

원발성 악성 기관 종양 3례

아주대학교 의과대학 이비인후과학교실

고중화 · 전영명 · 신상준 · 주희재*

= Abstract =

Primary Malignant Tracheal Tumor : 3 Cases

Joong Wha Koh, M.D., Young Myoung Chun, M.D., Sang Jun Shin, M.D., Hee Jai Ju, M.D.*

Department of Otolaryngology, Pathology,
Ajou University School of Medicine, Suwon, Korea*

The rarity of primary tumor of the trachea, which was recently estimated in a circumscribed population to be 2.7 new cases per million per year, explains the relatively limited experience that has been acquired even by major institutions. Although there may already be a high degree of airway obstruction, tracheal tumors are usually misdiagnosed as bronchial asthma or chronic bronchitis because of its nonspecific symptoms. Surgery is the treatment of choice. Recently, the authors experienced three cases of primary tracheal malignant tumors ; one case of mucoepidermoid carcinoma, and two cases of adenoid cystic carcinoma. The authors report on these cases with a review of the literature for give help in differential diagnosis and treatment planing of tracheal tumor.

Key Words : Tracheal tumor, Adenoid cystic carcinoma, Mucoepidermoid carcinoma.

I. 서 론

기관에 원발성 악성종양이 발생하는 것은 매우 드문데¹⁸⁾ 그 이유는 해수반사와 섬모운동에 의한 압 유발인자의 기관점막 자극이 적기 때문이며^{14,20)}, 그 발생율은 인접한 후두나 폐의 발생율에 비해 1/75에서 1/180 정도로 알려져 있다^{5,14)}. 기관종양은 증상없이 천천히 성장하며 기도단면적의 75%를 폐쇄시킬 때까지는 거의 증세가 없고¹⁰⁾, 상당한 크기의 종양이 형성된 후 임상증상은 호흡곤란, 천명, 협착음, 기침, 객담

내 출혈 등의 비특이성 호흡기 증상으로 나타난다. 따라서 본 증례들에서와 같이 천식 또는 만성 기관지염등과 같은 내과적 질환으로 오진되는 경우가 많다^{13,21)}.

기관에 발생하는 악성종양으로는 편평상피암, 선양낭성암종이 대부분이나 드물게는 점액표피양암, 비정형암, 임파종 등도 보고된 바 있다¹⁰⁾.

저자들은 최근 기관에 발생한 점액표피양암 1례와 선양낭성암종 2례를 치험하였기에 많은 경험은 아니지만 기관암의 진단 및 치료에 도움을 주고자 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

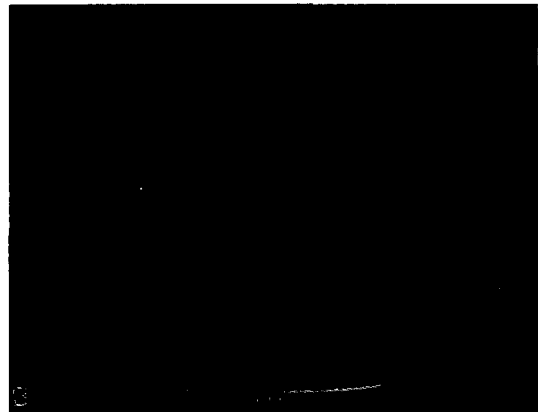
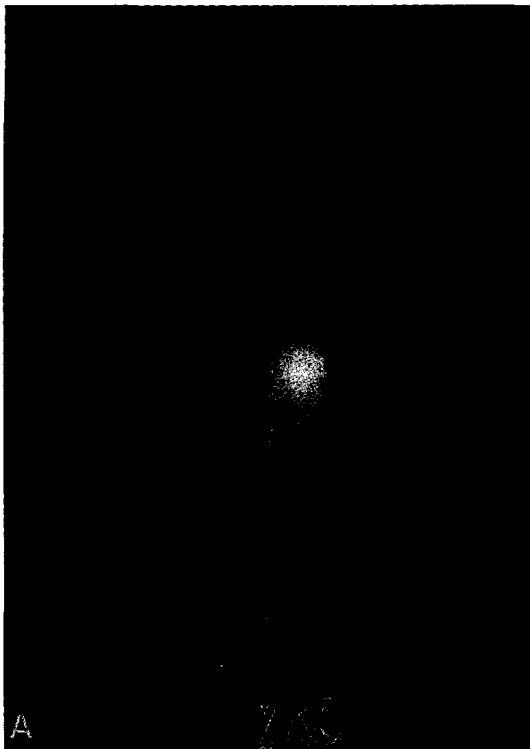


Fig. 1. A. Chest X-ray reveals the intraluminal mass(short arrow), indistinct lateral tracheal wall (arrow head) at the level of first to second thoracic vertebrae. B. Axial neck C-T scan reveals a exophytic soft density mass(18x21x28mm) on left anterolateral wall of lower trachea. C. Sagittal neck MRI reveals the mass invaded the left lateral tracheal wall extraluminally. D. Fiberoptic endoscopy reveals a mass obstructs the tracheal lumen near totally.

II. 증 례

증 례 1

환자 : 윤 O 석, 남자, 25세
 초진 : 1995년 8월 30일
 주소 : 객담내 출혈
 가족력 : 특기 사항 없음
 과거력 및 현병력 : 내원 3개월전 경미한 호흡곤

란으로 개인의원에서 기관지 천식으로 진단받은 이후 점진적으로 심해지는 호흡곤란과 내원 1일전 객혈이 있어 본원 내과를 방문, 기관지 내시경검사 상 기관내 종괴가 발견되어 본원 이비인후과로 전과되었고 호흡곤란, 흡기성 천명 등의 증상 외에 애성, 연하곤란 등은 없었다.

