

우폐하에 위치한 심막낭종

- 1예 보고 -

전현우* · 심성보* · 사영조* · 박재길* · 이선희*

Pericardial Cyst in the Rt. Subpulmonary Region

- A case report -

Hyun Woo Jeon, M.D.*, Sung Bo Sim, M.D.*, Young Jo Sa, M.D.*, Jae Kil Park, M.D.*, Sun Hee Lee, M.D.*

Pericardial cysts are uncommon benign congenital mediastinal lesions and they are most often found in either cardiophrenic angle. We present here one case of atypically located pericardial cyst that was located in the subpulmonary region. The clinicians should take into consideration this entity in the differential diagnosis of cystic lesion of the mediastinum. The diagnostic difficulties that are encountered and the utility of video-assisted thoracoscopy are described.

(Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2007;40:459-462)

- Key words:**
1. Pericardium
 2. Mediastinal cyst
 3. Thoracoscopy

증례

환자는 32세 여자로서 좌상복부와 흉골 하연의 불쾌감으로 외부병원을 방문하였다가 늑막액 저류 의증의 진단하에 정밀 검사 및 치료를 위해 본원으로 내원하였다. 본 흉부외과 내원당시의 문진 소견으로는 좌상복부의 불쾌감을 호소하였고, 이와는 달리 환자의 자세 변경 시 우흉부 쪽에서 이동하는 양상의 약한 이물감을 호소하였다. 환자는 다소 마른 편이나 전신 상태는 정상이었다. 내원 당시의 혈액학 검사, 혈액화학 검사, 소변 검사 및 심전도는 정상이었다. 과거력상 10년 전 폐결핵으로 1년간 항결핵제를 투여 받았으며, 결핵에 대해 완치 판결을 받았고, 재원 중 시행한 객담 검사나 흉부 방사선촬영에서 이상 소견은 없었다.

단순 흉부방사선 촬영소견상 우횡경막 부위가 약간 거

상되어 있으나 정상 범위로 판독하였다(Fig. 1). 그러나 흉부 컴퓨터단층 촬영에서 우횡경막 상부에 폭 10 cm, 전후 직경 11 cm, 높이 4 cm의 균질한 저투과성 음영이 보였고 이 음영은 엷드린 자세에서 아랫쪽으로 기울어져 쉽게 이동하는 양상을 보이며, 우심장변연부와는 밀접하게 연결하고 있었다(Fig. 2). 이와 같은 방사선 소견은 얇은 막을 가진 낭종으로 비전형적인 위치인 폐하부와 우횡경막상부 사이에 위치한 심막낭종의 가능성이 가장 높았으며, 흉선낭종이나 장관낭종의 가능성도 배제하지는 못하였다.

복부초음파 검사는 정상이었지만 식도위내시경 검사상 식도역류증 및 위축성 위염으로 진단되었다. 즉 환자가 호소한 좌상복부와 흉골하연의 불쾌감은 식도역류증과 연관이 있어 보였으며, 자세 변화에 따른 약한 흉부 이물감은 본 낭종과 연관이 있어 보였다.

비디오 흉강경을 이용한 낭종제거술을 시행하였다. 환

*가톨릭대학교 성모병원 흉부외과학교실

Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea

논문접수일 : 2007년 10월 9일, 심사통과일 : 2007년 4월 16일

책임저자 : 심성보 (150-713) 서울시 영등포구 여의도동 62번지, 가톨릭대학교 성모병원 흉부외과학교실

(Tel) 02-3779-1183, (Fax) 02-3779-1181, E-mail: sungbo@catholic.ac.kr

본 논문의 저작권 및 전자매체의 지적소유권은 대한흉부외과학회에 있다.

