

## 상부위장관 출혈을 동반한 위 지방종 1예

구민근, 김국현, 박병삼, 정성윤, 정요한, 이동원, 신형찬<sup>1</sup>, 구미진<sup>1</sup>

영남대학교 의과대학 내과학교실, <sup>1</sup>병리학교실

### A Case of Gastric Lipoma with Upper Gastrointestinal Bleeding

Min Geun Gu, Kook Hyun Kim, Byung Sam Park, Sung Yun Jung, Yo Han Jeong,  
Dong Won Lee, Hyeong Chan Shin<sup>1</sup>, Mi Jin Gu<sup>1</sup>

Departments of Internal Medicine, <sup>1</sup>Pathology, College of Medicine, Yeungnam University, Daegu, Korea

Gastric lipoma is a typical benign submucosal tumor that is usually asymptomatic and is generally detected incidentally when performing gastroscopy. However, depending on its size and location, an atypical gastrointestinal lipoma can cause abdominal pain, diarrhea, constipation, intestinal obstruction, intussusception and life-threatening gastrointestinal bleeding. We report herein a case of gastric lipoma with bleeding in a 43-year-old man. The gastroscopy showed a 4×4 cm ulcero-fungating submucosal mass at the anterior wall of the gastric antrum. Laparoscopic gastric wedge resection was performed and the lesion was diagnosed as gastric lipoma.

**Key Words:** Lipoma, Gastrointestinal hemorrhage, Gastroscopy

## 서 론

지방종은 양성 종양으로 위장관 어디에나 발생할 수 있으나 대장, 소장에서 흔하게 발생하며, 위나 식도에서는 매우 드문 것으로 알려져 있다. 위 지방종은 위장관에서 발생하는 지방종의 약 5%, 전체 양성 위종양의 약 1%를 차지하고, 대부분 단일성이며 점막하에 위치하며, 75% 이상에서 위전정부에서 발견된다.<sup>1</sup> 대부분의 지방종은 무증상으로 우연히 상부위장관내시경 검사에서 점막하종양의 형태로 발견되나 상복부 통증, 장폐색증, 장중첩증 및 위장관 출혈 등을 일으킬 수 있다.<sup>2,4</sup> 지방종은 악성 변화를 하지는 않으나, 악성 지방육종과의 감별이 필요하다.<sup>1,5</sup> 지방종을 덮고

있는 점막의 압박 괴사로 인해 궤양 및 출혈이 발생할 수 있으며, 대개 만성 빈혈만을 일으키나, 심할 때는 응급 치료가 필요할 수도 있다.<sup>3,4,6,7</sup>

저자들은 상부위장관 출혈을 주소로 내원한 환자에서 중 심부 궤양을 동반한 점막하종양을 발견하여 수술적 절제를 하였고, 최종적으로 상부위장관 출혈을 유발한 거대 지방종으로 진단된 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

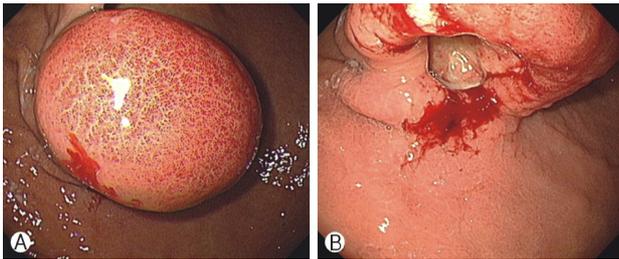
## 증 례

43세 남자가 약 10일 전부터 발생한 상복부 동통을 주소로 2차 의료기관에서 시행한 위내시경에서 위전정부에 약 2.5-3 cm 크기의 궤양을 동반한 점막하종양 출혈이 발견되었다. 과거력과 가족력에서 특이 소견은 없었으며, 20갑년의 흡연력과 주 3회, 회당 소주 1병의 음주력이 있었다. 의식상태는 명료하였으나 급성병색을 띄었으며, 혈압 130/90 mm Hg, 맥박 77회/분, 호흡 20회/분, 체온 37.1℃였다. 결막은 충혈되어 있었고, 흉부청진은 정상이었다. 복부 검사에서는 장음은 정

