

혼합종과 병존한 이하선의 악성 선암 그에

전남대학교 외과학교실
윤정한 · 제갈 영중

=Abstract=

Adenocarcinoma with Pleomorphic adenoma of the Parotid gland - A case report -

Jung Han Yoon, MD. and Young Jong Jegal, M.D.

Department of Surgery, College of Medicine, Chonnam National University

It is frequently difficult to assess the presence of malignancy in patients with parotid tumor, because of unreliable diagnostic tools and riskful preoperative biopsy.

In our case, a parotid adenocarcinoma and pleomorphic adenoma was revealed on permanent histologic section, which was made a impression as pleomorphic adenoma on preoperative Tru-Cut biopsy and intraoperative frozen section.

So, the most accurate diagnosis of the parotid malignancy is a complete removal of tumor tissue, accompanied with permanent histologic section.

I. 서 론

이하선 종양은 대부분이 양성이며 악성 종양은 20~35%를 차지한다. 양성 종양에 비해 악성 종양은 그 조직학 형태가 다양하고, 환자가 여러 병원을 전전하며 재발에 따르는 문제점들을 해결 하려는 경향때문에 그 경험이 한정되어 포괄적인 연구가 어려운 실정이다.

특히 악성 종양은 환자의 연령이 증가함에 따라 악성 변이의 위험도가 증가한다고 하며, 양성 종양이 악성 종양으로 변화하는 경우도 보고되고 있다.^{2, 8, 9, 12)} 저자의 경우도, 이하선의 양성 종양인 혼합종에 악성 선암이 병존하고 있는 그 예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고 하는 바이다.

II. 증 례

환자 : 조 ○ ○, 남자, 67세

주소 : 우측 이하부 종괴

과거력 및 가족력 : 특이 사항 없음

현병력 : 입원 5년 전부터 우측 이하부에 콩알만한 종괴가 축적되기 시작하여 최근 5개월여 동안에 커져 내원 당시에는 약 10×10cm 정도의 크기에 이르렀음.

이학적 소견 : 우측 이하부에 10×10cm 정도의, 단단하고, 고정된 무통성 종괴가 있었으나, 안면 신경의 마비에 따른 증상은 보이지 않았음.

검사 소견 : 일반적인 혈액검사, 간기능검사, 뇨검사등은 정상 범위였으며 흉부 X-선 검사나 심전도 검사도 특별한 소견이 없었음.

이하부에 실시한 초음파 검사에서는 비교적 잘 경계되어지고, 다엽성의 종괴가 불균등질을 보이면서, 정상의 이하선 조직일부를 상전방으로 전이시키고 있는 소견을 보였음(Fig 1).

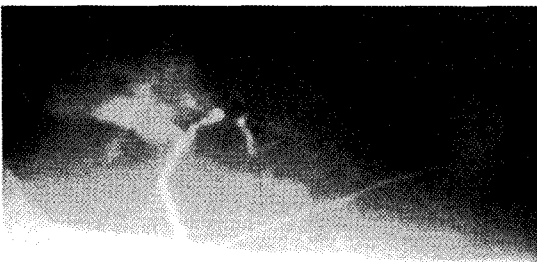


(Fig 1).

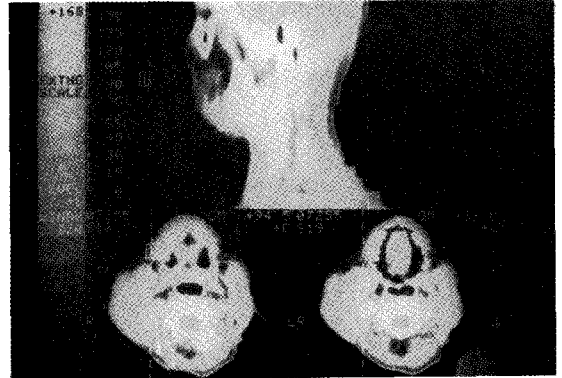
타액선 조영술에서는 이하선내의 관계(ductal system)가 소분지를 제외하고 전반적인 완만한 형태를 유지했지만 표재엽과 심엽에 걸쳐, 비교적 잘 분리되어 보이는 이하선내의 종괴를 보여 주었음(Fig 2).

경부 전산화 단층 촬영에서 우측 이하선의 표재엽과 심엽에 걸쳐, 분엽성의 불균질한 종괴가 있었고 주위 임파절 전이의 소견은 뚜렷하지 않았음(Fig 3).