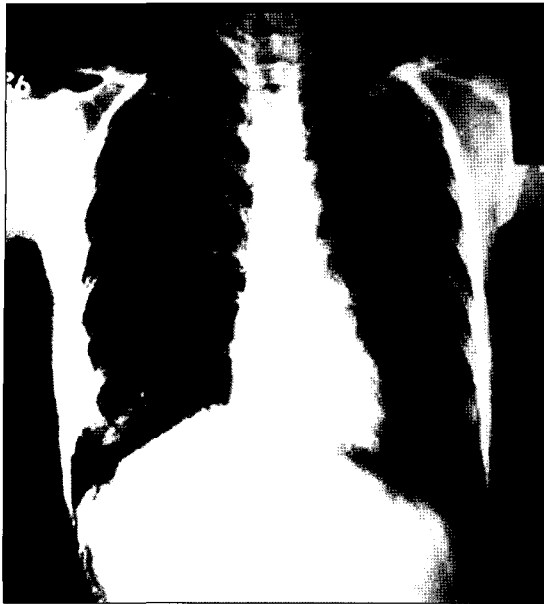


Fig. 1. Pre-op chest PA.

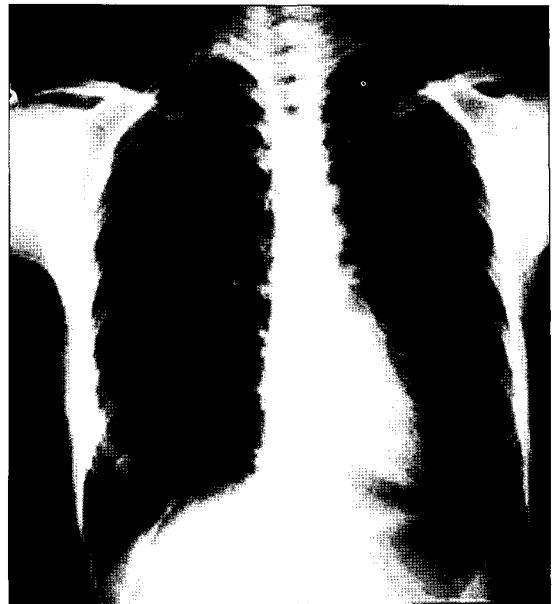


Fig. 3. Post-op chest PA.

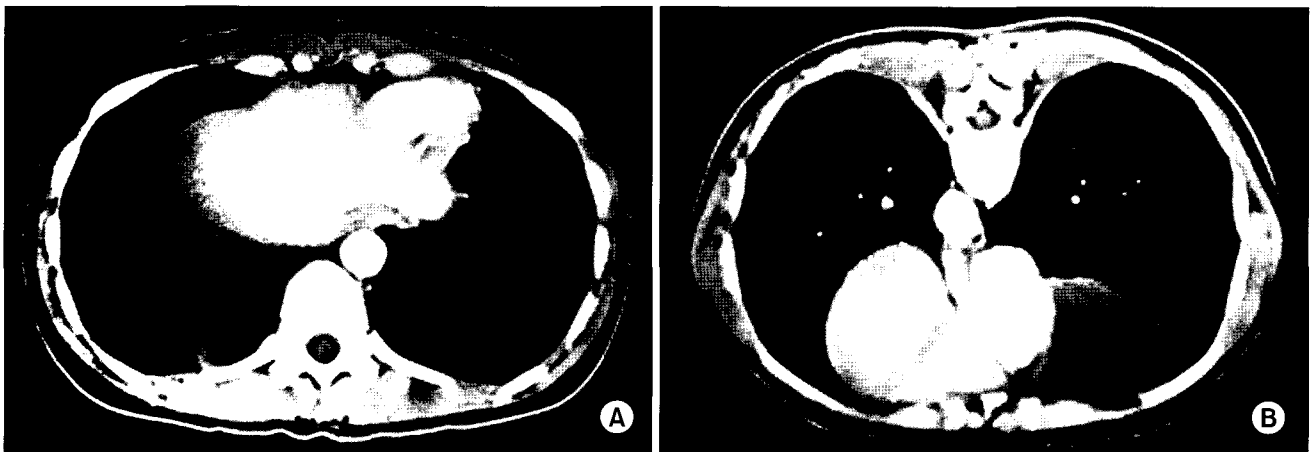


Fig. 2. Pre-op chest CT. (A) Supine position, (B) Prone position.