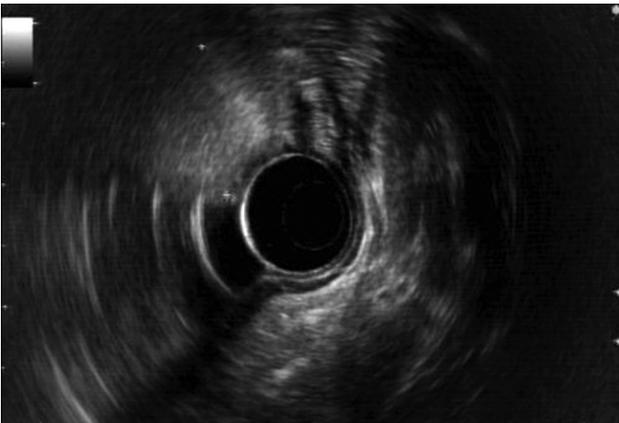
Received: June 6, 2013, Revised: July 2, 2013,  
Accepted: July 10, 2013

Corresponding Author: Kook Hyun Kim, Division of Gastroenterology, Department of Internal medicine, College of Medicine, Yeungnam University, 170, Hyeonchung-ro, Nam-gu, Daegu 705-703, Korea  
Tel: 82-53-620-3576, Fax: 82-53-654-8386  
E-mail: kimkh@yu.ac.kr

상이었으나, 심와부에 경미한 압통을 호소하였고, 특별히 만져지는 종괴는 없었으며, 직장수지 검사에서 흑색변이 관찰되었다. 말초혈액 검사에서 백혈구  $9,250/\text{mm}^3$ , 혈색소 13.5 g/dL, 혈소판  $301,000/\text{mm}^3$ 였다. 혈청생화학 검사에서 AST 14 IU/L, ALT 13 IU/L, 총빌리루빈 0.61 mg/dL, 총단백 6.69 g/dL, 알부민 4.14 g/dL, 혈액요소질소 13.37 mg/dL, 크레아티닌 1.00 mg/dL, Na 141 mEq/L, K 3.9 mEq/L, Cl 106 mEq/L였다. 상부위장관 내시경 검사에서 식도는 특이 소견이 없었으나, 위 전정부의 전벽층을 중심으로 하는 약 4×4 cm 크기의 원형의 점막하종양이 관찰되었고, 중심부에 급성 출혈은 없었으나, 최근의 출혈을 시사하는 다량의 혈괴를 동반한 깊은 함몰이 있는 궤양성병변이 관찰되었다(Fig. 1). 표면은 매끄러웠고 조직검자로 촉진 시 부드러웠으며, 눌러보았을 때 곧 다시 원래의 모양을 되찾았다. 입원 7일째 시행한 내시경 초음파에서 약 2.5×2.5 cm 크기의 균일한 고에코 병변의 원형 종괴가 점막하층에서 관찰되었다(Fig. 2). 복부전산화단



**Fig. 1.** Gastroscopic findings. (A) About 4×4 cm sized round shape mass at the anterior aspect of the antrum. Intact mucosa and soft wall tension suggest submucosal lesion. (B) Central punched out ulceration with a whitish fibrin and hematin clot in submucosal tumor.

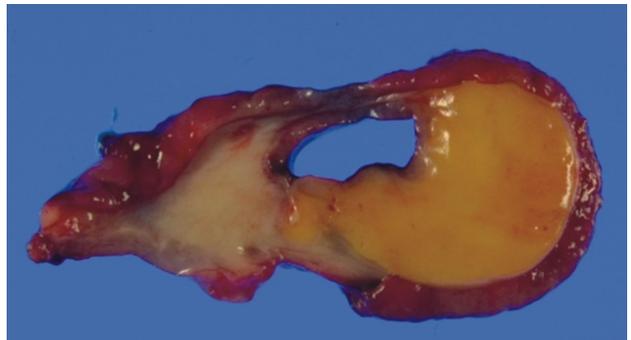


**Fig. 2.** Endoscopic ultrasonographic findings. About 2.5 cm sized hyperechoic, round shaped and homogeneous mass within the submucosal layer at the anterior aspect of the antrum.

