腺增殖이 있는 경우가 全例의 약 반수를 차지하였다. 粘膜固有層에는 경미한 섬유화 내지 平滑筋의 증식이 간혹 나타나고 粘膜筋板의 肥厚가 동반되기도 하였다.

ㄴ. 乳頭腺腫(papillary adenoma) : 3개의 腺腫(5.8%)이 乳頭腺腫으로 분류되었다. 이 경우는 前者와는 달리 全部가 융기성이며 주위점막과는 분명한 경계를 가지고 있으며 융기병변 점막 전층이 종양성 조직으로 되어 있었다. 이들 각각은 섬유—맥관성 또는 섬유성 심지를 중심으로 한층의 圓柱狀細胞가 둘러싸며, 이들 세포는 紡錘形의 細長性이고 농염된 핵을 가지고 있었다(Fig. 8). 핵분열은 흔하지 않았으나 배열세포의 중첩현상은 자주 관찰되었고 杯細胞와 Paneth 細胞, enterochromaffin 세포등이 간혹 보였다. 섬유성 줄기의 分枝現象은 없었다.

考　　按

胃의 上皮性 폴립은 그동안 肉眼的 및 顯微鏡的 特性에 따라 여러가지로 분류되어 왔으나 Ming 과 Goldman 이 再生性(過增殖性) 폴립과 腺腫性 폴립으로 분

류한 것이 보편적으로 이용되고 있다[18]. 그러나 이들이 기술한 폴립의 대부분이 乳頭腺腫으로 기술하고 있는데 반하여, 본검색에서 본 바와 같이 乳頭腺腫은 불과 5% 미만이며, 거의 대부분은 扁平한 無莖性 폴립인 腺管性 폴립이다. 따라서 西歐系論文과[8,9,14] 相異한 각도에서 著者들이 경험하는 폴립 특히 腺腫性 폴립을 檢定할 필요가 있다.

1) 本病變의 基本性狀과 組織發生

本病變이 지닌 關聯用語를 분석해 보더라도 곧 基本性狀에 대한 이해와 組織發生에 대한 接近方法이 서로 相異함을 알 수 있다. 一般的으로 歐美系에서는 이를 良性腫瘍 즉 진정한 의미로서의 腫瘍性增殖으로 분류하는데 비하여 本硏究와 많은 類似性을 가진 症例를 바탕으로 한 日本系文獻에서는 주로 異型增殖(dysplasia) 또는 良·惡性 境界領域病變으로 이해하고 있는 바, 이러한 混線의 基本背景을 조사해 보면, 本病變을 ① 同質的인 屬性을 지닌 病變이지만 各樣의 組織像을 나타내는 것으로 해석하려는 本態論的 接近方法과 ② 根本的으로 異質的이기는 하나 형태학적으로 類似性 또는 共通性을 가진 一群의 병변으로 묶어서 이해하려는 實際論的 接近方法間의 論爭이라 하겠다[1,16]. 그러나 이 병변을 腫瘍性病變으로 이해하는데 있어서는 著者들은 다음과 같은 이유를 제시함으로서 腫瘍性 性格을 띤 本態論的 接近方法의 타당성을 확인코져 한다.

첫째, 육안 및 현미경적으로 본 병변은 주변 胃粘膜과는 그 경계가 예리하게 구분되며 팽창성인 成長形態를 취한다. 환언해서 正常組織과의 점진적인 移行部가 없이 뚜렷한 경계부를 보이고 있으며 病變이 작은 경우에도 종괴를 형성한다.

둘째, 구성세포의 分化度는 良性 修復性細胞에 비해 낮고 또 增殖性이며, 타부위 양성 선종에 준하는 분화도를 보이고 있다.

셋째, 大腸의 腺腫과 組織學的으로는 매우 유사하다 ; 또한 대장에 비해 無莖性인 例가 많은 것은 大腸과는 달리 內腔內 壓力이 적은데 연유한다. 大腸에서 관찰되는 腺管型, 乳頭型등에 대한 診斷的基準이 동시에 胃腺腫에도 적용이 가능하다.

넷째, 후술하는 바와 같이 惡性化의 頻度 역시 大腸腺腫과 매우 유사한 점이다.

반면, 이 病變을 異型增殖(dysplasia)으로 이해하려는 學派[2~11,19,20]에서는 아래와 같은 주장을 제시하고 있다.

첫째, 本病變의 組織像이 化生性腸上皮와 닮았고 주위점막은 거의 대부분의 증례에서 심한 腸型化生性背景을 보이고 있다. 따라서 이 病變은 正常胃粘膜에서 바로 생기는 것이 아니고 化生性胃炎의 過程을 거치는 과정중에 二次的으로 나타나는 病變이다.

둘째, 이 病變의 組織學的構成을 조사해보면 幽門腺 또는 腺窩上皮의 過形成이 대부분의 증례에서 선행하고 있으며, 특히 이 病變의 底部에서 非腫瘍性 腺管增殖을 보이고 있어서 균질성 성장이 아니다.

셋째, 慢性胃炎의 변화가 강한 小灣이나 幽門部에서 이 病變이 주로 생기고 있다.

