

## 갑상선의 원발성 편평 상피 세포암 1례

고신대학교 의과대학 외과학교실, 병리학교실\*

김 중 규 · 장 희 경\*

= Abstract =

### Primary Squamous Cell Carcinoma of the Thyroid

Joong Kyu Kim, M.D., Hee Kyung Chang, M.D.\*

Department of Surgery, Pathology,\* Kosin Medical College, Pusan, Korea

Squamous carcinomas of the thyroid gland are extremely rare, and its clinical course is very aggressive.

It has poor prognosis, similar to that of anaplastic carcinoma. These tumors are radioresistant and often rapidly fatal.

It is considered to originate from the follicular epithelium at present.

Recently, authors had experienced 63-years old female patient, proved to be primary squamous cell carcinoma of the thyroid.

We report this patient with a review of a literature.

**KEY WORDS :** Primary squamous cell carcinoma · Thyroid.

### 서 론

갑상선의 편평 상피 세포암은 극히 드문 질환으로, 전 갑상선암으로 1% 정도를 차지한다<sup>1)9)</sup>.

임상적으로는 매우 급속히 진행되는 경과를 취하며, 방사선 저항성으로, 극히 불량한 예후를 특징으로 하며<sup>8)</sup>. 병리학적으로는 본 종양의 발생학적기원이 아직까지 명확하게 밝혀지지 않았으며, 단지 여포상피의 편평상피화생과 이차적인 암성변화로 추측하고 있을 뿐이다. 이에 저자들은 단기간에 급속히 커진 경부의 종괴를 주소로 입원, 수술한 원발성 갑상선 편평상피세포암 1예를 치험하고, 본 종양 발생의 희귀성과 갑상선내에서의 편평상피 세포암의 발생기원과 그 본태에 관한 학문적 흥미에 비추어 문헌고찰과 더불어 보고하는 바이다.

### 증 례

환 자 : 박○이 63세 여자.  
주 소 : 경부종괴 및 이로인한 애성 및 호흡곤란.  
과거력 및 개인력 : 5개월 전 경부종괴로 2개월간의 한약복용 담배 하루 1갑~20년.  
가족력 : 특이 사항 없음.  
현병력 : 내원 5개월 전, 경부 중앙에 밤톨만한 크기의 종괴를 발견하고, 약 2개월간의 한약 복용을 하였으나, 호전이 없고 오히려 3개월 전부터, 급속히 종괴가 커지면서 애성과 경한 호흡곤란, 음식을 삼킬 때 통증을 느끼게 되어서 본원을 내원함. 경한 두통과 수면장애 및 정서장애(불안증)와 3개월 동안에 4kg 체중감소가 있었음.  
이학적 소견 : 경부 중앙에 견고한, 이동성이 없

고, 압통이 없는 3×4×5cm의 종괴.

검사 소견: 혈액검사상 백혈구가 11400/mm<sup>3</sup>이었고 심전도상 이상소견 없었다. T<sub>3</sub>, Free T<sub>4</sub>, TSH는 정상 범위였고, thyroglobulin은 59.53ng/dl로 상승수치를 보였다.

Antithyroglobulin Ab }  
Antimicrosomal Ab } 는 음성이었고

갑상선 동위원소 검사(Tc<sup>99m</sup>)상 (Fig. 1) “좌엽 하부에 불규칙적인 cold nodular defect”

경부초음파 검사상(Fig. 2)

거대한 갑상선 종괴가 협부에 (3.2×3.7×4cm) 있고 양측 경부임파선이 2cm size로 보임. 양측의 남은 부위는 석회화를 시사하는 음영과 더불어, multiple strong echo non-homogenous echogenicity”.

경부의 전산 단층 촬영상(Fig. 3).

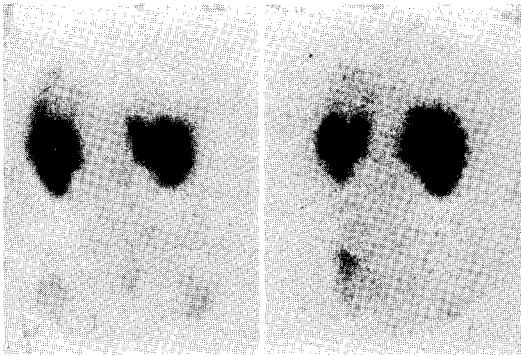


Fig. 1. Technecium thyroid scan, showing irregular cold nodular defect.

