

제 3 차 대한두경부 종양학회

- 연 제 초 록 -

1) 흉쇄유돌근을 이용한 이하선종양 적출술후 함몰기형의 치료

한양외대 성형외과

최 희 연 · 류 재 만

이하선종양은 비교적 드물어 신체의 종양중 1%를 차지하며 양성종양이 악성종양보다 많으므로 예후는 좋으나 이학적소견이나 임상적으로 나타나는 증상만으로 악성과 양성종양의 감별진단이 어려우며 천자생검이나 절개생검은 이하선종양의 의인성이시 때문에 재발율이 높아진다고 한다.

양성종양에서도 불분명한 피막, 종양의 다발성 병소, 잠재적 악성도 때문에 전엽절제술을 시행하므로써 재발율을 감소시킬 수 있으나 안면신경의 손상빈도는 증가하고 있다.

저자들은 1983년부터 만 3년간 본원에서 경험한 22예의 이하선종양환자에서 진단목적으로 사용한 sialogram, computerized tomogram, ultrasonogram과 Technitium-99m을 이용한 동위원소검사와 수술소견상의 차이점을 비교관찰 하였으며 이하선절제술후 절제부위의 함몰기형으로 인한 안면기형을 재건시키며 피하에 직접 노출되는 안면신경을 혈관분포가 풍부한 근육으로 덮어 주기위해 흉쇄유돌근의 일부를 전이시켰으며 술전·술후 근전도검사를 시행하여 근전이시킨 경우의 임상적소견과 근전도검사의 소견을 비교 관찰하였다.

근전이시킴으로써 술후의 함몰기형을 막을수 있었으며 미용적·기능적으로 만족할 만한 결과를 얻었기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

2) 전두동에 발생한 Mesenchymal Chondrosarcoma

(두개안면 절제술 및 유리피판 전이술에
의한 재건예)

국립의료원 성형외과

오 석 준

전두동에 발생하는 간엽연골육종은 극히 드물게 보고되어 있고, 재발 가능성이 높기때문에 광범위 절제술이 필요하다. 또한 대부분이 재발된 예에서 전두개와에 넓게 침범되어 있다.

전두개와에 침범된종양은 craniofacial approach에 의한 수술방법을 사용하여 절제할 수 있으며, 종양 절제후 경뇌막의 비강내 노출로 초래될 수 있는 뇌막염을 방지하기 위하여 galeal flap등의 여러가지 재건 술식이 이용된다. 저자가 경험한 예는 전두동에서 발생한 간엽 연골육종으로 일차 불완전 수술에 의한 재발 진행된 예였으며, 종양은 전체 전두개와의 약 2/3를 침범하였고 우측 안와내용, 좌우 사골동, 비골 및 전두골과 좌우 상악동 내측에 침범되어 있었다. 수술은 두피의 관상 절개와 안면의 정중 종절개하여 종양을 노출시킨후 우측 안와내용을 포함한 전체 종양을 절제하였다. 일부 경뇌막에 결손이 있었고 비강내 노출되었으며 우측 안와와 양측 상악동의 측벽이 비강내 노출되었다.

경뇌막 결손은 lyodura로 봉합하고 전두골 및 전두와의 골 결손은 Resin으로 대치하였다. 비강내 노출된 광범위 Resin과 우측 안면피부판 내측은 Free dorsalis pedis skin flap으로 덮어 주

고, 좌측 안와내용벽과 안면피부판 내측은 부분층 식피술로 덮어 주고 피부부를 봉합하였다.

저자는 전두개와 부위에 발생한 종양의 절제술과 재건술에 관하여 문헌고찰과 더불어 보고하는 바이다.

3) Embolization을 이용한 두경부 혈관종 및 동정맥 기형의 치험례

(Transarterial Embolization of Hemangioma and A-V Malformation in Head and Neck)

연세의대 성형외과

탁관철 · 박명철 · 박병윤 · 신극선 · 이영호

두경부의 혈관종이나 동정맥기형은 성형외과 영역에서 흔치 않은 질환으로 피부층으로부터 근육이나 골에 이르기까지 여러층에 걸쳐 나타날 수 있으며 양성질환이지만 기능적으로 문제를 일으킬 수 있고, 크고 깊게 위치한 병변은 광범위한 절제를 요하게 되어 안면부의 원상복구가 용이치않은 어려움을 초래할 수 있다.

특히 심한 출혈로 인하여 수술적인 완전절제가 불가능하고 지혈자체가 곤란한 경우가 있어 이를 극복하기 위한 방법의 하나로 선택적인 혈관조영술을 시행하여 주공급혈관의 혈류를 차단함으로써 수술시 출혈을 극소화 할 수 있고 병변자체의 치료법으로 시행할 수 있다.

저자들은 두경부에 발생한 2례의 혈관종 및 동정맥 기형환자에서 polyvinyl alcohol 미세입자 및 gel-foam을 사용하여 선택적인 micro-embolization을 실시하여 비교적 좋은 임상경험을 얻었기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

4) 대흉근 근피판을 이용한 경부재건술

국립의료원 성형외과

양 경 무 · 오 석 준

경부 악성종양, 특히 stage III, IV의 종양을 제거 할 때는 방만한 조직의 결손을 피할수 없기 때

문에 술자는 결손부 재건을 고려하게 된다.

경부 결손의 재건은 역시 단계적인 발전을 해왔는데, 초기에는 Bakamjian의 deltopectoral cutaneous flap 같은 피판이 이용 되었으나, 술후 피판의 괴사와 많은 양의 조직을 요할때 부피부족 등 때문에, 1970년대에 이르러 Brown, Ariyan 등이 pectoralis major 근피판을 보고한 이래로 경부 재건술에서는 이 대흉근 근피판이 가장 많이 이용 되어 왔다.

최근에는 미세수술의 발달과 함께 유리 피판술이 등장하여 그의 적합성이나 자유로운 부피의 선택에 탁월함이 있어 근 피판의 이용이 많이 줄어들고 있으나 대흉근 피판은 첫째, 안전한 피판이고, 둘째, 여러가지로 변형할 수 있는 다용도의 근피판이며, 셋째, 수술동안에 체위 변동이 필요 없어 동시에 두팀이 수술 할 수도 있고, 넷째, 공여부가 경부 악성종양의 전파경로와 관계 없고 다섯째, 근피판 자체가 경부 광청술시 제한을 주지 않으며 여섯째, 수술시간이 짧고, 비교적 기술적으로 손 쉬운 피판의 장점이 있다.

유리피판은 수술후 방사선 치료를 할때 시기를 지연 시킬 수 있고, 수술이 장 시간 요하는 경우가 많아서 유병율이 높아서 전신상태가 좋지 않은 경우에 선택에 지장을 주고 있다.

따라서 대흉근 근피판은 경부 재건술에 아직도 유용하고 안전한 좋은 피판이다.

이에 저자들은 1983년 1월 부터 1985년 12월 까지 stage III, IV 경부악성 종양 제거술후 대흉근 근피판을 시행한 8례를 임상분석후 문헌고찰과 함께 보고 하는 바이다.

5) 기공주위 재발후두암의 치험례 (Gastric Pull -up 을 중심으로)

연세의대 이비인후과

홍원표 · 임상빈 · 차몽철

연세의대 성형외과

탁 관 철

연세의대 일반외과

김 충 배

후두악성종양은 전체 악성종양중 약 2~5% 를