넷째, 慢性胃炎의 결과로 僞幽門腺의 증식을 주로 한 粘膜隆起(verrucous gastritis)가 생길 때 그 중앙부는 미란(erosion)이 쉽게 발생하여 粘膜缺損과 再生이 반복되는 장소로서 이 中央함몰부에 연하여 本病變이 생긴다.

환언해서 이들의 주장에 따른다면 胃粘膜上皮의 缺損과 再生이 反復되는 過程에서 慢性胃炎의 일부는 化生性粘膜으로 바뀌고 이를 바탕으로 하여 化生上皮의 異型分化가 뒤따르게 되는 것이지 腺腫이 아니라는 점이다. 그러나 상술한 주장은 胃粘膜의 계속적인 손상으로 각종 慢性胃炎의 소견이 합병된 것에 불과하며 腫瘍性病變을 부정하는 要件으로서는 충분치 않다.

현재로서는 이상 두가지 主張을 더 확대시킨 硏究는 없으나, 先行病變이 무엇이든 간에 이 病變이 쉽게 惡性化할 수 있는 점은 大腸에서의 腺腫—癌腫 聯關性(adenoma-carcinoma sequence)[21]과의 共通點을 시사하고 있으며, 특히 後者 즉 異型上皮說에 대한 의견은 實際論的인 측면에서 검토되고 있다는 弱點을 면하기 어렵다. 이 病變을 異型上皮로 해석하려는 背景에는 다분히 組織學的 判定基準때문에 막연하게 異型性(atypism)이라는 표현으로 腺腫, 分化型腺癌腫중 구별이 어려운 것, 再生上皮중 異型度가 강한 것등 각종의 異質的인 病變을 포함하고 있다[20]. 환언해서 하나의 獨立疾患으로 인식하기 보다는 胃生檢診斷上의 편의때문에 사용되는 듯한 인상이 매우 짙다. 더우기 腸型化生은 人體 및 實驗的 胃癌의 先行粘膜變化로서의 근거가 확실해지고 있으며[21] 이를 바탕으로한 腺腫 또는 腺癌의 발생기전이 MNNG를 이용한 실험[22,23]에서 확인되고 있는 限 異型上皮라는 槪念은 점점 퇴색되고 또 病理學的 診斷基準의 향상으로 적용범위가 줄어드는 實情이다.

2) 肉眼的特性

內視鏡的觀察이 용이해 짐에 따라 최근 이 병변이 內

視鏡醫들의 주의를 환기시키기에 이르렀으나 아직도 基本性狀에 대한 充分한 이해없이 잘못 처치되는 경우가 적지 않다.

첫째 이 病變은 多發性으로 잘 생긴다. 32증례에서 52개 병변이 생기는 점으로 보더라도 면밀한 관찰을 요하고 있다. 廣田의 보고례[24]에서도 19.6%만이 單發性이다. 內視鏡醫의 타성이 되다싶이 하는 습성 즉 主病變 하나가 관찰되면 이로 만족하고 관찰을 중단하려는 경향에 대해 이 병변이 경고를 주고 있다. 실제 52개 병변중에서 主病變 하나 이외의 것이 수술전에 미리 確認된 예는 하나도 없었다. 물론 이들 병변의 크기가 작고 또 扁平隆起인 것이 특징이기는 하나 주의깊게 관찰함으로서만이 術前檢索이 가능하다고 본다.

둘째 이 腺腫의 모양에 특징이 있다. 비록 육안적으로 관찰이 가능하였던 37개 병변중 有莖性인 例가 8개 있었지만 대부분(62.2%)이 扁平性隆起病變이고 과립성 표면을 보이고 있어서 이 병변에 대한 關心의 高調와 함께 內視鏡的診斷率은 해를 거듭할수록 높아져 가고 있다. 더우기 그 크기가 3 cm 미만인 경우를 보면 表面이 딸기처럼 보이거나 小葉化되어 있고 궤양성 또는 미란성 조직손상이 없기 때문에 內視鏡的 또는 육안적 진단은 비교적 용이하다. 나아가서 60세 전후의 고령자에서 적출되었다면 推定率은 더욱 높아진다. 廣田등의 92례 112病變에 대한 보고에서도 평균연령은 61.1세로서 기타 日本내 報告例와 합께 60세 이상에서 주로 관찰되고 있다. 또한 이 病變의 肉眼的特性 역시 日本系 異型上皮病變 또는 상당수 境界領域病變으로 기술된 文獻內容과 많은 共通點을 提示하고 있다[2~7,19,20,24,25]

3) 顯微鏡的 鑑別診斷

이 腫瘍性病變이 內視鏡的生檢의 標的이 되어 病理組織學的으로 검색될 때 일반적으로 두가지 주요한 감별진단에 항시 직면하게 된다[27].

