

위암의 병리학적 취급규정 시안

대한병리학회 소화기병리학 연구회

Guidelines for Pathologic Study of Gastric Cancer

The Study Group for Gastrointestinal Pathology, Korean Society of Pathologists

Gastric cancer is the most common malignant neoplasm among Koreans, and the pathologists' daily diagnostic competency on gastric cancer at any hospital setting plays a critical implication not only in the quality of clinical service but also to the determination of patient's prognosis. Thus, adoption of a unified assessment system based on comprehensive understanding of pathologic features together with their active participation has been crucially demanded. Nevertheless, a considerable difference in handling procedures and diagnostic approach on gastric cancer among institutions apparently resulted in an extreme difficulty in exchange of clinicopathologic informations and in the nationwide survey. It is, therefore, essential and be the first step to develop a practical but scientific and reproducible classification of gastric cancer with its diverse gross and histologic findings.

Based on the following basic principles, the Subcommittee on Gastric Cancer under the Gastrointestinal Study Group of the Korean Society of Pathologists has been requested to develop the guidelines for future pathologic study of gastric cancer to meet the above needs and be efficiently used with ease among the society members.

1) The prerequisite for pathologic classification of gastric cancer starts with consistency in handling of the resected stomach before its further examination. Thus, the guideline shall limits its scope only with the minimum agreement.

2) The classification should be simple and practical so that all pathologists can use with ease and with high reproducibility.

3) All the gross and microscopic findings which have been considered to be the prognosis-related factors should be included in every pathologic procedures to help future information exchange among pathologists and clinicians and to provide a meaningful role in determination of patient's prognosis.

4) The classification should be interchangeable and stand with compatibility among WHO and other internationally accepted classifications.

5) The guideline accepts in part the staging system of American Joint Committee on Cancer, classification of early gastric cancer proposed by the Japanese Society of Gastrointestinal Endoscopy, and the General Rules of Stomach Cancer Study by Japanese Research Society of Gastric Cancer, until otherwise developed and accepted by the Korean Society of Pathologists.

6) The guideline should not interfere with each institution-based special study.

The details of the handling procedures of the resected stomach cancer, its gross and histologic classifications and descriptive methods of prognostic factors are supplemented with illustrations. (**Korean J Pathol 1992; 26: 154-163**)

Key Words: Stomach cancer, Guidelines, Classification, Procedure

접 수: 1992년 2월 18일 게재승인: 1992년 3월 1일
주 소: 서울특별시 종로구 연건동 28번지, 우편번호 110-744
서울의대 병리학교실내 소화기병리학 연구회
김 용 일

머 리 말

위암은 한국인에서 발생하는 악성종양중 가장 흔한 종양으로 이에 관한 외과병리학적 검사결과는 임상적 적용에는 물론 환자의 예후 판정에 적지 않은 영향을 준다. 따라서 위암진단에 결정적인 역할을 담당하는 병리의사에게는 이에 대한 충분한 이해와 적극적인 자세가 요청된다. 그러나 위암조직의 취급에 관련된 방법이 각 기관마다 서로 달라서 환자에 대한 임상-병리학적 정보교환과 전국적인 통계자료 분석에 많은 어려움이 있다. 다양한 육안적 및 현미경적 특성을 지닌 위암을 체계적으로 분류하고 이를 임상적으로 활용하기 위해서는 간단하면서도 일상 외과병리학적 검색과정에서 적용이 용이하고 재현성이 높아야 함은 당연한 일이나 여러 사람들이 만족할 수 있는 분류를 제정하는 것은 결코 쉬운 일이 아니다.

대한병리학회 소화기병리학회연구회는 지난 1년간 위암 취급규정 개발소위원회를 구성하여 아래와 같은 기본 원칙을 설정한 후 소화기병리학회연구회의 심의를 거쳐 대한병리학회 회원들이 통일된 방식에 따라 쉽게 활용할 수 있도록 위암 취급규정 시안을 마련하였다.

1. 위암의 병리학적 분류는 절제위의 취급부터 통일성 유지를 전제로 한다. 따라서 현실적 여건에서 크게 벗어나지 않는 범위 내에서 최소한의 요건만을 규제한다.
2. 분류는 되도록 간단명료하게 하여 모든 병리의사가 재현성을 최대한 높이면서 쉽게 적용할 수 있도록 한다.
3. 현재까지 예후 관련인자로 보고되거나 확인된 육안적 또는 조직학적 요인들을 모두 관찰하도록 본 규정에 포함시키며, 향후 정보교환 및 예후 판정에 의의를 가질 수 있도록 한다.
4. WHO 분류 및 다른 국제분류와 상호 통용이 가능하도록 한다.
5. 추후 별도의 국내 기준이 개발될 때까지는 미국 암연구회의 병기 구분과 일본 소화기내시경학회의 조기위암 분류 및 일본 위암연구회의 위암취급규정을 부분적으로 수용한다.
6. 기관별 특수목적은 수행하는데 지장이 없도록 한다. 이상의 기본 원칙에 따라 절제위의 취급 및 검색방

법과 요령, 육안적 분류, 조직학적 분류, 예후 관련인자의 기술방법 등을 제시하였고, 대한병리학회 회원들의 의견을 수렴한 후 대한외과학회와 공동으로 전국적인 보급을 추진할 계획이다.

구체적인 사항

1. 절제위의 취급 및 검색방법

1.1 본 취급규정을 적용할 수 있는 요건은 다음의 조건을 만족시키는 경우에 한한다.

1.1.1 절제위 전체를 육안적으로 관찰하는 경우

1.1.2 종양을 포함한 위 전체에서 대표적인 절편을 취한 후 조직표본을 제작하여 현미경적 검색을 시행하는 경우

1.1.3 소속 림프절을 가능한 한 모두 절취하여 조직학적 검색을 하는 경우

1.2 절제위의 육안검색법

1.2.1 절제위(대망, 소망을 포함)의 관찰은 장막면으로부터 육안적 관찰을 시작한다. 이때 암조직의 장막(대망, 소망을 포함) 침윤의 유무를 육안적으로 조사하고, 침윤이 있거나 의심될 경우는 그 위치, 넓이 및 성상을 관찰 계속하여 기록하고 가장 확실한 부위에 먹물로 점을 찍