이학적 소견 : 전신 상태는 양호하였고 흉부 청진 소견상 흡기성 천명이 양측 전흉부에 있었으며 후두경 검사상 후두의 이상 소견은 발견되지 않았다.

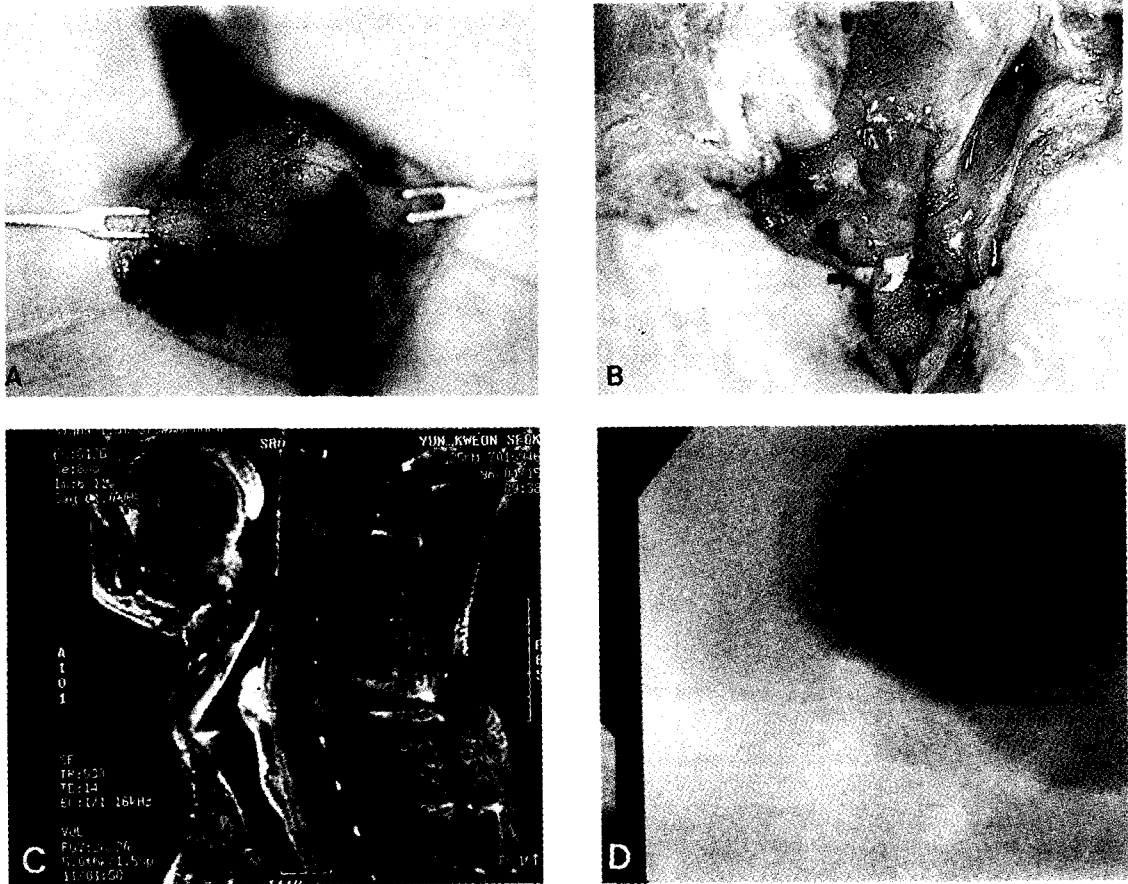


Fig. 2. A. The round, exophytic endotracheal mass is noted through the tracheal window. B. After end to end anastomosis, the innominate artery is protected from mechanical irritation of suture material, using the artificial fascia and Gelfoam(arrow). Notes the sternotomy for the enough distal tracheal releasement. C. Follow-up sagittal neck MRI reveals no evidence of recurrence (post op. 8 months). D. Follow-up fiberoptic endoscopy reveals no evidence of recurrence. The elevated lesion is anastomosis site(arrow). The lesion was conformed cancer free by biopsy.

경부 임파절의 종대는 촉진되지 않았다.

방사선학적 검사 : 흉부 X-선 사진상 명확하지는 않으나 제 1 흉추와 제 2 흉추에 해당하는 부위의 기관 좌측내벽에서 기관내로 돌출한 균질상의 음영이 관찰되었다(Fig. 1A). 경부 전산화 단층촬영상 거의 기도전체를 폐쇄하고 있는 균질상의 낮은 음영을 보이는 난원형의 18mm×21mm×28mm 크기의 종괴가 하부기관에서 관찰되었으며, 종괴의 발생위치는 기관내벽의 좌측 전외측이었고 기관외벽으로의 침윤이 의심되었으나 임파절의 종대는 관찰되지 않았다(Fig. 1B). 주위연부조직과의 관계

를 면밀히 보고자 자기공명영상을 시행한 결과 기관외벽으로의 침윤소견은 관찰되었으나 식도의 침윤은 관찰되지 않았다(Fig. 1C). 그 외 갑상선 및 골 동위원소 검사등은 정상이었다.