첫째가 分化性腺癌腫과의 감별이다. 현미경적으로 腺腫이나 分化가 좋은 腺癌腫이라 할찌라도 상당한 細胞異型性(cellular atypism)을 보이나, 前者는 대부분의 증례에서 構造的異型性(structural atypism)을 동반하고 있지 않다. 즉 胃腺腫에서는 腺構造의 二次腺 또는 娘腺形成(secondary or daughter gland formation)이 미약하고 極性이 비교적 잘 유지되고 있는 점이 腺癌과의 중요한 감별점이 된다. 第3群에 속한 10개 병변에 대해서 이상의 기준을 적용시켜 보았을 때도 진단상의 어려움은 없다. 이들 腺腫의 配列細胞는 分化性腺癌腫에 비하여 杯細胞나 Paneth 細胞를 함유하는 빈도가 높아서 또한 감별진단에 도움이 된다. 또 核의 모양이 分化性腺癌과는 다르다. 즉 子宮內膜增殖症의 腺構造와 유사하여 基底部에 위치하는 길쭉한 核을 가지며 다소 濃染된 核質을 가진다. 반면 腺癌腫에서는 核의 位置가 같은 腺構造속에서 다른 경우가 많으며 多形性을 특징으로 한다[7]. 둘째 감별진단은 再生性 過形成上皮이다. 組織像이 일견 腺腫과 유사하여 內視鏡的生檢組織의 경우 誤診의 기회는 매우 높다. 粘膜表面上皮의 손상으로 上皮增殖中樞가 上向移動됨과 아울러 增殖帶가 넓어지기 때문에 腺腫과의 감별이 매우 어렵다[14]. 그러나 良性上皮로의 점진적 移行部를 언제나 찾아낼 수 있으며, 핵들은 圓形 또는 卵圓形이고 極性의 부분적 소실은 再生上皮임을 시사하고 있다[1,3,16]. 또 核—細胞質比가 정상이며 腺腫처럼 길쭉한 핵들이 多層狀으로 나타나는 경우는 매우 드물다.

4) 發生頻度

本硏究症例의 약 반수(32례중 15례)가 別個의 併存한 胃癌이 主標的이 되어 적출된 것이었고, 따라서 52개 병변중 33개 병변은 적어도 위암을 절제한 목적으로 적출된 胃에서 腺腫이 관찰된 것이다. 현재의 자료만으로는 腺腫의 절대적 출현빈도를 추정하기가 어렵다. 다만 저자들의 敎室에서 構築한 切除胃 2,500例中 胃癌의 3%, 早期胃癌 116례의 25%이며 위암을 외심하여 절제된 胃의 5%에서 이 腺腫이 관찰된다고 槪觀할 수 있을 뿐이다. 또 이들간의 相關關係에 대해서는 第2編에서 검토하기로 한다. 또 胃 폴립의 10~25%가 腺腫이고[28~30], 부검자료[31]의 0.25~0.80%에서 胃폴립이 관찰된다는 보고를 연산해 보면 0.025~0.2%의 발생율이 추정된다. 그러나 우리나라에 있어서의 胃疾患의 發生現況이 西歐와 차이가 있는 점을 감안해 본다면 이 빈도에 대한 재검토는 필요하다.

結　論

1976~1982年까지 6년 반동안 서울大學校病院에서 검색된 2,500切除胃중 胃腺腫을 포함한 32례 52개 病變을 組織構築學的으로 분석하고 그 形態學的 및 臨床-病理學的 特性을 기술하였다.

第1群(腺腫單獨病變)은 8례 9病巢(17.3%)이었고 第2群(胃腺腫과 腺癌腫이 同一胃내에서 별도로 共存하는 경우)이 15례 33病巢(63.5%)이었으며, 第3群(腺腫내 극히 일부가 癌腫化된 경우)은 9례 10病巢이었다.

검색 당시의 평균연령은 57.4세(32~82세)이나 대부분의 경우 高齡者胃에서 주로 관찰되었다.

이들 腺腫의 대부분은 융기성이나 無莖性 폴립의 형태를 취하며 平盤狀 또는 半球型이었고, 21.6%만이 有莖性이었으며 Ⅱc型 함몰병소도 2례 있었다. 이들의 모양은 대개 卵圓形(51.4%)이거나 桑實形(29.7%)이었고 점막표면은 顆粒性이었다. 크기는 2 cm 미만이 전체의 71.2%이었고 3 cm 미만은 82.7%이었다. 第1,2群의 평균 크기에 비해 第3群의 크기가 컸다. 이들의 2/3 이상이 前庭部에 위치하고 있었고 단독인 경우에는 그 대부분이 小灣을 따라 관찰되었다. 이들 腺腫의 대부분은 多發性(胃當 평균 1.63개)이고 第2群에서 보다 많은 病巢가 관찰되었다. 組織學的으로 94.2%가 腺管形腺腫이었고 나머지(5.8%)가 乳頭腺腫으로 분류되었다. 用語 특히 異型上皮病變 또는 境界領域病變의 不適正性을 지적하고 腺腫으로서의 槪念에 대해 검토하였다.

