

## 이하선에 재발한 악성 혼합 종양 1례

조선대학교 의과대학 이비인후과학교실

김용기 · 이형근 · 문문만 · 도남용

= Abstract =

### A Case of Recurrent Malignant Mixed Tumor

Yung Ki Kim, M.D., Hyung Gun Lee, M.D.,  
Mun Mahn Moon, M.D., Nam Yong Doh, M.D.

*Department of Otolaryngology, College of Medicine, Chosun University*

Malignant mixed tumor of the parotid gland account for a very small number of the head and neck malignancies. Authors had experienced the recurrent malignant mixed tumor on 70 years old female patient. The first surgical removal was done before the 5years ago and at that time, histological diagnosis was the malignant mixed tumor. We had done the second operation, and histopathological diagnosis was malignant mixed tumor.

### 서 론

재발한 악성 혼합 종양은 대개 부적절한 일차 수술로 기인하며, 이는 이하선안에 안면신경의 존재때문에 불완전한 종양 절제가 원인인 경우가 대부분이다. 저자들은 이하선 악성 혼합 종양 진단하에 일차 수술후 5년뒤에 재발하여 이차 수술을 받은 환자를 경험하였기에 이에 문헌적 고찰과 함께 보고하는 바이다.

### 증 례

환 자 : 송○득, 70세, 여자.

주 소 : 환자는 41년전 이하선부에 종물이 발생하여 치료없이 지내다 5년전 내원시 우측 이하선부에 큰 종물이 만져지고 서서히 커지다가 간헐적인 압통과 급격한 크기의 증가로 내원하여 전적출술 시행후, 안면신경 마비외에, 특별한 증상

없이 지내다가 약 1년전 이하선부의 통증과 종물이 다시 발생되어 내원하였을 때는 성인주먹의 크기(14×12cm)의 견고한 종괴를 만질 수 있었다.

전신 소견 : 체격, 영양상태는 중등도, 혈액, 뇨, 간기능 검사 및 흉부 사진, 심전도 등은 정상이었다.

국소 소견 : 우측 이하선부에 촉진시 가로 14cm, 세로 12cm, 둘레 32cm 크기의 무동성의 견고한 종괴를 만질 수 있었으며 안면 마비 증세, 통증, 피부 침범등이 있었다.

타액선 조영술 소견 : 1차 수술시 제거되고 남은 주 이하선과 말단부가 이하선 부위에 발생한 거대한 연조직의 종괴에 의해 이동되어 있었다(Fig. 1).

전산 단층 촬영 소견 : 국소 임파절 전이와 함께 타액선 종양과 같은 경부 종물과 석회화 등의 소견이 나타났다(Fig. 2).

수술 및 경과 : 기관내 삽입에 의한 전신 마취

하에 이전 crease에 설골까지 절개후 병소에 접근했을 때 대이개신경, 안면신경, 외경정맥, 후안면정맥등은 보이지 않았다. 우측 악하선은 작은

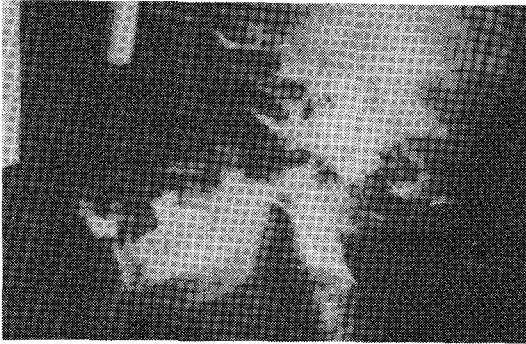


Fig. 1. Sialogram demonstration smooth curved ductal displacement.

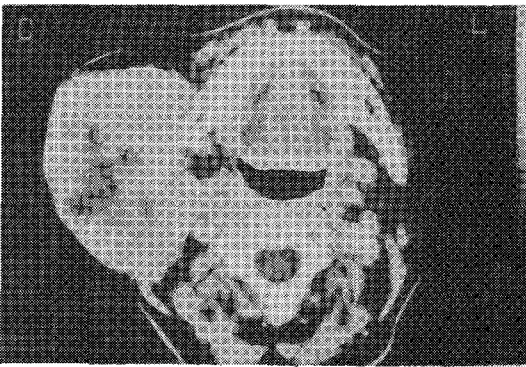


Fig. 2. CT scan of malignant mixed tumor of left parotid gland.