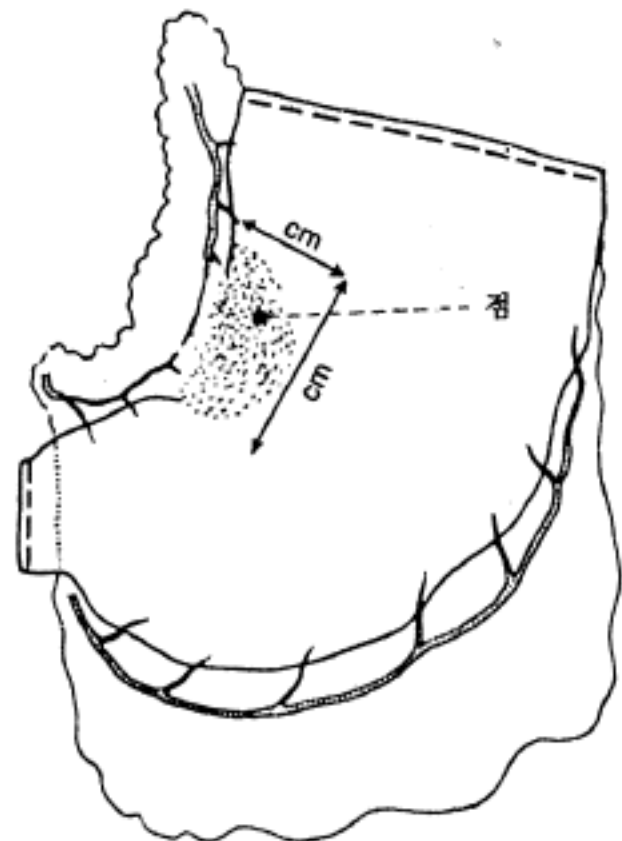


Fig. 1. Examination of the serosal surface.

는다(Fig. 1).

- 1.2.2 위를 절개하여 펼친다. 원칙적으로 대만부착부의 바로 앞면을 따라서 절개하여 전체 위점막면을 노출시킨다. 만일 대만 절개선에 종양이 위치할 경우에는 소만을 따라 절개하여도 무방하다.
- 1.2.3 점막면이 위로 향하도록 편평하게 펼친 후 점막면의 육안적 소견을 관찰하여 기재한다. 육안적 관찰을 할 때에 점막면의 점액을 제거하기 위해서는 적출 즉시 생리적 식염수로 씻어내는것이 좋다.
- 1.2.4 기재사항은 대만 및 소만의 길이(식도나 십이지장이 부착되어 있을 경우에는 각각 따로 측정), 양측 절제단면의 길이(폭), 종양의 위치(종양의 경계와 절제표본의 양측 끝과의 거리, 대소만으로부터의 거리), 종양의 크기, 높이, 표면의 성상 등을 포함한다. 종양의 크기는 장경과 이에 직각으로 교차하는 선중 가장 긴 부위를 측정하여 기재한다(Fig. 2).

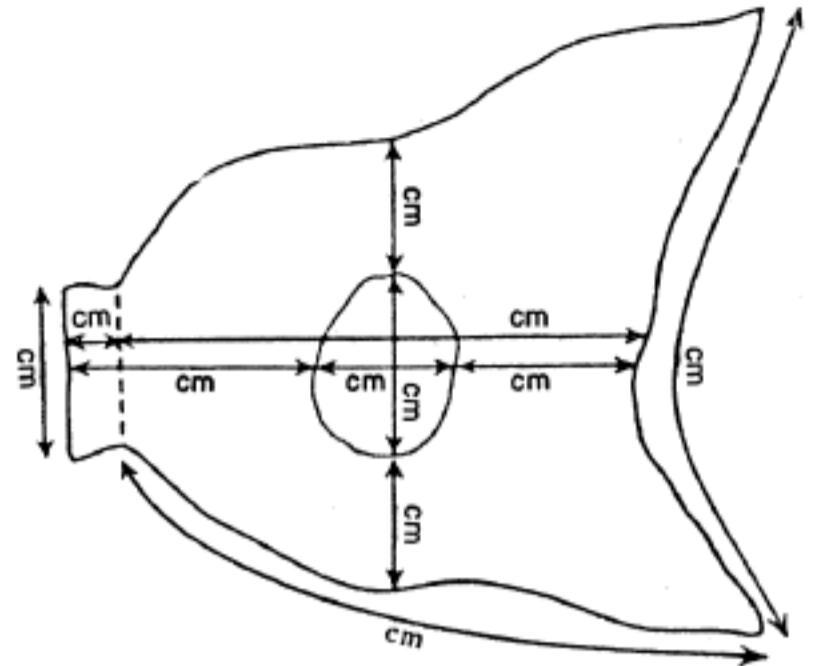


Fig. 2. Measurement of the resected stomach(mucosal view).

1.2.5 종양의 해부학적 위치

1.2.5.1 종양의 위치의 표기는 다음과 같은 해부학적 명칭을 사용하며 두가지를 동시에 기재한다.

- 분문부(cardia) 대만부(greater curvature)
- 저부(fundus) 소만부(lesser curvature)
- 체부(body) 전벽(anterior wall)
- 전정부(antrum) 후벽(posterior wall)
- 유문부(pylorus)

1.2.5.2 종양의 위치는 그 중심부를 기재한다.

1.2.5.3 해부학적 구조의 결정은 위각(통상 유문분으로부터 6 cm)을 기준으로 한다.

1.2.6 이 때에 점막면의 육안사진을 촬영하는 것이 바람직하다.

1.2.7 이상의 처치를 되도록 신속히 하여 절제위의 점막면과 장막면이 건조되지 않도록 한 후 빨리 고정한다. 즉시 고정할 수 없는 경우에는 절제위를 생리적 식염수에 적신 형질으로 싸서 냉장고에 보관하는 것도 무방하다. 고정액에 넣기 전에 점막면(종양을 포함)을 손가락으로 자주 만지면 상피조직이 떨어져나가서 조직학적 검색에 지장을 주기 때문에 이런 조

작은 되도록 피한다.

1.3 고정

1.3.1 절제위의 점막면이 위로 향하도록 하여 잡아 당겨 펴고(약 10%정도), 그 주변부를 따라 될 수 있는 한 많은 핀을 박아서 고정판에 고정시킨다. 원래의 상태를 보존하기 위해서 너무 잡아 당기거나 수축되지 않도록 하여야 한다. 고정판에 핀을 박을 때는 점막은 물론 고유근층을 포함하여야 한다.

1.3.2 고정판에 부착된 절제위는 신선한 10% 포르말린이 충분히 담긴 용기에서 고정한다.