자는 이중기관도관 삽관 후 반앙와위 자세로 위치시키고, 흉강경 기구를 삽입하였으며, 수술 소견상 우폐 상부에 약간의 늑막유착이 있었으나 늑막액의 저류는 없었다. 우하엽 아래와 횡경막 상부 사이에 매우 얇은 막을 가진 거대한 낭종이 보였으며, 이 낭종은 횡경막신경 전방의 심낭과 횡경막 경계부에서 2~3 cm 정도의 경계면을 가진 채 매달려 있는 양상이었고, 마치 늘어진 투명한 물주머니 모양으로 쉽게 위치가 변경되었다. 낭종의 표면에는 비교적 혈관이 잘 분포하였고 심막의 표면에 위치한 혈관을 통하여 분지하였다. 수술은 먼저 낭종의 액을 흡입기

로 흡입하였다. 쪼그라든 낭종은 심막쪽과 연결된 부위를 전기소작을 이용하여 분리하였고, 내시경용 종괴 비닐주머니에 싸서 직경 10 mm의 흉강경관을 통하여 쉽게 흉강 바깥으로 빼낼 수 있었다. 낭종의 심막장과의 연결은 없었다.

심낭액은 맑았고 연한 노란색을 띠었으며, 세포진 검사상에서 몇개의 림프구만 관찰되었다. 병리조직 검사상 낭종은 입방상피세포로 피복된 심막낭종으로 확인되었다.

환자는 술 후 4일째에 양호한 상태로 퇴원하였으며 현재 외래추적 중이며(Fig. 3), 식도역류증은 omeprazole (Proton

pump inhibitor) 처방으로 좌상복부와 흉골하연의 불쾌한 증세는 없어졌고, 현재 특이한 이상 소견은 없다.

고 찰

심막낭종은 인구 10만 명당 1명 정도 발생하는 매우 드문 선천성 종격동 질환이다. 이 질환은 태생기의 심막낭 형성시기에 불완전한 융합에 의해서 발생하는 것으로 알려져 있다. 심막낭종은 대부분 심장가로막각에서 발견되며, 좌우의 비율은 우측이 70%, 좌측이 22%로 우측이 많다. 그러나 비전형적인 위치에서 발생하는 심막낭종은 매우 드물게 보고되고 있는데, 특히 본 증례와 같이 폐하부에 위치한 심막낭종은 문헌상 Yuncu 등[1]의 보고와 Stoller 등[2]의 문헌 고찰에서 몇 예만이 보고되고 있을 뿐이다. 그 외 심막낭종은 좌측 전종격동과 대동맥궁[2], 기관주위[3], 좌폐문부 등의 비전형적인 위치에서 발생한 경우 등이 보고되고 있다.

심막낭종의 크기는 직경 1 cm부터 15 cm까지 다양하게 나타나며, 수 년 동안 크기가 변하지 않거나 아주 서서히 자라기도 한다[1,4]. 증년이 되어서야 임상증세 없이 우연히 발견되는 경향이 있는데 이는 일정 크기 이상에 도달하면서 증세를 나타내기 때문으로 보이며, 흉통은 매우 드물게 보이며 낭이 꼬였을 경우 나타나기도 한다.

진단은 단순 흉부방사선 촬영 시 우연히 발견되는 수가 많으며, 심장초음파검사나 흉부 컴퓨터단층 촬영으로 확진하기도 한다. 본 증례에서와 같이 매우 큰 낭임에도 불구하고 흉부단순방사선 촬영소견으로는 우측횡경막이 약간 거상되어 보일 뿐 낭종을 진단하기 어려울 수 있고, 흉부컴퓨터단층촬영에서야 직경 11 cm의 낭을 확인할 수 있었다. 특히 폐하부에 위치한 심막낭종은 매우 드물어 늑막액 저류상태와 감별이 어려우며, 특히 우측에 위치하는 경우는 정상적인 우횡경막 상승과 구분이 어렵다.

