

대동맥류로 인한 좌측 반회후두신경마비 2례

연세대학교 의과대학 이비인후과교실, 음성언어의학연구소
최홍식 · 강성석 · 문상우 · 김명상

= Abstract =

Two Cases of Recurrent Laryngeal Nerve Palsy Related to Aortic Aneurysm

Hong-Shik Choi, M.D., Seong Seok Kang, M.D.,
Sang Woo Moon, M.D., Myung Sang Kim, M.D.

Department of Otorhinolaryngology, Institute of Logopedics & Phoniatrics, College of Medicine,
Yonsei University, Seoul, Korea

After the first report of mitral stenosis as a cause of recurrent laryngeal nerve palsy by Ortner in 1897, many authors have described that some kinds of cardiovascular disease might contribute to the development of recurrent laryngeal nerve palsy.

The estimated rate of aortic aneurysm related with recurrent laryngeal nerve palsy is about 5%. Aortic aneurysm is classified into 3 types according to the involving segment of aorta in which aneurysms develop, and the first class-aneurysm in ascending aorta and aortic arch-is known to be the only type related to recurrent laryngeal nerve palsy.

Recently we experienced two cases of recurrent laryngeal nerve palsy each of which had aneurysm on aortic arch as a major contributing factor. We report these cases with brief review of the literature.

KEY WORDS : Recurrent laryngeal nerve palsy · Aortic aneurysm.

서 론

반회후두신경마비는 내시경을 통해 성대의 비유동성을 관찰함으로써 쉽게 진단할 수 있으나, 신경마비를 초래한 원인은 매우 다양하며, 경부 또는 흉부 수술 후의 합병증에 의한 성대마비가 아닌 경우, 많은 경우에서 원인 질환에 대한 정확한 규명이 용이하지 않다.

1897년, Ortner가 처음, 승모판 협착증과 관련한 반회후두신경마비의 증례 2례를 보고한 이후, 다른 많은 심혈관계 질환들(고혈압, 관상동맥질환, 대동맥류, 선천성 심질환 등)이 반회후두신경마비의 원인으로 서술

되어 왔다¹⁾²⁾³⁾.

최근 본 교실에서는 애성을 주소로 내원한 환자들을 관찰하던 중, 대동맥류로 인한 반회후두신경마비 2례를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

증 례 1:

환자는 85세 여자 환자로, 1997년 4월 30일, 약 10년간의 애성을 주소로 본원 외래 방문하였다. 과거력과 가족력은 특이 사항 없었으며, 전신 소견에서도 특기할 만한 이상소견은 관찰되지 않았다. 이학적 소견상 좌측 성

대 마비가 관찰되어 경부 초음파를 시행하였으며, 좌측 갑상선 상부에 1cm 크기의 결절이 관찰되었다. 경부의 컴퓨터단층촬영을 시행한 결과, 갑상선에는 석회화를 동반한 양성을 시사하는 소견의 결절이 있었으나, 대동맥궁의 좌측 쇄골하동맥 기시부의 직하부에서 혈전을 동반한 약 3.7×3.5×2.6cm의 대동맥류가 관찰되었다.

흉부내·외과의의 협의진료 후, 대동맥류에 대한 수술적 치료를 권유하였으나, 환자와 보호자의 거부로, 현재 외래에 통원하면서 추적관찰중인 환자로 Type I 갑상성형술을 고려해 볼 수 있겠다(Fig. 1, 2).

증 례 2:

환자는 70세 남자 환자로, 1996년 7월 26일, 약 9개

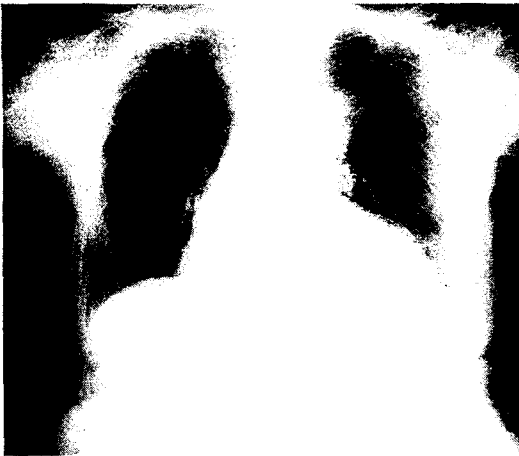


Fig. 1. The chest PA shows of the dilatation of aortic knob and cardiomegaly.

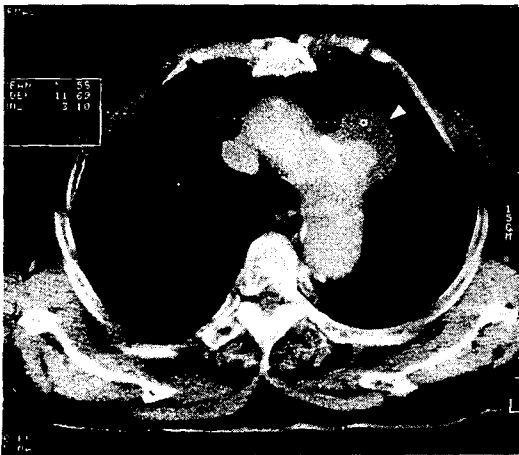


Fig. 2. The axial CT scan shows saccular aneurysm(arrowhead) involving pseudoaneurysm.