임상 검사 소견 : 혈액검사, 뇨검사, 간기능검사 및 심전도검사는 모두 정상 소견을 보였고, 부분 마취하 기관지 내시경검사상 성대로부터 약 5 cm 하방에서 기관내경을 거의 폐쇄하고 있는 종괴가 관찰되었다. 종괴의 표면은 거칠어 보였고 표재성 혈관이 많아 보였다(Fig. 1D). 조직생검은 출혈로 인한 기도완전폐쇄의 위험이 있어 시행하지 않았다.



Fig. 3. A. Photomicrograph of trachea involved by adenoid cystic carcinoma shows the cribriform pattern (H & E, x 40). B. Higher magnification shows atypia and mitotic figures (H & E, x 400).

치료 및 경과 : 1995년 9월 12일 악성 기관종양 진단하에 부분마취로 제 3, 4 기관연골 사이로 기관절개를 한 후 와이어 튜브를 삽관하여 전신마취를 시행하였다. 종괴는 기관절개창을 통하여 쉽게 노출되었고(Fig. 2A) 종괴의 상부를 일부 절제하여 동결절편검사를 시행한 결과 선양낭성암종으로 판명되었다. 하부기도까지의 충분한 시야확보를 위해 기관절개선을 중심으로 변형 Y형의 피부절개를 통해 설골로부터 흉골하부까지 피판을 들어 올린 후, 정중흉골절개를 시행하였다. 기관 측면으로 주행하는 양측 반회신경을 찾은 후 종괴의 광범위한 제거를 위해 제 4 기관연골에서 제 8 기관연골까지 기관의 전면을 수직절개하여 제 5 기관연골에서 제 8 기관연골에 걸친 종괴를 노출시키고 제 4 기관연골로부터 약 4.5 cm 길이의 기관을 적출하였다. 주위 조직 및 식도와와의 구분은 뚜렷하여 기관은 쉽게 박리되었다. 절단면에서 시행한 동결절편검사 결과, 하연에 침윤소견이 있어 제 9 기관연골의 전외측 일부를 추가로 절제한 후 설골상하부유리를 시행하여 비교적 긴장없이 단단문합을 시행하였다(Fig. 2B).

병리소견 : 종괴는 기관내강으로 돌출된 회백색 용종형으로 현미경적 소견상 작고 호염성인 종양 세포로 구성된 다양한 크기의 사상형(cribriform)의 낭으로 구성되어 있었고(Fig. 3A), 고배율상 종양 세포의 비정형성 및 다수의 유사분열이 관찰되었다(Fig. 3B). 종양세포들은 기관벽을 침윤하고 있으며 림프관 및 신경주위침윤이 관찰되었다.

술후경과 : 술 후 12시간 후 기관내 삽관을 발거

하였고 술 후 10일까지 경부를 전굴시킨 상태로 안정시켰으며, 정상적 경구섭식은 술 후 14일째 시작하였다. 환자는 술 후 18일째 별 합병증없이 퇴원하였고 술 후 21일째부터 총 6000 cGy의 방사선치료를 받은 후 현재까지 약 16개월 동안 국소재발이나 원격전이의 소견없이 추적관찰중이다(Fig. 2 C, D).

증 례 2

환자 : 장 O 라, 여자 26세

초진 : 1996년 3월 20일

주소 : 호흡곤란

가족력 : 특기 사항 없음

과거력 및 현병력 : 약 2년전 호흡곤란이 있어 개인의원에서 기관지 천식 진단받고 치료받았으나 증상호전이 없었으며, 95년 5월부터 상기증세가 있어 인근 병원에서 감상선 질환을 의증하였으나, 당시 임신중이라 별 치료없이 지내던중 상기증세가 악화되어 본원 호흡기내과에 입원하여 시행한 기관지내시경검사상 기관을 거의 폐쇄하는 종괴가 발견되어 본원 이비인후과로 전과되었다. 당시 기침과 운동시 호흡곤란 외에 애성, 객담내 출혈 등은 없었다.

이학적 소견 : 전신 상태는 양호하였고, 우측 갑상선 부위에 3×4 cm 크기의 고정절이 촉지되었고, 청진소견상 양측 흉부와 경부에서 흡기성 천명이 있었다. 후두경 검사상 후두의 이상 소견은 발견되지 않았고 경부 임파절의 종대는 촉지되지 않았다.

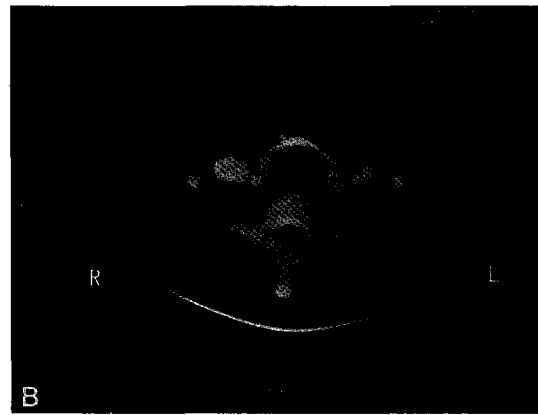


Fig. 4. A. Neck AP view reveals the narrowed tracheal lumen at the level of seventh and eighth cervical vertebrae(arrow). B. Axial neck C-T scan reveals the encircled endotracheal mass with suspicious extraluminal extension. C. Sagittal neck MRI reveals the mass invades the thyroid gland anteriorly, anterior esophageal wall posteriorly. D. Fiberoptic endoscopy reveals the mass obstructs the tracheal lumen near totally.