Fig. 3. Histopathologic finding of malignant mixed tumor.

달걀크기로 커져 있었으며 제거하였다. 종괴는 황적색을 띠고 있었으며, 그 크기로 가로 12cm, 세로 10cm, 두께 7cm, 무게는 350g 이었으며, 주위조직과 심한 유착으로 정사적인 해부학적 구조를 확인하기가 어려웠다. 종괴를 주위 조직으로부터 조심스럽게 박리하여 제거하고 parotid duct 쪽을 결찰 후, 봉합 부위에 hemovac을 넣고 압박붕대를 사용하여 dressing하였다. 봉합사는 수술 후 7일째 제거했으며 상처는 좋았으며 안면 마비 증세외에 환자 상태는 양호했으며, 술 후 병리조직학적 소견은 악성 혼합 종양으로 나타났다 (Fig. 3).

## 고 찰

혼합 종양이 최초로 임상적 의의를 갖게끔 체계화된 것은 1895년 Bilroth<sup>1)</sup>에 의하였다. 그 중 이하선 악성 종양중 혼합 종양의 비율은 Friedman<sup>7)</sup>에 의하면 11% 정도이다.

이하선 종양은 아주 재발이 흔하며 Hodgkinson and Woods<sup>5)</sup>의 보고에 의하면 27~38%가 재발한다고 보고하였다. 재발한 경우의 빈도는 Hanna<sup>9)</sup>에 의하면 전체 재발성 타액선 종양중 이하선에 발생하는 비율은 129예중 109예로 대부분을 차지하였으며, 이중 악성 혼합종은 109예중 7예로 6.4%를 차지하였고, 박등<sup>2)</sup>에 의하면 35예중 16예로 55%를 나타내었다. 또한 전이는 Spiro<sup>13)</sup>에 의하면 114예

중 12예로 19%을 차지하였다.

또 성별 분포는 Foote & Frazell<sup>5)</sup>은 여자에서 많이 발생한다고 보고하였고, 연령별 분포는 Skolnik<sup>12)</sup>에 의하면 60세 이상에서 63%이상이 발생한다고 보고하였다.

타액선 종양의 histogenesis에 대하여는 bicellular와 multicellular theory, 두개의 학설이 있다. 이 양자의 학설에서 악성 혼합종은 intercalated duct reserve cell에서 유래한다는 것은 유사하나, Bicellular theory에서는 혼합성 종양은 미분화된 intercalated duct reserve cell에서, multicellular theory에서는 분화된 intercalated duct reserve cell에서 분화된다는 점이 다르다<sup>5)</sup>.

임상 증상은 반복하는 무통성 종물이 악성이나 양성, 양자에서 가중 혼한 증상이다. Eneroth<sup>6)</sup>에 의하면 동통의 빈도는 양성시 5.1%, 악성시 6.5%로 그리 혼한 증상은 아니나, 이 증상은 위험한 증상으로 여겨지며, 안면신경 마비는 양성일 경우 나타나지 않았고, 악성일 경우만 나타나 악성을 암시하는 증상이며, 종물의 크기는 대개 1~8cm로 나타났다. 자발적인 안면신경 침범은 Conley<sup>4)</sup>에 의하면 34예중 2예를 보였다.

원격 전이는 Sadeghi<sup>11)</sup>에 의하면 약 18%에서 보고되었는데, 폐가 가장 많으며, 그 다음이 골 전이의 순 이었다.

진단은 sialogram, C-T scan, radionuclide imaging, ultrasonogram등을 시행하나 악성과 양성 구별이 어려워 확진은 생검에 의한다. 세침 천자는 그 정확도가 높아 95% 혹은 75% 이상이라고 보고되어 있으며, 그 합병증은 흔치 않으며 주위로의 파급이 Ferrucci, Sinner등에 의하면 단지 2예, 버지니아대학 연구에서는 800이상 예중 한예도 보이지 않았다고 보고하였다<sup>5)</sup>. 또한 Byrne등<sup>3)</sup>은 세침 천자 등은 좋지않으며, sialograpy와 CT scan의 combination이 좋다고 보고하였다. 개방 생검은 종양 피막손상으로 인한 전이 위험성, 안면신경 손상 등이 있을 수 있어 피하는게 좋다.

