

외측경부낭종을 동반한 갑상선유두상암종 1례

남광병원 이비인후과

임상철 · 박호영 · 최정섭

=Abstract=

A CASE OF CYSTIC PAPILLARY CARCINOMA OF THYROID GLAND ASSOCIATED WITH LATERAL NECK CYST

Sang Chul Lim, M.D., Ho Young Park, M.D., Jeong Seop Choi, M.D.,

Department of Otolaryngology, Namkwang Hospital, Kwanju, Korea

Cystic lesions of the neck are frequently encountered on clinical basis. The usual differential diagnosis includes branchial cleft, cystic hygroma, dermoid cyst, tuberculous lymphadenitis, benign detached goiterous thyroid cyst, and cavitation epidermoid carcinoma. Most of cysts are benign and malignant cysts are rare. The most common form of cystic malignancy in the lateral neck is cystic degeneration of epidermoid carcinoma metastatic to cervical lymph nodes. Cystic neoplasia may result from malignant changes occurring within the wall of a previously benign cyst. Complete head and neck examination on the primary focus is important. Especially, when palpation of thyroid is negative, thyroid carcinoma is easily overlooked. Recently, we experienced papillary carcinoma of the thyroid seen as lateral neck cyst. So we report this case with review of literatures.

Key Words : Lateral neck Cyst, Thyroid, Papillary carcinoma

I. 서 론

외측경부에 발생하는 낭종은 흔히 양성병변이며 감별해야할 질환으로는 branchial cleft cyst, cystic hygroma, dermoid cyst, tuberculous lymphadenitis,

benign detached goiterous thyroid cyst 그리고 cavitating epidermoid carcinoma 등이 있다. 낭종성 암종은 드물지만 양성 낭종과는 완전히 다른 치료 계획을 가져야하기 때문에 두 질환을 감별하는 것은 아주 중요하다고 생각한다. 저자들은 좌측 외측

경부의 낭종성 종물을 주소로 내원한 46세 여자환자에서 낭종을 동반한 갑상선 유두상 암종을 수술적 치료로써 치험하였기에 관계문헌의 고찰과 함께 보고하는 바이다.

II. 증 례

환자: 정 0 혜

초진: 1996년 8월 19일

주소: 우측 외측경부의 종물, 기간; 5개월

과거력: 1994년 충수절제술

현병력: 내원 5년전 우측 갑상선 주위 흉쇄유돌근 하부에 1cm 크기의 종물을 발견하였으나 특별한 치료없이 지내던 중 1996년 3월경 종물의 위치가 경부전 삼각부(설골 높이)로 상승하면서 크기가 커졌다고 한다. 그후 개인병원에서 수회 흡인하였으나 다시 재발하였으며 1996년 4월 종물주위의 통증과 우측 견갑부와 우측하악골각으로의 방사통이 출현하였다.

이학적 소견: 우측 전삼각부(설골 높이)에 5cm 크기의 가동성이 있고 파동성 (fluctuating)이며 부드러운 종물이 촉진되었으며 경도의 압통이 있었다. 갑상선 촉진상 결절소견은 보이지 않았고 후두경 검사상 이상소견은 발견할 수 없었다 (Fig. 1).

방사선학적 검사: 경부전산화단층촬영상 하악선부터 갑상선에 이르는 5×2×2cm 크기의 경계가 불명하고 긴 다중격의 다발성 낭종과 그 낭종안에



Fig. 1. 5cm sized soft, movable and fluctuating mass on anterior triangle of neck

경계가 비교적 불분명한 조영증강되는 종물이 관찰되었고 미만성 갑상선 종창과 조대성 결절소견을 보임(Fig. 2).