방사선학적 검사 : 흉부 X-선 사진상 성대 하방에서 기관지내 공기 음영이 좁아진 소견과 종괴음영이 기관지내 좌우 벽에서 관찰되었고(Fig. 4A), 경부 전산화 단층 촬영상 윤상연골에서 흉곽 입구까지 기관을 둘러싸고 있는 종괴가 관찰되었으며 양측 갑상선에 침윤소견이 있었다(Fig. 4B).

식도 침윤을 확인하기 위하여 시행한 흉부 자기 공명상에서 상부 식도의 전벽이 종괴에 의해 눌린

소견이 보였으나 침윤은 불확실하였다(Fig. 4C).

임상 검사 소견 : 혈액검사, 뇨검사, 간기능검사 및 심전도검사는 모두 정상 소견을 보였고, 부분마취하 기관지 내시경검사상 성대로부터 약 4 cm 하방에서 기관내경을 거의 폐쇄하고 있는 종괴가 관찰되었다(Fig. 4D). 기관 내벽의 점막변화는 성대 1 cm하방에서 부터 시작되어 있었으며 종괴의 하연은 내시경이 통과하지 못하여 확인치 못하였다. 비

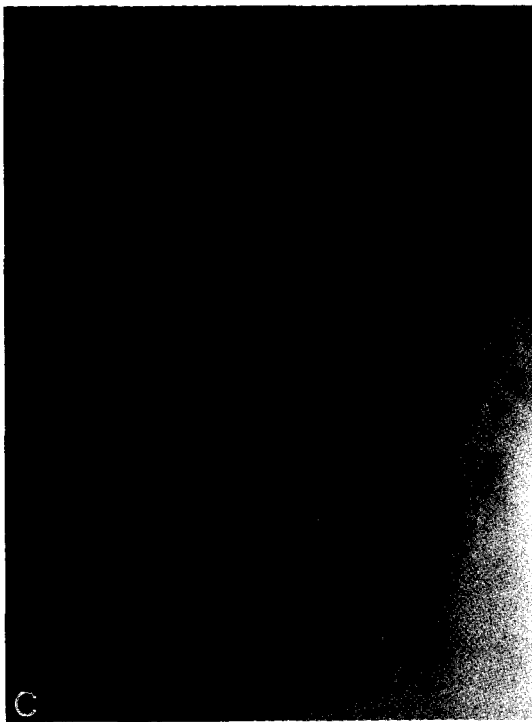


Fig. 5. *A. The irregular surfaced endotracheal mass is noted from first to eighth tracheal cartilage grossly. B. After laryngopharyngoesophagectomy, gastric pull-up was performed. C. Pharyngogram reveals no evidence of leakage and regurgitation(post op 8 days). D. Follow-up axial neck C-T scan reveals no evidence of recurrence (post op 6 months).*

교적 혈관이 없어 보이는 부위에서 조직생검을 하여 선양낭성암종으로 확진하였다.



Fig. 6. A. Photomicrograph of adenoid cystic carcinoma shows the cribriform spaces and focal tubular pattern (H & E, x 40). B. Higher magnification shows the cribriform spaces formed by small, basophilic cells with scanty cytoplasm (H & E, x 200).

치료 및 경과 : 1996년 4월 24일 부분마취하에 제 3 기관연골에 H 절제를 한 후 와이어 튜브를 삽관하여 전신마취를 시행하였다. 양측 갑상선에서 시행한 동결절편검사상 침윤소견이 있었고 정중선에서 절개한 기관지내의 종괴는 제 1 기관연골에서 제 8 기관연골까지 걸쳐있었다(Fig. 5A). 제 9 기관연골과 식도 전벽에서 시행한 동결절편검사상 침윤소견을 보여 흉골절개술을 시행한 후 다시 제 10, 11 기관연골에서 시행한 동결절편검사상 침윤소견이 없었기에 양측 및 기관주위 경부 확장술, 전인후두 및 식도를 포함한 기관절제술(제1-제11기관연골), 아전 갑상선 절제술을 시행한 후 위장관 견인을 통하여 재건하였다(Fig. 5B).

병리소견 : 현미경적소견상 종양은 전형적인 사상형 및 관상형(tubular)으로 구성되어 있는 선양낭성암종이었다(Fig. 6A). 고배율소견상 증례 1에 비하여 비정형성과 유사분열이 경미하였으나(Fig. 6B) 기관벽을 뚫고 갑상선까지 침윤하고 있었다. 경부 임파절의 침윤은 없었다.

술후경과 : 술 후 8일째 인두식도조영술을 시행하여 문합부위침출(anastomosis leakage)이 없음을 확인한 후(Fig. 5C). 경구섭식을 시작하였고 술 후 일시적 저 칼슘혈증상이 있었으나 점차 정상으로 회복되었다. 술후 14일째 기공(tracheal stoma)에 피부결손이 관찰되어 삼각근 흉근 회전판술을 시행하였다. 환자는 술후 20일째 특별한 합병증 없이 퇴원하였다. 술후 약 6주째부터 방사선 치료를 5주

간 5940cGy를 원발병소 부위에 시행하였고 현재까지 국소재발이나 원격전이의 소견없이 추적관찰중이다(Fig. 5D).

