

식도선낭포종양

— 치험 1예 —

임 승 균*

— Abstract —

Adenoid Cystic Carcinoma of the Esophagus

— A case report —

Seung Kyun Lim, M.D.*

Adenoid cystic carcinoma of the esophagus has been relatively an uncommon, slow growing tumor. A 51 year-old man patient had a tumor in the lower third of the esophagus which was incidentally found during an examination for UPPER G-I series, and resected successfully without Thoracotomy. The tumor exhibited a polypoid appearance covered by normal esophageal epithelium, localized entirely in the submucosal layer of the esophagus and morphologically identical to adenoid cystic carcinoma in the salivary glands.

서 론

Adenoid Cystic Carcinomg 는 타액선, 인후두, 호흡 기관 및 유선, 자궁경관등에 아주 잘 발생하는 종양으로 식도에는 매우 드문 종양이며 전 세계적으로 희귀한 증례로 여러저자들에 의하면 식도의 점막하조직의 점액선에서 발생한다고 보고하고 있다^{1,16}. 최근 침례 병원 흉부외과에서 51세된 남자환자에서 생긴 식도선낭포종양 1예를 치험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

김○○ (Hospital No. 360669)

환자는 51세된 남자로 간헐적인 상복부팽만증, 소화 불량증과 간혹 연하작용시 불쾌감을 주소로 1986년 8

월에 본원 흉부외과에 입원하였다. 건강한 생활을 유지해오다가 약 2~3개월전부터 증상이 나타나기 시작하였으며 연하곤란증상은 없었다. 처음 증상이 나타나 개인병원을 방문하여 정밀검사 즉 식도조영술 및 식도경을 하고 또 조직검사 결과 식도편평세포상피종으로 진단받고 저의 병원으로 전원하였으며 과거력과 가족력상에 특별한 문제가 없었다.

이학적 소견은 약간 허약해 보이는것 이외에는 정상인과 같으며 입원 당시 혈압 100/60, 맥박 64/min, 호흡수 24/min, 체온 36°C, 몸무게 71kg이고 신체 외부의 기형은 없었다.

임상병리검사소견은 혈액검사 및 출혈시간, 응고시간, 혈청전해질검사, 간기능, 뇨검사 모두가 정상이었다 (Hgb: 11.5gm/dl, WBC 7500/mm³, Platelet 253,000). X-선소견은 바륨식도조영술에서는 흉부식도하 1/3부위에서 점막에 충영결손이 있으며 원형형태로 보이고 충영결손 부위는 점막이 원형 및 스프스하고 울퉁불퉁한 경계는 없으며 위장조영술은 정상이었다 (그림1, 2).

수술소견은 식도위결함부에서 상부로 10cm에 병변이 위치하고 있으며 점막은 건강조직이고 점막하조직에 응

* 부산 침례병원 흉부외과

* Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Wallace Memorial Baptist Hospital, Busan

1987년 11월 13일 접수



Fig. 1. Preop chest P-A

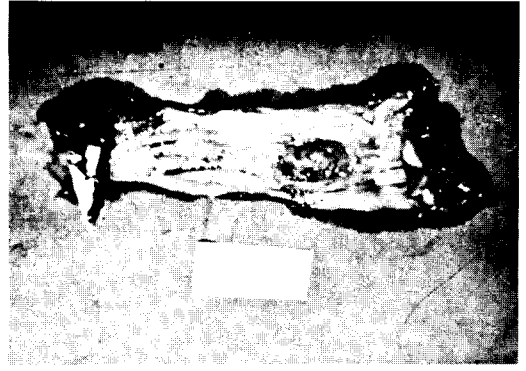


Fig. 3. Gross Finding



Fig. 2. Preop. Esophagogram

어리가 있고 근육조직층도 역시 건강조직이었다 (그림 3).

수술방법: 최근 몇년전부터 개흉술을 하지않고 식도위절제술을 시행하는 경우가 많아졌으며 특히 흉부식도하 1/3부위와 경부식도 및 흉부식도상 1/3 부위에 병변이 있고 주위조직에 전이현상이 없는 경우에 이런 방법을 사용한다.