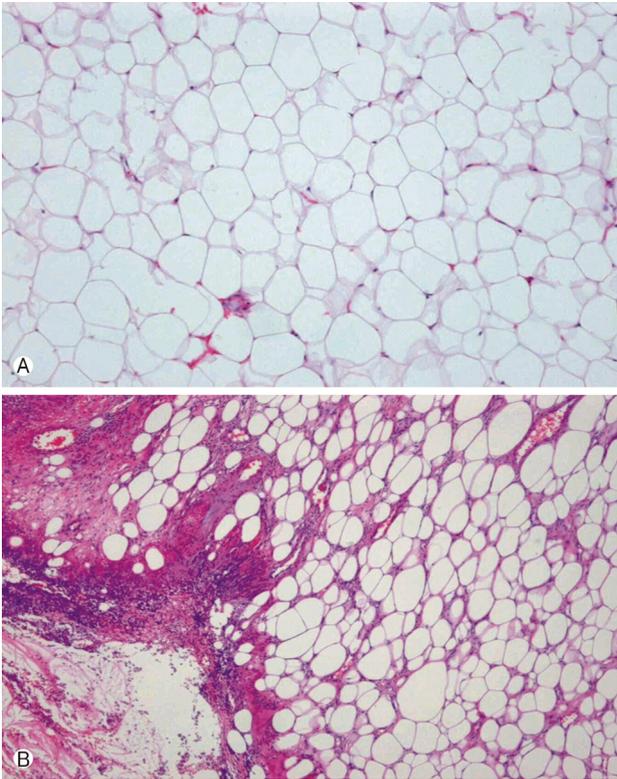
층촬영에서 위전정부에 약 3.5 cm 중심부 궤양이 동반된 지방성 점막하종양이 관찰되었으며, 복강 내와 주변 장기의 비정상적 종양이나 임파선 비대는 관찰되지 않았다(Fig. 3). 추가적인 출혈은 없었고 경과가 안정되어 10일 만에 퇴원하였으며, 종양의 크기가 커 수술적 절제가 필요하다고 판단하여 퇴원 후 15일째 외과에 재 입원하여 복강경하 위 췌기절제술을 시행하였다. 절제된 위 조직의 육안소견에서 점막에 약 1.2 cm 중심부 궤양을 동반하면서 내강 내로 튀어나온 종괴가 관찰되었다. 궤양을 제외하고 점막은 깨끗하였다. 절단시 3×2.2 cm 크기의 경계가 분명한 점막하종양이 관찰되었다. 종양은 균일한 노란색을 띠었고, 출혈이나 괴사 소견은 없었다(Fig. 4). 현미경 소견에서 점막하층에 주위와 경계가 명확한 종양으로 성숙지방세포로 구성되어 있었고, 점막 궤양으로 인해 염증세포 침윤과 지방변성이 있었다(Fig. 5). 환자는 수술 후 합병증 없이 안정한 상태에서 퇴원하였으며, 현재 외래 경과를 관찰 중이다.



**Fig. 3.** Abdominal computed tomography (CT) findings. The images show a fat containing submucosal mass located at the gastric antrum. The mass measures approximately 3.5 cm sized and has thickened overlying mucosa with central, large ulceration.



**Fig. 4.** Gross findings of the resected mass. The cut surface shows a well demarcated, yellowish fatty mass in the submucosal layer of the anterior aspect of the antrum.



**Fig. 5.** Microscopic findings. (A) The submucosal mass is composed of mature fat cells (H&E stain,  $\times 100$ ). (B) Mature fat cells and inflammatory cells infiltrate are present in the periphery of the ulcer (H&E stain,  $\times 100$ ).