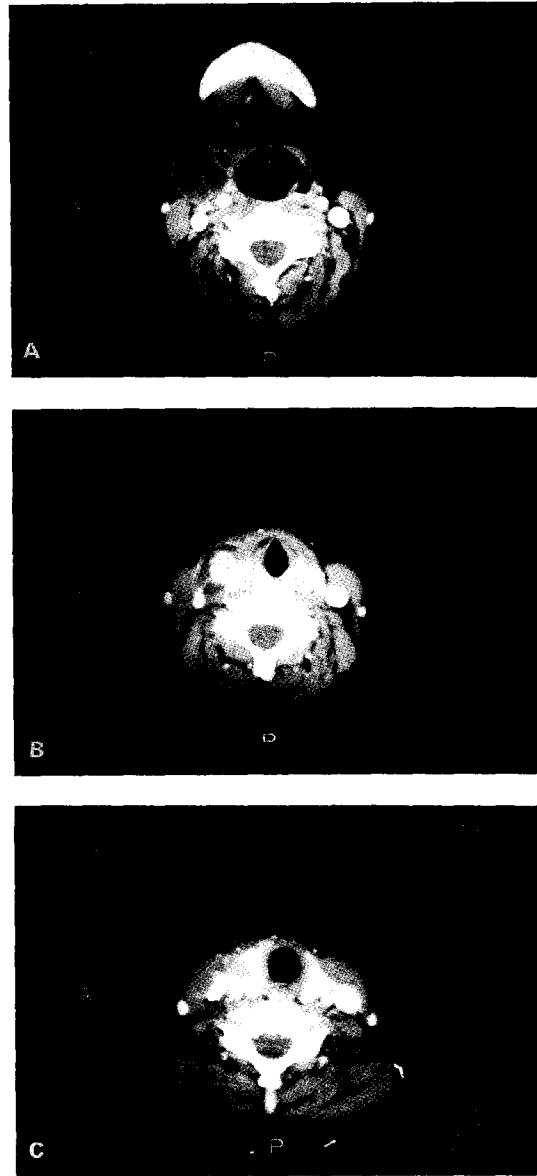


Fig. 2. CT findings show 5×2×2cm sized multiseptated cystic lesion from submandibular gland to thyroid(A, B, C), relatively ill-defined contrast enhanced mass inside cystic lesion(B) and hypodense lesion in thyroid.

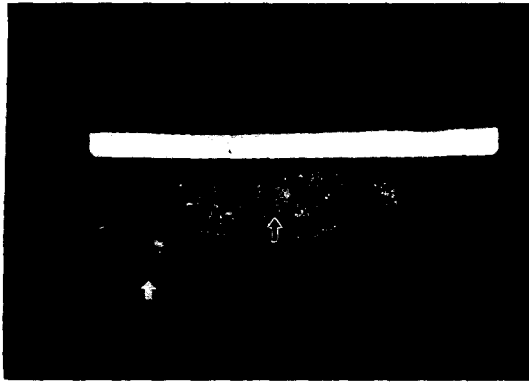


Fig. 3. Operative findings: tumor mass in thyroid(open arrow), cyst(arrow head) and enlarged lymph node(white arrow).

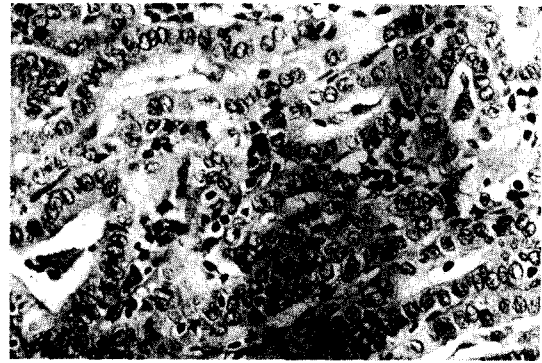


Fig. 4. Microscopic findings : papillary carcinoma showing characteristic nuclear features such as ground glass appearance, intranuclear inclusion and nuclear grooves.