REFERENCES

1) 金勇一：所謂 胃의 境界領域病變(異型上皮)—獨立疾患으로서의 槪念定立上의 問題點과 形態學的 特性에 관한 再檢討. 仁濟醫學 *2:161-170, 1981*

2) 長興健夫：胃粘膜上皮の 異型增殖について. 癌の臨床(日) *12:400, 1966*

3) 廣田映五：胃境界領域病變(*borderline lesion*)の組織病理. 最新醫學(日) *36:41-47, 1981*

4) Nakamura K, Sugano H, Takagi K, Fuchigami A: *Histological study on early carcinoma of stomach: criteria for diagnosis of atypical epithelium. GANN 57:613-620, 1966*

5) Sugano H, Nakamura K, Takagi K: *An atypical epithelium of the stomach. GANN Monograph on Cancer Research 11:257-263, 1971*

6) 中村恭一：胃癌の病理—微小癌と組織發生. 金芳堂 *1972, pp77-100*

7) 佐野量造：胃疾患の 臨床病理. 醫學書院, 東京, *1974, pp224-234*

8) Serck-Hanssen A: *Preancerous lesions of the stomach. Scand J Gastroenterol Suppl 54:104-105, 1979*

9) Morson BC, Sovin LH, Grundmann F, Johansen A, Nagayo T, and Serck-Hanssen A: *Precancerous conditions and epithelial dysplasia in the stomach. J Clin Pathol 33:711-721, 1980*

10) Nagayo T: *Dysplasia of the gastric mucosa and its relation to the precancercus state. Gann 72: 813-823, 1981*

11) 中村恭一：胃癌の構造. 醫學書院. 東京, *1982, pp213-235*

12) Ming S-C: *Tumors of the esophagus and stomach. Atles of tumor pathology, second series, fascicle 7. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, 1973, pp124-143*

13) World Health Organization: *Histological typing of gastric and oesophageal tumors. International histological classification of tumors. No 18, WHO, Geneva, 1977, pp47-44*

14) Ming S-C: *The classification and significance of gastric polyps. In Yardley JH, Morson BC, Abell MR (eds): The gastrointestinal tract. International Academy of Pathology Monograph. The Williams & Wilkins Co, Baltimore, 1977, pp149-175*

15) 李尙國, 池堤根, 金相仁, 咸毅根, 金勇一, 趙漢翊, 安亘煥：韓國人惡性腫瘍의 統計的調査硏究. *1968*년부터 *1977*년까지의 *10*年間集計. 대한병리학회지 *13:3-20, 1979*

16) 金勇一, 朴孝淑, 金旿鎬：胃의 境界領域病變(異型上皮病變)의 病理學的特性. 서울醫大學術誌 *18: 213-220, 1977*

17) 金勇一, 李正彬：早期胃癌 및 胃炎硏究를 위한 切除胃檢索改良法—病理標本製作 및 構築에 관한 小考. 大韓外科學會誌 *19:179-187, 1977*

18) Ming S-C, Goldman H: *Gastric polyp: a histogenetic classification and its relation to carcinoma. Cancer 18:721-726, 1965*

19) 加藤洋, 柳澤昭夫, 管野晴夫：胃の 良·惡性境界領域病變. 最新醫學(日) *36:21-30, 1981*

20) 小昭千秋, 廣田映五, 板橋正幸, 三板亮一, 吉田均, 海上雅光, 小黑八七郎, 吉森正喜, 北岡久三, 河內卓, 松倉則夫：胃の異型上皮巢の組織發生に關する 臨床病理學的 硏究. *Progress in Digestive Endoscopy 17:115-119, 1980*

21) Morson BC: *Polyps and cancer of the large bowel. In Yardey JH, Morson BC, Abell MR (eds): The gastrointestinal tract. International Academy of Pathology Monograph. The Willi-*

ams & Wilkins Co, Baltimore, 1977, pp101-108

22) Matsukura N, Kawachi T, Sasajima K, Sano T, Sugimura T, Hirota T: *Induction of intestinal metaplasia in the stomachs of rats by N-methyl-N'-nitro-N-nitrosoguanidine. J Natl Cancer Inst 61:141-144, 1978*

23) Sugimura T, Fujimura S: *Tumor production in the glandular stomach and alimentary tract of the rat by N-methyl-N'-nitro-N-nitrosoguanidine. Nature 216:943-944, 1967*

24) 三板亮一, 廣田映五, 板橋正幸, 中田正久, 手島伸一, 小黒八七郎, 吉田茂昭, 北岡久三, 平田克治：胃の腺腫(*adenoma*)の 肉眼形態 および 組織分類について—特に癌共存例의 検討. *Progress in Digestive Endoscopy 15:82-85, 1979*

25) Hirota T, Sawai M and Itabashi M: *Intramucosal carcinoma in gastric adenoma: A report of two cases. Japanese J Clin Oncol 11:399-404, 1981*

26) 高橋徹, 岩間憲行：胃の 異型上皮巣の二次元的 構造. 異型腺管の構築と. 腺癌・化生胃粘膜との差異 胃と腸 *18:775-782, 1983*

27) 金勇一, 金旺鎬：内視鏡的 胃生検組織診斷의 正確度에 대한 分析—第1編 胃切除術 및 組織構築學的 檢索에 의해 확인된 *236*腫瘍性症例의 再檢討. 大韓消化器內視鏡學會誌 *3:10-16, 1983*