1.4 육안표본 절제법

1.4.1 먼저 1.2.1에서 기술한 바와 같이 먹물로 점을 찍었던 부위(장막침윤이 가장 현저하였던 부분)에서 절편을 채취하는데, 이 절편에는 점막이 포함될 필요가 없으며 장막면의 길이가 1 cm 이상 되도록 한다.

1.4.2 절편 채취의 요령은 원칙적으로 점막면을 관찰하여 암종의 최대장경이 포함되도록 위소만에 평행하게 제 1 단면을 취한다. 단 제 1 단면이 소만에서 멀리 떨어진 경우에는 소만을 따라 제 2 단면을 별도로 채취한다. 소만을 따라 취한 절단면은 암종이 없더라도 표본을 만든다(Fig. 3).

1.4.3 필요에 따라서는(특히 조기위암) 암종 및 주변

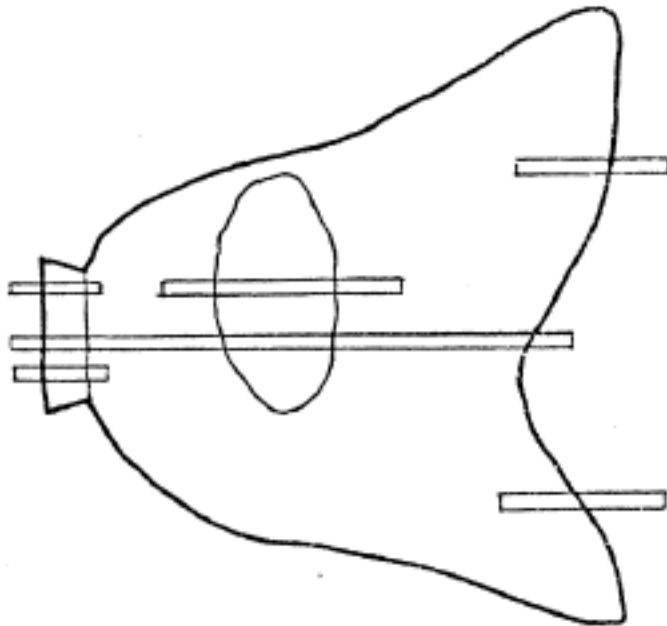


Fig. 3. Sectioning method(mucosal view).

부위도 충분히 포함하여 폭 3~4 mm 정도의 연속평행절편을 만들되, 가능한 한 제 1 단면에 평행하게 조직절편을 만들어 계통적인 관찰을 할 수 있게 한다(Fig. 3).

- 1.4.4 이상과 같이 채취한 표본만으로 절제단면(근위 절제단면 및 원위 절제단면)의 침범 유무의 판정이 불충분하다고 판단될 때는 절제단면을 포함하는 별개의 절편을 추가한다(Fig. 3)
- 1.4.5 장막침윤이 가장 현저한 부위가 1.4.2 또는 1.4.3 절취조직에 포함되어 있으면 별도의 표본채취(1.4.1)를 생략해도 좋다.
- 1.4.6 조직표본 번호는 유문부 제 1 단면부터 순서대로 부여하고, 각각의 절편의 유문부측 접막하 조직에 먹물로 점을 찍어서 방향을 표시한다.

2. 육안적 분류(Gross classification)

- 2.1 위암은 진행암과 조기위암으로 대별하여 육안적 분류를 적용한다.
- 2.2 진행암의 경우에는 Borrmann 분류를 적용한다 (Fig. 4).
 - 2.2.1 Borrmann 1형; 용기형(fungating, polypoid type)
 - 2.2.2 Borrmann 2형; 궤양-용기형(ulcero-fungating type)
 - 2.2.3 Borrmann 3형; 궤양-침윤형(ulcero-infil-

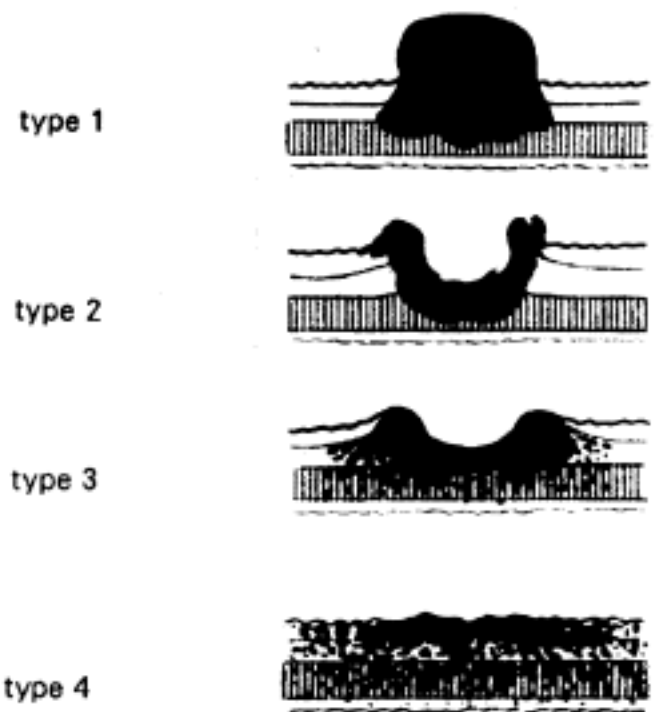


Fig. 4. Borrmann classification(advanced cancer).

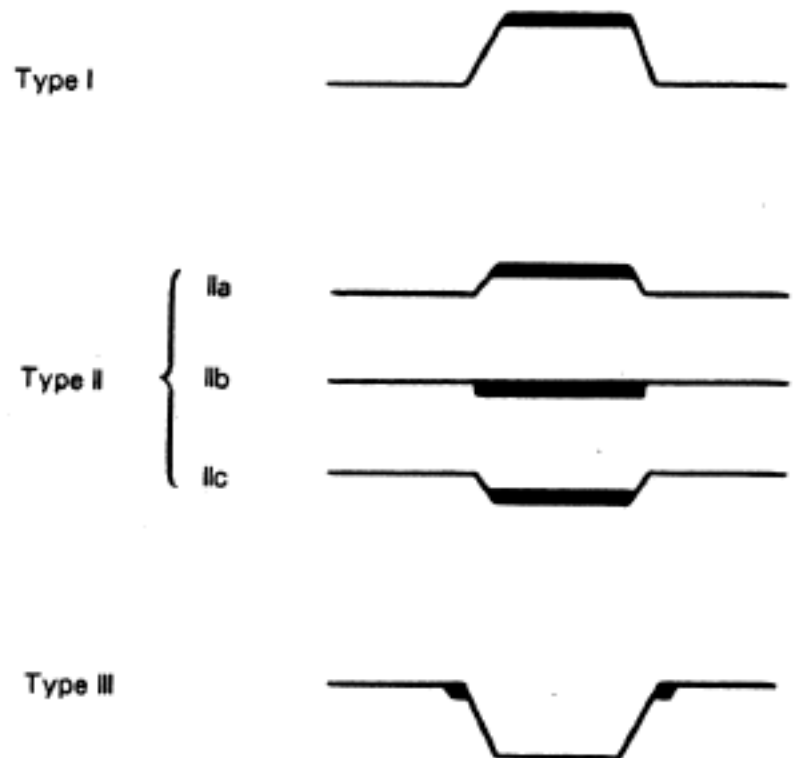


Fig. 5. Macroscopic classification of early gastric cancer.