세침흡인검사: 흡인된 액체는 암갈색을 띤 장액성이었으며 세포검사상 중등도의 세포충실성을 띄었으며, 양성원주세포, 조직구와 다핵구성거대세포가 보였으나 악성세포는 관찰되지않았다.

수술소견: 위의 소견상 외측경부에 발생한 양성종양으로 생각되어 우측 하악골 4cm 하방에 피부 절개를 가하고 접근하였으나 주위조직과의 염증성 유착으로 박리가 힘들었으며 갑상선우엽에 1×1×1cm 크기의 종물이 관찰되었으며 기관전 림프절이 관찰되어 우측 갑상선절제술을 시행하였다. 조직검사상 유두상 암종으로 나와 술후 일주일째 좌측 갑상선절제술을 시행하였다(Fig. 3).

병리조직학적소견: 조직학적 검사상 갑상선종물은 유두상 암종, 종물외의 실질은 하시모토 갑상선염 소견, 기관전림프절에 전이된 소견을 보였고 낭종은 상피세포가 모두 탈락된 염증성 낭종소견을 보였다(Fig. 4).

술후경과: 술후 우측 성대의 외전장애소견을 보였으나 steroid 치료후 호전되었고, 일시적으로 저칼슘혈증이 발생하였으나 회복되었다.

III. 고 안

외측경부에 발생하는 낭종성 질환에는 branchial

cleft cyst, cystic hygroma, dermoid cyst, tuberculous lymphadenitis, cavitating epidermoid carcinoma 등이 있다. 일반적으로 경부에 낭종을 의심하는 경우 양성병변으로 생각하기 쉽다. 그러나 이러한 경우라도 종물이 악성종양일 수 있다는 가능성을 염두에 두어야한다. 그래서 두경부의 완벽한 이학적 검사가 아주 중요하다. 구강, 인두 및 후두의 모든 점막 표면을 면밀히 관찰하여 경부로 전이된 일차병소를 확인하여야한다. 특히 갑상선의 축진상 병변이 축진되지않는다고 간주되는 경우에는 더욱 그러하다. 저자들의 증례에서도 이학적 검사상 양성낭종이 의심되었고 갑상선에 종물은 관찰되지않았으나 경부 CT상 낭종 하부에 조영증강된 종물과 갑상선의 병변이 관찰되어 단순한 양성낭종은 아닐것으로 예상하였다. 경부의 낭종성 암종의 병인은 분명하지는 않지만 크게 두가지로 설명되고 있다. 첫째, 이전에 존재한 양성낭종(예를 들면, branchial cleft cyst, detached thyroid cyst, thyroglossal duct cyst)의 벽에서 생긴 낭종성 종양이 있고 둘째, 표피성 암종(epidermoid carcinoma)의 전이림프절이 낭종성 변성된 것이다¹⁷⁾. 그의 유두상 암종이 낭종성 변성하는 경우는 드물다고 알려지고있다³⁾. 갑상선의 유두상 암종은 가장 흔한 종양으로 모든 갑상선 양성종양의 75-

