대한병리학회지 : 제23권 제 1 호 1989
Kor. J. Path., Vol. 23(1) : 154 - 159

국소성 다발성 거대 위점막 비후증

—1 증례 보고 및 성장양식의 검토—

서울대학교 의과대학 병리학교실

김 정 란 · 김 용 일

서 론

과증식성 위점막병변(hyperplastic gastropathy) 또는 위점막 거대비후증(giant hypertrophy of gastric mucosa)은 일반적으로 전정부를 제외한 위점막 전체를 침범하는 드문 질환이다[1~7]. 대개의 경우 위점막 주름이 미만성으로 굵어지나, 간혹 다발성의 폴립양증식을 동반하기도한다[1,2]. 본대학에서는 1961년부터 1986년까지 4예의 미만형이 검색 된 바 있고 국내문헌에도 수례[8~15]의 보고가 있다. 그러나 국소성으로 발현되는 경우는 처음이며, 국외 문헌에서도 보고예를 참조하기가 어려울 정도로 아주 희귀하다. 뿐만 아니라 이러한 국소성 점막의 성장양식에 대한 기술은 전혀 없다. 특히 이 병변은 위의 폴립성 병변임에도 불구하고 지금까지 여러 연구자들에 의하여 제안된 위 폴립의 분류에서도 전혀 언급되어 있지 않다.

저자들은 아절제 위에서 전형적인 거대 위점막 비후증이 국소적으로 침범한 1예를 경험하고 이를 문헌 고찰과 함께 보고하고자 한다.

증 례

병 력 : 환자는 37세 여자로서 과거 10년간 간헐적인 상복부 동통을 호소하여 왔으며 15일전 부터 그 증상이 악화되어 입원하였다. 과거력상 10년전에 고지방식을 섭취한 후 갑작스런 상복부 통증을 느꼈으며, 당시 급성췌염을 의심하고 개인 의원에서 약물치료를 받고 다소 증세가 호전되었다고 한다. 일년 전에는 좌측 복통과 배뇨장애(dysuria)로 요관 결석의 진단하에 약물치료를 받은 바 있고 그 이후로도 간헐적인 상복부 동통이 계속되었다. 그러나 구토, 구역 및 설사 등의 위장관 증세는 없었으며 가족력에도 특기할 사항이 없었다. 이학적 검사상 환자는 상복부에 경미한 압통이 있었으며, 간이나 비는 만져지지 않았다. 혈색소치는 7.9 gm%로 빈혈상이었으며, 뇨검사는 정상이었고 그외의 생화학적 검사, 특히 저단백혈증이나 전해질이상을 시사하는 이상 소견은 없었다. 위내시경 검사와 위조영술을 시행하였던 바, 체부에서 다발성 용종상 종괴가 관찰되어 위의 악성 림프종 내지 다발성 위용종증을 의심하여 위절제술을 시행하였다. 수술 전 실시된 내시경적 생검소견은 비특이적인 만성위염이었다. 수술 후 환자의 경과는 매우 양호하였으며 외과적 처치 이외에 다른 특별한 치료를 받지 않았으나 수술 6개월이 지나기까지 특별한 이상은 발견되지 않았다.

병리학적 소견 : 절제된 위는 대만의 길이가 14 cm이었다. 점막면에서 4개의 다양한 크기의 뭉쳐진 폴립양 종괴(Figs. 1, 2)가 관찰되었는데 이들은 모두 줄기(stalk)를 가지는 전형적인 Yamada 제 4 형의 폴립이었고 위 체부의 전벽에서 3개, 후벽에서 1개가 관찰되었다. 가장 큰 종괴는 후벽에 위치하였으며 크기는 11×3.5 cm이었고 7×3.5 cm의 기저부와 4 cm의 최대 회선 높이를 가졌다(Fig. 2). 폴립들은 과다증식된 점막의 여분이, 주름이 잡힌채 내강내로 돌출되어 있었다. 이들은 부드러우나 탄력이 없었고, 유동성이었다. 표면은 전반적으로 평활하였으나 깊은 골짜기에 의해 엽상으로 나뉘어져 마치 뇌의 회전을 보는듯 하였고 특히 후벽에 있는 종괴에서 더욱 뚜렷하였다. 남은 부분의 위점막은 대부분 정상이었으나 위저부의 후벽 및 전벽에 다수의 작고 등근 Yamada 제 2 형 폴립들이 마치 자갈밭처럼 조밀

*본 논문은 1987년 대한병리학회 제12차 춘계학술대회에 포스타로 전시 발표되었음.

