

제 15 차 대한두경부종양학회

■ 포 스타 ■

1

하인두암의 하인두 및 식도 재건술

김영모 · 조정일 · 김철호 · 이충재* · 허윤석**
인하대학교 의과대학 이비인후-두경부외과학교실,
성형외과학교실*, 일반외과학교실**

두경부의 진행암에 있어서 그 수술적 치료는 종양의 광역절제 뿐만 아니라 절제 후에 야기된 결손부위의 재건이 큰 비중을 차지한다. 특히 하인두부위의 종양제거 후 결손부위의 재건은 생명유지에 있어서 필수적인 식이섭취와 직접 관련이 되므로 종양의 완전한 절제 못지 않게 중요하다. 하인두 및 식도의 재건방법으로는 다양한 근피판들이 사용되어 왔으나 최근에는 조직학적 구조상 결손부위와 유사한 소화장기를 이용하거나 전박부의 유리피판을 주로 이용하는 추세이다.

1996년 6월부터 1998년 5월까지 하인두암으로 인후두절제술과 경부청소술 및 경부식도절제술 혹은 식도전절제술을 시행받은 환자 11례에서 reversed gastric tube술식(4례), 유리공장이식술(2례), 요골측 전박유리피판술(5례)을 대상으로 조사하였다.

결과적으로 11례 모두에서 피판은 과사없이 100% 생존율을 보였지만 reversed gastric tube술식에서 협착대로 개복술을 시행한 1례, 요골측 전박유리피판술에서 누공 1례, 출혈 3례 등의 합병증이 발생되었다.

reversed gastric tube술식은 식도전절제술을 시행한 경우 우선적으로 사용되었으며 유리공장이식술은 경부식도까지 절제한 경우에 전박유리피판술은 하인두를 절제한 경우에 사용하였다. 이중 reversed gastric tube술식과 유리공장이식술은 절제된 식도와 생리적으로 유사한 위장관을 사용하였다는 장점이 있었으나 개복수술을 병행함으로써 환자의 이환율을 증가시키는 단점이 있었고, 전박유리피판술은 피판의 조작성 간편

하고 혈관경이 안정되어 유용하였으나 누공과 출혈 등의 합병증이 발생하기도 하였다.

결론적으로 진행된 하인두암의 광역절제 후 발생하는 하인두와 식도 결손의 재건에는 원발병소와 진행정도, 술후의 결손부위 및 환자의 전신적인 상태를 고려하여 알맞은 술식을 선택하여야 한다.

2

두경부암의 수술에 의한 점막과 피부의 관통결손시 대흉근피판과 전박유리피판을 이용한 재건

이은수* · 박재형 · 채성원
정광윤 · 최 건 · 최중욱

고려대학교 의과대학 이비인후-두경부 외과학교실

배 경: 진행된 두경부암을 적출한 후에 발생한 구강 또는 인두 점막과 경부 또는 안면 피부의 관통결손의 재건에는 여러 가지 피판들이 사용되어 왔으며 이들의 유용성에 논란이 있다.

목 적: 두경부암으로 수술을 시행, 점막과 피부의 관통결손으로 대흉근피판과 전박유리피판을 동시에 사용하여 재건한 예들의 합병증 및 결과를 분석하고자 하여 이러한 재건술의 유용성을 찾고자 하였다.

대상 및 방법: 모든 예는 제 4병기의 편평세포암종이었으며 술전 및 술후 방사선치료를 각각 6례에서 시행하였다. 전박유리피판은 3례의 구강점막 결손과 2례의 구인두 점막 결손 및 관(tube)모양을 만들어 2례의 전후두인두적출술 후의 결손의 재건에 사용하였고, 골피부전박유리피판은 5례의 구강점막과 하악의 동시 결손이 있었던 환자에서 사용하였다. 대흉근피판은 7례의 안면 피부 결손과 5례의 경부 피부결손의 재건에 사용하였다.

결 과 : 모든 대홍근피판과 전박유리피판은 성공하였고 초기 합병증은 누공 3례, 대홍근피판의 부분괴사 1례 등 4례(33%)에서 발생하였으나 모두 극복되었고, 후기 합병증은 관찰되지 않았다. 추적관찰 중 5례는 술 후 12개월과 54개월 사이에 유병사망하였고, 현재 6례는 무병생존 중이며 1례는 유병생존 중이다.

