

우 폐문부에 발생한 Angiofollicular Lymph Node Hyperplasia

— 1례 보고 —

정 언 섭* · 김 창 수* · 정 종 화* · 박 성 달* · 이 재 성* · 조 성 래*
김 승 명* · 이 성 행* · 장 희 경** · 허 만 하**

— Abstract —

Angiofollicular Lymph Node Hyperplasia in The Right Hilum — report of a case —

E.S. Jeong, M.D.* , C.S. Kim, M.D.* , J.H. Jeong, M.D.*
S.D. Park, M.D.* , J.S. Lee, M.D.* , S.R. Cho, M.D.* ,
S.M. Kim, M.D.* , S.H. Lee, M.D.* , H.K. Chang, M.D.** ,
M.H. Huh, M.D.**

Angiofollicular lymph node hyperplasia is a relatively rare benign lesion. It develops most often in the mediastinum, but also it found in other area of the body, usually where lymph nodes are normally found.

There are histologically divided hyaline vascular type, plasma cell type and transitional type. The lesions were discovered most often on routine roentgenograms, and complete surgical excision is the treatment of choice.

Recently, the authors experienced a case of angiofollicular lymph node hyperplasia, transitional type, located in the right hilar area. The lesion was removed and the patient is in good condition postoperatively.

Now we report this case with review of previously reported literatures.

서 론

Angiofollicular lymph node hyperplasia는 1956년 Castleman 등이¹⁾ “Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma”라는 진단명으로 처음으로 발표한 이래 Castleman’s disease, lymph no-

dal hamartoma, follicular lymphoreticuloma, angiomatous lymphoid hamartoma, angiofollicular lymph node hyperplasia, benign giant lymphoma 등의 이름으로 많은 보고가 이루어져 왔다^{11,13,14)}. 이 질환의 호발 부위는 종격동이나 정상으로 임파절이 존재하는 곳이면 어디에서나 생길 수 있다^{2,4)}.

최근 고신 대학 의학부 흉부외과학 교실에서는 수술 후 병리 조직학적으로 진단된 우측 폐문부에 발생한 이행형(transitional form)의 angiofollicular lymph node hyperplasia 1례를 경험하고 임상적으로 다른 악성 종양과의 감별에 학문적 흥미가 있는 증례로 사료 되어 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

* 고신대학 의학부 흉부외과학교실
* Dept. of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Kosin Medical College
** 고신대학 의학부 해부병리학교실
** Dept. of Surgical Pathology, Kosin Medical College
1989년 7월 3일 접수

증 례

주소 및 병력: 환자는 25세 남자로 6개월전부터 간헐적인 우측 흉부 동통을 주소로 입원하였다. 위 주소 이외의 특별한 사항이 없었으며 과거력 및 가족력에도 특기할 만한 이상은 없었다.

이학적 소견 및 검사: 혈압 120/80 mmHg, 맥박 75/mm, 호흡 22/min으로 정상이었으며 흉부 청진상 특별한 소견은 없었다. 혈액검사상 Hb 14.5 g/100 ml, Hct 43%, WBC 4100/mm³으로 정상이었으며, 전해질검사, 간기능검사, 심전도검사, 기관지경검사, 간 및 골 동위원소검사에서 비정상 소견은 없었다. 입원 당시 흉부 단순 X-선촬영과 흉부 전산화 단층촬영상 우 폐문부에 약 4×6 cm 크기의 주위 조직과 경계가 명확한 종물이 발견되었다.

병리 조직학적 소견

육안 소견: 가검물은 피막에 잘 싸여진 결절상의 여러개의 종물들로 이루어져 있었으며 그 중 가장 큰 종괴는 4.0×3.5×2.8 cm이었다(정상 임파절 크기: 수 mm-(1-2) cm). 활면에서는 균질의 회백색의 미세한 과립상과 육질상 소견이 관찰되었고, 출혈 반점이 일부에서 관찰 되었다.

현미경 소견: 종괴들은 임파절 조직으로서, 정상 림프 소포들은 형질 세포의 침윤으로 인해 다수 소실되고, 잔류 소포들은 그 크기가 비교적 적으나 배중심에서는 모세혈관 증식을 볼 수 있었으며, 대부분의 혈관벽들은 초자질화가 일어나 두터워져 있었다. 부피질역에서는 성숙한 형질 세포의 미만성 침윤 소견을 볼 수 있었고, 일부에서는 초자질화된 섬유 조직이 관찰되었다.

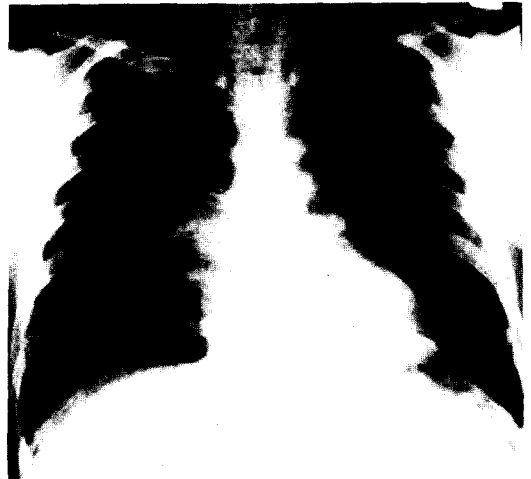
병리 조직학적 진단: Lymph node, lung, hilar, right, excision: Castleman's disease, transitional type.