Fig. 1. The surgically resected stomach contains four large pedunculated polyps.

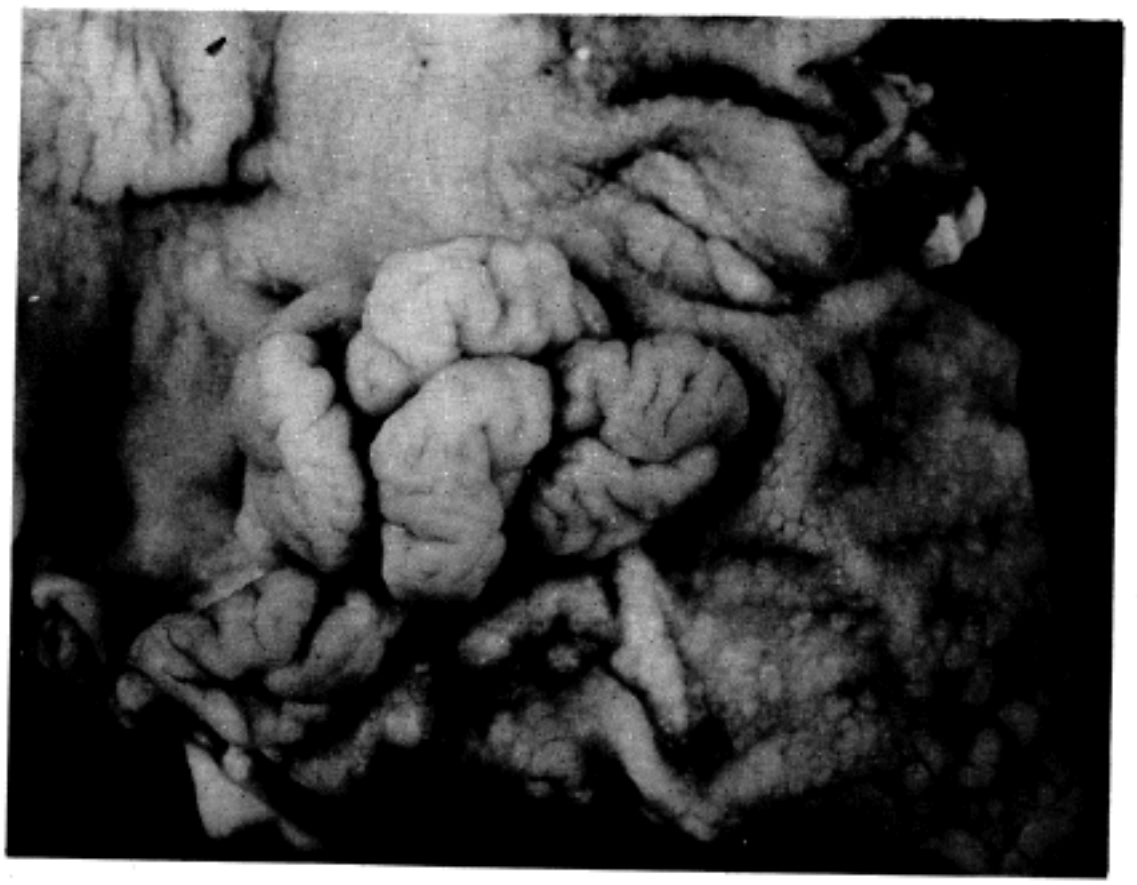

Fig. 2. Close-up view of the posterior wall of the fundus. Note the largest polyp being made up of markedly expanded mucosal folds mimicking the cerebral convolutions with deep grooves. The remaining mucosa of the posterior fundic wall shows cobblestone pattern by numerous multiple sessile polyps.