월간의 애성을 주소로 내원하였다. 과거력상 환자는 95년 10월, 급성 흉통을 주소로 본원 내원, 흉부 컴퓨터단층촬영을 시행 후 대동맥궁과 근위부 하행 대동맥에 걸친 대동맥 박리증으로 진단 받았던 환자로, 수술을 권유 받았으나 환자가 거부하여, 외래통원하며 추적관찰과 보존적 치료를 받던 중 상기 증상이 발현하였던 예이다. 이학적 소견상 좌측 성대 마비 소견이 있었다. 수술적 치료 거부하여 현재 정기적으로 추적관찰 중으로 이 환자 또한 Type I 갑상성형술을 고려중이다(Fig. 3, 4).

고 찰

성대마비를 일으킬 수 있는 흉곽 내의 질환에 대해서



Fig. 3. The chest PA shows the dilatation of dissecting aneurysm and aortic knob.



Fig. 4. The axial CT scan shows aortic pseudoaneurysm (arrowhead) involving proximal descending thoracic aorta probably originating from penetrating aortic ulcer.

그 동안 여러 학자들의 서술이 있어 왔는데⁴⁾⁵⁾, Hirose는 승도판 협착증, 대동맥류, 폐암, 식도암, 종격동 종양, 폐결핵 등을 그 원인으로 기술하였다⁶⁾. Teixeira 등은 대동맥류 환자 168명에 대해 후향적으로 고찰하였는데, 그 중 5% 해당하는 8명에서 임상적으로 애성이 있었다.

대동맥류는 발생하는 위치에 따라 Type I, II, III로 나누는데, Type I은 상행대동맥과 대동맥궁에 생기는 경우이고, Type II는 상행대동맥에만 생기는 경우이고, Type III는 하행대동맥에만 생기는 경우이다⁷⁾. 또 발현 양상에 따라 급성과 만성으로 나눌 수 있으며, 급성은 외상에 의해서, 그리고 만성은 노화 또는 동맥경화증에 의해서 발생한다. 좌측 반회후두신경은 해부학적으로 대동맥궁을 감고 올라가므로 대동맥궁에 생긴 대동맥류, 즉, Type I 대동맥류만이 좌측 반회후두신경마비를 일으킬 수 있다. 반회후두신경마비를 일으키는 기전으로는 대동맥류의 직접적인 압박, 대동맥류의 팽창 후 2차적으로 발생한 신경의 견인, 그리고, 출혈 또는 신경손상 회복후의 신경의 유착 등이 서술되고 있는데, 대동맥류에 의한 직접적인 신경 압박이 가장 흔한 것으로 알려져 있다⁸⁾.

치료는 일차적으로 대동맥류에 대한 수술적 복원이 필요한데, 이것이 용이하지 않을 경우, 갑상성형수술을 통해 반대쪽 성대를 보상하는 보존적 치료를 할 수 있다.

본 증례는 모두 만성적으로 대동맥류가 있었던 환자로, 이에 의해 반회신경이 직접적인 압박을 받은 후 성대 마비가 초래된 것으로 생각된다. 모두 만성적 임상 경과를 취하며, 고령 등의 이유로 대동맥류에 대한 직접적 치료가 용이하지 않으므로 갑상성형수술을 고려해 보는 것이 바람직 할 것으로 사료된다.

중요한 것은 애성을 호소하는 환자가 있을 때에 드문 경우이나 대동맥류 등의 중증의 심혈관계 질환이 그 원인이 될 수 있으므로, 경부 혹은 흉부 수술 등의 과거력이 없는 환자의 경우, 미주신경과 반회신경의 경로와 주위 구조를 추적함으로써 성대마비를 초래한 원인 규명에 주안점을 두어야 한다는 것이다.

References

- 1) Dolowitz DA, Lewis CS : *Left vocal cord paralysis associated with cardiac disease. Am J Med. 1948 ; 4 : 856-862*
- 2) Thomson KJ, Wardlaw AJ : *Vocal cord paralysis in association with pulmonary emboli. Br J Dis Chest. 1986 ; 80 : 88-89*
- 3) Scheifley CH, Smith HL : *Mitral stenosis and paralysis of the left recurrent laryngeal nerve. Minnesota M J. 1942 ; 25 : 362*
- 4) Stephens DB, Dincan AK, William AR : *Operative experience with 50 thoracic aortic dissections. South Med J. 1982 ; 75 : 1467-1470*
- 5) McNamara JJ, Pressler VM : *Natural history of arteriosclerotic thoracic aortic aneurysms. Ann Thorac Surg. 1978 ; 26 : 468-473*
- 6) Hirose H : *Clinical observations on 600 cases of recurrent laryngeal nerve paralysis. Auris-Nasus-Larynx (Tokyo). 1978 ; 5 : 39-48*
- 7) Anagnostopoulos CE, Probhakar MJS, Kittle CF : *Aortic dissection and dissecting aneurysms. Am J Cardiol. 1972 ; 30 : 263-273*
- 8) Teixido MT, Leonetti JP : *Recurrent laryngeal nerve paralysis associated with thoracic aortic aneurysm. Otolaryngol Head Neck Surg. 1990 ; 102 : 140-144*