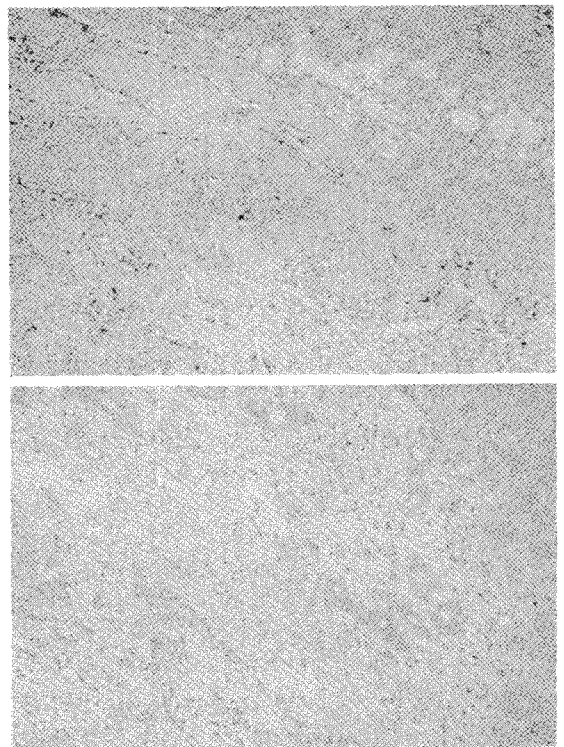
Tru-Cut 생검의 결과 양성 혼합종에 일치하는 소견으로 보고됨.



(Fig 2).



(Fig 3).



(Fig 4).

수술 및 치료 경과 : 입원 4일 째에 수술을 시행하였는데, 표재엽과 심엽에 걸친 종양이 흉쇄 유돌근 및 승모근까지 유착된 소견을 보였고, 경정맥 주위에 임파절이 축적되었음.

술중에 실시한 동결절편에서도 역시 혼합종에 유사하는 소견이 나왔으나 전이하선 절제술 및 경부임파선 청소술을 시행하였다.

술후 안면신경 마비의 증상이 나타나 대증요법을 실시하였고, 영구고정 표본에 대한 조직

학적 보고에서 혼합종과 고등도 악성 선암이 병존하고 있다는 소견과 주위 임파절 및 결체 조직에 전이가 있음을 확인하였다(Fig 4).
 술후 10 일 재에 퇴원 하였으나 계속적인 추적 관찰과 방사선 요법을 요구하였다.

Ⅲ. 고 안

Spiro 등¹⁷⁾이 분류한 악성 이하선 종양의 조직학적 형태에 따르면, 악성 점액성 편평상피 종양이 전체의 50%를, 악성 혼합종이 18%, 선종이 10%를 차지한다고 하였고, Rosenfeld 등¹⁴⁾은 선암이 34.8%, 악성 점액성 편평상피 종양이 23.2%를 차지하는 것으로 보고하였다. 그리고 Eneroth⁶⁾는 혼합종에서 악성 종양의 발생율을 1.5~4.1%라고 하였다. 흔히 이하선 종양의 임상적 진단은 이학적 소견으로도 충분하지만, 악성 종양과 양성 종양의 판별은 어려워 타액선 조형술, 초음파 진단술, 전산화 단층 촬영술도 제한된 정보만을 제공 할 뿐이다. 또한 수술전 생검은 심한 동통을 유발하고, 조직 파괴로 인하여 정확한 진단을 기대할 수 없으며, 자칫 종양 피막을 손상시켜 종양 세포의 전이를 일으키고 안면신경을 손상시킬 수도 있다^{2, 14)} Dunn⁵⁾은 천자 또는 절개생검을 한 경우, 재발율이 2배로 상승한다고 하였고 Spiro 등¹⁸⁾도 흡인생검의 진단적 가치를 부정하였다.

저자의 경우도 술전에 시행한 Tru-Cut 생검이나 동결절편에 의한 조직검사에서 모두 혼합종이라는 편협된 진단을 보였었다.

이러한 문제점 때문에 근치가 가능한 이하선 종양은 양성이나 악성을 불문하고 술전생검을 반대한다는 주장도 있다¹⁹⁾.