하게 밀집하고 있었다.

현미경적으로는 3개의 종괴가 모두 비슷한 소견을 보였다. 즉 이들은 비후되고 주름이 잡힌 점막과 점막근판으로 구성되고 그 중심은 점막하조직의 일부로 구성되어 있었다(Fig. 3). 유두상을 보이는 점막은 2~5 mm 두께로 정상의 0.3~1.5 mm보다 매우 비후되어 있었고 주름사이의 골짜기에 위치한 점막은 다소 높이가 감소되어 있었다(Fig. 4). 그러나 폴립을 형성하는 주된 요소는 점막자체 두께의 변화에 의한 것이라기 보다 점막 자체의 면적이 넓어져 여분의 점막이 주름이 진듯 하였다. 점막의 비후는 주세포와 벽측세포를 포함하는 위점막의 구성 성분 전체의 중등도의 증식으로 구성되어 있었고 그 구성비는 정상점막 상피의 비와 비슷하였다. 또 종괴는 부분적인 위선의 배상확장, 염증세포의 침윤 및 장상피

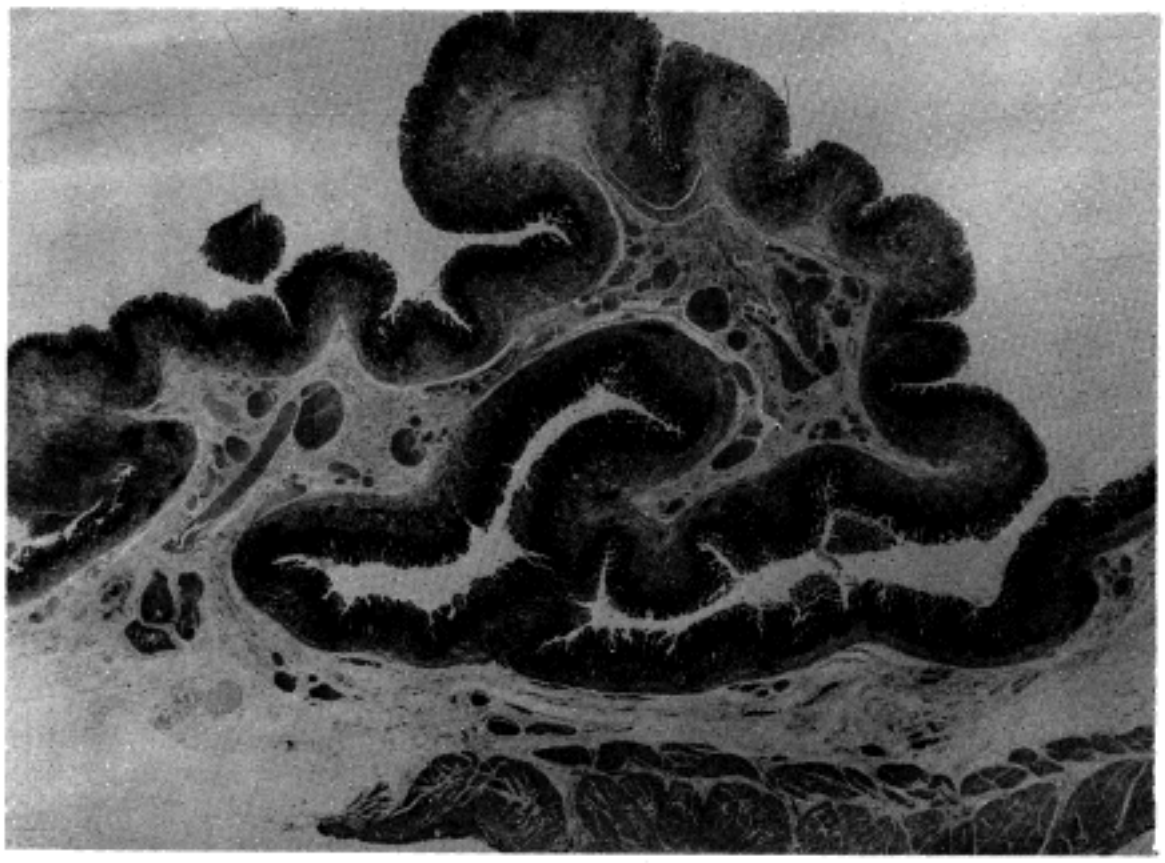

Fig. 3. Scanning photomicrograph of a large mass. Note an infolding of the gastric mucosa, carrying with it the muscularis mucosae and submucosa with high vasculature (H–E, ×1).