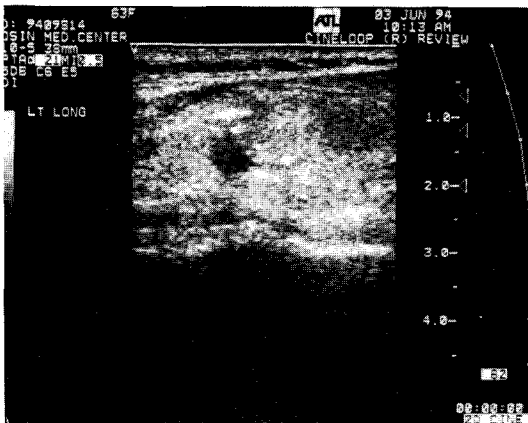


Fig. 2. Ultrasonography showing large thyroid mass located in the isthmus portion.

종괴가 fascial plane에 유착되어 있고, 혈관 및 경부근육에 근접해 있는 양상이며, 기도가 후방전위되는 모양을 나타내며, 우측 심부 경부 임파절이 커져 있다. 요약하면, 우측 심부 경부 임파절을 가진 갑상선암이 종괴 효과로 기도를 협착시키고 있으므로, 기도침범을 배제할 수 없는 상태

후두경 검사: 술전 성대 검사 결과, 우측 반회 후두신경의 침범이 부분적으로 된 것으로 추정.

수술 소견: 전갑상선이(협부를 제외한) 견고하며(5×8×4cm) 위로는 Thyroid notch 밑으로는 sternal notch까지 종괴가 있고 측방으론 후두와 기도 일부의 측면에 견고하게 고정, 유착되어 있고 특히 우측은 전혀 mobility가 없었다. 협부에 4×5×4cm 정도의 견고한 종괴가 돌출되어 기도를 압박하고

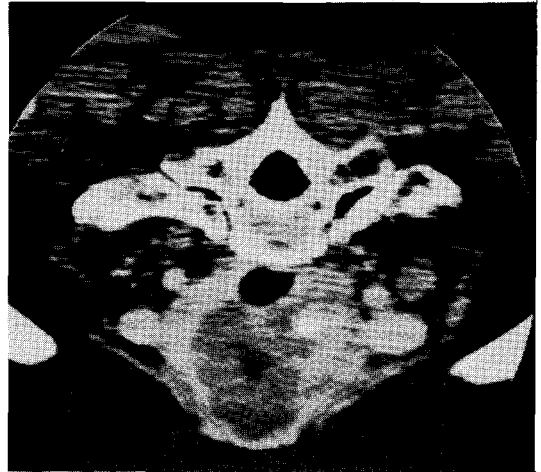


Fig. 3. CT showing huge mass with tracheal invasion, probably.

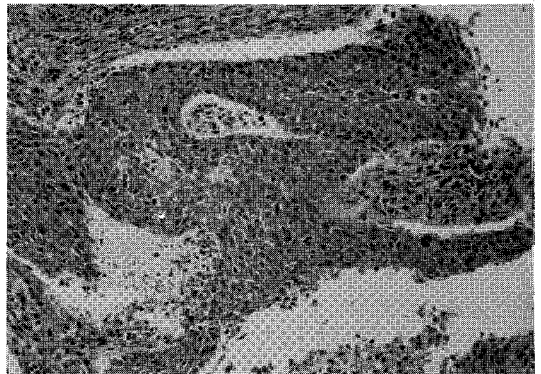


Fig. 4. The tumor showing moderately-differentiated squamous cell carcinoma(×200, H-E).



Fig. 5. Blood vessel invasion of anaplastic tumor cells in the non-neoplastic thyroid parenchyma( $\times 200$ , H-E).