결국 가장 완전하고 적절한 진단은 종양의 완전한 적출과 함께 영구고정 표본에 의한 조직검사가 최선이며, 동결절편에 의한 진단은 병리학자의 능력이나 표본에 대한 친숙도와 아울러 적절한 조직 채취에 의해 크게 차이가 날수 있음을 알 수 있다.

악성 이하선 종양에서 안면신경 마비와 경부임파절의 축지는 예후의 불량함을 나타내는 중요한 소견으로 알려져 있다⁸⁾.

악성 종양의 26%에서 안면신경 마비를 보고하

고 있는데⁹⁾, 안면신경 마비가 있으면 전이율이 77%, 마비가 없으면 27%이고, 10년내 재발율 역시 안면신경 마비가 있으면 100%, 마비가 없으면 33%로, 안면신경 마비가 있는 환자의 평균 생존기간을 2.7년이라고 보고하였다⁶⁾. 그런데 Spiro 등¹⁷⁾은 안면신경 마비가 절제불가능의 적응증이 된다⁶⁾는 의견에는 이의를 제기하였다.

Spiro 등¹⁸⁾은 종양의 크기, 조양고정 및 궤양의 유무, 안면신경과 경부임파절의 상태 등을 고려한 변형된 TNM Clinical Staging System을 사용하여 치료방법과 예후를 제시하였다.

수술요법도 종양의 형태와 악성도에 따라 다양하게 선택 되어진다.

저등도 악성 종양인 선양낭포암과 저등도 악성 점액성 편평상피 종양이 포재엽에만 존재하고 안면신경 침범의 소견이 없다면 포재엽 절제술만으로도 충분하다고 하며, 드물게 심엽에 위치한 저등도 악성 종양의 경우에 Behrs 등³⁾은 전이하선 절제술 및 안면신경의 보존을 주장하였다.

고등도 악성 종양인 편평상피암이나 미분화암, 고등도 악성 점액성 편평상피 종양에서는 근치적 이하선 절제술이 최선으로 되어있으며, 안면신경이 전부 또는 부분적으로 침범된 경우에는 신경의 전부 또는 부분절제술을 시행해야 한다고 하였다¹⁹⁾.

조직학적으로 경부임파선에 종양침윤이 확인된 경우에는 임파선 청소술의 절대적인 적응증이 된다고 하였다. 그러나 경도, 중등도의 악성 점액성 편평상피 종양이나 포도상 선세포암은 임파절 전이가 비교적 드물어 임파선 청소술이 필요 없다고 하며, 침투성 선암과 편평상피암에서는 50%이상에서 임파절 전이가 발견 되므로 임파선 청소술을 시행하는 것이 좋다고 하였다¹²⁾.

특히 고등도 악성 암에서 예방적 임파선 청소술은 논란이 많은데, Perzik 등¹¹⁾은 임상적으로 침윤이 의심되지 않았던 예에서도 조직학적 전이가 50%에서 발견 되었다고 하였고, Rosenfeld 등¹⁴⁾은 악성 타액선 종양에서 광범위 경부임파선 청소술을 시행한 결과 70%에서 조직학적 침윤을 발견하여 예방적 임파선 청소술을 지지 하였지만 Hollander 등¹⁰⁾은 조직학적 침윤이 있었던 예에서 임파선 청소술을 시행하였던 경우와 침윤이 없어도 시행하였던 경우를 비교할 때, 재발율에 차이가 없었다고

보고하였다.

방사선요법은 수술요법의 보조적 시도이며 언제나 고식적이다.

Evans 등⁷⁾은 고등도 악성 점액성 편평상피 종양과 순수한 편평상피암에서 방사선요법의 효과가 일시적이지만, 의미있게 보고하였고, 절제 불가능한 재발성 암에서의 시도를 주장하였다.

Shidnia 등¹⁵⁾도 근치적 타액선 종양 수술후, 방사선치료를 시행한 결과 예후의 향상을 보였다고 했지만, 방사선 요법이 일시적인 병의 경감을 이룰 뿐, 장기간의 예후에는 영향을 미치지 못한다는 보고도 있다⁴⁾.

보조요법으로서의 화학요법은 대개 의의가 없는 것으로 알려져 있지만, Hydroxyurea를 이용하여 종양의 방사선요법에 대한 감수성을 높인 보고가 있으며¹³⁾, 수술과 방사선요법의 병행후 재발된 경우나 진행된 암에서 Adriamycin, Cyclophosphamide의 효과에 대한 보고¹⁶⁾도 있다. 결국, 악성 이하선 종양의 예후는 세포의 형태, 초진당시 질환의 단계, 그리고 적절한 치료법에 좌우되어지는데¹⁴⁾, Spiro 등¹⁷⁾은 임상적 단계가 종양의 조직학적 형태보다 예후에 더욱 확실한 영향을 미친다고 보고하였다.