먼저 수술전처치후 전신마취하에 앙와위 상태로 개복술을 한후 위(Stomach)에 분포된 혈관들중 Rt. gastroepiploic artery 과 Rt. gastric artery 만이 보존혈관으로 남기고 나머지 Lt. gastric artery, Lt. gastropiploic artery, Short gastric artery 를 차단하고 절단한후, 위장을 분리시킨후 식도위결합부위와 붙어

있는 횡경막을 넘피고 식도를 따라 상부로 후종격부위와 붙어있는 식도를 분할시키면서 쉽게 식도의 병변을 촉진할 수 있었으며 주위조직과 잘 박리되었다. 그후에 유문성형술(Heineke-Mikulicz type)를 시행후 십이지장을 Kocher's maneuver 하여 후복막으로부터 박리시킨다.

그다음 목의 좌측 흉쇄유돌근의 내측을 따라 사진으로 피부를 절개하고 좌측 경동맥과 내측경정맥의 앞쪽으로 박리한다. 이때 주의해야 될것은 좌측 성대신경에 손상이 없도록한다. 경부식도에 이르면 기관지와 분리시키고 Penrou drain 를 사용하여 식도를 견인하면서 식도를 따라 하부로 박리하면서 내려가 하부로부터 올라온 손과 만나게 되면 경부식도를 절단하고 절단된 하부식도에 긴 Penrou drain 를 연결하여 후종격부를 통하여 복부에서 식도위결합부위를 절개한 후 위의기저부를 후종격 부위를 통해 경부식도 부위까지 불러 2 layer 로 식도부위문합술(end to side)하였다. 경부까지 올린 위는 경척추주위에 있는 근육에 고정하고 수술부위는 Saline 로 세척하고 봉합한다(그림 6).

조직병리소견은 육안적으로 식도위결합부위에서 상부로 10.5cm에 있었고 식도점막하조직에 위치하고 암의 절단부위는 회백색으로 주위조직과 잘 구별되는 소결절이고 점막과 근육층은 정상이었다.(암의 크기는 $2.4 \times 1.9 \times 1.2$ cm). 현미경조직소견은 점막하조직에 국한되어 있으며 근육층에는 침범이 안되었고 점막의 상대층은 정상이었다. 암의 절단부위는 크고 작은 불규칙한 등우리(nests)로 되어 있고 다발성 선방 형태와 거낭관강으로 나타나고 있다(그림 4,5).



Fig. 4. Microscopic finding (Low view)

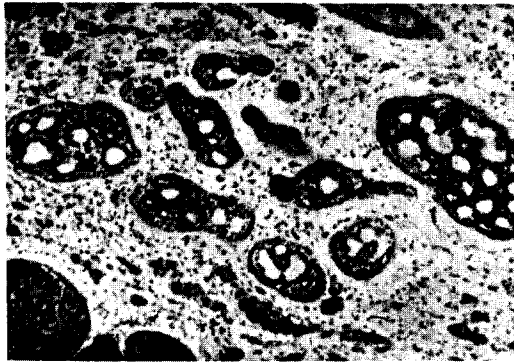


Fig. 5. Microscopic Finding (High view)

고 찰

1959년 Marcial Rojon 과 Vallecillo 등이 처음으로 보고한 이래 전세계적인 증례가 45례 보고된 상태이며¹⁰⁾ 50세에서 70세의 연령에서 발생되고 성별비율은 남자가 다소 많은 상태이지만 비슷하게 생긴다. Adenoid Cystic Carcinoma는 주로 타액선, 기관지, 유선, 피부 및 자궁경관, 외음문에서 발생하고 아주 드물게 식도에서도 발생된다¹¹⁾.

최근 일본에서 보고된 수술치료나 부검한 1,200 식도암 증례에서 non-squamous cell carcinoma가 5%를 차지하고 이 중에서 adenoid Cystic Caruoma는 2% 미만이었다.