28) Marshak RH, Feldmon F: *Gastric polyps. Amer J Dig Dis 10:909-935, 1965*

29) Nakamura T: *Pathohistologische Einteilung der Magenpolypen mit specifischer Betrachtung ihrer malignen Entartung. Chirung 1:122-130, 1970*

30) Tomasulo J: *Gastric polyps: histologic types and their relationship to gastric carcinoma. Cancer 27:1346-1355, 1971*

31) Plachta A, Speer FD: *Gastric polyps and their relationship to carcinoma of the stomach; review of literature and report of 65 cases. Amer J Gastroenterol 28:160-175, 1957*

=Abstract=

Gastric Adenoma: Its Clinico-Pathologic and Histotopographic Analyses in Relationship with Gastric Carcinoma

—Part I : Morphological Characteristics—

Yong Il Kim M.D. and **Woo Ho Kim**, M.D.

Department of Pathology, College of Medicine, Seoul National University

A total of 52 gastric adenomas from 32 resected stomachs were subjected for the extended histotopographic study and its clinico-pathologic correlations were made.

Group I (adenoma alone) comprised 25.0% of whole cases with gastric adenomas, group II (separated adenoma and carcinoma in a samejo stomach) 46.9%, and group III (microcarcinomatous focus in adenoma) 28.1%. The average age at the time of gastric resection was 57.4 years (32~82 years), but mostly it occured in the eldery over the age of 60.

The majority of adenomas were elevated and sessile, in flat or semiglobal from, and only 21.6% were pedunculated. Two lesions were of depressed type (of IIc). These were usually ovoid (51.4%) or mulberry shaped (29.7%), and their surfaces were evenly granular. The size was less than 2 cm in 71.2%, and 82.7% of the adenoma were under 3 cm in maximum cross. The average size of group III was bigger than that of group I and II.

Two thirds of gastric adenomas were located in the antral portion, and exclusively were along the lesser curvature when adenoma was single. The adenoma was mostly multiple (average 1.63 per stomach), and more numerous in group II (2.20 per stomach). Histologically tubular adenoma comprised 94.2% and the remainders were papillary adenoma.

A conceptual critique on the usage of atypical epithelial or borderline epithelial lesion was made.

Legends for Figures

Fig. 1. Macrophotograph of two mulberry shaped and flat elevated tubular adenomas(arrows). Surfaces are regularly fissured or lobulated and the margins are sharply delineated. They are located at the distal body along lesser curvature.

Fig. 2. Two small round sessile adenomas(arrows) are seen adjacent to an advanced carcinoma (CA) which is located at the pyloric ring.

Fig. 3. Two large polypoid and partly villous adenomas at the pyloric antrum(A) and the distal body(B). "B" was microscopically proved to contain a small focus of adenocarcinoma in the center(depressed area).

Fig. 4. A large ovoid flat elevated tubular adenoma in the anterior wall of the antrum(A) and an irregularly contoured polypoid villous adenoma(B) in the anterior wall of the body.

Fig. 5. Low magnifications of adenomas. "A" illustrates a flat elevation above the adjacent atrophic mucosa. "B" shows polypoid growth with microcystic structures just beneath the adenomatous lesion. (H&E, ×7)

Fig. 6. Microphotograph of tubular adenoma, grade Ⅰ. The crowdy glandular structures compromise the upper two-thirds of the elevated lesion with a focal cystic dilatation of the gland. The non-neoplastic pyloric glands are visible at the left lower corner (H&E, ×40)

Fig. 7. Tubular adenoma. Mucin pools are embedded within the lamina propria. Small area of non-neoplastic mucosa with advanced intestinal metaplasia is admixed. (H&E, ×40)

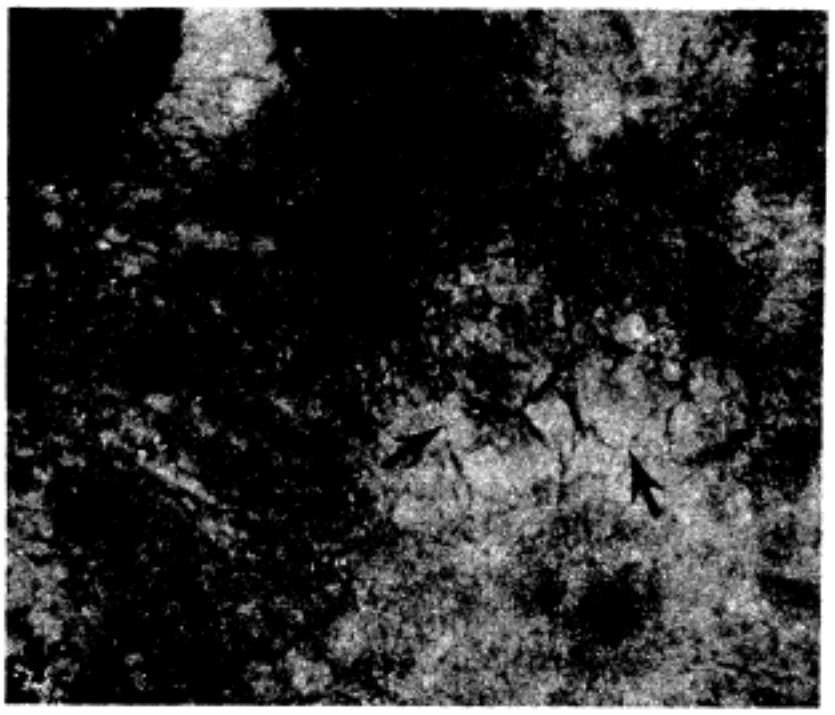
Fig. 8. Villous adenoma. The papillomatous epithelial fronds are branching and each papilla contains fibrovascular core. Overlying epithelial cells are tall columnar and their nuclei are basally located. (H&E, ×100)