trative type)

2.2.4 Borrmann 4형; 미만형(diffuse, linitis plastica type)

2.2.5 Borrmann 2형과 Borrmann 3형간의 혼합형(중간형)은 주된 형을 기본으로 하고 괄호 속에 추가형을 부여한다.

2.3 조기위암의 경우에는 일본 소화기내시경학회가 제안한 조기위암의 육안적 분류를 적용한다.

2.3.1 기본형은 다음과 같다(Fig. 5).

- I형 용기형(polypoid type)
- II형 표면형(superficial type)
 - IIa형 표면 용기형(superficial elevated type)
 - IIb형 표면 평탄형(superficial flat type)
 - IIc형 표면 함몰형(superficial depressed type)
- III형 함몰형(excavated type)

2.3.2 조기위암중 2가지 이상의 기본형이 혼합되어 나타날 때에는 점거부위 면적이 넓은 것부터 표기한다(예: IIc+III형)

2.2 상기 분류는 위암종에 국한하여 사용한다.

3. 조직학적 분류(Histologic classification)

3.1 암조직에서 나타나는 조직소견 중에서 양적으로 가장 많은 부위(가장 현저한 조직형)를 기본형으로 한다. 두가지 이상의 조직소견이 혼합되어 나타날 때에는 괄호안에 부수적인 형을 별도로 기재하여도 무방하다.

3.2 위암종의 조직학적 분류는 WHO의 기준에 따른다. 조직학적 분류의 기본 관점은 종양조직의 구조적 특성과 세포성상에 둔다.

3.3 구체적 분류는 다음과 같다.

- 상피성 암종(epithelial carcinoma)
 - 선암종(adenocarcinoma)
 - 유두상선암종(papillary adenocarcinoma)
 - 관상선암종(tubular adenocarcinoma)
 - 고분화형(well differentiated)
 - 중분화형(moderately differentiated)
 - 저분화형(poorly differentiated)
 - 점액선암종(mucinous adenocarcinoma)
 - 인환세포암종(signet ring cell carcinoma)
 - 선-편평상피암종(adenosquamous carcinoma)
 - 편평상피암종(squamous cell carcinoma)
 - 소세포암종(small cell carcinoma)
 - 미분화암종(undifferentiated carcinoma)
 - 기타(miscellaneous)
- 내분비세포종양(endocrine tumor)
 - 유암종(carcinoid)
 - 유암종-선암종 혼합형(mixed carcinoid-adenocarcinoma)

4. 성장양식(Growth pattern)

- 4.1 위암의 성장양식은 종양 주변부에서 가장 많이 나타나는 양상에 따라 다음과 같이 3가지로 분류한다.
 - 4.1.1 팽창형(expanding; exp): 위암이 팽창성 성장양상을 보이며 주위조직과는 선을 그을 수 있을 정도로 경계가 분명할 때
 - 4.1.2 팽창-침윤형(expanding and infiltrative; exp-inf): 위암의 성장양식이 4.1.1(팽창형)과 4.1.3(침윤형)의 중간에 속할 때
 - 4.1.3 침윤형(infiltrative; inf): 위암이 침윤성 성장양상을 보이며 주위조직과의 경계가 불명확할 때

5. 위벽 침윤 깊이(Depth of invasion)

5.1 위벽 각층의 조직학적 명칭은 아래와 같이 표기한다.

점막층(점막근판을 포함)	mucosa (m)
점막하층	submucosa (sm)
고유근층	proper muscle (pm)
장막하층	subserosa (ss)
장막층표면	serosal surface (s)

5.2 암의 위벽 침윤깊이는 암세포가 가장 깊게 들어간 층의 이름을 기재한다.

5.3 위벽 침윤깊이가 장막하층(ss)인 경우는 아래와 같이 장막하층에서의 성장양식을 함께 기재한다(Fig. 6~8).

- 5.3.1 장막하 팽창형 (ss exp)
- 5.3.2 장막하 팽창-침윤형 (ss exp-inf)
- 5.3.3 장막하 침윤형 (ss inf)
- 5.3.4 장막하 국소침윤형 (ss focal inf): 대소망 부착부에 국소적으로 침윤형 성장양식이 보이는 경우

5.4 위벽침윤이 장막층표면(s)에 도달한 경우는 아래와 같이 표기한다.

- 5.4.1 장막층표면 노출(serosa exposed; se): 암 침윤이 장막층표면에 직접 붙어 있는 경우(Fig. 9), 또는 장막층표면을 파괴하고 복강으로 노출되어 있는 경우
- 5.4.2 장막층의 침윤(serosa infiltrative; si): 암