## 고 찰

지방종은 원인이 명확히 밝혀져 있지 않으나, 지방조직의 발생학적 위치 오류에 인한 것으로 알려져 있다.<sup>8</sup> 위 지방종은 위장관의 지방종 중 5%를 차지하며, 전체 양성 위 종양 중 1%를 차지하는 드문 질환이다.<sup>1</sup> 대부분의 경우 위장관 지방종은 무증상으로 내시경 검사에서 우연히 발견되며, 종양의 발생 위치나 크기에 따라 드물게 동통, 소화불량, 장 폐쇄, 장 중첩증, 변비 및 소화관 출혈 등의 합병증이 발생할 수 있다. 2cm 이하의 지방종은 대개 증상이 없는 것으로 알려져 있으며, 최근에 보고되고 있는 설사나 장 폐쇄, 중첩증 및 출혈 등의 증상을 유발한 위 지방종의 예들을 보면 대개 2cm 이상의 크기가 큰 지방종으로, 본 증례에서도 약 3cm의 큰 지방종이 관찰되었다. 이 중 종양을 덮고 있는 점막의 압박 괴사 및 궤양에 의한 출혈로 인한 급성 또는 만성 상부위장관 출혈이 약 50%를 차지하며 간혹 응급 내시경 및 지혈술 또는 수술적 치료가 필요할 수 있다.<sup>2,4,9</sup> 종양의 크기가 클수록 궤양 형성의 가능성도 높아지므로, 증상없이 우연히 발견된 위

지방종의 경우에도 크기가 2cm 이상일 경우 수술적 절제를 고려해 볼 수 있다. 위 지방종은 대부분 단발성으로 발생하며, 점막하층에서 주로 발생하고 드물게 장막하 조직에서도 발생할 수 있으며, 75% 정도가 위전정부에 위치하나 위의 다른 부위에서도 발생할 수 있다.<sup>8,9</sup> 지방종은 악성화 하지 않으나 조기위암과 동반된 위 지방종에 대한 몇몇 증례가 보고되고 있어 주의를 요한다.<sup>1,5</sup>

위 지방종의 진단 방법으로는 상부위장관 조영술, 상부위장관 내시경, 복부전산화단층촬영, 복부자기공명영상촬영 및 내시경 초음파 등이 있다.<sup>2,10</sup> 위 지방종은 내시경 검사 상 경계가 분명하고 넓은 기저부를 가진 반구형의 용종양병변으로 관찰되며, 표면이 둥글고 매끄러우며 황색조를 띤다.<sup>2,4,9</sup> 생검검자로 종괴를 덮은 점막을 잡아당기면 쉽게 견인되는 ‘tenting sign’, 과압박시 압흔이 보이는 ‘cushion sign’ 및 한 부위에 여러 번 생검시 점막 열상 사이로 지방조직이 돌출되는 ‘naked fat sign’ 등이 특징적인 소견이다.<sup>2,4,9,11</sup> 내시경적 조직검사로 점막하병변의 조직 검사가 어렵지만, 전기소작술을 이용하여 인위적인 궤양을 만들고 그 궤양의 기저부에서 조직 검사를 시행하는 방법이 있다.<sup>12</sup> 지방종의 크기가 큰 경우에는 복부전산화단층촬영이나 복부자기공명영상촬영이 진단에 도움이 될 수 있다.<sup>2,10</sup> 내시경 초음파에서 지방종은 제 3층의 점막하층에서 고에코성으로 보이며, 낭종이나 이소성 췌장과 같은 다른 점막하종양과의 구분에 유용하다.<sup>12,13</sup>

증상이 없거나 크기가 작은 지방종의 경우 치료 없이 경과 관찰이 가능하지만 크기가 클 경우, 악성 종양과의 감별이 반드시 필요한 경우, 증상이 있을 경우 및 재발성 출혈이나 폐색 증상이 있을 경우에는 수술적 절제가 필요하다.<sup>2,3,8,14</sup> 내시경 초음파에서 고유근층까지 침범하지 않은 점막하에 국한된 지방종의 경우에는 외과적 절제보다 내시경적 적출술을 시도할 수 있다.<sup>12,13,15,16</sup>