85%이고 방사선유발갑상선 암종의 80-90%를 차지한다⁶. 대부분의 환자들은 갑상선 기능이 정상이며 갑상선의 무통성 종물소견을 보이고 흔히 경부림프절비대를 동반한다. 애성, 연하곤란, 그리고 호흡곤란은 암의 진행을 의미하는 징후이다¹⁰. 유두상 암종은 잠재성(1.5cm이하), 갑상선내 그리고 갑상선의 암종으로 분류된다⁶. 육안상으로 대부분의 유두상 암종은 비피막성 (nonencapsulated) 종양이며 림프관을 침범하고 갑상선조직을 대체한다. 이 종양은 갑상선내에서 흔히 다중심성 (multicentric)이며 33-40%에서 반대편에서도 관찰된다고 한다¹⁰. 림프절전이는 빈도가 높아 50%에서 보인다고 한다²⁹. 큰 종양은 낭종성 변성을 하여 양성 갑상선 낭종처럼 보이기도 한다⁶. 이러한 낭종성 변화는 원발병소 또는 전이장소에서 생길 수 있다. 액화괴사(liquefaction necrosis)에 따라 이 환된 림프절이 일부 또는 전부가 변성될 수 있다^{3,16}. 갑상선내 종양을 미리 알지 못했을 경우에는 경부의 낭종성 림프절전이를 새열낭종으로 오인할 수 있다, 그리고 낭종벽에 전이조직이 거의 관찰되지 않는 경우에는 진단을 놓칠 수 있다¹⁴. Tovi 등¹⁶의 보고에 따르면 낭종성 유두상 암종 4례중 1례는 완전변성된 전이성 림프절소견을 보였다고 한다. 그리고 Levy 등¹¹에 의하면 분화성 갑상선 암종(differentiated thyroid carcinoma) 118례중 9례에서 새열기형처럼 보이는 외측경부의 단일낭종성종물이 유일한 증상었다고 하고 이러한 종물은 잠재성 유두상 암종(occult papillary carcinoma)의 림프절전이가 액화괴사된 것이라고 보고하였다. 저자들의 증례에서는 갑상선 종물과 인접해있는 낭종벽에서는 악성세포가 관찰되었으나 낭종의 다른 부위에서는 종양세포가 없었고 림프조직은 관찰되지 않았다. 임상증상 및 이학적 검사만으로는 양성 낭종성 종물과 악성 낭종을 감별할 수 없는 경우가 있다. 저자들의 증례에서도 이학적 검사상 종물은 부드럽고 운동성이었으며 파동성(fluctuating)이었고 특히 갑상선에 종물이 촉진되지 않아 처음에는 새열낭종으로 생각하였다. 따라서 더 정확한 진단을 위해서는 여러 가지 검사가 필요하다. 초음파검사는 고형성과 낭종성 종물을 감별하는데 유용하다. McCurdy 등¹²은 초음파검사상 낭종강내

로 돌출하는 solid mural echogenic component가 보이는 complex pattern은 양성낭종보다는 종양을 암시한다고 하였다. 그리고 Hatabu 등⁸은 낭종성 유두상 암종 8례에서 낭종안으로 돌출하는 solid excrescences를 볼 수 있었고 이러한 결절에는 석회화를 의미하는 multiple punctuate echogenic foci를 있다고하여 이러한 소견을 특징적인 초음파소견이라고 하였다. 갑상선 주사(thyroid scan)는 갑상선결절의 기능을 판별하는데 도움이 된다. Fridmann 등⁵은 cold nodule의 10-20%, hot nodule의 2-4%가 갑상선 암종이라고 하였다. 저자들은 갑상선 주사를 시행하지않아 갑상선과 결절의 기능 정도는 알 수 없었다. CT 또는 MRI는 암종의 범위, 흉골후방침범의 평가, 전이의 감지에 도움이 된다. 그리고 큰 종양에 있어서 기도의 상태를 알 수 있다. CT가 더 경제적이지만 MRI는 연조직과 혈관조영에 더 유리하고 관상과 시상면을 볼 수 있다. 그러나 CT나 MRI는 일반검사에서는 불필요하고 비용이 많이 드는 단점이 있다. 그래서 이러한 검사는 특이한 경우에만 추천된다⁷. CT상 단일종물에 석회화, 낭종, 출혈, 저음영 또는 고음영 그리고 명확한 경계의 존재 유무는 암종을 배제하지는 못한다¹⁹. 또 갑상선 유두상 암종의 림프절은 석회화, 낭종형성 출혈, 괴사를 보일 수 있다¹⁵. 저자들의 경우는 CT상 하악선에서 갑상선에 이르는 다중격의 낭종과 그 낭종안에 조영증강되지만 비균질성(inhomogenous)이며 경계가 불분명하게 보이는 종물이 관찰되었다. 세침흡인검사(fine needle aspiration cytology)은 최근 들어 갑상선 종양의 평가에 있어 주목 받고 있으며 FNAC는 갑상선질환에 있어서 양성과 악성을 구별하는데 가장 유용하며 높은 정확도를 갖고 있는 것으로 알려져 있다. Rosen 등¹⁴의 보고에 따르면 낭종성 갑상선 결절 60례중 32%에서 암종, 43%에서 선종으로 종양의 빈도가 75%였으며 FNAC와 술후 조직검사를 비교하였을때 세침흡인생검상 위음성일 확률은 암종일 경우 50%였다고 보고하고 첫째, 세포학적 검사상 암세포나 저명한 세포충실성을 보였을 때, 둘째, 흡인후 불완전감압되었을때 셋째, 2회 이상 천자해도 다시 재발하였을 경우에는 수술을 권유하였다. Muller 등¹³은 낭종성 갑상선 암종 11례중 초음파