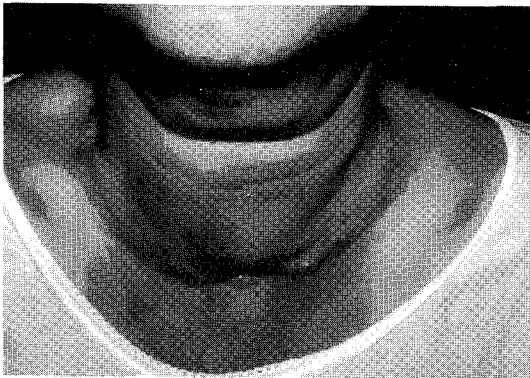


Fig. 6. Postoperative appearance after debulking of central protruding mass.

있음. 실질속에서 뼈조직양상의 석회화유사 조직이 산재되어 있었다.

수술: Curvilinear Kocher's incision하 협부의 돌출된 종괴를 debulking with partial resection of invaded strap. m.

수술후 경과: 수술후 애성과 호흡곤란은 많이 호전되었고 술후 4일째 절개창 중앙부의 seroma 생겨서 drainage 하였으며, 술후 조직검사 결과 중등도 분화의 편평상피세포암으로 나왔으며 인접한 갑상선 실질의 혈관과 갑상선 피막의 종양세포의 침습도 관찰되었다(Fig. 4, 5).

방사선 치료와 항암화학요법(정주)을 거부하여, 술후 7일째부터 갑상선 호르몬과 5Fu 제제 경구용 항암제를 투여하였고 술후 9일째 퇴원하여, 큰 불편없이 통원 치료 중 술후 1개월째 Cisplatin과 5Fu의 복합항암화학요법으로 치료중이다.



Fig. 7. Postoperative appearance after debulking of central protruding mass(lateral).

## 고찰

갑상선의 편평상피세포암은 극히 드문 종양으로서 갑상선 모든 종양의 대략 1%를 차지한다<sup>11)</sup>. 갑상선의 원발성 편평상피세포암은 발생기전에 대해서는 갑상선내의 갑상선관, 흉선, 최종기관지체(ultimobronchial body)등의 발생학적 잔유물에서 기원한 편평상피세포, goiter등의 비악성 질환에서의 편평상피화생, 분화성 혹은 미분화성 갑상선암의 편평 상피 세포암으로서 분화등<sup>6)13)4)3)</sup>에서 기인한다는 여러 견해가 있다.

본 종양의 감별진단에 있어, 폐, 기도, 식도 등<sup>2)7)</sup> 다른 장기에서 갑상선으로 전이했을 가능성을 배제하는 것이 매우 중요한 데 본 증례에서는 술전에 후두경, 내시경, 흉부X선 촬영등에서 특이소견은 관찰되지 않았으며, 술후 전신적인 검사에서도 다른 장기에서의 병소는 관찰되지 않았다.

본 종양은 임상적으로 수술 당시에 이미 대부분의 환자들에서 기도, 식도, 주요 혈관이 침범된 상당히 진행된 상태를 나타내며, 원격전이 특히 폐전이가 진단시 흔히 발견된다.

Simpson<sup>15)</sup>등도 8명의 환자들 중에서 2명이 폐에 전이되었다고 보고하였으며, 본 증례에서도 술전 컴퓨터 단층촬영에서 기도로의 침범가능성을 시사하였으며, 조직검사에서 혈관 침범 소견을 보였다.

대부분의 문헌들에서 종양의 일부에서 편평상피 세포암과 유두상암, 여포성암, 미분화성암 등<sup>5)10)</sup> 다른 종류의 암이 공존하는 경우를 보고하였는데, 본 증례는 타종류의 암이 관찰되지 않은 편평상피

세포암만이 관찰되었다.

Simpson<sup>12)</sup>의 경우는 8명의 환자 중에서 모든 예에서 종양의 직경이 2내지 3cm이지만, 주위조직과 구조물에 종양이 침범되어 있었다. 이러한 특성 때문에 대부분 증례에서 완전 절제가 불가능하고, 부분 절제가 가능하며 Simpson의 경우는 8명중 2명에서 부분절제가 가능하였다.