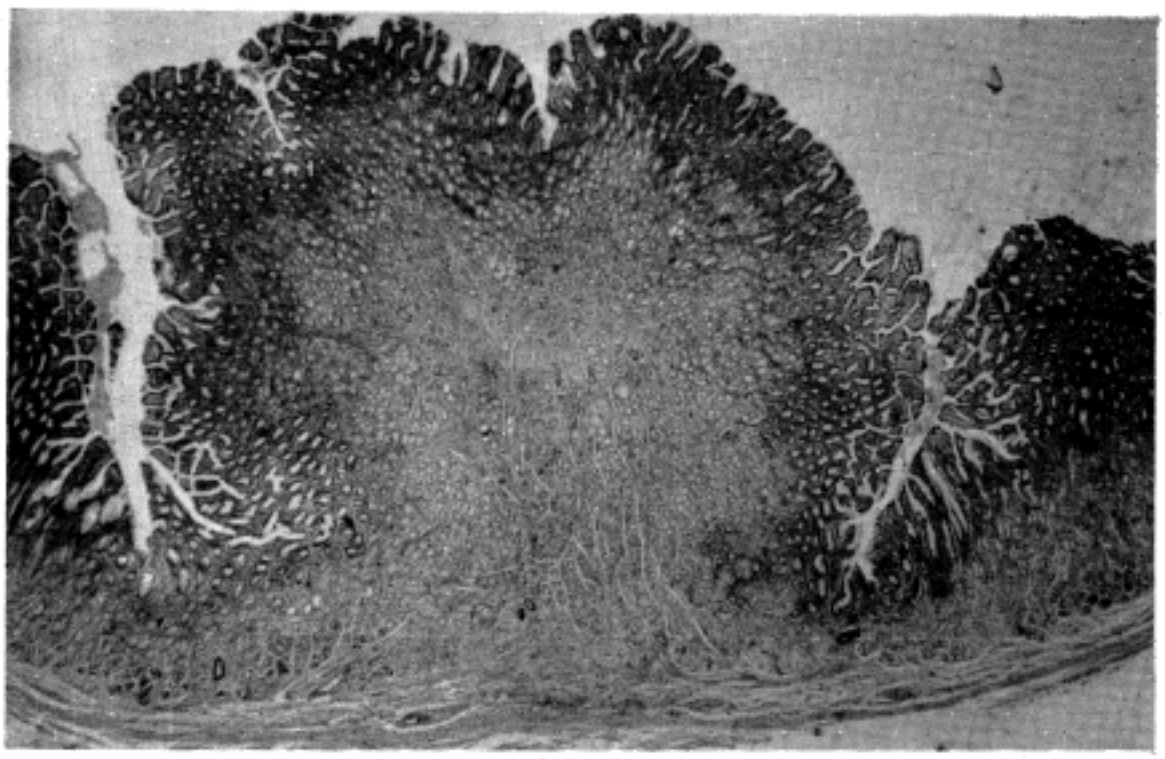

Fig. 4. The mucosa of the polyp is about three times thicker than the normal appearing mucosa (H–E, ×10).

형 화생이 산재성으로 관찰되었으며, 점막근판은 완전히 또는 부분적으로 파열되거나 소실되고 근판평활근이 점막 고유판으로 산개되어 었다. 점막하조직내에는 다수의 충혈된 혈관이 관찰되였으며 염증세포의 침윤이 동반되어 있었다. 체부 전·후벽의 Yamada 제 2 형의 작은 폴립들은 미만성의 장상피형 화생과 더불어 경미하게 비후된 점막과 충혈된 점막하 조직으로 구성되어 있었다.