와 세침흡인생검을 병행한 결과 55%만이 정확히 진단하였고 45%에서는 양성종양으로 오진되었다고하여 임상적으로나 초음파상 병변이 사라지지 않는다면 더 적극적인 접근이 필요하다고 하였다. 저자들이 시행한 FNAC에서는 악성세포가 관찰되지 않았으며 세열낭종이라고 진단하였다. 천자된 액의 정상도 진단에 도움을 준다고 하며 출혈성 액체의 경우 종양과 관계있다고 알려져있다. 그러나 Rosen 등¹⁴⁾은 출혈성 액체인 경우 암종의 74%에서 관찰되지만, 선종의 38%, 교질(colloid)의 50%에서도 보인다고 하였다. Wallace 등¹⁷⁾은 외측경부낭종을 동반한 유두상 암종 4례 모두 초콜렛같은 액체가 관찰되었다고하여 외측경부에서 이러한 양상의 액이 나올 때에는 종양도 고려해야한다고 하였다. 저자들의 증례에서는 암갈색을 띄었고 장액성이었다.

대부분의 유두상 암종은 잠재성(occult)이 아니며 microscopically multicentric이고 기관 또는 식도를 침범하며 흔히 림프절로 전이한다 그리고 갑상선 편측절제술을 한 경우 7-18%에서 대측엽에서 재발한다. 그래서 일반적으로 최선의 치료는 근전절제술 또는 전절제술이며 경부림프절이 이환되었을 경우에는 중요구조물을 보존하는 경부곽청술을 시행해야한다. 그리고 예방적 경부곽청술은 금기이며 림프절비대가 있을 경우에만 시행된다¹⁰⁾. 수술도중 시행한 동결생검은 양성이었으나 술후생검이 암종으로 나오는 경우가 종종 있는데 이 경우에는 술후 일주안에 전절제술을 시행하는 것이 좋다⁷⁾.

수술 4-6주 후까지 갑상선 호르몬제제는 투여하지않고 저기능상태로 만든 다음 갑상선주사를 시행하여 갑상선조직이 잔존하는 경우에는 방사성요오드 (radioactive iodine)로 제거하여야한다. 그리고 6 내지 12개월후에 다시 scan하여야한다. 그리고 갑상선전절제후에는 thyroglobulin이 가장 좋은 종양표식자이므로 6개월마다 혈청 thyroglobulin을 검사하여야한다^{1, 7)}. 갑상선종양의 예후는 일반적으로 양호한데 유두상 암종의 경우 10년 생존률이 90%에 이른다⁷⁾.

경부종물이 있을때 일차병소를 발견하지 못하는 경우에는 진단에 어려움을 초래하는 경우가 종종 있다. 특히 갑상선의 촉진상 이상을 발견하지 못하

는 경우에는 갑상선종양을 간과하기 쉽다 그리고 경부의 낭종성병변은 일반적으로 양성병변이기 때문에 흔히 악성낭종은 배제하기 쉽다.