본 증례에서도 strap. muscle과 주위 혈관 구조물(Int. Jugular Vein)에 직접적으로 침범되어 debulking 술식을 시행하였다. Simpson등은 수술만이 이 질환의 적합한 치료가 되지 않는다고 하였으며, 수술한 5명중 4명이 재발하여 진단후 수개월 이내에 사망하였다고 하였다. 일부에서 술후 방사선 치료 및 항암 화학요법을 함으로써 생명의 연장이 있었으나, 큰 도움이 되지 않았다.

Harada<sup>13)</sup>는 4명의 환자에게 bleomycin을 투여했으나, 전혀 반응이 없었으며, Shimaoka<sup>3)</sup>와 Tsukada는 Nitrogen mustard, Vincristine, AB-132, Adriamycin 등을 단독요법으로 시도하였으나 전혀 반응이 없었다. Saito<sup>8)</sup> 또한 Adriamycin 투여로 전혀 도움을 받지 못하였다고 보고하고 있다.

병리학적으로는 종양의 조직학적 분화의 정도가 환자의 임상 경과 및 생존 유무에 전혀 영향을 미치지 않는다<sup>12)</sup>는 보고가 있으나 그 증례수가 희귀하여 단정적인 결론에 도달함은 무리가 있다고 하겠다.

## 결 론

갑상선의 편평상피세포암은 극히 드문 질환이며, 갑상선의 다른 aggressive neoplasm과 구별할만한 임상적 특징이 없고 종양의 전절제술은 드물며, 그러나 전절제술후 radical radiation therapy의 추가로 치유 가능할 수도 있다.

저자들은 최근 갑상선의 원발성 편평상피세포암에서 Debulking 술식으로 치유한 1례를 치험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

## References

1) Li Volsi VA, Merino MJ : Squamous cells in the human thyroid gland. *Am J Surg Pathol* 133-140,

1978  
2) Case records of the Massachusetts General Hospital, Case 29. *N Engl J Med* 293 : 186-193, 1975  
3) Shimaoka K, Tsukada Y : Squamous cell carcinoma and adenosquamous carcinoma originating from the thyroid gland. *Cancer* 46 : 1833-1842, 1980  
4) Kapoor VK, Sharma D, Mukhopadhyay AK et al : Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland : A case report. *Jpn J Surg* 15 : 60-62, 1985  
5) Miyauchi A, Kuma K, Matsuzuka F, et al : Intra-thyroidal epithelial thymoma : an entity distinct from squamous cell carcinoma of the thyroid. *World J Surg* 9 : 128-135, 1985  
6) Lee JR, Vohman MD, Pendergrast WL : Squamous cell carcinoma of the thyroid gland *J Med Assoc Ga* 69 : 755-758, 1980  
7) Goldman RL : Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland. *Am Surg* 30 : 247-252, 1964  
8) Tanekazu Harada, Katsutaro Shimaoka, Kazuhiro Yakumaru : squamous cell carcinoma of the thyroid gland-transition from adenocarcinoma *Journal of Surgical Oncology* 19 : 36-43, 1982  
9) Saito K, Kuratomi Y, Yamamoto K, et al : Primary squamous cell carcinoma of the thyroid associated with marked leukocytosis and hypercalcemia. *Cancer* 48 : 2080-2083, 1981  
10) Segal K, Sidi J, Abrabam A, et al : Pure squamous cell carcinoma and mixed adenosquamous cell carcinoma of the thyroid glad. *Head Neck Surg* 6 : 1035-1042, 1984  
11) A Prakash SC, Kukreti MP, Sharma : Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland. *International Surgery. Vol 50, No 6, 538, 1968*  
12) Simpson WJ, Mckinney SE : Canadian survey of thyroid cancer. *Can Med Assoc J* 132 : 925-931, 1985  
13) Harada T, Shimaoka K, Yakumaru K, et al : Squamous cell carcinoma of the thyroid gland : Transition from adenocarcinoma. *J Surg Oncol* 19 : 36-43, 1982  
14) Budd DC, Fink DL, Rashti MY et al : Squamous cell carcinoma of the thyroid. *J Med Soc NJ* 79 : 838-840, 1979  
15) W John Simpson Jack Carruthers : squamous cell carcinoma of the thyroid gland. *The Am J Surg Vol 156 : 44, 1988*