

여포성 종양을 동반한 침윤성 리들씨 갑상선염 (Riedel's Thyroiditis) 1예*

전남대학교 의과대학 외과학교실

박종훈 · 강 효 · 박민호 · 조문형 · 윤정환 · 제갈영중

= Abstract =

A Case of Invasive Riedel's Thyroiditis with Follicular Neoplasm

Jong Hoon Park, M.D., Hyo Kang, M.D., Min Ho Park, M.D.,
Mun Hyeong Cho, M.D., Jung Han Yoon, M.D., Young Jong Jaegal, M.D.

Department of Surgery, Chonnam National University Medical School, Gwangju, Korea

Riedel's thyroiditis is an uncommon disorder of unknown etiology that is characterized by an invasive process that partially destroys the gland and extends into adjacent neck structures. Its clinical manifestation as a stony-hard, poorly defined enlargement over the thyroid gland and local compression of the trachea, esophagus and recurrent laryngeal nerve can mimic invasive thyroid carcinoma and mask the accompanied thyroid neoplasm. A case of Riedel's thyroiditis in a 59-year-old female patient, admitted with a previous diagnosis of adenomatous goiter, is reported. So, we present this case with the review of literatures.

KEY WORDS : Riedel's thyroiditis · Follicular neoplasm.

서 론

리들씨 갑상선염은 그 원인이 명확히 규명되지 않은 매우 드문 갑상선의 만성 염증질환으로 섬유경화성 염증이 갑상선의 정상조직을 파괴하고 주변 경부조직으로 파급되는 양상을 특징으로 하며, 갑상선 문제로 인하여 수술을 받은 환자 중에서 0.06% 정도로 보고되고 있다¹⁾. 1883년 Bernhard Riedel은 처음으로 섬유경화성 염증의 갑상선 파괴로 기관과 식도에 압박증상을 초래한 환자를 관찰하게 되었고 1896년 증례 2건을 보고하였다²⁾³⁾. 이후 Ewing은 1922년 리들씨 갑상선염이 하시모토 갑상선염의 섬유성 변형 또는 말기적 현상이라고 반박하였고⁴⁾, 한동안 정설로 받아들여졌으나, 최근에는 다초점성 섬유경화증후군(Multifocal fibrosclero-

sis)중 하나의 임상양상으로 추정되고 있으며, 그 원인으로 자가면역과의 관련을 생각하고 있으나 명확하게 밝혀진 바는 없다⁵⁻⁷⁾.

저자들은 최근 59세 여자 환자에서 침윤성 갑상선암의 양상을 나타낸 여포성 종양을 동반한 리들씨 갑상선염 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

59세 여자 환자가 2주 전 발생한 쉼 목소리와 우측 경부의 종괴를 주소로 내과를 방문하여 시행한 경부 초음파 및 세침흡인 세포검사서 선종성 종대로 나왔으나 임상적으로 갑상선암을 배제할 수 없어 외과로 의뢰되었다. 과거력 상 10년 전 발견한 고혈압으로 투약 중이었으며, 가족력 상 특이사항은 없었다. 이학적 소견에서 우측 전경부에 무통성 종괴가 촉진되었으나, 측경부에 촉진되는 림프절 종대 소견은 없었다.

검사실 소견 상 일반 혈액검사, 소변 검사 및 혈청 생화학 검사 모두 정상범위였으며 갑상선 기능검사 상 T3 199ng/

*본 증례는 2005년 대한외과학회 추계학술대회에서 구연 발표되었음.
교신저자 : 박민호, 501-757 광주광역시 동구 학1동 8번지
전남대학교 의과대학 외과학교실
전화 : (062) 220-6456 · 전송 : (062) 227-1635
E-mail : thokthok@hanmail.net

