

후두 선암종 1례

울산대학교 의과대학 서울중앙병원 이비인후과학교실

이윤식·남순열

= Abstract =

A case of Adenocarcinoma of the Larynx

Yoon-Sik Lee, MD, Soon-Yuhl Nam, MD

*Department of Otorhinolaryngology, Asan medical center
College of medicine, University of Ulsan, Korea*

Most laryngeal carcinomas are squamous cell carcinomas. Adenocarcinoma of the larynx is rare, its incidence has been reported less than 1% of all laryngeal neoplasms.

Adenocarcinoma arises from glandular structures of the larynx and usually arises from the supraglottis.

Compared to other carcinoma, deep biopsy and aggressive treatment is mandatory.

We report a case of adenocarcinoma of the larynx with review of current literatures.

Key Words: Adenocarcinoma, Larynx

I. 서 론

후두 선암종(Adenocarcinoma of larynx)은 전체 후두 종양의 1% 미만을 차지하는 드문 형태의 종양이다^{1,2}. 후두 선암종은 후두에 위치하는 타액선의 일종인 장점액선이 기원세포로 생각되어지고 있다. 대개 후두 선암종은 종양의 크기가 큰 경우가 많고 성문 상부(Supraglottis)에서 많이 생기는

것으로 보고되어 있다³.

이 종양은 고도의 악성 종양으로 예후는 극히 불량하며 많은 레에서 전이를 하며 치료는 후두전적출술 및 경부광청술과 같은 광범위한 수술을 요하며 방사선 치료는 별 도움을 주지 못하는 것으로 알려져 있다. 이에 저자들은 애성 및 연하통을 주소로 내원한 70세 남자 환자에서 후두개에 발생한 종양을 후두전적출술 및 경부광청술을 시행하여

교신 저자 : 남순열(Soon-Yuhl Nam, MD)

서울특별시 송파구 풍납동 388-1 서울중앙병원 이비인후과학교실

Tel : 02-224-3966 Fax : 02-489-2773 E-mail : synam@ www.amc.seoul.kr

조직검사 결과 후두 선암종으로 확진된 1례를 경합하였기에 이를 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

II. 증 례

환 자 : 김 O 식, 70세, 남자

초진일 : 1997. 7. 1

주 소 : 애성, 연하통

가족력 및 기왕력 : 특이할 사항 없음.

현병력 : 초진 약 7개월 전부터 경미한 애성 및 인후부의 이물감을 호소하였고, 1달전부터 애성 및 연하통이 심해지고, 사래가 드는 증상이 나타나서 본원 이비인후과 외래로 내원하였다.

이학적 소견 : 굴곡성 후두 내시경 검사상 후두개(epiglottis)의 후두면(laryngeal surface)에 직경 4



Fig. 1. The CT scan showing well-enhanced mass in the epiglottis.



Fig. 2. The gross specimen showing 4 x 4 cm mass on the epiglottis.

cm 크기의 경계가 불분명한 돌출성 종괴(fungating mass)가 발견되었다. 우측 진성대 및 가성대, 좌측 진성대는 종괴로 가려져서 보이지 않았으며, 좌측 가성대 및 좌측 피열 연골의 일부가 보였으며 움직임은 정상적이었다. 양측 경부에 직경 2 cm 미만의 여러개의 종괴가 축지되었으며, 다른 이비인후과적 검사는 정상이었다.

임상검사 및 X선 소견 : 혈액학적 소견, 소변 및 다른 검사상에는 별 이상이 없었고, 흉부 X선은 정상이었다. 후두 전산화 단층 촬영상 후두개에 조영이 잘 되는 종괴가 보였으며, 설골, 피열후두개 주름에는 이상 소견이 없었다(Fig. 1). 양측 경부에 internal jugular chain을 따라서 2 cm 미만의 여러개의 임파선 비대 소견이 관찰되었다.

병리학적 소견 : 수술직전 직접후두경하에 실시한 동결절편검사상 침윤성 편평세포암(invasive squamous cell carcinoma)이 나왔으며, 본 수술을 시행하여 얻은 조직편은 직경 4 cm 크기의 후두개에 붙은 종괴였으며 우측 가성대로의 침윤이 있었고, 진성대나 갑상연골의 침범은 없었고, 조직 절단면(resection margin)에 암세포는 없었다. 26개의 경부 임파절 등에서 9개의 임파선에서 전이가 발견되었다(Fig. 2). (좌측 3개/12개, 우측 6개/14개) 조직 현미경 소견상 선내강(glandular lumen)이 보이고 다양한 핵염색질 응결과 세포분열(multifocal apoptosis and mitosis)의 소견을 보였으며 중등도 분화(intermediate grade)의 소견을 보였다(Fig. 3). TNM staging은 T2N2cM0였다.