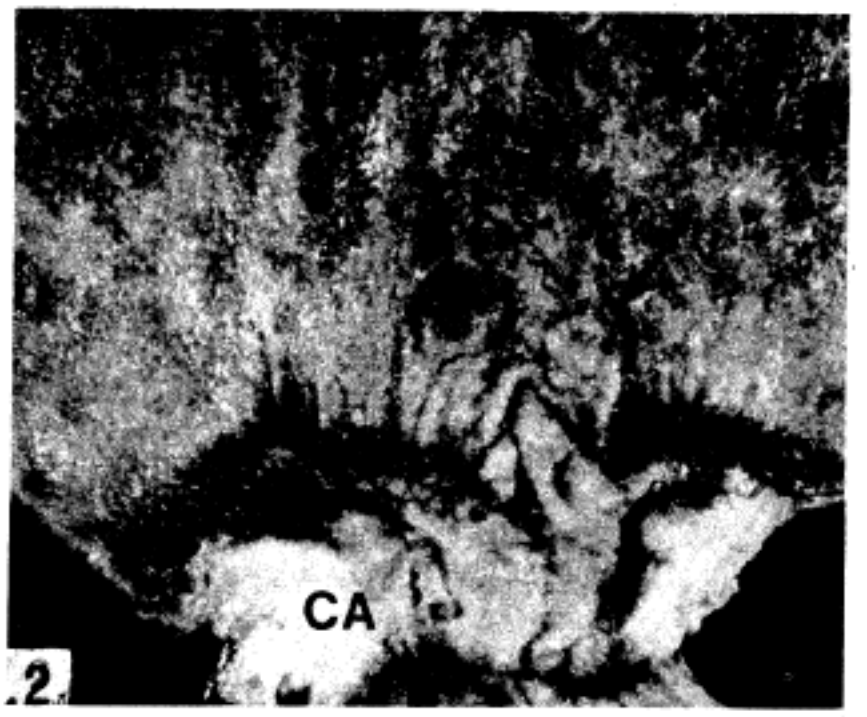
Fig. 9. Tubular adenoma, grade Ⅰ. The neoplastic glands are uniformly scattered but nuclei show hyperchromasia. However, structural atypism is negligible.(H&E, ×100)

Fig. 10. Tubular adenoma, grade Ⅰ. Each gland is clearly separated by thin intervening lamina propria. The glands are lined by tall columnar epithelium with mild pseudostratification. (H&E, ×400)

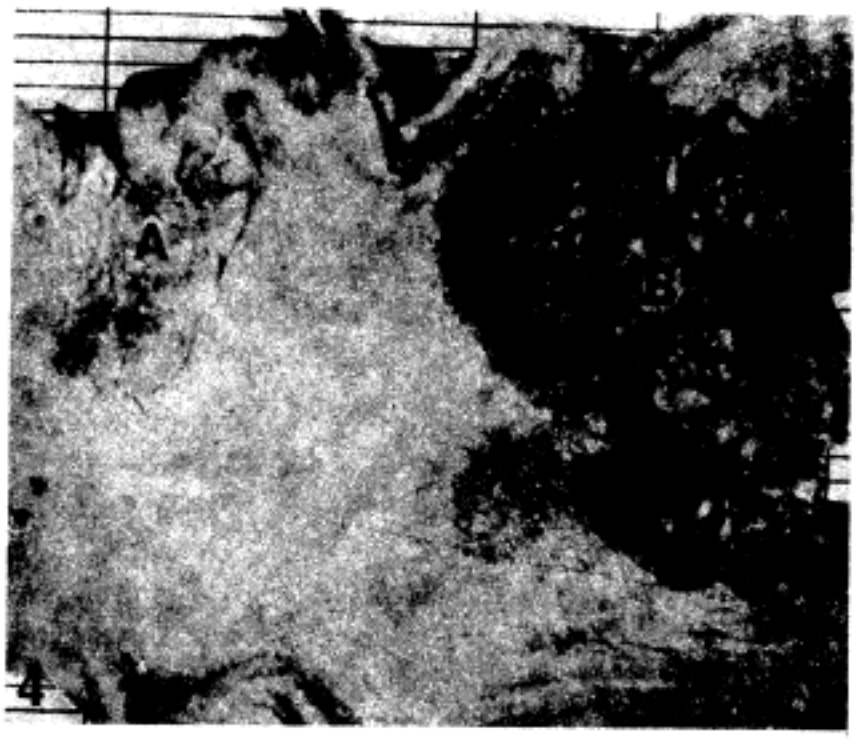
Fig. 11. High power view of tubular adenoma, grade Ⅰ. The glands are lined by tall columnar epithelium with brush border. Goblet cells are abundant. (H&E, ×400)