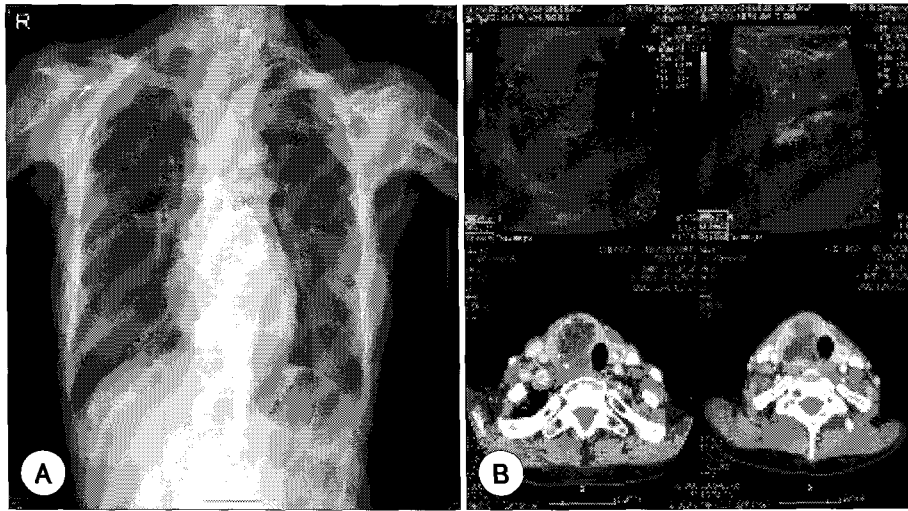


Fig. 1. Preoperative imaging studies. A : Chest X-ray shows emphysematous change of the lung and left side displacement of the trachea. B : Thyroid U/S and neck CT scan showing huge mass lesion in the right thyroid gland and 1.5cm sized mass in the left thyroid gland.

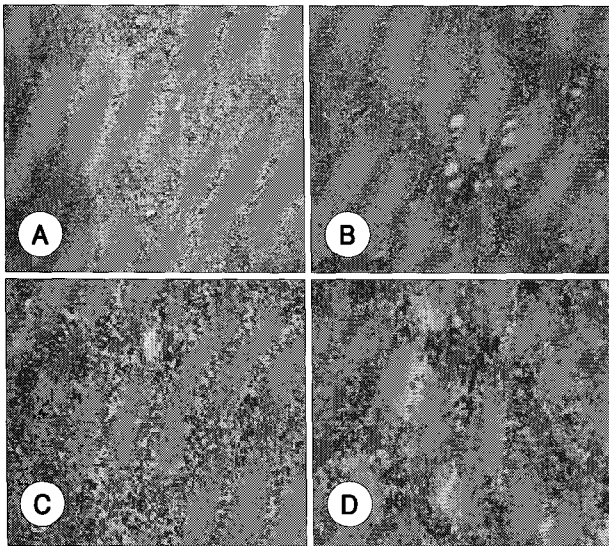


Fig. 2. Pathologic findings. The atrophic thyroid follicles are surrounded by a dense inflammatory composed of lymphocytes, plasma cells, and eosinophils and accompanied by dense fibrosis (A : H & E stain $\times 40$, B : H & E stain $\times 100$, C : H & E stain $\times 200$, D : IHC stain $\times 200$).

dL(80~220), T4 10.8ug/dL(4.5~12.5), TSH 0.07uU/mL(0.4~4.5), Thyroglobulin 493ng/mL(2~60), 항 thyroglobulin 항체 22U/mL(0~55) 소견을 보였다. 흉부 X선 촬영에서 양측 폐의 폐기종 소견이 관찰되었으며, 종괴로 인한 상기도의 좌측 전위 소견을 보였다(Fig. 1A). 경부 전산화단층촬영 소견 상 갑상선 우엽의 대부분을 차지하는 종괴와 갑상선 좌엽에 약 1.5cm 크기의 종괴가 관찰되었으며, 우측 성대의 편측 마비 소견이 보였으나 의의 있게 커져 있는 림프절 종대는 없었다(Fig. 1B). 내원시 시행한 세침흡인 세포검사에서 약간의 세포면이를 포함한 선종성 고이터 소견이 관찰되었다. 임상적으로 갑상선암의 양상을 보여서 수술

을 시행하였다. 수술 소견 상 갑상선 우엽을 거의 차지하는 약 4.5cm 크기의 종괴가 존재하였고, 이 종괴는 우측 되돌이 후두신경과 기도를 직접 침범하고 있었으며 주변조직에 심하게 유착되어 있었다. 갑상선 좌엽에도 약 1.5cm 크기의 종괴가 존재하였다. 수술은 갑상선 전절제술을 시행하였으며 우측 상부 부갑상선과 우측 되돌이 후두신경은 희생시켰다. 적출된 종괴의 광학현미경 소견에서 림프구, 조직구 등의 침윤을 동반한 섬유화 병변이 갑상선 외부로 파급되어 있었으며 남아있는 갑상선 조직은 비교적 정상조직을 유지하였다. 국소적으로 정맥염이 동반되어 있었으며 면역조직화학염색에서 LCA(Leukocyte Common Antigen)에 양성 소견을 보였다(Fig. 2).

