

이하선에서 발생한 근상피종 1례

인제대학교 의과대학 상계백병원 이비인후과학교실
유영삼 · 김진영 · 오영택 · 최정환

= Abstract =

A Case of Myoepithelioma of the Parotid Gland

Young Sam Yoo, MD, Jin Young Kim, MD, Young Taek Oh, MD, Jeong Hwan Choi, MD
Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Sanggye Paik Hospital, College of Medicine,
Inje University, Seoul, Korea

Myoepithelioma is composed predominantly or exclusively of myoepithelial cells. It is most frequently located in parotid gland, the palate and the breasts. It accounts for less than 1% of all salivary gland tumors. Surgical excision which accompany a marginal amount of uninvolved tissue is curative. We report a case of parotid gland myoepithelioma treated by surgery.

KEY WORDS : Myoepithelioma · Parotid gland.

서 론

근상피종은 선조직의 근상피세포에서 발생하는 비교적 드문 질환으로 전체 타액선 질환의 1% 미만으로 발생하는 것으로 알려져 있다.¹⁾ 하지만 일부의 근상피종이 혼합 종양으로 잘못 진단되어 실제 빈도 보다 높을 수 있다는 보고도 있다.²⁾ 발생 장소는 타액선,³⁾ 유방⁴⁾에서 주로 발생하고, 드물게 누선⁵⁾이나 구순, 악하선, 협부, 치은, 비강, 외이도 등⁶⁾에서도 발생한다.

저자들은 이하선에 발생한 근상피종 1례를 치험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고 하는 바이다.

증 례

42세 남자 환자는 10년 전 우연히 우측 이하선 종괴를 발견하였으나, 있었으나 별다른 치료 없이 지내다 1년 전부터 커지는 양상을 보여 본원에 방문하였다. 이학적 검사상 우측 이하부에 4×5cm 크기의 가동성 있는 단단한 종

물이 촉진되었고, 경부에 다른 임프절은 만져지지 않았으며 동통이나 통증은 없었고 안면마비도 없었다(Fig. 1). 기타 전신 검사상 특이 소견은 없었다. 경부 컴퓨터 단층촬영에서는 이하선 천엽에 4×5cm의 타원형 종물이 관찰되었으며, 주변부에는 일부 조영증강을 보이고 중앙부에는 저음영을 보였다(Fig. 2). 세침흡인검사에서는 양성 종양일 가능성이 높고, 방추형 세포가 보여 근상피종을 감별해야 한다고 보고 되었다. 환자는 전신 마취하에 이하선 천엽 및 종물 적출술을 시행 하였다(Fig. 3). 광학현미경 소견에서 방추형 및 상피형 세포 모양을 보였고, 조직면역화학 염색에서 Cytokeratin에 대한 항체, S-100 protein, smooth muscle actin 양성 반응을 보여 근상피성 종양임을 확인할 수 있었다(Fig. 4). 환자는 안면신경마비 등의 합병증은 없었고, 현재 수술 후 5개월째로 임상적으로 국소 재발 의심할 만한 고견은 보이지 않았다.

고 찰

근상피세포는 분비선을 포함하는 유방, 누선, 땀샘, 타액선과 같은 분비선을 포함하는 조직에 분포한다. 정상 근상피세포는 타액선의 선포상피(acinar epithelium)와 관상피(ductal epithelium)아래 놓여 있고, 수축 성분을 포함하고

교신저자 : 유영삼, 139-707 서울 노원구 상계7동 761-1
인제대학교 의과대학 상계백병원 이비인후과학교실
전화 : (02) 950-1104 · 전송 : (02) 935-6220
E-mail : entyoo@empal.com

있어 타액선의 분비 기능을 담당한다고 알려져 있다.^{7,8)} 근상피종의 발생빈도는 일반적으로 전체 타액선 종양의 1% 이하를 차지한다고 알려져 있으나 근상피종의 전체 세포변형(full range of cellular modification)이 최근에 밝혀지고 있고, 혼합종양 등으로 잘못 진단되어 실제 빈도는 이보다 높을 것이라고 추측된다.⁷⁾

Yoshizaki⁹⁾와 McCluggage 등¹⁰⁾은 수술 후 반복적인 재발을 통해 점차 악성화가 될 수 있다는 보고를 했으며, 이처럼 근상피종의 특징 중의 하나는 드물지만 양성 근상피종이 악성 근상피종으로 변할 수 있다는 점이다.