Fig. 12. Tubular adenoma, grade Ⅱ. Pseudostratification and nuclear atypism become more evident but nuclear pleomorphism or structural atypism is still absent. (H&E, ×400)



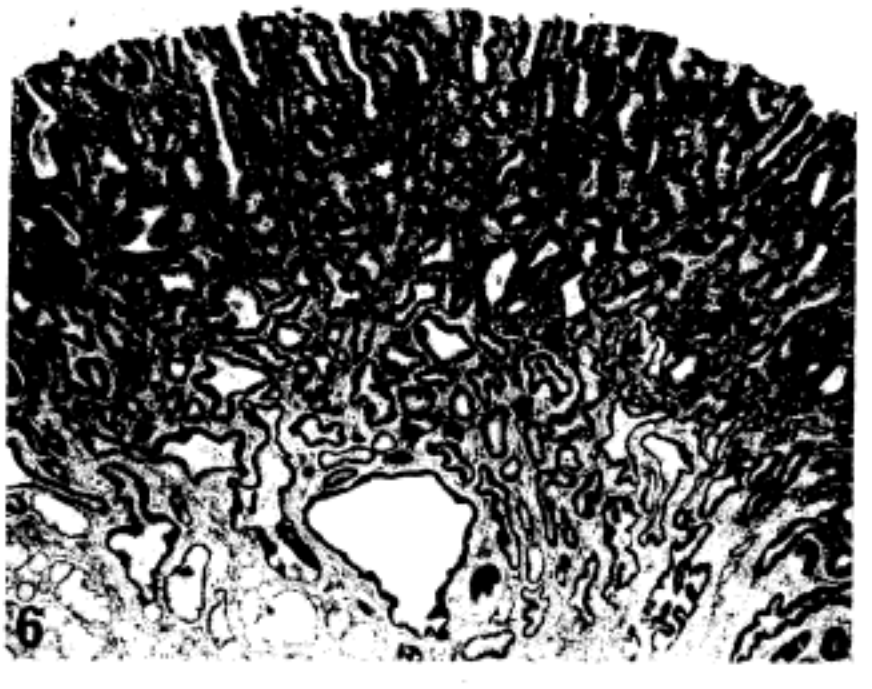

CA