환자는 수술 후 4일째 퇴원하였다.

고 찰

리들씨 갑상선염은 갑상선염 중 가장 드문 질환으로 그 발생원인은 아직 명확히 규명되어 있지 않다. 초진 시에는 그 임상적 특징으로 인하여 악성종양, 즉 갑상선 유두상암, 일차성 갑상선 림프종, 미분화암 등과 혼돈하기 쉬워 조직학적 진단에 의존하게 되는데 대개 세침흡인 세포검사 및 침생검 등의 방법으로는 적합한 조직을 얻기가 쉽지 않고, 일부 섬유화된 조직이 생검되더라도 숨겨진 악성종양세포가 생검되지 않고 남아 있을 가능성 때문에 결국은 치료를 겸하여 수술적 생검을 하는 것이 보통이다⁸⁾. 수술 소견은 대개 돌과 같이 단단한 섬유화가 갑상선과 기관, 경부근육, 식도, 신경총 등을 침범하여 박리가 매우 어려우며, 따라서 부갑상선과 되돌이 후두신경의 손상 위험도가 굉장히 높고 그로인한 합병증도 증가하는 것으로 알려져 있다. 본 증례에서도 섬유화

가 갑상선 외부로 침범해 우측 상부 부갑상선 및 우측 되돌이 후두신경을 희생할 수 밖에 없었다. 또한 섬유화와 침습성으로 인해 완전 절제가 불가능할 수 있어 기저 악성종양이나 동시성 갑상선 종양이 잔존할 수 있어 수술 후 지속적인 추적관찰이 필요하다.

한편, 리들씨 갑상선염은 최근 다초점성 섬유경화증의 한 아형으로 여겨지고 있는데⁵⁾, 이는 특정 부위에 만성적 경화성 염증이 일어나서 섬유화를 일으키며 점차 단단한 경화성 판을 형성하게 되고 주변 장기를 폐쇄시키거나 운동을 제한하게 된다. 급성기에는 만성 육아종성 염증의 특징이 나타나서 단핵구, 형질세포, 거대세포 등이 침윤되고 말기에는 혈관염과 반흔으로 바뀌게 된다. 특징은 신체 중심부의 큰 혈관에서 서부터 혈관염이 발생되어 그 후 주변으로 파급되게 된다. 다초점성 섬유경화증후군 질환들은 대부분 독립적인 질병으로 나타나지만, 몇몇 질환들이 수개월 내지 수년의 시간 간격을 두고 차례로 나타날 수 있다⁶⁾⁷⁾⁹⁾.

이상의 소견들을 보면 수술적 절제의 불완전성과 잠재암의 가능성, 그리고 다초점성 섬유경화증의 한 아형으로서의 특징 때문에, 리들씨 갑상선염은 수술 후에도 지속적인 추적관찰과 전신적인 검사가 필요할 것으로 사료된다.

중심 단어 : 리들씨 갑상선염 · 여포성 종양.

References

- 1) Hay ID: *thyroiditis: A clinical update. Mayo Clin Proc.* 1985;60: 836-843
- 2) Riedel BMCL: *Die chronische, zur Bildung eisenharter Tumoren fuhrende Entzündung der Schilddruese. Verh Dtsch Ges Chir.* 1896;25 (1):101-105
- 3) Riedel BMCL: *Vorstellung eines Kranken mit chronischer Strumitis. Verh Dtsch Ges Chir.* 1897;26 (1):127-129
- 4) Ewing J: *Neoplastic diseases, 2nd ed. Philadelphia, Saunders, 1922*
- 5) Bartholomew LG, Cain JC, Woolner LB: *Sclerosing cholangitis. Its possible association with Riedel's struma and fibrous retroperitonitis. New Engl J Med.* 1963;269:8-12
- 6) Rao CR, Ferguson GC, Kyle VN: *Retroperitnoeal fibrosis associated with Riedel's struma. Can Med Assoc J.* 1973;108:1019-1021
- 7) Comings DE, Skubi KB, Van Eyes J: *Familial multifocal fibrosclerosis. Ann Intern Med.* 1967;66:884-892
- 8) Kim CS, Lee SJ, Park JS, et al: *A Case of Riedel's thyroiditis in a Patient with a History of Subacute Thyroiditis. Korean Soc Endocrinol.* 2003;18 (4):414-419
- 9) Oh YS: *Invasive Fibrous (Riedel's) thyroiditis. Korean Soc Endocrinol.* 1994;9 (4):273-276