조직학적으로는 내피세포나 중피세포로 내피를 이루며, 투명하고 맑은 액을 함유하고 있다. 종피는 등글고, 주위 조직과 잘 분리되며 심막과는 대부분 교통을 이루고 있지 않으나 약 20% 정도에서는 교통하고 있다.

비전형적인 위치의 심막낭종은 종격동내에서 발생하는 다른 종양과의 감별진단에 많은 어려움을 주며, 진단과 치료의 방침을 결정하는데 혼란을 가져오기도 한다. Mor-

gani 횡격막 열공, 심장주위 큰 지방조직, 종격동 종양, 횡격막 종양, 혹은 심막 종양 등과 구분하여야 한다. 특히 고형 종피와의 구별이 무엇보다도 중요하며, 이것은 흉부 컴퓨터 단층촬영과 심장초음파검사가 낭의 구조를 확인하는데 도움이 된다. 그러나 이런 낭들이 어떤 경우 흉부 단층촬영에서 연조직과 같은 소견을 나타낼 수 있으므로 종격동의 낭종 병변에서 이러한 감별 진단에 대한 다양한 시각을 유지하고 있어야 한다[1-3].

심막낭종은 경피침 흡인으로 진단과 치료를 하기도 하고 또는 에탄올 주입치료가 고령의 환자에서 좋은 치료법으로 알려져 있다. 그러나 환자가 특별한 고통이 없더라도 수술적 제거술이 바람직한데 이는 대부분 환자에서 수술적 제거술이 위험도가 낮으며, 종피를 완전히 제거하고, 증세를 해소하며, 조직학적으로 확진할 수 있는 이점이 있기 때문이다. 심막낭종으로 인한 치명적인 합병증에 대한 보고[5]가 있으며, 특히 재발 방지를 위해 완전한 절제술이 요구된다[6]. 흉강경 수술은 수술의 상처가 작고, 수술 후 통증이 작으며, 회복기가 짧고, 미용상 효과가 뛰어난 점으로 안전하고 효과적인 수술방법으로 인정받고 있다[7].

참 고 문 헌

1. Yuncu G, Cakan A, Ors Kaya S, Sevinc A, Ucvet A, Ermers S. *Atypically located pericardial cysts*. J Cardiovasc Surg 2001;42:275-8.
2. Stoller JK, Shaw C, Matthay RA. *Enlarging, atypically located pericardial cys: recent experience and literature review*. Chest 1986;89:402-6.
3. Kutlay H, Yavuzer S, Han S, Cangir AK. *Atypically located pericardial cysts*. Ann Thorac Surg 2001;72:2137-9.
4. Satur CMR, Hsin MKY, Dussek JE. *Giant pericardial cysts*. Ann Thorac Surg 1996;61:208-10.
5. Horita K, Sakao Y, Itoh T. *Excision of recurrent pericardial cyst using video-assisted thoracic surgery*. Chest 1998;114:1203-4.
6. Borges AC, Gellert K, Dietel M, Bauman G, Witt C. *Acute right sided heart failure due to hemorrhage into pericardial cyst*. Ann Thorac Surg 1997;63:845-7.
7. Hazelrigg SR, Landreneau RJ, Mack MJ, Acuff TE. *Thoracoscopic resection of mediastinal cysts*. Ann Thorac Surg 1993;56:659-60.

=국문 초록=

심막낭종은 매우 드문 종격동 양성종양으로 대부분 우측 심장횡경막각에서 발생한다. 그러나 흉곽 내의 다른 부위에서도 드물게 발생할 수 있으며, 이런 경우 종격동에서 기원하는 다른 낭종 질환과의 감별진단에 주의를 기울여야 한다. 본 증례는 비전형적인 병소인 폐하부에 위치한 심막낭종을 비데오 흉강경을 이용하여 낭종제거술을 시행하고 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

- 중심 단어 : 1. 심막
2. 심막낭종
3. 흉강경