유경성 폴립이외 위점막의 변화는 장상피형 화생과 전이성 석회화이었다. 장상피형 화생은 폴립 자체는 물론 전정부를 제외한 위체부의 상부와 위저부에 미만성으로 발현되었고 전이성 석회화가 위점막 또는 드물게 근육층에서 산재성으로 관찰되었다. 동시에 유문부에서 작은 이소성 췌가 관찰되었다(Fig. 6).

고 찰

과증식성 위점막 병변은 위점막이 과도하게 증식 되어 위벽이 미만성으로 두터워지는 질병으로서 그 주된 병변

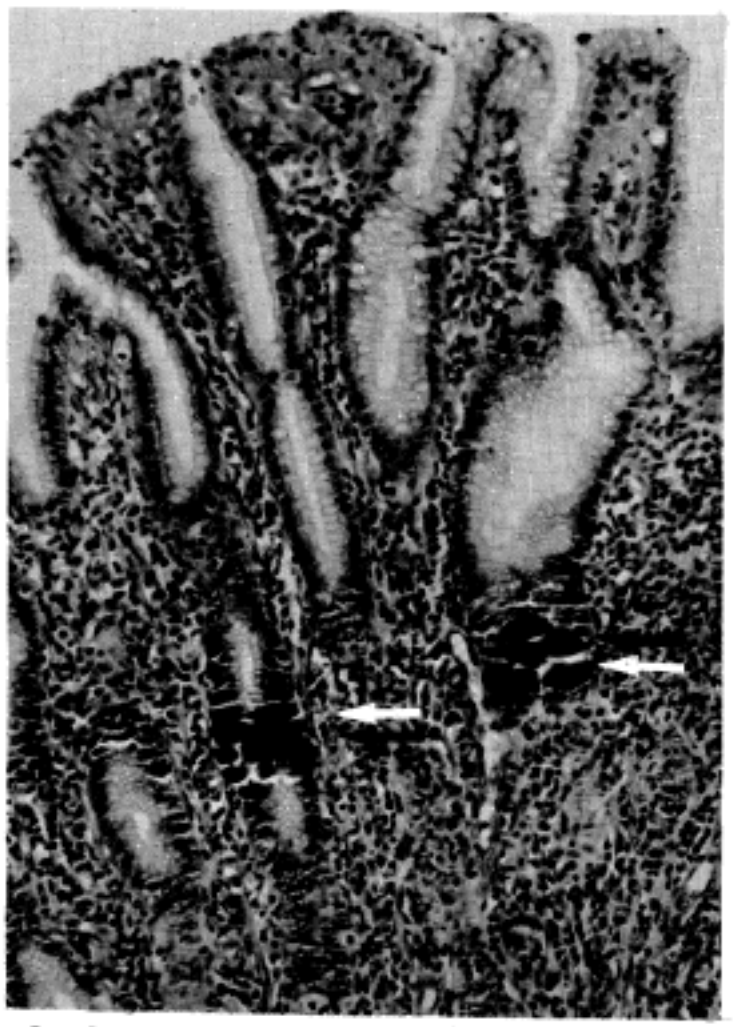

Fig. 5. Gastric mucosa with metastatic calcification (arrows) at the neck portion (H–E, x100).