2

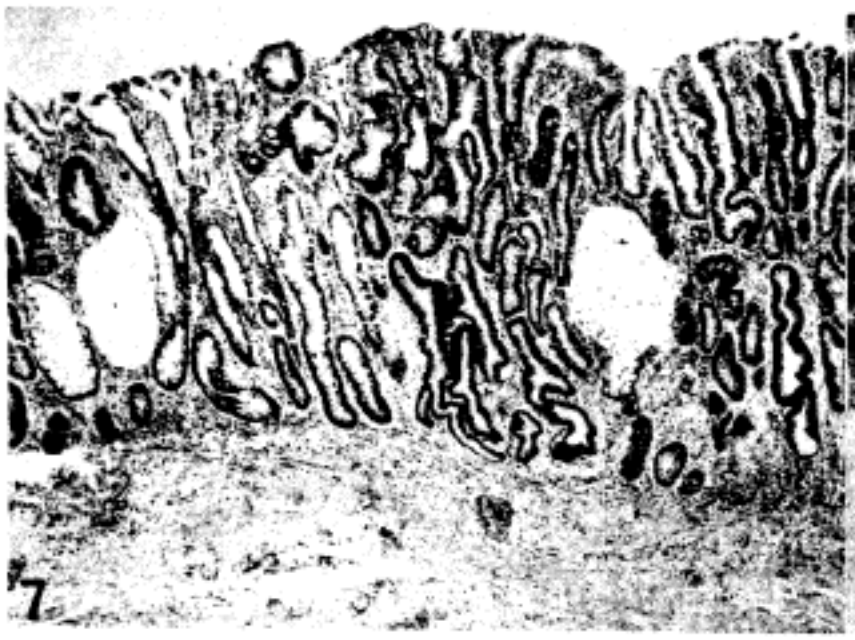
SNUH PATH
3


4

5A

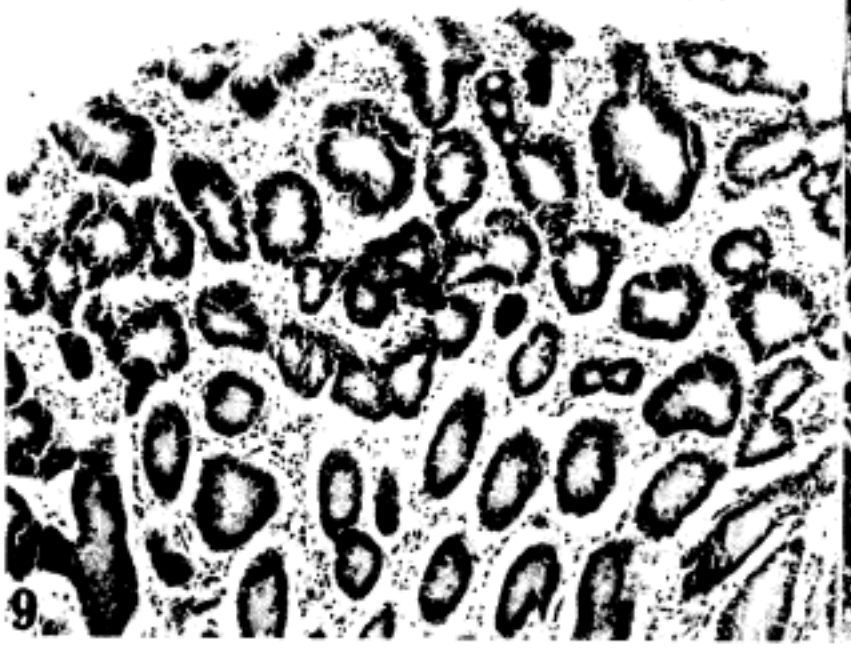
5B


6

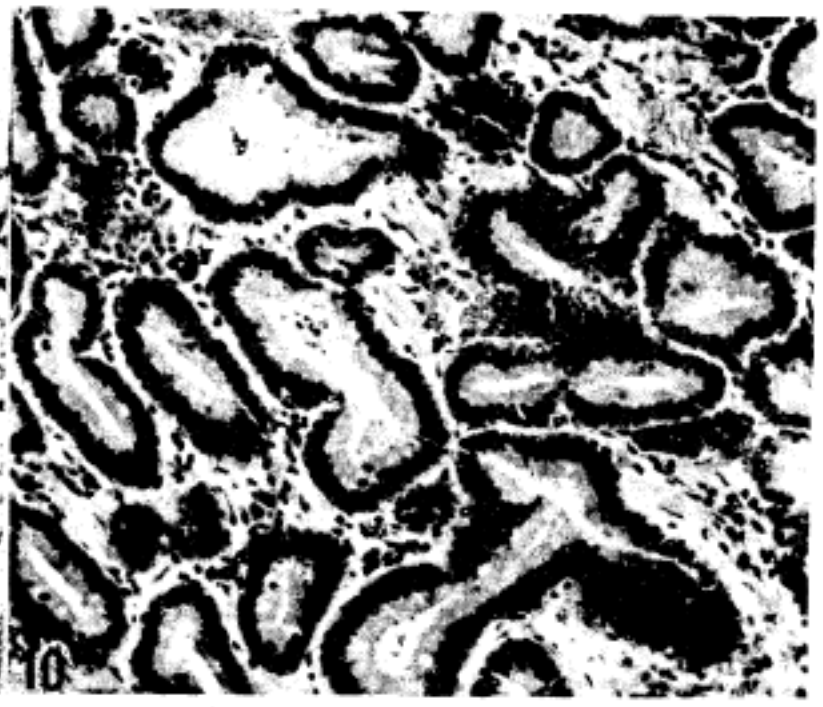


7

8

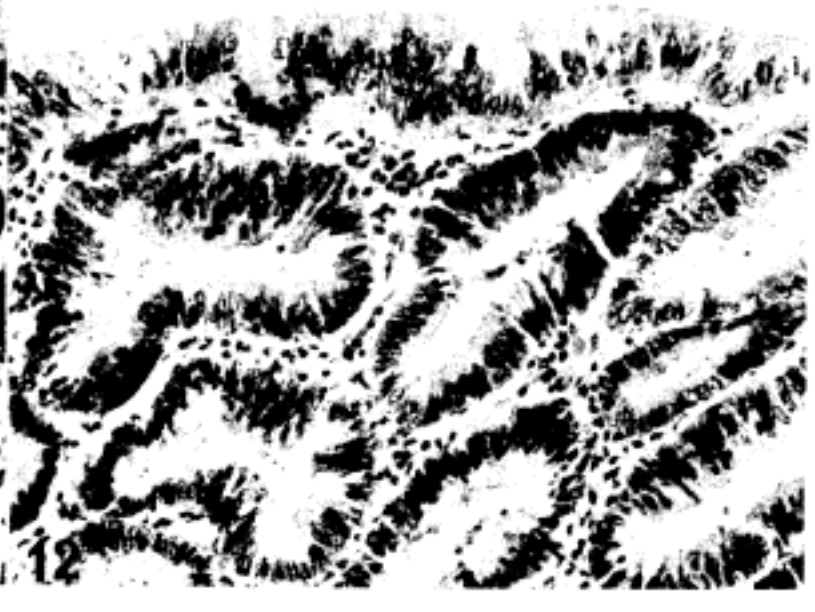


9



10

11



12