주증상은 식도암과 비슷하여 연하곤란 체중감소가 나타나지만 본증례에서는 특별한 증상이 없었으며 단지 상 위복부가 거북한 상태와 소화불량등의 주소로 단순한 식도위조영술로 발견된 경우였다.

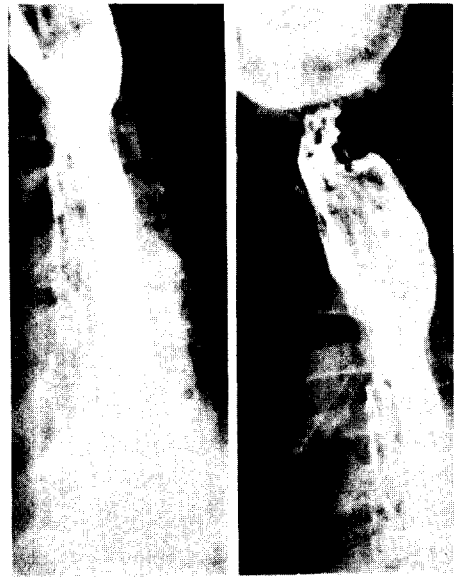


Fig. 6. Postoperative Esophagogram.

Azzopardi¹²⁾ 등은 이 Adenoid Cystic Carcinoma 을 adenocarcinoma의 종류로 분류하였으나 다른 저자들은 식도에서 발생함을 설명하는데 의심하고 있다. 또 adenoid Cystic Carcinoma는 위점막 혹은 식도의 원주세포층으로부터 발생되는 adenocarcinoma로부터 조직학적으로 분리 되어야 하고 그대신 식도의 점막선에서 발생됨을 주시해야된다.

1958년 Bergmann과 Charnas¹³⁾는 식도에 생긴 adenoid Cystic Carcinoma는 기관지관지의 원주세포 매우 비슷하기 때문에 식도에 태생학적으로 기관지의 rests가 형성되어 있어 이곳에서 종양이 발생되지 않나 하고 가정하는 경우도 있다.

Benisch와 Toker¹⁴⁾는 식도선낭포종양은 식도의 점막하조직에서 시작하여 점막하선의 유선관이나 선포에서도 발생한다고 했다. 이와같이 식도선낭포종양은 정상적인 식도점막에 의해 덮여 있어 포립양상으로 점막하조직에 국한되어 점막하조직에서 생기는것을 암시하고 병소부위는 다른부위같이 이소성 위점막이나 식도점막 내에 이상이 없이 정상적인 점막으로 형성되어 있다¹⁵⁾.

Adenoid Cystic Carcinoma가 발생하는 장기에 따라 조금씩 다르지만 타액선에 생기면 항상 악성종양이며 주위장기에 전이가 잘되며, 기관지에 생기면 서서히 커지면서 인접된 장기에 침윤되면서 결국 악성종

양이 된다. 피부에 생기면 항상 양성종양이고 외음
문에 생기면 최고악성종양으로 치료가 불가능하다.

식도선낭포종양은 타액선에 발생한 경우보다 전이율이
높아 광범위하게 증경부위, 폐, 간, 소뇌, 뼈, 연조
직까지 되어 그 예후가 좋지않다^{118,119}. 이와같이 식도
에 생긴 종양의 예후가 나쁘기 때문에 이에 치료 방안
으로 함압제 및 방사선치료가 필요하게 되는데 Budd와
Groppe¹²⁰에 의하면 환자 42~58%에서 전이율이 있
어 함압제 즉 5-FU, Adriamycin과 Mitomycin C를
사용하여 매우 좋은 결과를 보았다고 하였으며 Tannock
와 Sutherland¹⁰⁹는 5-FU를 처음 Single drug로 사
용하여 대부분 환자의 증상이 호전되었다고 한다. Pe-
tursson⁹¹에 의하면 폐와 좌측쇄골상과 부위까지 전이
된 증례로 먼저 방사선 치료(3000R)를 식도와 쇄골상
과 부위에 국소적으로 치료후에 Combination Chemo-
therapy로 Adriamycin(30mg/m²), mitomycin(10
mg/m²), 5-FU(500mg/m²)치료하여 폐에 전이된
nodule들이 progression되어 그후에 Cisplatin(50mg
/m²), Cyclophosphamide(500mg/m²), Vincristine
(2.0mg), 그리고 adriamycin(30mg/m²)를 two
Cycles로 사용한 후에 폐의 nodule이 완전히 regre-
ssion되었다. 결과적으로 전이율이 전체 증례 46명중
76%에서 발생하였으며 그 예후 역시 poor하고 1년생
존율이 단지 23%였다^{96,101}.