증례 3

환자 : 황 O 란, 여자 24세

초진 : 1995년 6월 10일

주소 : 기관내 종괴

가족력 : 특기 사항 없음

과거력 및 현병력 : 95년 5월 10일 본원 산부인과에서 자궁내 임신 37주에 제왕절개술을 위해 기관삽관을 시행하던 중 이산화탄소 저류가 발생되어 분만후 원인을 찾기위해 기관지 내시경을 시행한 결과 기관내 종괴가 발견되어 본원 이비인후과로 전과되었고 당시 애성, 호흡곤란 등은 없었다.

이학적 소견 : 전신 상태는 양호하였고, 청진소견상 경부에서 흡기성 천명이 있었다. 후두경 검사상 후두의 이상 소견은 발견되지 않았고 경부 임파절의 종대는 촉진되지 않았다.

방사선학적 검사 : 흉부 X-선 사진상 하부기관에 기관내의 종괴음영이 관찰되었으며(Fig. 7A), 경부 전산화 단층 촬영상 흉곽 입구부위의 좌측 기관벽에서 1.3×1.1 cm크기의 폴립양의 균질성의 종괴가 관찰되었다. 종괴는 기관내벽과 주위연부의 침윤이 의심되었다(Fig. 7B).

임상 검사 소견 : 혈액검사, 뇨검사, 간기능검사

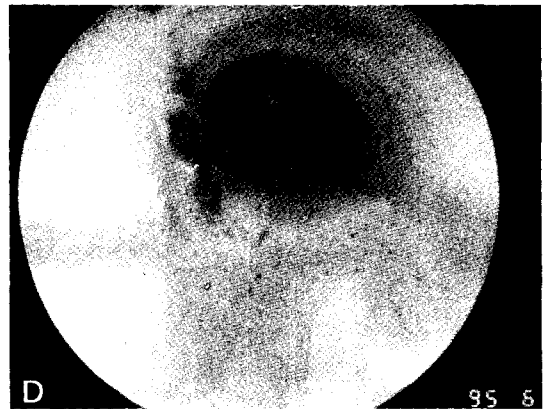
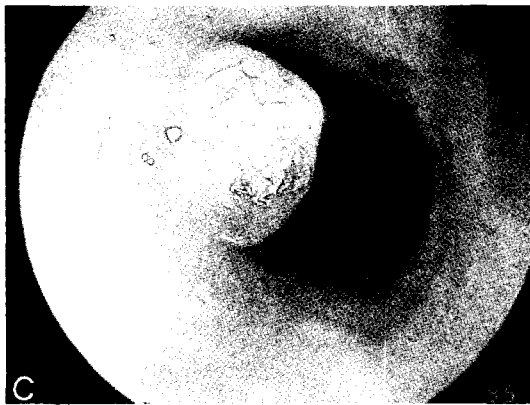
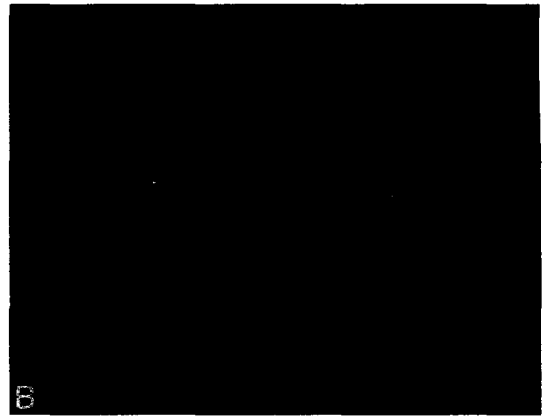
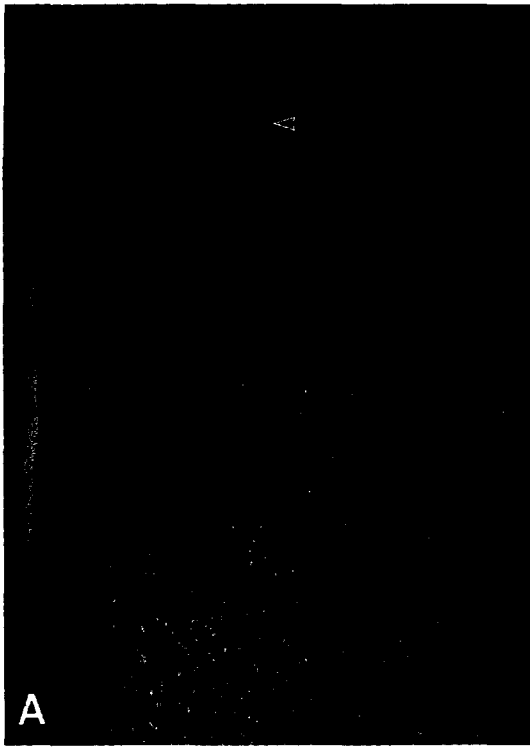


Fig. 7. A. Chest X-ray reveals the subtle intraluminal tracheal mass (arrow head). B. Axial neck C-T scan reveals the homogenous, exophytic and pedunculated intraluminal mass. C. Ventilating rigid bronchoscopy reveals well pedunculated round shaped mass. D. Tracheal mass has been excised with contact YAG laser.

및 심전도검사는 모두 정상 소견을 보였고, 부분 마취하 기관지 내시경검사항 성대로부터 약 5 cm 하방에서 기관내경의 약 1/3을 폐쇄하는 표재혈관이 풍부한 종괴가 관찰되었다(Fig. 7C).

