

종격내시경을 이용한 기관지성 낭종절제술 치험 1례

변정욱* · 김정철* · 이신영** · 이홍섭* · 김창호*

=Abstract=

A Bronchogenic Cyst Treated by Mediastinoscopy -A case report-

Jeong Uk Beon, M.D.*, Jeong Cheoul Kim, M.D.*, Shin Yeong Lee, M.D.**,
Hong Sup Lee, M.D.*, Chang Ho Kim, M.D.*

Medstinoscopy has been used in the diagnosis for detection of mediastinal lymph nodes invasion by bronchogenic carcinoma and metastatic cancer. A 19-year-old male complained of chest discomfortness and dysphagia. A chest roentgenogram showed, the right paratracheal mass. Computed tomography findings were consistent with a diagnosis of bronchogenic cyst, and excision of cyst was accomplished via the mediastinoscopy thus avoiding thoracotomy.

(Korean J Thorac Cardiovasc Surg 1996; 29:789-91)

Key words : 1. Bronchoeinc cyst
2. Mediastinoscopic treatment

증 례

환자는 19세 남자로서 1주일 전부터 갑자기 발생한 우측 흉통과 어깨에 동통, 연하곤란으로 개인의원에서 치료하여 통증은 소실되었다. 그러나 치료 중 갑자기 쉼 목소리와 기침이 동반되었다. 개인의원에서 단순 흉부엑스선 사진과 흉부 전산화 단층촬영상 종격동 종양으로 진단되어 전원되었다. 내원시 이학적 소견상 호흡음은 정상이었고 검사실소견도 모두 정상이었다. 단순 흉부엑스선 사진상 기관 우측에 난원형 종괴가 보였으며(Fig. 1), 흉부 전산화 단층 사진에서 종괴는 2×4cm 크기로 난형 저음영으로 우측 주기관지 상부에 있었고 종격동 림프절 비대소견이

나 흉벽침윤소견은 없었다(Fig. 2). 식도조영술 사진은 정상이었다.

이상의 결과 기관지성 낭종으로 진단하고 종격내시경에 의한 절제술을 시행하였다. 흉골상절흔에 4cm의 피부를 절개하고 기관을 따라 종격동에 접근하였다. 낭종은 기관과 우측 총경동맥 사이에 있었다. 반회후두신경의 손상을 방지하기 위해 기관에 근접하여 종괴를 박리하였고 종괴를 천자하여 장애성 내용물을 뽑아 박리를 좀 더 용이하게 하였다. 낭종의 하부는 유착이 심하여 완전히 절제하지 못하여 세포의 파괴를 위해 전기소작을 하였다.

종괴의 병리조직학적검사 소견은 가중층섬모원주상피로 된 기관지성 낭종이었다(Fig. 3).

* 인제대학교 의과대학 흉부외과학교실 서울 백병원

* Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Seoul Paik Hospital, College of Medicine, Inje University, Seoul, Korea.

** 인제대학교 의과대학 흉부외과학교실 상계 백병원

** Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Sanggye Paik Hospital, College of Medicine, Inje University, Seoul, Korea.

논문접수일 : 96년 1월 9일 심사통과일 : 96년 2월 23일

통신저자:이신영, (139-207)서울시 노원구 상계7동 761-1, Tel(02) 950-1043, FAX (02) 938-4109

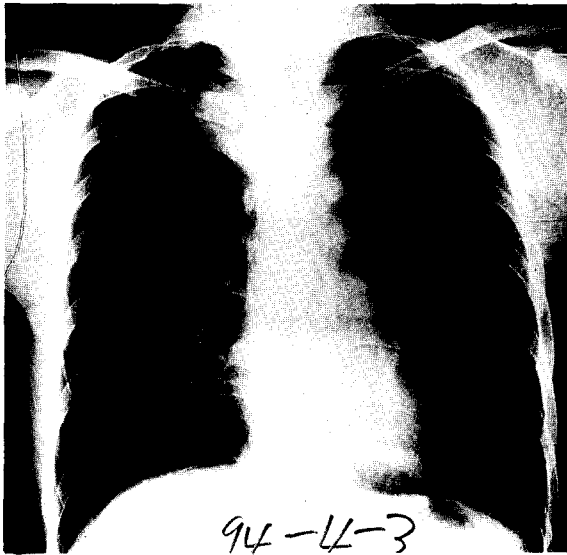


Fig. 1 Preoperative simple chest PA

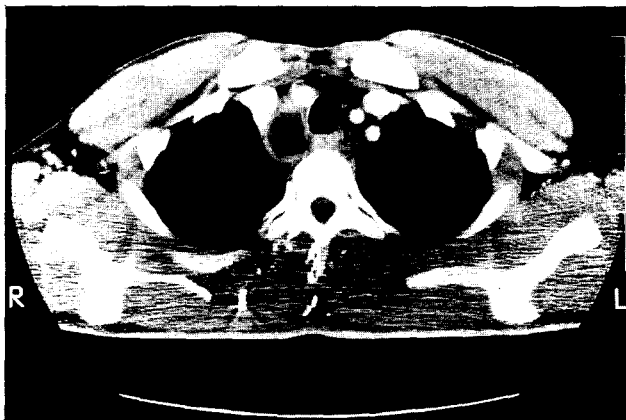


Fig. 2. Preoperative chest CT

환자는 수술 후 10일째 특이한 합병증 없이 퇴원하여 양호한 상태로 외래 추적관찰 중에 있다.