저자들이 경험한 경부낭종을 동반한 갑상선유두상암종으로 보아 낭종성병변일지라도 확진할 때까지는 암종을 항상 고려해야한다고 사료된다.

IV. 결 론

저자들은 46세 여자환자에서 경부외측부의 낭종을 동반한 갑상선유두상암종을 치험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

References

1. Ascraft MW, Van Herle AJ : *The comparative value of serum study of thyroglobulin measurements and iodine 131 total body scans in follow-up patients with treated differentiated thyroid cancer. Am J Med 7:806, 1981a*
2. Cady B, Sedgwick, CE, Meissner WA, et al : *Changing clinical pathologic, therapeutic, and survival patterns in differentiated thyroid carcinoma. Ann Surg 184:541, 1976*
3. Cinberg JZ, Solver CE, Molnar JJ, et al : *Cervical cysts: Cancer until proven otherwise. Laryngoscope 92:27-30, 1982*
4. DeGroot LJ, Stanbury JB : *The thyroid and its diseases. 4th Ed. New York, John Wiley and Sons, 694-6, 1975*
5. Friedman M, Skolnik EM, Baim HM, et al : *Thyroid carcinoma. Laryngoscope 90:1991-2003, 1980*
6. Friedman M, Toriumi DM : *Malignant diseases of the thyroid gland. In: Otolaryngology(ed. Paparella MM), 3rd Ed. Philadelphia, WB Saunders, pp2499-2520, 1991*
7. Gluckman JL : *A practical approach to thyroid tumors. In: The neck diagnosis and surgery (ed. Schockley WW) St. Louis,*

- Mosby , pp 223-240, 1994
8. Hatabu H, Kasagi K, Yamamoto K : *Cystic papillary carcinoma of the thyroid gland: a new sonographic sign. Clin Radiol* 43:121-124, 1991
 9. Johannessen JV, Sobrinho-Simoes M : *Well-differentiated thyroid tumors. Pathol. Ann. (Part I)* 18:255, 1983
 10. Kaplan EL : *Thyroid and parathyroid. In: Principles of surgery. (ed. Schwartz SI), New York, McGraw-Hill, Inc. pp 1633-1636, 1994*
 11. Levy I, Barki Y, Tovi F : *Cystic meta-stases of the neck from occult thyroid adenocarcinoma. Am J Surg* 163:298-300, 1992
 12. Mc Curdy JA, Nadalo LA, Yim DWS: *Evaluation of extrathyroid masses of the head and neck with grey scale ultrasound. Arch Otolaryngol* 106:83-87, 1980
 13. Muller N, Cooperberg PL, Suen KC, et al: *Needle aspiration biopsy in cystic papillary carcinoma of the thyroid. Am J Radiol* 144: 251-253, 1985
 14. Rosen IB, Provias JP, Walfish PG : *Pathologic nature of cystic thyroid nodules selected for surgery by needle aspiration biopsy. Surgery* 100:606-612, 1986
 15. Som PM : *Lymph nodes of the neck. Radiology* 165:593-600, 1987
 16. Tovi F, Zirkin H : *Solitary lateral cervical cyst: presenting symptom of papillary thyroid adenocarcinoma, Ann Otol Rhinol Laryngol* 92:521-524, 1983
 17. Wallace MP, Betsill WL : *Papillary carcinoma of the thyroid gland seen as lateral neck cyst. Arch Otolaryngol* 110:408-411, 1984
 18. Woolner LB, Bearhs OH, Black BM ,et al : *Classification and prognosis of thyroid carcinoma: A study of 885 cases observed in a 30-year period. Am J Surg* 102:354, 1961
 19. Yousem DM, Scheff AM: *Thyroid and parathyroid. In: Head and neck imaging (ed. Som PM) , 3rd Ed. St. Louis, Mosby, pp 953-975, 1996*