결 론 : 두경부암으로 수술을 시행하여 점막과 피부의 관통결손이 발생한 예에서 전박유리피판과 대홍근피판을 동시에 사용한 재건은 1차 수술로 가능하고, 미용적으로도 비교적 우월한 유용한 재건방법으로 생각되었다.

는 대홍근피판술이 생존율이 높고, 기능 및 미용상 우수하므로 유용하다.

4

En bloc orbitectomy의 임상치험례

최희윤* · 백두흠 · 안희창 · 류재만 · 김영수**

한양대학교 의과대학 성형외과학교실,
신경외과학교실**

3

두경부 악성종양의 광범위 절제후 대홍근피판술에 관한 연구

엄재욱 · 조홍욱*

인제대학교 부산백병원 이비인후-두경부외과학교실

두경부에 발생한 진행된 악성종양의 치료는 종양의 근치적수술과 그 이후의 방사선요법이 기본적인 치료법이다. 근치적수술이후에는 원발부위에 결손이 생기게 되고 이로 인하여 재건술은 필수적인 과정이다. 이런 재건술의 방법으로는 여러 가지의 근피판술들이 사용되고 있다.

저자들은 1988년 4월부터 1998년 2월까지 부산백병원 이비인후-두경부외과에서 시행한 대홍근피판술 14례를 의무기록을 중심으로 후향적으로 연구하였다.

대홍근피판술의 대상으로는 구강암 7례, 하인두를 침범한 후두암 2례, 하인두암 2례, 이하선암, 경부연조직 결손, 인두피부누공의 경우가 각각 1례였다. 재건술 후 합병증으로는 피판의 전괴사 2례(14.3%), 부분괴사 1례(7.1%), 창상감염 4례(28.6%), 누공형성이 3례(21.4%)였으나 전괴사 2례를 제외하고는 수술 2개월 후 모든 피판은 성공적이었다(85.7%). 전괴사 2례중 1례는 술전 방사선치료를 하였던 경우이고 나머지 1례는 인두피부누공의 재건후 발생하였다.

구강, 하인두 및 후두암의 광범위 절제술후 재건술로

En bloc orbitectomy가 필요한 환자는 주로 누선(lacrimal gland)이나 안와(orbit)의 악성종양의 경우가 대부분으로 알려져 왔다. 특히 누선의 아데노이드 낭포성 종양(adenoid cystic carcinoma)의 경우 안면신경의 전두부 및 관골 분지의 일부가 누선을 통과하여 종양에 침범될수 있기 때문에 누선 부위의 피부 및 근육을 포함한 안와골 및 안와 내용물을 en bloc으로 전두골을 제거한후 두개강내 접근법을 통하여 제거해야만 재발을 피할 수 있다.

저자의 경우 이전에 눈썹절개(eyebrow incision)를 통한 누선의 아데노이드 낭포성 종양의 제거후 재발된 경우에서 전에 절개 하였던 피부를 포함한 광범위한 en bloc orbitectomy를 시행하여 추적관찰중에 있으나 재발없이 잘 회복되었다. 그러나 이러한 en bloc orbitectomy는 안와나 누선의 악성종양 뿐아니라 양성종양 특히 안검(eyelid) 안구(eyeball)를 포함한 전체 안와 조직에 광범위 하게 침윤된 신경섬유종증(orbital neurofibromatosis)의 경우 처럼 안와골 결손 부위로 뇌가 안와내로 탈출(herniation) 되어 박동성 안구돌출(pulsatile proptosis)등을 초래하는 경우에 시행할수 있다. 이러한 경우 두개외 접근법으로는 안와 내용물 제거가 용이 하지 않고 오히려 위험한 경우가 많다.

따라서 전두골을 제거한후 두개내 접근법을 통하여 탈출된 뇌조직을 안와로 부터 상부로 분리해내고 안와 내용물을 포함한 전체 안와를 시신경을 포함한 두개내 연결부위를 절단, 결찰 하여 제거함으로써 안와를 통한 직접적인 제거시 제한된 수술시야 확보 및 광범위한