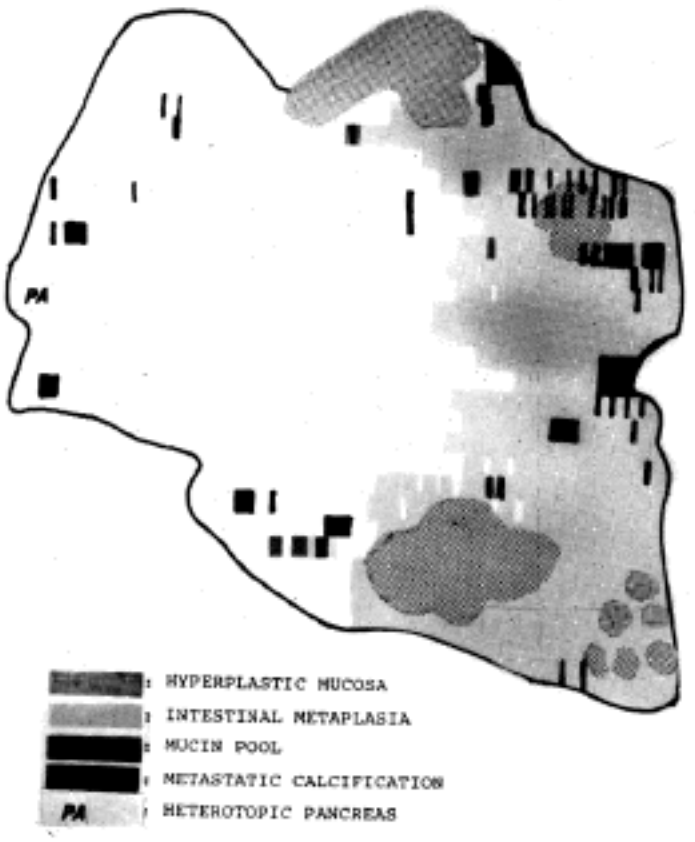

Fig. 6. Reconstruction map of whole resected stomach. Intestinal metaplasia (light area) is predominantly confined to the fundic mucosa where most of polyps are located. Metastatic calcification (dark area) is scattered.

은 위와세포(gastric foveolar cell)와 위고유선의 증식에 의해 위점막 주름이 비후되고 깊어져 심한 굴곡을 보이는 것이다[1~3,16~18]. Schindler[2]는 이것을 증식성 만성 비대위염(proliferative chronic hypertrophic gastritis), Ming[1]은 과증식성 점액세포형 위점막병변(hyperplastic gastropathy of mucous cell type)으로 묘사하였으며 그외 수십개의 다양한 이름으로 표현되어 왔다[4,16,23]. 이 질환은 대부분 미만성으로 발현되나 위전체를 침범하지는 않으며 특징적으로 유문부의 소만 주위 점막이 보존된다. 아주 드물게는 국소적으로도 발현될 수 있다. 그러므로 본예와 같이 체부 전후벽의 일부를 침범하는 경우도 가능하며 육안소견이 폴립과 아주 유사한 경우 위암을 포함한 각종 융기형 위점막 병변을 감별진단의 하나로 포함시켜야 하리라고 생각된다.

위점막 증식의 원인이나 생성기전은 잘 알려져 있지 않다. 1955년 Fieder는 50예의 미만성 거대 위점막 비후증을 보고하면서 과증식형(hyperplastic type)과 비후형(hypertrophic type)으로 재분류하였다. 전자는 필수적으로 폴립 모양을 취하고 표면상피와 위고유선의 증식이 관찰되며, 후자는 위선이나 간질의 결체조직이 증가한다고 하였고, 이들은 같은 병변의 다른 표현이라 하였다[4]. 본 보고 예는 4개의 분명한 폴립이 정상 점막에 의해 분리되어 있었고 이들은 과다증식된 점막과 점막하의 충혈된 혈관으로 구성되어 있었다. 환언하면, 위점막의 과다증식이 비단 기존점막의 비후로만 나타나는 것이 아니고 두께의 큰 변화 없이 위점막 면적의 증가만으로도 나타나게 된다. 따라서 제한된 위벽내에서는 주름의 크기가 굵어지면서 점막근층과 점막하조직을 함께 끌고 내강으로 돌출하는 폴립상 증식을 하는 것으로 해석할 수 있다. 위체부 전후벽에서 관찰된 다수의 폴립들은 심한 장상피화생과 아울러 위점막증식, 점막하 혈관의 변화 등이 관찰되는 비교적 위점막비후의 초기 병변으로서 대단히 흥미 있는 소견이라 사료되었다.