치료 및 경과 : 1995년 6월 26일 전신마취상태에서 기관내시경하에 성대로부터 약 5 cm 하방에서 좌측 기관내벽에서 기원하는 0.7 × 0.7 cm 크기의 종괴가 있어 Contact YAG Laser로 종괴를 제거하

였다(Fig. 7D).

병리소견 : 현미경적소견상 호흡상피하방에 침윤하고 있는 종양이 관찰되었다(Fig. 8A). 종양은 외측의 난원형 혹은 방추형의 편평세포암과 내측의 낭을 형성하고 있는 점액선상피암으로 구성되어 있는 점액표피양암종이었고 종양세포들은 배상세포(Goblet cell)와 유사하였으며(Fig. 8B) 세포질내에 점액을 함유하고 있어서 Mucicarmine 및 Alcian blue 염색에 양성반응을 보였다.

술후 경과 : 술 후 4일째 특별한 합병증없이 퇴원하였으며 현재까지 특이증상없이 추적관찰중이다.

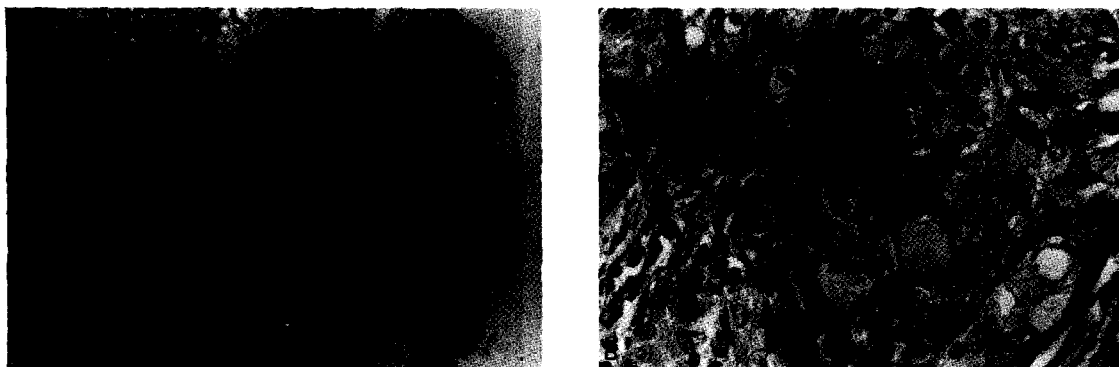


Fig. 8. A. Photomicrograph of tracheal mucosa involved by mucoepidermoid carcinoma shows solid squamous cell carcinoma and cystic spaces lined by mucinous epithelium (H & E, x 100). B. Higher magnification shows mixed squamous cell carcinoma and mucous cells (H & E, x 400).

Ⅲ. 고 안

기관에 발생하는 종양은 환자의 연령에 따라 양성, 악성의 발생율이 다른데, 소아의 경우 90%에서 양성이고 성인의 경우 50% 이상이 악성이다⁷⁾. 원발성으로 기관에 발생하는 악성종양의 경우 1년에 백만명당 2.6례, 전신에 발생하는 암 중에서는 약 3.5%를 차지한다¹¹⁾. 기관의 악성종양은 편평상피암이 가장 많으며 그 다음으로 본 증례 1, 2와 같은 선양낭성암종이고 이밖에 본 증례 3과 같은 점액표피양암, 비정형암, 임파종 등이 발생할 수 있다고 알려져 있으나¹⁰⁾ 일본의 경우 선양포성암이 가장 많다고 보고된 바 있어^{15,19)} 아직까지 많은 문헌보고는 없으나 같은 동양인인 우리나라도 일본과 유사하다고 추측할 수 있다.

선양낭성암종은 낮은 악성도를 가지는 악성종양으로 호흡상피 분비선에서 유발되는데 국내에서는 11례가 보고된 바 있는데^{1 4)} 남녀별 발생빈도는 남자 2례, 여자 9례였다. 외국문헌상 편평상피암은 남자에게 호발하나 선양낭성암종은 남녀가 거의 비슷하고, 호발연령은 편평상피암의 경우 50-60대, 선양낭성암종의 경우 40-50대로서 선양낭성암종이 보다 젊은 나이에 발생한다^{11,12)}. 본 증례의 경우는 25세의 남자와 26세의 여자였다. 기관에서의 호발 장소는 기관하부에 호발하는 편평상피암과는 달리 기관상부에 호발하고 60%이상에서 기관의 후벽과 외벽에서 발생되며 전벽에 발생하는 경우는 극히

드문데¹³⁾, 본 증례에서는 하부기관의 외전벽에서 발생한 경우(증례 1)와 기관지내벽 전체를 감싸는 경우(증례 2)가 있었다. 발생 원인으로 흡연과의 관계는 명확하지 않으나 Hajdu 등¹³⁾(1970)은 흡연과는 무관하다고 하였고 본 증례의 경우는 각각 흡연자(증례 1)와 비흡연자(증례 2)였다. 점액표피양암종은 기관지내 암종에서도 매우 드문 형태로서 대부분 젊은 연령층에 주로 발생하며 대개 낮은 악성도인 경우가 많고 임상적으로도 양성의 경과를 취하는 경우가 많다.

주로 호흡곤란을 주소로 내원하며¹⁷⁾ 임신과 관련된 예는 1973년 Benish⁶⁾와 1983년 Raymond¹⁷⁾가 보고한 2례를 찾아볼 수 있었다.