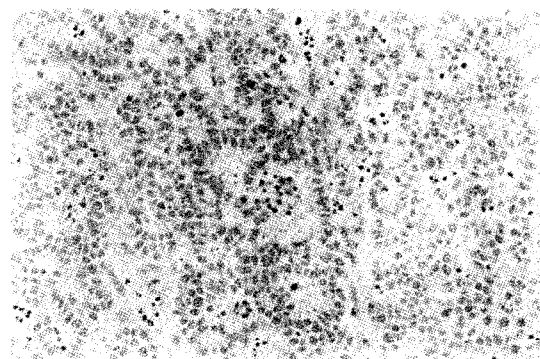


Fig. 3. The microscopic feature showing glandular lumen and multifocal apoptosis and mitosis. (HE stain, x 400).

임상경과 : 1997년 7월 10일 후두전적출술 및 양측 경부곽청술을 시행하였으며, 수술후 13일째부터 경구 식사를 시작하였으며, 수술후 17일째 별 문제 없이 퇴원하였다. 수술후 방사선 치료 권유하였으나 거부하고 추적관찰 소실되어 지내던 중 9개월째 호흡곤란과 좌측 경부의 종물을 주소로 다시 내원하였다. 복부 초음파 검사상 여러개의 전이성 종괴가 보였으며, 10개월째 사망하였다.

III. 고 찰

후두암(carcinoma of larynx)은 전체 암의 약 2%를 차지하고 있다. 그리고 후두암의 1-2%를 제외하고는 모두 편평세포암(squamous cell carcinoma)이다. Whicker 등³⁾의 보고에 의하면 1948년부터 1974년까지의 후두암 환자 3100명중 27레만이 선암종(adenocarcinoma)였다고 한다. 후두선암종중에서 조직학적으로 중등도분화 선암종(adenocarcinoma intermediate type)이 가장 많고, 그 다음 선양 낭성 암종(adenoid cystic carcinoma), 점액표피양 암종(mucoepidermoid carcinoma)의 순서인 것으로 보고되어 있다¹⁾. New GB 등²⁾에 의하면 중등도분화 선암종(adenocarcinoma intermediate type)이 45%로 가장 많고, 선양 낭성 암종(adenoid cystic carcinoma)는 30%, 점액표피양 암종(mucoepidermoid carcinoma)는 15%인 것으로 보고되어 있다.

후두내에는 장점액선들이 분포하고 있다. 진성대에는 이런 장점액선이 거의 없는 것으로 보고되어 있고, 가성대 및 전연합(ant. commissure)의 성문하면(subglottic surface)에 이런 장점액선이 많이 분포하는 것으로 알려져 있다⁴⁾. 후두개에는 주로 설면(lingual surface)에 분포한다. 후두 선암종이 후두내의 어느 부위에서 많이 생기는 지는 장점액선이 어느 곳에 많이 분포하는지와 관련이 있다고 주장하는 저자들도 있다^{5,6)}. Spiro 등에 의하면 선양 낭성 암종(adenoid cystic carcinoma)은 60% 정도가 성문하부에 생긴다고 하며, 성문하부의 암종 중에서 75%가 선양 낭성 암종(adenoid cystic carcinoma)이라고 한다. 반면에 선암종(adenocarcinoma)은 60% 정도가 성문상부에 생기며 이상구(pyiform sinus)에도 생길 수 있는 것으로 보고되어 있고 성

문하부(subglottis)에는 거의 없는 것으로 보고되어 있다⁷⁾.

후두 선암종은 60대와 70대의 남자에게 많고, 성문 상부에 잘 생기며, 애성, 연하통, 연하장애 등의 증상을 흔히 나타낸다. 특히 후두개에 생긴 경우 특징적으로 목의 이물감을 주소로 내원하는 경우가 많다. 후두 선암종은 육안적으로 볼 때 크고 께양을 동반하지 않고 표면이 매끈하고 멍쳐진 듯하고 단단한 종괴인 경우가 많다고 한다⁸⁾. 조직 검사 시 선암종의 경우엔 불완전한 격막(incomplete capsule)에 의해 종양의 대표부를 얻지 못하는 경우가 있을 수 있다는 보고가 있다⁹⁾. 그러므로 수술 전 직접 후두경(direct laryngoscopy) 시행시에 깊은 부위의 조직을 얻는 것이 정확한 조직학적 진단을 내리는 데에 도움이 된다. 본 증례의 경우도 수술전 조직 검사상 편평세포암이 나왔으며, 좀더 깊은 부위의 조직을 취했으면 수술전 선암종의 진단을 내릴 수 있었을 것으로 생각된다. 소타액선 종양(minor salivary gland tumor) 중에서 후두에 생긴 것이 가장 예후가 나쁜 것으로 보고되어 있다⁵⁾. Spiro 등⁵⁾의 소타액선 종양(minor salivary gland tumor) 환자 492명에 대한 연구에 의하면 후두에 생긴 경우 11명중 1명(9.1%)만이 치료후 10년간의 추적 관찰에서 살아 남았다.