고 찰

기관지성 낭종은 태생기 폐아가 발육하는 과정에서 떨어져 나온 세포들의 집단을 이루는 폐발육의 선천성 기형이다. 이는 주로 중격동내에서 발생하고 중격동 종양의 5~10%이고 극소수는 폐장내에 존재하며 양성이다. 대부분의 환자는 증상이 없어 정기 신체검사시 단순 흉부엑스선 사진상 우연히 발견된다. 임상증상은 낭종의 위치 및 주위장기와 연관관계에 따라 다양하다. 낭종이 크면 기관, 기관지, 식도, 상공정맥, 심장, 폐동맥 등을 압박하여 이들



Fig. 3. The bronchogenic cyst is lined by pseudostratified ciliated columnar epithelium

에 따른 증상을 나타낼 수 있다¹⁾. 염증은 낭종과 기관지가 연결이 있는 경우 발생하여 발열, 기침, 흉통 등의 증상을 보인다²⁾.

이의 진단은 단순 흉부엑스선 사진, 흉부 전산화단층 사진, 흉부 자기공명 사진 등으로 한다. 경피적 천자는 진단 목적으로 시행되며 낭종내 내용물이 열으면 치료를 위해 이용하나 재발이 잘 된다³⁾. 낭종이 확진되고, 합병증의 위험, 낭종이 커짐에 따라 주위장기의 압박성 증상, 악성화 가능성, 악성종양과의 감별이 요구되면 완전한 외과적 절제를 시행한다^{4~6)}.

중격동 낭종의 치료방법은 개흉술, 흉강경, 중격내시경을 이용한 절제술 등이 있다.

개흉술에 의한 낭종 절제는 진단적 및 치료적 가치가 있고, 중격동구조 심한 유착이 없는 한 낭종의 완전절제로 재발의 가능성을 배제할 수 있다⁴⁾. 그러나, 낭종이 중요한 중격동 구조와 인접하여 유착이 있어 완전절제가 어려우면 부분절제와 상피세포의 파괴가 고려되어야 한다⁷⁾.

최근에는 흉강경을 이용한 중격동 종양의 절제가 시술되고 있다.

중격내시경을 이용한 중격동낭종 절제술은 1966년 Pursell이 처음 보고하였으나 아직 충분한 연구가 이루어지지 않아 이용에 제한성이 있으며 기술적인 방법은 아직 논란의 여지가 많다⁸⁾. 중격동 낭종이 기관과 인접하여 중격내시경이 도달할 수 있는 범위내에 있으면 중격내시경을 이용하여 부분 및 완전 절제가 가능하다. 그러나 기관지성 낭종의 경우처럼 불완전한 절제가 문제일 수 있으나 낭종의 재발빈도는 개흉술에 의한 절제시와 유사하다고 한다⁸⁾.

양성 중격동 낭종으로 판명된 환자에서 선택적으로 중

격내시경을 이용하면 고전적 개흉술보다 안전하고 효과적으로 절제할 수 있다. 이의 장점은 상흔이 적으며, 미용적인 문제, 간단한 미취, 개흉술이 필요 없는 등의 장점이 많다. 앞으로 종격내시경을 이용한 낭종절제 술기의 숙지와 수술의 적용범위에 대하여 더욱 연구되어야 하겠다.

저자들은 종격내시경을 이용하여 기관지성 낭종을 절제하고 낭종의 하부는 기관과유착이 심하여 완전히 절제하지 못하여 세포의 파괴를 위해 전기소작을 하였기에 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. Suen HC, Mathisen DJ, Grillo H, et al. *Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cysts*. Ann Thorac Surg 1993; 55: 476-81
2. Heller JA, Golladay ES, Pickard LR, Tepas JJ, Shoter NA, Shermeta DW. *Surgical management of lung bud anomalies, lobar emphysema, bronchogenic cyst, cystic adenomatoid malformation, and intralobar pulmonary sequestration*. Ann Thorac Surg 1979; 28: 33-43
3. Whyte MKB, Dollery CT, Adam A, Ind PW. *Central bronchogenic cyst: treatment by extrapleural percutaneous aspiration*. Br Med J 1989; 299: 1457-8
4. St-Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, et al. *Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult*. Ann Thorac Surg 1991; 52: 6-13
5. Prichard MG, Bown PJE, Sterrett GF. *Bronchioloalveolar carcinoma arising in longstanding lung cysts*. Thorax 1984; 39: 545-9
6. Bolton JWR, Shahian DM. *Asymptomatic bronchogenic cysts: what is the best management?* Ann Thorac Surg 1992; 53: 1134-7
7. Barman AA, Moideen AS, Chaudhry SS, Reich D. *Laceration of the left pulmonary artery during removal of a bronchogenic cyst by right thoracotomy*. Chest 1991; 100: 267-8
8. Urchel JD, Horan TA. *Mediastinoscopic treatment of mediastinal cysts*. Ann Thorac 1994; 58: 1698-701

=국문초록=

환자는 19세 남자로 1주일 전부터 갑자기 발생한 우측 흉통과 어깨에 동통, 연하곤란을 호소하여 기관지성 낭종으로 진단되었다. 종격동내시경을 이용하여 기관지성 낭종을 절제하고 낭종의 하부는 기관과유착이 심하여 완전히 절제하지 못하여 세포의 파괴를 위해 전기소작을 하여 좋은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.