기관종양의 임상증상으로는 상기도 협착, 점막자극, 종양 표면의 괴양 등에 의해 나타나는데 주로 호흡곤란, 천명, 협착음, 기침, 객혈 등의 비특이성 호흡기 증상이 대부분으로 본 증례들에서와 같이 천식 또는 만성 기관지염등과 같은 내과적 질환으로 오진되는 경우가 많다^{13,21)}. 병변이 진행되어 성문주위를 침범한 경우에는 성대마비로 인한 애성이 초래될 수 있고 주기관지를 침범하여 무기폐, 폐렴을 야기하기도 한다. 진단은 병력, 임상 및 방사선학적 소견을 기초로 하며 편평상피암의 경우 도움이 될 수도 있는 객담세포검사는 선양포성암의 경우 도움이 안된다³⁾. 방사선학적 검사중 흉부 X-선으로는 연부조직과 주위 골구조가 겹쳐 작은 크기의 종괴에서는 별 도움이 안되고 전산화 단층

촬영 및 자기공명영상으로 종양의 주위 구조로의 침범정도, 경부 임파절의 전이여부를 파악할 수 있다. 또한 기관지경검사를 통해 기관내경 협착정도를 파악할 수 있으며 편평상피암과는 달리 표면이 매끄럽고 괴양이 없는 종괴를 관찰함으로써 감별이 가능하기도 하다²¹⁾. 본 증례 1과 3에서는 내시경을 통해 악성기관암을 의심하였으나 잔존 기관내경이 좁고 출혈의 위험성 때문에 조직생검을 시행하지는 못하였으나, 증례 2에서는 비교적 혈관이 없는 부위에서 조직생검을 시행하였다.

기관종양의 치료는 기관절제와 기관재건을 하여야 하는데, 일반적으로 소매형 절제 및 단단문합술이 가장 좋은 방법으로 알려져 있다¹²⁾¹³⁾¹⁶⁾. 이 수술적 치료의 금기사항으로는 전 기관의 길이중 50-60% 이상을 절제하여야 할 경우, 기관 분기부 주위의 종양, 방사선학적으로 종격동을 침범한 경우가 있는데¹²⁾ 본 증례 1의 경우 4.5 cm의 하부기관의 결손이 발생되어 일차봉합이 어려울 것으로 예측되었으나 흉골절개를 통한 폐문합부위까지의 기관박리를 하여 별 어려움없이 일차봉합을 할 수 있었다. 증례 2의 경우에는 진성대 1 cm 하방까지 종양이 침습되어 있어 단단문합술의 적응증이 아니고 설사 단단문합이 되더라도 충분한 유리연을 두자면 술후 발거곤란, 폐흡인 등의 합병증이 발생할 우려가 있어 후두전적척술을 시행하였다. 증례 3의 경우 대부분의 점액표피암종은 low grade malignancy이기 때문에 초치료로서 광범위한 절제술보다는 보존적 치료로서 laser를 이용한 절제술을 시행하였다.

기관절제시 반회신경에 대한 논란이 많으나 저자들의 경우 양측 반회신경을 모두 찾았어도 술 후 성대마비의 소견은 없었다. 기관절제시 절제면은 항상 동결절편검사를 하여 확인해야 하고^{12,16)}, 영구조직검사상 신경주위조직의 침윤 및 임파전이를 확인하여 술 후 병합치료를 고려해야 한다. 기관의 임파흐름은 기관윤에 의해 분할되어 기관후벽으로 흘러 기관의 병변크기가 크지 않으면 임파전이 잘 일어나지 않고, 실제로 임파절이 축지되거나 방사선학적으로 확인된 임파절이 있을 경우외에는 경부파창술을 시행하지 않는다^{8,9)}. 본 증례 1에서는 방사선학적, 수술소견상 임파절은 관찰되지 않았으

나 영구조직검사상 임파절 침윤의 소견이 있었기에 술 후 방사선치료를 시행하였다. 본 증례 2에서는 동결절편검사와 방사선검사상 식도와 갑상선등 주위 조직으로의 침윤이 있었으므로 경부파창술과 술후 병합 방사선 치료를 시행하였다. 선양낭성암종의 특징상 방사선에 반응이 좋지 않기 때문에 방사선 단독치료는 무의미하나 영구조직검사상 신경주위조직, 임파전이기가 있는 경우, 큰 혈관 또는 식도 때문에 충분한 절제연을 두지 못한 경우에는 술 후 방사선치료가 필요하다^{8,12,16)}.

선양낭성암종의 예후는 일반적으로 알려진 조직학상의 분류에 따라 달라질 수 있으며 이중 관형(tubular)이 가장 좋고 충실형(solid)이 가장 나쁘다. 다른 예후인자로는 종양의 크기, 위치, 증상발현까지의 기간, 신경주위의 침범 등이 있다. Hajdu 등¹³⁾은 선양포성암의 평균생존기간(9년)이 편평상피암(9개월) 보다 길다고 보고한 바 있으며 세포유형에 관계없이 종양의 크기가 클수록, 주위조직으로의 침범이 많을수록 예후가 나쁘다고 하였다. Vrielinck²⁰⁾(1988)는 선양포성암의 5년 생존율이 신경주위조직의 침범이 있는 경우(36.9%)가 없는 경우(93.8%)보다 훨씬 낮았고, 수술후의 재발율도 신경주위조직의 침범이 있는 경우(81.8%)가 없는 경우(26.7%)에 비해 높았고, 원격전이율은 신경주위조직의 침범이 있는 경우 40%인데 반해 침범이 없는 경우 1건의 원격전이도 없었다고 보고하였다. 치료방법에 따른 예후차이는 수술만을 한 경우와 술후 방사선치료를 한 경우의 차이가 없다고 보고하였고, 방사선치료가 예후에 크게 도움을 준다고 보고한 문헌은 찾아볼 수 없었으나 대부분 술후 방사선치료를 시행하는 것을 선호한다¹⁰⁻¹²⁾. 선양낭성암종의 특징상 재발을 하더라도 증상발현이 늦기 때문에 향후 세밀한 장기간의 추적관찰이 필요 할 것으로 사료된다.