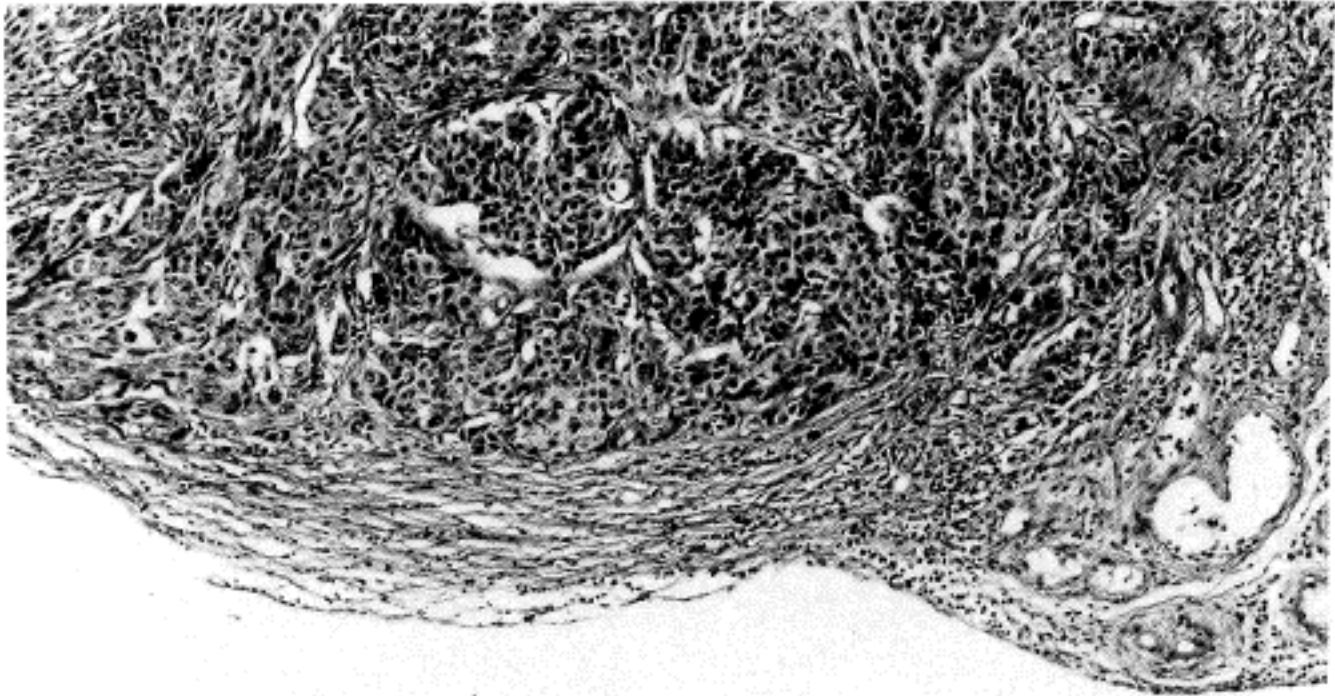


Fig. 6. Subserosal expanding and infiltrative type.

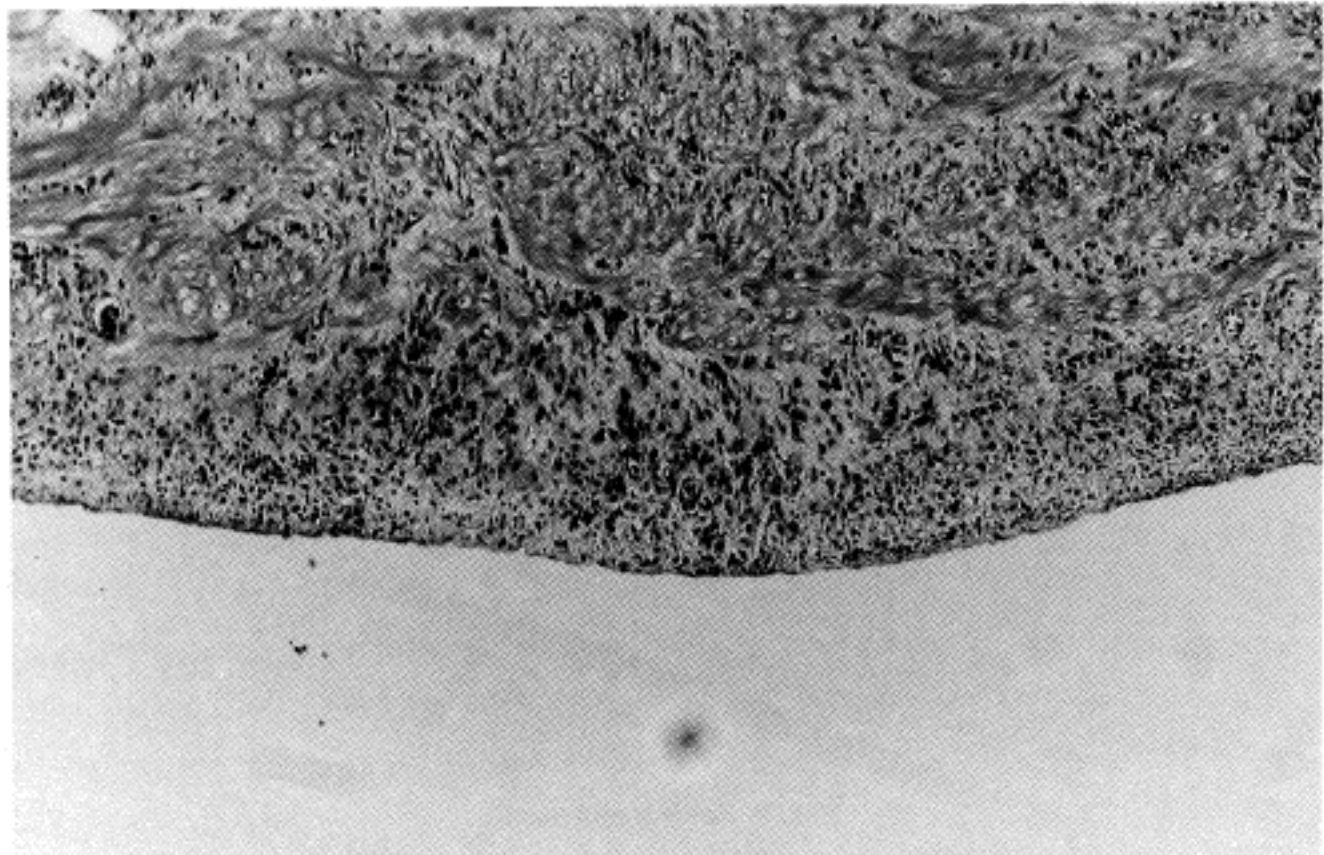


Fig. 7. Subserosal infiltrative type.