저자 역시 식도절제술후 함압제 및 방사선 치료를 하
였으며 그예후에 대해서는 계속적인 원격조사가 필요할
것으로 사료된다.

결 론

본침례병원 흉부외과에서 adenoid cystic carcinoma
of the esophagus 1례를 외과적인 치험을 하였기에 문
헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. Nelms, D.C. and Luna, M.A.: Primary adenocystic carcinoma (Cylindromatous carcinoma) of the esophagus. *Cancer* 29:440-443, 1972.
2. O'sullivan, J.P., Cockburn, J.S. and Drew, C.E.: Adenoid cystic carcinoma of the esophagus. *Thorax* 30:476-480

- 1975.
3. Pourzand, A., Freant, L., Levin, R., Peabody, J. and Absolon, K.: Primary adenoid cystic carcinoma of the esophagus: report of a case and review of the literature. *J Thorac Cardiovasc Surg* 69:185-189, 1975.
4. Raphael, H.A., Ellis, F.H., and Dockerty, M.B.: Primary adenocarcinoma of the esophagus: 18 year review of literature. *Ann Surg* 164:785-796, 1966.
5. Toshiyuki Kabuto, Kenzo Taniguchi, Takeshi Iwanaga, Toshio Terasawa, Motoya Sano and Ryuhei Tateishi: Primary adenoid cystic carcinoma of the esophagus. *Cancer* 43:2452-2556, 1979.
6. Sieurdur, R., Petursson: Adenoid cystic carcinoma of the esophagus. *Cancer* 57:1464-1467, 1968.
7. E.C. Sweeney, and T. Cooney: Adenoid cystic carcinoma of the exophagus. A light and electron microscopic study. *Cance* 45:1516-1525, 1980.
8. R.J. Vermeer, and H.M., Pinedo: Partial remission of advanced adenoid cystic carcinoma obtained with adriamycin. *Cancer* 43:1604-1606, 1979.
9. John Bell Thomson, Rodger C. Haggitt, and F. Henry Ellis: Mucoepidermoid and adenoid cystic carcinoma of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 79:438-446, 1980.
10. Ian F. Tannock, and Donald J. Sutherland: Chemotherapy for adenocystic carcinoma. *Cancer* 46:452-454, 1980.
11. Jonotham I. Epstein, Donald L. Sears, Roberta S. Tucker and James W. Eagan: Carcinoma of the esophagus with adenoid cystic differentiation. *Cancer* 53:1131-1136, 1984.
12. G. Thomas Budd, and C.W. Groppe: Adenoid cistic carcinoma of the salivary gland. *Cancer* 51:589-590, 1983.
13. Bergmann, M. and Charnas, R.M.: Tracheobronchial rests in the esophagus: Their relation to some benign strictures and certain types of cancer of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 35:97-104, 1958.
14. Benisch, B. and Toker, C.: Esophageal carcinomas with adenoid cystic differentiation. *Arch Otolaryngeal* 96:260-263, 1972.
15. Azzopardi, J.G., and Menziens, T.: Primary esophageal adenocarcinoma. Confirmation of its existence by the finding of mucous gland tumors. *Br J Surg* 49:497-506, 1962.
16. Suzuki, H. and Nagago, T.: Primary tumors of the esophagus other than squamous cell carcinoma: Histologic classification and statistics in the surgical and autopsied materials in Japan. *Int Adv Oncol* 3:73-109, 1980.