후두 선암종의 경우 국소 임파선 전이와 원격 전이가 흔하게 관찰된다. 편평세포암과는 달리 선암종의 경우 비접촉 전이(noncontagious spread)를 하기 때문에 조직절단면(resection margin)이 깨끗하더라도 전이가 될 수 있다. 그리고 선양 낭성 암종(adenoid cystic carcinoma)의 경우엔 신경초(nerve sheath)를 타고 전이할 수도 있고, 혈행성으로 전이할 수도 있다. Whicker 등³⁾에 의하면 27명중 18명(67%)에서 경부 임파선 전이가 있었다고 한다. 그리고 Spiro 등⁵⁾에 의하면 12명중 9명(75%)에서 경부 임파선 전이가 있었다고 하며, 원격 전이는 46.7%에서 있었던 것으로 보고되어 있다. Toomey 등¹⁾에 의하면 40%에서 원격 전이가 있었다고 하며, 원격 전이는 간과 폐에 많았고 이것이 주된 사인이었으며 5년 생존율은 12.5%였다고 한다. 후두 선암종은 예후가 극히 불량하기 때문에 광범위한 수술적 제거(전후두적출술 및 경부곽청술)

가 꼭 필요하다고 주장하는 저자들이 많다²³⁹⁾. 본 증례의 경우도 전후두적출술을 시행하였으며, 좌측 level II - IV, 우측 II - V의 경부광청술을 시행하였으며 좌측의 경우엔 내경정맥(internal jugular vein)도 같이 제거하였다. 양쪽 모두 흉쇄유돌근(SCM)과 척추부신경(spinal accessory nerve)은 제거하지 않았다. 광범위한 절제를 시행하였음에도 불구하고 9개월째 국소재발(local recurrence)과 간에 원격전이(distant metastasis)의 소견을 보였다. 방사선 치료 및 항암화학요법과의 병용 요법을 주장하는 저자들도 있으나 효과가 입증되지는 않았다¹⁾. 중등도분화 선암종(adenocarcinoma intermediate type)의 경우 성문상부에 국한되어 생기는 경우가 많으므로 보존적인 수술만을 시행하고 경부광청술만을 시행하면 된다고 주장하는 저자들도 있다^{7,10)}. 하지만 본 증례에서와 같이 후두 선암종은 전이를 잘하고 예후가 극히 안 좋은 종양이므로 광범위한 수술적제거가 반드시 필요하며 방사선 치료 및 항암화학요법도 적극적으로 고려될 수 있을 것으로 생각된다.

IV. 결 론

후두선암종은 후두에서 드문 종양으로 조직검사 시 깊은 생검이 필요하고, 치료시 빠른 전이와 예후 불량으로 적극적인 치료가 필요하다.

References

1. Toomey JM: Adenocarcinoma of the larynx.

Laryngoscope. 1967; 77: 931-961

2. New GB, Erich JB: Adenocarcinoma of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1941; 50: 706-714

3. Whicker JH, Neel HB, Weiland LH: Adenocarcinoma of the larynx. *Ann Otol.* 1974; 83: 487-490

4. Victor HN: Topography of the laryngeal mucous glands. *Arch Otolaryngol.* 1971; 94: 490-498

5. Spiro RH, Loss LG, Hajdu SI: Tumors of minor salivary gland origin: A clinical pathological study of 492 cases. *Cancer.* 1973; 81: 117-129

6. Houle JA, Joseph P, Batsakis JG: Primary adenocarcinomas of the larynx. *J Laryngol Otol.* 1976; 90: 1159-1163

7. Joseph Bloom, Albert JB, Daniel Zikk et al: Adenocarcinoma of the epiglottis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1987; 113: 1330-1333

8. Dogra TS: Adenocarcinoma of the larynx. *J Laryngol Otol.* 1973; 87: 685-689

9. Browne JD: Management of nonepidermoid cancer of the larynx. *Otolaryngologic clinics of North America.* 1997, April; Vol 30: Number 2: 215-229

10. Session DG, Murray JP, Bauer WC: Adenocarcinoma of the larynx. *Can J Otolaryngol.* 1975; 4: 293-296