침윤이 장막층 표면을 넘어서 직접 타 장기로 침윤된 경우(Fig. 10)

i.4.3 장막층 노출-침윤(sei): se와 si가 함께 있는 경우

6. Lauren의 분류(Lauren classification)

6.1 Lauren의 분류는 조직기원 검색 및 역학적 조사에 효용성이 있으므로 이를 기재한다.

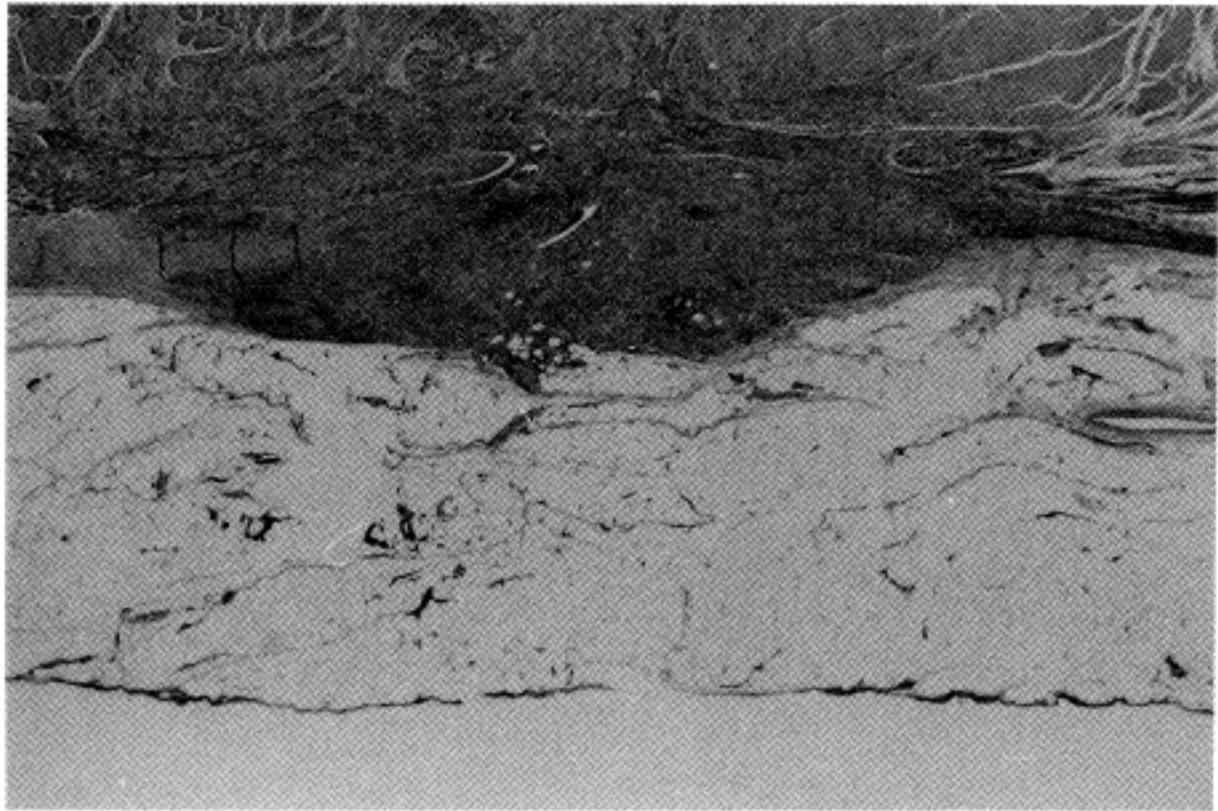


Fig. 8. Subserosal focal infiltrative type.

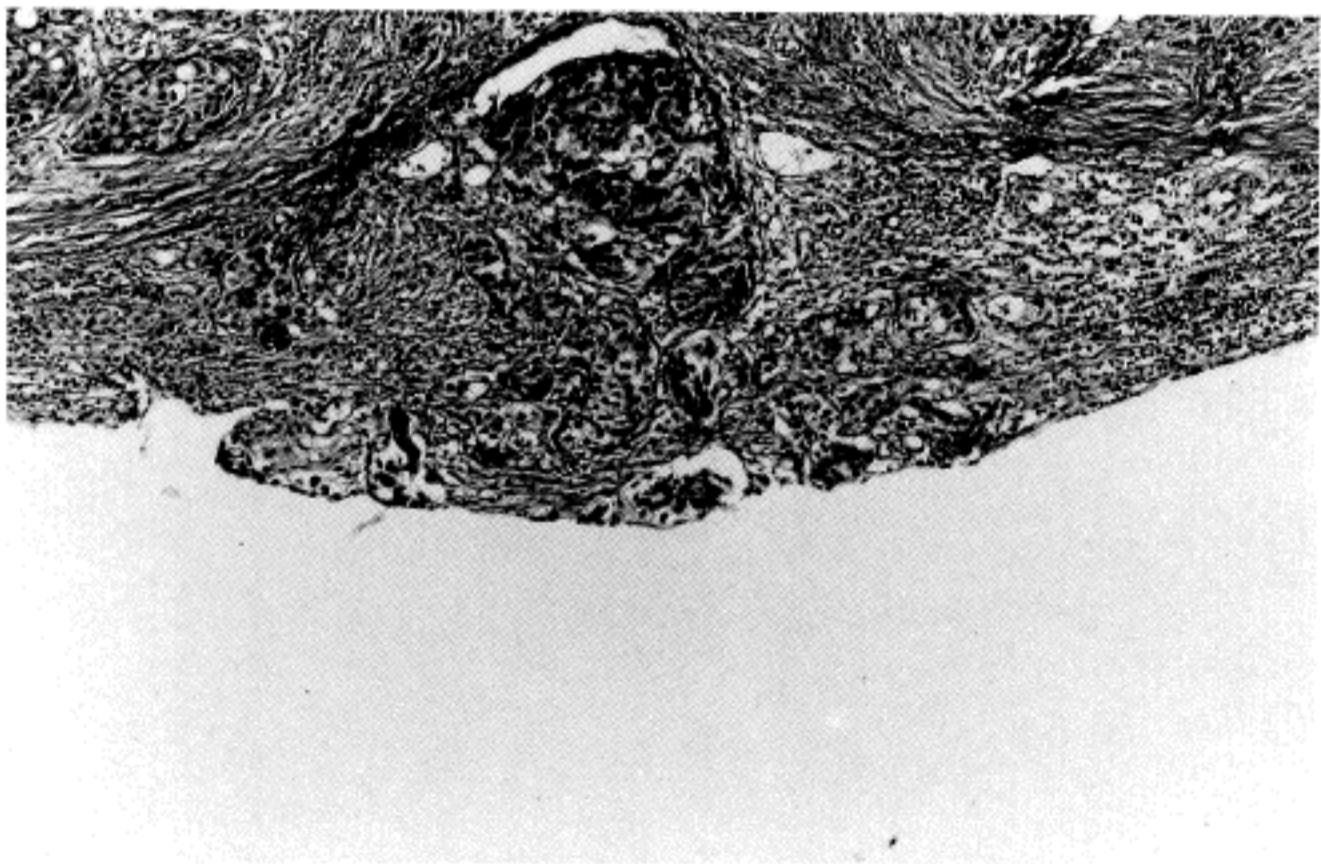


Fig. 9. Serosa exposed.