고 찰

Angiofollicular lymph node hyperplasia는 양성 임파선 질환으로 모든 연령군에서 발생할 수 있으나 10대, 20대에 호발하며 성별에 따른 발생빈도의 차이는 없다²⁾. 단일성의 경우 종격동에 가장 흔히 발생하며 Anagnostou & Herrison 등에 의하면 흉부 60%, 경부

14%, 복부 11%, 액화부 4% 등의 순으로 발생하였고³⁾ 대부분 신체의 국한된 부위를 침범하나, 드물게는 다발성 또는 전신성(multicentric or systemic form)으로 신체의 여러 부위를 침범하기도 한다⁴⁾.

Keller 등은 병리학적 소견에 의하여 초자 혈관형(Hyaline vascular type)과 형질 세포형(Plasma cell type)으로 구분하였으며 이행형(Transitional type)이 보고되기도 한다⁵⁾. 초자 혈관형은 비후된 임파절에 작은 초자화 된 혈관이 많이 나타나고 주위 모세혈관의 증식이 특징이며 형질 세포형은 비후된 임파절과



1.



2.

Fig. 1 and 2. Chest P-A and Rt. lateral views. Mass shadow Rt. Hilar area.

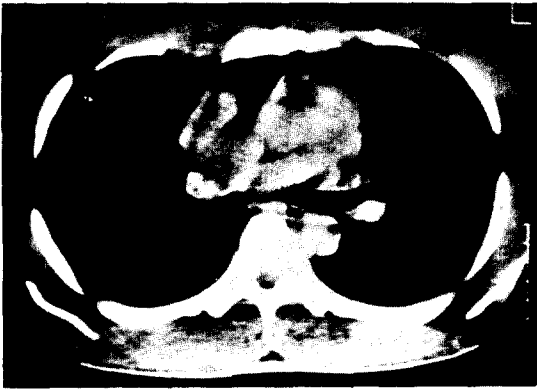


Fig. 3. Chest C-T finding reveals Rt. hilar area lobulated mass.



Fig. 4. Post-operative chest P-A view.

주위에 형질세포가 많이 침윤된 소견을 보인다. Keller등에 의하면 81례에서 약 90%정도가 초자 혈관형이었고 10%에서 형질 세포형이었다. 단일성인 경우에는 직경이 15cm이상 또는 그이상 크질 수 있으며, 90%이상이 초자 혈관형이고, 다발성인 경우는 대부분이 형질 세포형이다^{4,15)}.

임상증상은 종양 자체에 의한 압박증상외는 대부분에서는 특별한 증상이 없으나, 초자 혈관형의 약 3%, 형질 세포형의 약 반에서 발열, 발한, 피로감등을 나타내고, 빈혈, ESR 증가, hypergammaglobulinemia, hypoalbuminemia, 형질세포 증가증, 혈소판 증가증, 혈청내 철분 감소, alkaline phosphatase 증가등의 혈액학적 이상소견을 보이며 수술로 종양을 제거한 후에는 정상으로 회복이 된다 한다^{2,5,9,14)}. 이행형인 본 증례는 혈액학적으로 특기할만한 빈혈상을 보이지 않았다. 형질세포형에서 나타나는 빈혈은 대부분

normocytic normochromic으로 내과적 치료에 잘반응하지 않으며, 종양제거후 정상으로 회복되는데 이는 종양에서 분비되는 "anti-erythropoietic factor"가 원인이라 하였다⁶⁾.

Angiogliocular lymph node hyperplasia의 원인은 확실히 밝혀지지 않았으나, 어떠한 자극에 대한 림프절의 반응과정으로 믿고 있으며¹⁾, Keller등은 임파절 비후, 형질구 증가, 모세혈관 증식등과 발열, 발한등의 소견으로 만성 염증성 질환이라 하였으며²⁾, Weisenburger등은 Epstein-Barr virus capsid antigen에 대한 IgG의 증가로 이 virus가 원인이라 하였고 Gaba등도 염증 내지 면역성 질환으로 추정 하였다⁴⁾. 한편 Tung등에 의하면 불규칙한 lymphatic follicles와 임파절 사이의 혈관이 항상 나타나므로 림프절의 angiomatous hamartoma라 하였다¹⁶⁾. 형질 세포형과 초자 혈관형의 관계는 Flendring등에 의하면 중간형이 발견되는 것으로 보아 동일 질환의 과정으로, 대사