본 증례는 상복부 동통을 주소로 하며, 상부위장관 출혈을 동반한 점막하종양으로서 종양의 크기가 크고 깊은 중심부 궤양으로 재발성 출혈의 가능성이 높아 수술적 절제를 시행하여 수술 후 조직검사서 위 지방종으로 확진된 예이다. 국내외에서도 궤양성 출혈을 동반한 거대 지방종의 예는 매우 드물게 보고되고 있으며, 대개 수술적 절제로 좋은 예후를 보이고 있었다.<sup>2,3,8,11,14,16</sup> 하지만 대부분의 지방종은 증상없이 우연히 발견되므로, 이러한 지방종에 대한 치료 적응증 및 비수술적 치료법에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

## 참고문헌

1. Hamdane MM, Brahim EB, Salah MB, Haouas N, Bouhafa A, Chedly-Debbiche A. Giant gastric lipoma mimicking well-differentiated liposarcoma. *Pan Afr Med J* 2012;13:16.
2. Furtado WS, Mello DA, Santos VM, Bringel TL, Oliveira Junior WP, et al. Gastric lipoma and pyloric obstruction in a 51-year-old woman. *An Sist Sanit Navar* 2013;36:145-8.
3. Im JC, Kang HS, Lee NH, Kim HK, Youm HR, Kim MS, et al. A case of gastric lipoma with hemorrhage. *Korean J Gastrointest Endosc* 2001;22:41-4. Korean.
4. Park JB, Park SW, Yang YS, Lee HS, Yoon BG, Lee CG, et al. A case of duodenal lipoma with upper gastrointestinal bleeding. *Korean J Gastrointest Endosc* 2005;31:126-9. Korean.
5. Moreira LF, Iwagaki H, Matsumo T, Aoyama M, Hizuta A, Sagami K, et al. Submucosal lipoma synchronous with an early gastric cancer. *J Clin Gastroenterol* 1992;14:173-4.
6. Myint M, Atten MJ, Attar BM, Nadimpalli V. Gastric lipoma with severe hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1996;91:811-2.
7. Bijlani RS, Kulkarni VM, Shahani RB, Shah HK, Dalvi A, Samsi AB. Gastric lipoma presenting as obstruction and hematemesis. *J Postgrad Med* 1993;39:42-3.
8. Saltzman JR, Carr-Locke DL, Fink SA. Lipoma case report. *MedGenMed* 2005;7:16.
9. Neto FA, Ferreira MC, Bertencello LC, Neto AA, de Aveiro WC, Bento CA, et al. Gastric lipoma presenting as a giant bulging mass in an oligosymptomatic patient: a case report. *J Med Case Rep* 2012;6:317.
10. Yasuda K, Cho E, Nakajima M, Kawai K. Diagnosis of submucosal lesions of the upper gastrointestinal tract by endoscopic ultrasonography. *Gastrointest Endosc* 1990;36(2 Suppl):S17-20.
11. Treska V, Pesek M, Kreuzberg B, Chudáček Z, Ludvíková M, Topolcan O. Gastric lipoma presenting as upper gastrointestinal obstruction. *J Gastroenterol* 1998;33:716-9.
12. Nakamura S, Iida M, Suekane H, Matsui T, Yao T, Fujishima M. Endoscopic removal of gastric lipoma: diagnostic value of endoscopic ultrasonography. *Am J Gastroenterol* 1991;86:619-21.
13. Karaca C, Turner BG, Cizginer S, Forcione D, Brugge W. Accuracy of EUS in the evaluation of small gastric subepithelial lesions. *Gastrointest Endosc* 2010;71:722-7.
14. Park JY, Baek JT, Lee DS, Nam SW, Ahn BM, Jeung SJ, et al. A case of gastric lipoma with early gastric cancer removed by subtotal gastrectomy. *Korean J Gastrointest Endosc* 2004;28:312-6. Korean.
15. Jung IK, Choi JK, Ahn JH, Park SH, Chae HS, Han JY, et al. Endoscopic removal of lipoma of the upper gastrointestinal tract. *Korean J Gastroenterol* 1993;25:1034-8. Korean.
16. Yoshida T, Fujisaki J, Suganuma T, Kasuga A, Okada K, Oomae M, et al. Successful en bloc resection of a 5 cm symptomatic sessile gastric lipoma by endoscopic submucosal dissection. *Dig Endosc* 2012;24:282.