한편 1973년 Ming[1]은 과증식성 위병변을 점액세포형(mucous cell type), 위선형(glandular type), 혼합형(mixed mucous-glandular type)등 3개의 병리조직학적 유형으로 분류하였는데 이를 본 예에 적용한다면 위와세포와 위선의 증식, 간질의 염증, 국소적인 위선의 확장, 장상피화생 등을 보이는 혼합형으로 구분될 수 있다. Stempier등에 의하면 전형적인 Menetrier병은 과기능성 비후성 위염의 "burned out"

현상이며 대부분의 Menetrier병은 Sussman의 만성 위축성 및 증식성 위염 범주에 속한다고 하였다[15,19,21]. 만성위염을 위점막의 손상에 대한 대상성 증식이라는 개념에서 본 증례를 분석해 보면 점막의 증식과 위축을 함께 보이는 만성위축성 및 증식성 위염에 합당하리라는 추정은 가능하나, 통상적인 만성위염의 발현부위와 부합되지 않으며 오히려 점막면적의 증가가 주된 특징인 점으로 보아 별도의 증식성 기전이 관여할 것으로 생각된다.

폴립 주위 점막의 변화는 화생성 위염과 전이성 석회화였으며 화생성 위염은 일반적인 발현 부위와는 달리 위의 저부와 체부에서 발현되었다. Sano[22]에의하면 위염의 분류중 위궤양이나 위암과 동반된 경우는 1.4% 미만에서, 폴립이 동반된 예에서는 21.1%에서 이러한 유형의 분포를 보인다고 하였다.

전이성 석회화는 전해질 또는 pH의 변화가 빨리 일어나는 장기에서 흔히 관찰되는 바, 이러한 전이성 석회화는 인체 어느 곳에서나 발생할 수 있으나 위점막, 신, 폐 등에 호발하고 있다. 비록 위산과다의 임상 증세는 없었으나 국소 위점막에서의 위산분비기능의촉진이 이러한 산재성 석회화에 관련되었을 가능성을 시사해 주고 있다. 폴립 주위 점막의 변화는 폴립에 의한 위의 이차적인 병변일 수도 있지만 그 원인이었을 가능성을 배제할 수는 없다. 즉 본 폴립성 병변은 외인성 손상에 의한 위 저부 및 체부의 도착형 장형화생을 수반하면서 아울러 일부 위점막의 국소성 과증식을 대변할 가능성을 시사해 주고 있다.

요 약

37세 여자 환자의 절제위 체부에서 발생한 다발성 위점막의 증식성 병변 1예를 보고하였다. 종괴는 위체부의 전벽과 후벽에서 각각 3개, 1개씩 발현하였고 유경성 폴립이었다. 이들은 점막하조직내에 다수의 확장된 혈관과 과다증식된 점막의 여분이 주름 잡힌채 내강내로 돌출함으로써 종괴를 형성하였다. 위체부의 후벽 및 전벽에는 Yamada 제 2 형의 무수한 폴립이 동반되어 있었으며, 수반된 주위 위점막의 장형화생 역시 체부에 국한되어 있었다. 이상의 소견으로 미루어 본 증예의 폴립성 병변은 점막 두께의 증가는 물론 위점막 면적의 과다증식에 의한 국소성 위점막 주름 생성으로 추정되며 도립성 장형화생 분포와 관련된 만성 과증식형 위염의 일환으로 해석될 수 있다.