6.1.1 장형(intestinal type): 소장의 상피를 담은 선구조로 주로 구성되어 있는 종양으로서 쉐 자연(brush border)이 뚜렷하고 배세포가 포함되어 있다. 장형화생의 경우와 같이 원주 세포는 점액의 분비를 보인다. 주변의 점막에

는 장형화생을 동반하고 있으며, 종양의 경계는 좋다.

6.1.2 미만형(diffuse type): 대부분의 종양세포는 작고 둥근모양이며 날개로 흩어져 위벽을 넓게 침윤하여 경계가 불분명하다. 세포내 점액

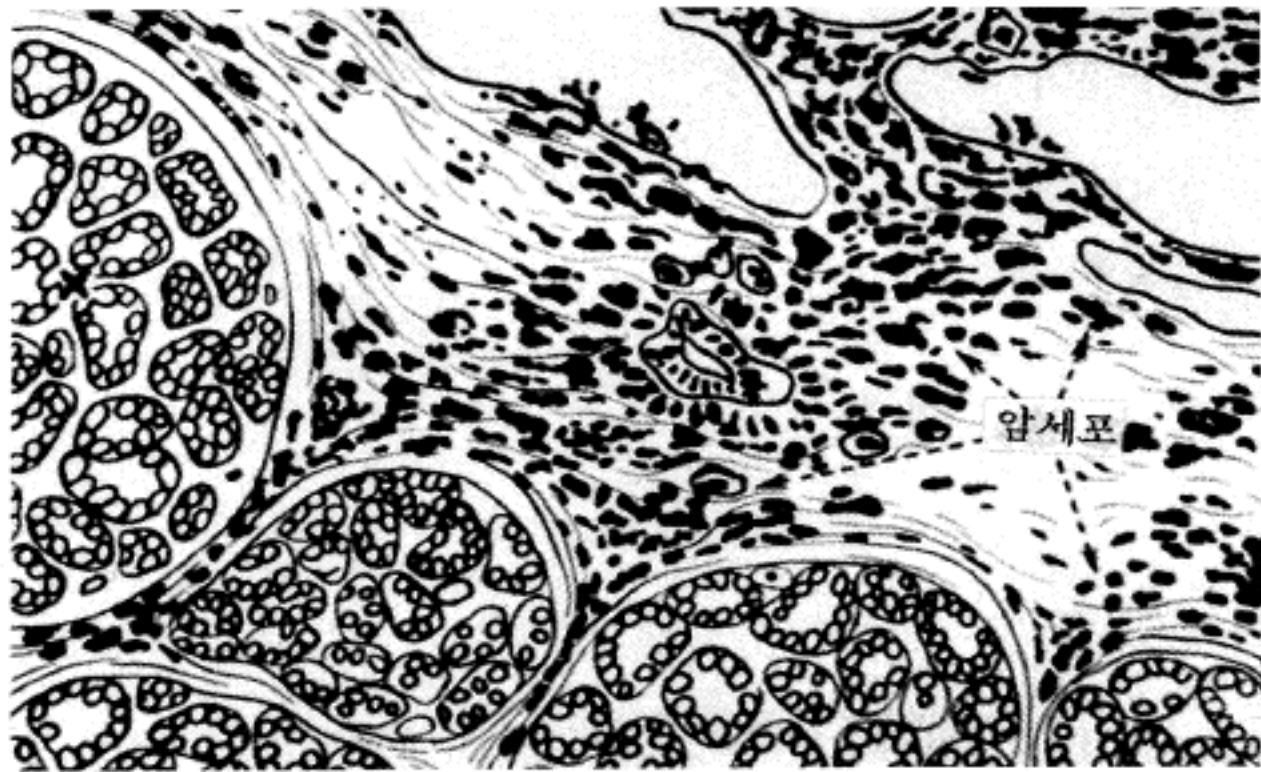


Fig. 10. Invasion to other organ.

을 가지고 있으면 인환세포로 보이기도 하며, 점액이 없는 세포도 있고, 암종의 표층에서는 간혹 선구조가 보일 수 있다. 점액의 성분만으로는 장형과 미만형이 구별되지 않는다.

6.1.3 중간형(indeterminate type): 장형과 미만형이 비슷한 정도로 섞여 있는 경우와 분화가 매우 나쁜 선암종의 경우 등은 중간형으로 분류한다.

7. 절제단면의 암세포 침범(Involvement of resection margins)

7.1 조직표본의 외과적 절제 단면으로부터 현미경상 5 mm 이내에 암세포 침범이 관찰된 경우에는 절제단면을 침범한 것으로 판정한다.

7.1.1 prm(+); proximal resection margin(+): 근위 절제단면을 침범한 경우

7.1.2 drm(+); distal resection margin(+): 원위 절제단면을 침범한 경우

8. 림프관 침범(Lymphatic vessel invasion)

8.1 위벽내 림프관의 암세포 침범유무는 아래와 같이 표기한다.

8.1.1 ly(-): 침윤을 볼 수 없는 경우

8.1.2 ly(+): 침윤을 볼 수 있는 경우

9. 혈관 침범(Venous invasion)

9.1 위벽내 혈관의 암세포 침범유무를 아래와 같이 표기한다.

9.1.1 v(-): 침윤을 볼 수 없는 경우

9.1.2 v(+): 침윤을 볼 수 있는 경우

10. 림프절 전이(Lymph node metastasis)

10.1 림프절 전이의 평가는 외과의사와의 적극적인 협조를 전제로 하며, 외과 의사에 의해 구분이 되었을 때에 한하여 각군별 검색이 가능하다.

10.2 림프절이 각군 별로 분리되어 보내진 경우(N1, N2, N3 등)에는 림프절 전이 유무를 다음과 같이 기재한다.

10.2.1 각군의 림프절 전부가 조직학적으로 전이소를 포함하지 않는 경우[괄호속은 예임]
n1-3(-) [n1 0/5, n2 0/3, n3 0/3]

10.2.2 전이가 있는 경우
n1(+), n2, 3(-) [n1 2/5, n2 0/3, n3 0/3]
n1, 2(+), n3(-) [n1 2/4, n2 1/3, n3 0/2]

10.3 각군 별로 분리되지 않은 상태로 보내진 경우에는 림프절 전이 유무를 다음과 같이 기재한다.