점액표피양암종의 예후는 조직학적분화도에 좌우되나 대부분 낮은 악성도를 보이기 때문에 예후가 양호한 편이고 장기간의 면밀한 추적관찰을 요한다.

IV. 요약 및 결론

저자들은 25세 남자에서 기관지 천식으로 오진된

후 점진적으로 호흡곤란이 악화되었던 하부기관에 발생한 선양낭성암종 1례를 부분기관절제술 및 단단문합술후 방사선 병합치료로 치료하였고, 기관지 천식과 갑상선 질환으로 오진된 26세된 선양낭성암종 여자에서 광범위한 절제술과 술후 방사선 병합치료를 하였고, 임신중 우연히 발견된 점액포피양암종을 기관지내시경하에서 Laser를 이용한 종괴 제거술을 시행하였다.

기관종양은 호흡곤란 및 만성적 기침을 보이는 환자에서 빈도면에서 매우 드물기는하지만 간과해서는 안될 질환의 하나이며 수술 및 방사선 치료가 가장 합당한 치료라고 사료된다.

References

1. 김광현, 성명훈, 강제구, 등: 기관의 원발성 선양낭성암종. *한이인지* 40: 17-20, 1997
2. 민현기, 나인국, 노영수, 등: 기관에 발생한 선양포성암 1례. *한이인지* 35: 162-167, 1992
3. 서장수, 김용대, 유우중, 등: 기관절제술과 단단문합술로 치유한 기관선양낭포성암종 1례. *한이인지* 38: 1288-1293, 1995
4. 홍원표, 김형욱, 신도환, 등: 기관에 발생한 선양포성 종양 1례. *한이인지* 31: 699-704, 1988
5. Batsakis JG: *Tumors of the major salivary glands and Neoplasms of the minor and lessor salivary glands. In Tumors of the head and neck, 2nd ED. Baltimore, Williams & Willkins Co. pp 1-99, 1979*
6. Benisch BM, Abt AB, Abramson A: *Granular cell myoblastoma of trachea associated with pregnancy. Chest May 63: 832-833, 1973*
7. Billorth T: *Untersuchungen uber die Entwicklung der Blutgefasse. G Reimer, Berlin, 1956*
8. Donovan DT, Conley J: *Adenoid cystic carcinoma of the subglottic region. Ann Otol Rhinol Laryngol 92: 491-495, 1983*
9. Ferlito A, Barnes L, Myers EN: *Neck dissection for laryngeal adenoid cystic carcinoma: Is it indicated?. Ann Otol Rhinol Laryngol 99: 277-280, 1990*
10. Gerard JM, Lawrence SP, Stephen CS: *Primary malignant disease of the trachea. J Laryngol 78: 441-479, 1964*
11. Gilbert JG, Mazzarella LA, Feit LJ: *Primary tracheal tumors in the infant and adult. Arch Otolaryngol 58: 1, 1953*
12. Grillo HC: *Tracheal tumors: Surgical management. Ann Thorac Surg 26: 112-125, 1978*
13. Hajdu SI, Huvos AG, Goodner JT, et al: *Carcinoma of the trachea: Clinicopathologic study of 41 cases. Cancer 25: 1448-1456, 1970*
14. Hilding AC: *Cigarette smoke and physiologic drainage of the bronchial tree. Dis Chest 39: 357-362, 1961*
15. Inoue H, Ishihara T: *Tracheal tumor resection and reconstruction surgery. Nippon Kyobu Gakkai Zussai 28: 272-277, 1990*
16. Pearson FG, Thompson DW, Weissberg D, et al: *Adenoid cystic carcinoma of the trachea. Ann Thorac Surg 18: 16-29, 1974*
17. Raymond A, Dieter, Jr, Jack Livermore, Rong Tu, and John Pichiatti: *Mucoepidermoid tracheal adenoma during pregnancy. INT SURG 1983: 271-272, 1983*
18. Reid JD: *Adenoid cystic carcinoma (cylindroma) of the broncheal tree. Cancer 5: 685-694, 1952*
19. Tomita M, Ayabe H, Kawahara K, et al: *Surgical experience with tracheoplasty. Kyobu Geka 42: 546-550, 1989*
20. Vrielinck LJG, Ostyn F, Damme BV, et al: *The significance of the perineural spread in adenoid cystic carcinoma of the major and minor salivary glands. Int J Oral Maxillofac Surg 17: 190-193, 1988*
21. Weber AL, Grillo HC: *Tracheal tumors: A radiological, Clinical, and Pathological evaluation of 84 cases. Radiol Clin North Am 16: 227-246, 1978*