치료는 안면신경의 인지가 중요하며, 따라서 유양동 삭개술이나 수술 drill등으로 유양동의 끝을 제거하여, 주된 안면신경 trunk을 확인해야한다. 재발시 치료는 외과적 적출술을 요하는데, 이때 주의해야할 것은 안면신경, 실신경, 설하신경등이

침범될 수 있다는 점과, 경부 임프절이 침범되면 경부 광청술을 시행해야 하며, 주위 조직을 광범위하게 제거하고, 냉동 절편은 제거가 불완전하게 되는 것을 막기위해 의심되는 부위는 전부 실시하는게 좋다. 따라서 수술 전 종양의 침범 부위와 원경 전이등을 완전히 평가하는 것이 중요하다.

방사선 요법은 Gavin<sup>8)</sup>, McFarland<sup>10)</sup>, Taylor 및 Garcelon은 효과가 없으므로, 종양의 완전적출이 어려운 경우에 보조 요법으로 사용될 수 있다고 하였다. 화학 요법은 수술이 어려운 경우 사용되며, Suen<sup>14)</sup>등에 의하면 9예중 1예에서 완전 완해를 보였고, 2예의 부분 완해를 보였다고 보고하였다. 이때 MTX, cytoxan, Adriamycin, DDP등의 약물이 사용되었다.

수술 후 재발의 빈도는 Sadeghi<sup>11)</sup>에 의하면 처음 2년 동안 70%, 2~5년사이에 13%, 7~20년 사이에 18%을 보인다고 보고 하였다.

## 결 론

저자들은 이하선에 악성 종양으로 진단되어, 이하선 전 적출술을 받은 환자에서 5년후에 재발되어, 이차 이하선 전 적출 및 종양제거술을 시행한 1예를 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

## References

- 1) 강제하 · 정홍경 · 조진규 : 3차의 적출술을 받은 연구개 혼합종양 증례. *한이인지 10* : 113-116, 1967
- 2) 박윤규 · 설대위 : 악성 타액선 종양 114예의 임상 고찰. *대한두경부종양학술지 1* : 12-34, 1985
- 3) Byrne MN, Spector JG and Louis S : *Parotid masses, Evaluation, analysis, and current manegement. Laryngscope 98* : 99-105, 1988
- 4) Conley J, Hamaker RC : *Prognosis of malignant tumors of the parotid gland with facial paralysis. Arch otolarygol 101* : 39-41, 1975
- 5) Cummings CW, John MF and Lee AH, et al : *Otolaryngology head and neck surgery. 1027-1069, St Louis Toronto, CV Mosby 1986*
- 6) Eneroth CM : *Histological and clinical aspects of parotid tumors. Acta otolaryngology 191* : 1-15, 1964

- 7) Friedman M, Levin B : *Malignant tumor of the major salivary glands. Otolaryngologic Clinics of North America* 19 : 625-363, 1986
- 8) Gavin TF : *Mixed tumors of salivary gland origin occurring in the palate. Arch Otolaryngology* 59 : 204-220, 1954
- 9) Hanna DC, Dickason EL : *Management of recurrent salivary gland tumors. Am J Surg* 132 : 453-458, 1975
- 10) McFarland J : *Three hundred mixed tumors of salivary gland of which 69 recurred. Surg Gynec and Obst* 63 : 457-468, 1963
- 11) Sadeghi A, Hanson D, et al : *Major salivary gland tumors, Treatment results and prognostic factors. Laryngoscope* 96 : 1139-1144, 1986
- 12) Skolink EM, Friedman M : *Tumors of the major salivary gland, Laryngoscope* 37 : 843-861, 1977
- 13) Spiro RH, Harrison L and Geller NL, et al : *Carcinoma of salivary glands. Arch Otolaryngol head neck surg* 115 : 316-321, 1989
- 14) Suen JY, Johns ME : *Chemotherapy of salivary gland cancer. Laryngoscope* 92 : 235-239, 1982