일반적으로 이하선 악성 종양의 5년 생존율은 57%, 10년 생존율은 43%, 15년 생존율은 35%이고, 병리소견에 따른 생존율은 저등도 악성 점액성 편평상피종양이 86%, 고등도 악성 선암이 19%로 알려져 있다. 임상적 단계에 따른 생존율은 Stage I이 100%, Stage II가 65%, Stage III가 10%로 각각 보고되었다^{6, 17)}. 한편, Dunn 등⁹⁾은 저등도 악성 종양을 조기에 치료한다면 5년 생존율이 70~100%인데 비해 고등도 악성 종양은 적극적인 수술요법과 보조요법에도 불구하고 0~50%의 5년 생존율을 보였다고 하였다.

IV. 결 론

악성 이하선 종양을 치료함에 있어, 가장 정확한 진단은 종양의 완전한 적출과 영구고정 표본에 대한 조직검사에 근거한다.

본 레에서처럼 양성인 혼합종과 악성 선암이 공존하여 술전 생검이나 동결절편으로도 악성 종양의 확인이 어렵다면 술중, 임상적 단계의 소견으로

치료의 정도를 결정하는 것이 적절하다고 사료된다.

REFERENCE

1. Beahrs, OH., Woolner, LB., JW. and Devine, KD.: Carcinomatous Transformation of Mixed Tumors of the Parotid Gland, Arch. Surg., 75 : 605, 1957.
2. Beahrs, OH., and Chong, GC.: Management of the Facial Nerve in Parotid Gland Surgery. Am. J. Surg., 124:473, 1972.
3. Beahrs OH., Wooler LB., Carveth SW., Devine KD.: Surgical management of Parotid lesions. Arch Surg 80:890, 1960.
4. Connel HC, Evans JC: Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. Am J Surg 124: 519, 1972.
5. EJ Dunn, Tyler kent, James Ilines, et. al: Parotid neoplasms, A report of 250 cases and review of the literature. Ann Surg 184:500, 1976.
6. Eneroth, CM: Facial nerve paralysis. A criterion of malignancy in parotid tumors. Arch Otolaryngol 95:300, 1972.
7. Evans, JC: Radiation Therapy of Salivary Gland Tumors. Radiol. Clin., 35 : 153, 1966.
8. Friedman, EW. and Schwartz, AE.: Diagnosis of Salivary Gland Tumors. CA, 24:266, 1974.
9. Hanna Dc, Dickarson EL, et al: Management of recurrent salivary gland tumors. Am J Surg 132:458, 1975.
10. Hollander, L. and Cunningham, MP.: Management of Cancer of the Parotid Gland. Surg. Clin. North Am., 53:113, 1973.
11. Perzik, SL. and Fisher, B.: The Place of Neck Dissection in the Management of Parotid Tumors. Am. J. Surg., 120:355, 1970.
12. Rankow RM: Surgical decisions in the treatment of major salivary gland tumors. Surgery 51:514, 1973.
13. Richards, GJ., Jr. and Chambers, RG.: Hydroxyurea in the Treatment of Neoplasms of

- the Head and neck. A Resurvey Am. J. Surg., 126:513, 1973.
14. Rosenfeld L, Sessions DG, McSwain B: Malignant tumors of salivary gland origin: 37 year review of 184 cases. Ann Surg 163:726, 1966.
 15. Shidnia H, Hornback NB, Hamaker R, Lingenman R: Carcinoma of salivary glands. Cancer 45:693, 1980.
 16. Skibba JL, et al: Complete response of a metastatic adenoid cystic carcinoma of the parotid gland to chemotherap. Cancer 47:2543, 1981.
 17. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW: Cancer of the parotid gland. A clinicopathologic study of 288 primary cases. Am J Surg 130:452, 1975.
 18. Spiro R, Huvos AG, and Strong EW: Malignant mixed tumor of salivary origin. Cancer 39:388, 1977.
 19. Stell, PM, and Maran, AG.: Head and Neck Surgery, Philadelphia, J.B. Lippincott Co., pp. 381:428, 1972.