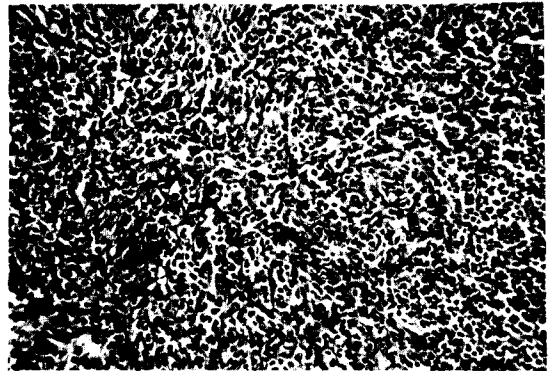


Fig. 5. Diffuse proliferation of plasma cells and capillaries in the interfollicular area. (X100)

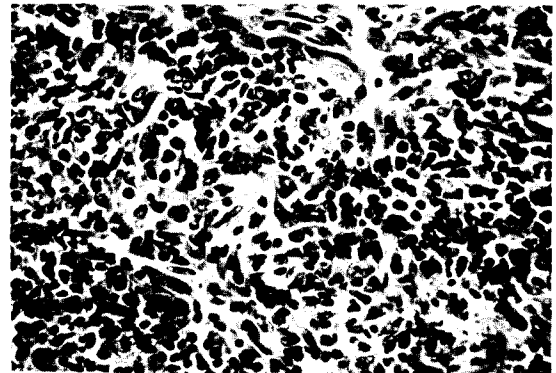


Fig. 6. Large germinal center shows proliferation of vessels with hyaline thickening of their wall. (X200)

가 활발한 초기 병변에서는 형질세포형이, 말기 병변에서는 초자 혈관형이 나타난다고 한다⁵⁾.

치료는 종양을 절제하는 것이 가장 좋은 방법이며, 형질세포형에서는 방사선 치료가 효과를 나타내기도 한다⁷⁾. 그의 화학요법, 부신 피질 호르몬제를 사용하는데도 있으나 그 효과는 확실치 않다.

결 론

25세 남자에서 우측 폐문부에 발생한 이행형(transitional type)의 angiofollicular lymph node hyperplasia 1예를 치험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. Castleman B, Iverson L and Menendez V: *Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. Cancer* 9:822-830, 1956.
2. Keller AR, Hochholzer L and Castleman B: *Hyaline-vascular and plasma types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. Cancer* 29:670-683, 1972.
3. Ackerman LV, Rasui J: *Surgical Pathology Vol 2. ed 5. P 953-954, 1974.*
4. Gaba AR, Stein RS, Sweet DL and Variabojis D: *Multicentric giant lymph node hyperplasia. Am. J. Clin Pathol* 69:86-90, 1978.
5. Flendrig JA: *Benign giant lymphoma: Clinico-Pathologic correlation study In Clark RL and Cumley RW(Eds): The Year Book of Cancer. Chicago, Book Medical Publishers, P 296-299, 1970.*
6. Burgert EO, Jr, Gilcrest GS, Fairbanks VF, Lynn HB, Dukes PP and Herrison EG: *Intraabdominal angiofollicular lymph node hyperplasia (plasma cell variant) with an antierythropoietic factor. Mayo Clin. Proc.* 50:542-546, 1975.
7. 김연진, 김귀연, 이도행, 박창윤: 거대 임파선 비후증. *Journal of Korean Cancer Research Association* 13:49, 1981.
8. 이현순, 심상정, 김용일, 이상국: 흉강의 맥관-여포성 임파계 조직 증식증위 여포성 섬유 교원성 색대를 수반한-서울의대잡지 14:3, 1973.
9. 진재근, 박위철, 유세영: 임파양 과오종 1예 보고. *대한흉부외과학회지* 12:2, 1979.
10. 김주희, 김희경, 지현숙, 양문호, 이재구: 흉곽내 거대 임파절 증식 1증례 보고 *대한병리학회지 제 31차 학술 대회 초록집* 13:353, 1979.
11. 이환, 홍승관, 한대희, 지재근, 김용일: 흉추강내에 발생한 Angiofollicular Lymph Node Hyperplasia 1예 보고. *대한신경외과학회지* 9:263, 1980.
12. 김학경, 오강열, 오용일, 김해강, 최은영, 이양근, 조중구, 최상임: Castleman병 (혈관 여포성 임파절 과형성) 1예. *대한내과학회잡지* 29:3, 1985.
13. 김응수, 이신영, 전석철, 홍은경, 이중달, 강정호, 지행옥, 김근호: Castleman 거대 림프절 증식증 2예 보고. *대한흉부외과학회지* 20:3, 1987.
14. 박현진, 이경주, 손경선, 김선영, 임승현, 서광선: 우폐문부의 Castleman병 1예 결핵 및 호흡기 질환 35:151, 1988.
15. Barotoli E, Massarelli G, Soggia G and Tanda F: *Multicentric giant lymph node hyperplasia: a hyper-immune syndrome with a rapidly progressive course Am. J. Clin. Pathol* 73.
16. Tung KSK, McCormack LJ: *Angiomatous lymphoid hamartoma. Cancer* 20:525, 1967.