10.3.1 전이가 없는 경우
n(-) [n 0/5]

10.3.2 전이가 있는 경우 n(+) [n 2/5]

추가적인 사항 및 용어의 해설

1. 조직학적 유형의 분류 원칙

위암의 기본적인 유형은 암세포들이 선 또는 관모양으로 증식하는 선암종이며, 암세포들이 주로 유두상증식을 하는 경우에는 유두상 선암종으로 분류한다. 암세포들이 다량의 점액을 생성하는 경우에는 생성된 점액의 대부분의 세포밖으로 분비될 수 있고 세포내에 존재할 수도 있는데, 전자를 점액선암종이라고 부르고 후자를 인환세포암종이라 한다. 가끔 위암종의 일부 또는 전부가 편평상피로 분화하여 선-편평상피암종이나 편평상피암종과 같은 특수유형을 이루며, 드물게는 내분비세포의 성격을 가진 세포로 분화할 수도 있다. 암종이 선, 관, 또는 유두상 모습이나 편평상피, 점액 생성 등의 분화를 전혀 보이지 않는 것을 미분화암종이라 한다.

이와 같이 위암종의 조직기원세포는 여러가지 모양의 상피세포 또는 내분비세포로 분화할 수 있어서 같은 환자에서도 종양의 부위마다 다소 다른 형태를 취하는 경우가 적지 않고 특히 침윤깊이에 따라서도 차이가 있기 때문에 다음과 같은 기준에 따라 조직학적 유형을 결정하여야 한다.

- 1) 조직학적 유형의 결정은 현미경 저배율하에서 판단하는 것이 좋다.
- 2) 가장 많은 범위를 차지하는 형태를 조직학적 유형으로 한다.
- 3) 진행암인 경우에는 점막하층 이하를 침윤하고 있는 부분의 조직상을 대상으로 유형을 결정한다.
- 4) 종괴 전체의 30% 이상을 차지하는 형태가 2가지 존재하는 경우에는 혼합형으로 한다.

2. 조직학적 유형의 기준

1) 선암종(adenocarcinoma): 관상, 선상 또는 유두상을 보이는 선상피로 구성된 악성 종양

(a) 유두선암종(papillary adenocarcinoma): 상피세포가 하나 또는 가지를 치는 유두상의 배열을 하며 속에 섬유성 간질을 함유하고 있다. 선암종 종양세포들은 원주상 또는 입방형 상피이며 주로 표면을 향

하여 잘 배열되어 있으나, 중등도나 심한 세포 및 핵의 다형성을 보이기도 한다. 이 아형에서 약간의 관상 선암종 부위가 보이기도 하나 유두상이 특이하다.

(b) 관상선암종(tubular adenocarcinoma): 여러 크기의 관상의 구조가 섬유성 간질사이에 있는 선암종이다. 관상구조의 횡단면의 크기는 다양하며 낭성으로 커지기도 한다. 선암종 세포들은 원주 또는 입방형이지만 분비된 점액의 축적으로 납작한 모양을 보이기도 한다. 선상구조를 보이는 선암종도 이 분류에 속한다.

(c) 점액선암종(mucinous adenocarcinoma): 선암종중 점액이 축적되어 종양내에 남아 있는 형이며 보통 육안으로 볼 수 있다. 이 분류에서는 늘어난 선상구조가 점액으로 차 있고 이 점액은 주위의 간질로 빠져나간 형태로 있거나, 암세포가 연쇄상 또는 집괴를 이루어 점액사이에 떠다니는 형태의 것도 있다. 이런 경우에 인환세포가 보이기도 한다. 어떤 경우에는 세포의 모양이 점액때문에 불분명하기도 한다. 따라서 점액선암종은 점액속에 포함된 종양세포의 분화정도를 확실히 기술하여야 한다.

(d) 인환세포암종(signet ring cell carcinoma): 개개의 독립된 세포가 많은 점액을 함유하고 있는 선암종이다. 이 분류에서는 3가지 형의 암세포가 있다. 첫째는 세포질내에 산성점액이 차서 세포질이 낭성변화를 보이는 전형적인 인환세포를 보이는 것이고, 둘째는 핵이 약간 주변으로 밀려 있으며 세포질내에는 중성점액이 호산성과립 모양으로 차 있는 형이며, 셋째는 배세포양으로 세포질이 산성점액의 분비과립으로 인하여 팽창되어 있는 것이다. 이 3가지 형의 세포는 각각 독립적으로 나타나기도 하며 또는 섞여있기도 한다.

관상선암종(tubular adenocarcinoma)은 분화도에 따라 다음과 같이 세분류한다.

고분화선암종(well differentiated)-대부분에서 선구조나 세포의 모양이 장형화생시의 상피와 매우 유사한 선암종이다.

중분화선암종(moderately differentiated)-고분화선암종과 저분화선암종 사이의 분화를 보이는 선암종이다.

저분화선암종(poorly differentiated)-선의 구조를 간혹 보이는 선암종이다.

2) 선-편평상피암종(adenosquamous carcinoma):

한 종양에서 선암종과 편평상피암종이 동시에 보이는 암종이다. 이 분류는 위선암종과 동반된 편평상피화생 또는 종돌암 등과는 구별된다.

3) 편평상피암종(squamous cell carcinoma): 편평상피와 유사한 세포들로 구성된 악성종양이다. 대부분의 위의 편평상피암종에서도 적은 부위에서 선암종 부위가 섞여서 보인다.

4) 소세포암종(small cell carcinoma): 작은 원형 또는 방추형세포로 구성되어 있으며 세포질은 아주 적다. 폐에 발생하는 소세포암종과 유사하다.

5) 미분화암종(undifferentiated carcinoma): 악성상피암종으로 선상 또는 기타 어떤 다른 분화를 보이지 않는 것.

6) 기타(other): 상기 분류의 어느것에도 포함되지

않는 악성 상피종양이다.

7) 유암종(carcinoid tumor)

8) 유암종-선암종 혼합형(mixed carcinoid-adenocarcinoma): 유암종과 선암종이 각각 종괴의 30% 이상을 차지하는 경우를 말한다.

3. 간질반응(stromal reaction)

위암종의 간질반응은 다양하며 염증세포 침윤 및 섬유화가 가장 흔하다. 그러나 이들의 객관적 표현에는 재현성이 적고 표기법이 복잡해지지 때문에 이 규정에서는 간질 반응의 표기를 삭제하였다. 다만 기관에 따라 간질의 섬유화(desmoplasia)형, 림프성 간질반응(lymphoid stroma)등을 기재할 수 있다.

위암취급규정시안 개발 소위원회

김 병 기(가톨릭의대)

김 용 일(서울의대)

김 우 호(서울의대)

김 호 근(연세의대)

박 찬 일(연세의대)

신 형 식(한림의대)

(가나다 순)