참 고 문 헌

1) **Ming S-C:** *Tumors of the esophagus and stomach. In Atlas of Tumor Pathology, Second series, Fascicle 7, Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, 1973, pp 115-119*
2) **Berk JE:** *Bockus Gastroenterology, 4th ed. WB Saunders Co, Philadelphia, 1985, pp 964-974*
3) **Stanley SF, Rickert RR:** *Hyperplastic gastropathy-analysis of 50 selected cases from 1955-1980. Am J Gastroenterol 76:321-329, 1981*
4) **Brown WG, Pelt MWV:** *Hypertrophic hypersecretory gastropathy. Cancer 23:1163-1170, 1969*
5) **Buta WC:** *Giant hypertrophic gastritis, a report of fourteen cases. Gastroenterology 39:183-190, 1960*
6) **David FR, Hodgson JR, Dockerty MB:** *Giant hypertrophy of the gastric mucosa (Menetrier's disease): A correlation of the roentgenographic, pathologic and clinical findings. Am J Roentgenol Rad Therapy Nucl Med 88:619-626, 1962*
7) **Krag E. Frederikson H, Olsen N, et al:** *Cimetidine treatment of protein-losing gastropathy (Menetrier's disease). A clinical and pathophysiological study. Scand J Gastroenterol 13:635-639, 1978*
8) **문기호, 김철홍, 김기호, 김종우, 김종숙, 민병석** : *Menetrier*씨 증후군. 대한내과학회지 *10:733-737, 1967*
9) **정준모, 정태훈, 권영진, 김능수, 정극수** : *Menetrier's*병 *1*예. 대한내과학회잡지 *19:248-253, 1976*
10) **김희경, 지현숙, 양문호, 이제구, 김용현, 박용철** : 거대위점막 비대증(*Menetrier's disease*) *1*증예 보고. 대한병리학회지 *11:393-397, 1977*
11) **김양덕, 심경보, 유호상, 고광도** : *Menetrier*병 *1*예. 대한내과학회지 *23:632-635, 1980*
12) **민현식, 김충배, 민진식, 이상인** : *Menetrier's disease 1*에 보고. 대한 방사선의학회지 *25:1652-1658, 1982*
13) **강현일, 이영중, 박충기, 윤종섭** : 장골정맥 혈전증을 동반한 메네트리아병 *1*에 보고. 대한방사선의학회지 *22:586-573, 1986*
14) **양승오, 김명준, 조한기, 조철수, 어인우** : 메네트리아병의 *1*예 보고. 위거대점막주름의 방사선학적 감별. 대한방사선의학회지 *22:574-581, 1986*
15) **송춘익, 양철우, 최규용, 차상복, 박승만, 성기열, 이안희** : *Mentrier's disease 1*예. 대한소화기병학회잡지 *9:606-613, 1987*
16) **Silverberg SG:** *Principles and practice of surgical patholohy, Vol.1, John Wiley and Sons Co, New*

York, 1983, p 826

17) **Marie D, Tore N:** *Mucus secretion in hypertrophic hypersecretory, protein-losing gastropathy. Am J Gasatroenterol 80:77-81, 1985*

18) **Korl T C, Isehberg J I:** *Remission in a patient with Menetrier's disease; spontaneous or induced by treatment? J Clin Gastroenterol 7:161-168, 1985*

19) **Sussman HM, Weingarten B, Mossberg SM:** *Localized gastric mucosal hypertrophy simulating tumor. Am J Digest Dis; New Series 10:710-718, 1965*

20) **Fieber SS:** *Hypertrophic gastritis: Report of two cases and analysis of 50 pathologically verified cases from the literature. Gastroenterology 28:36-69, 1955*

21) **Stempien SJ, Dagradi AE, Reingold IM, et al:** *Hypertrophic hypersecretory gastropathy: analysis of 15 cases and a review of the pertinent literature. Am J Digest Dis; New Series 9:471-493, 1964*

22) **Sano R:** *Lecture Notes on the Surgical Pathology of Gastrointestinal Diseases. Igaku Shoin Ltd, Tokyo, 1977, pp 180-186*

— Abstract —

Multiple Localized Hyperplastic Gastropathy Report of A Case with A Special Reference to its Growth Pattern

Jung Ran Kim, M. D. and **Yong Il Kim,** M. D.

Department of Pathology, College of Medicine, Seoul National University

We present a case of localized mucosal hyperplasia of the stomach. The resected stomach contained four large, short stalked polyps, three of which were located in the anterior wall of body and the other in the posterior wall. In addition, numerous small sessile polyps were also scattered in the anterior and posterior fundic walls. Microscopically, the abnormally thick mucosa, carrying with it the muscularis mucosae and a thin core of loose fibrous tissue comprised the polyps by intraluminal infolding of widening of mucosal area. Abundant vasculature of the rugal pattern was prominent in the submucosa. The above findings suggest that the histogenesis of the polyps is related to both hyperplastic thickening and widening of mucosal areas in rugal pattern in the background of inverted distribution pattern of intestinal metaplasia.

Key Words: Gastric polyps, Localized hyperplastic gastropathy, Stomach