Dardick 등⁷⁾은 세포분화도(cellular differentiation)와

구성형태(architectural patterns)에 따라 두 가지 방법으로 분류하였다. 세포분화도에 따른 분류는 spindle(32.5%), hyaline(plasmacytoid, 7.5%), epithelial, clear, mixed cell type으로 나누어지고, 구성 형태에 따른 분류는 non-myxoid(56%), myxoid(9.8%), Reticular(24.4%), Mixed(9.8%)으로 나뉜다. 본 증례는 spindle cell type, nonmyxoid 근상피종에 속하였다. 임상적으로 서서히 자라는 무통성의 종괴로 나타나며, 악성화는 드물어 안면 신경마비는 극히 드물다.

근상피종의 진단시 임상적 양상과 컴퓨터 전산화 단층 촬영 소견이 혼합종과 유사해 감별해야 하다. 혼합종과의 차이점은 chondroid matrix가 없어야 하고, 관(duct)이 5% 이하가 되어야 한다.¹¹⁾ 본 증례에서와 같이 상피기원의 종양임을 알기 위해 S-100 protein, vimentin, cytokeratin에 대한 항체, 평활 근육 액틴(smooth muscle actin) 등의 면역조직화학검사를 시행해야 한다.¹²⁾

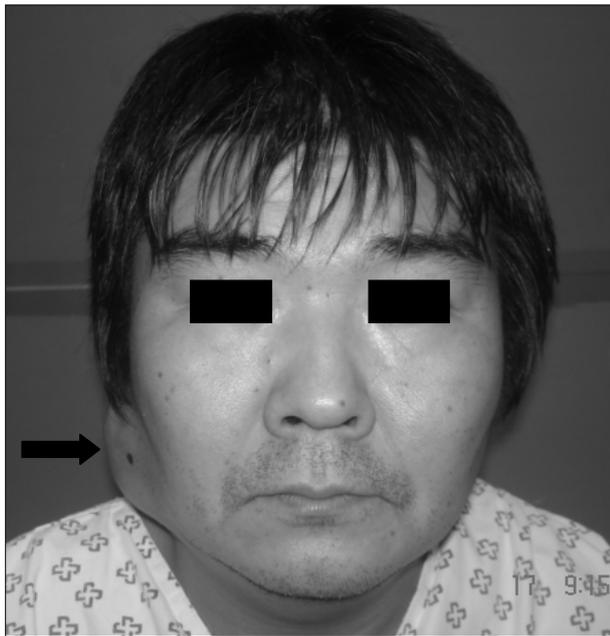


Fig. 1. Preoperative view : right infraauricular mass (black arrow).

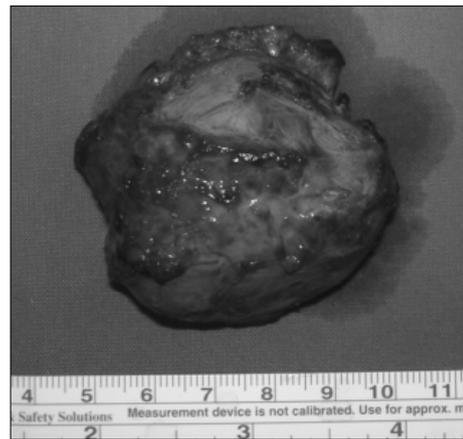


Fig. 3. Gross specimen show reddish well-encapsulated mass.

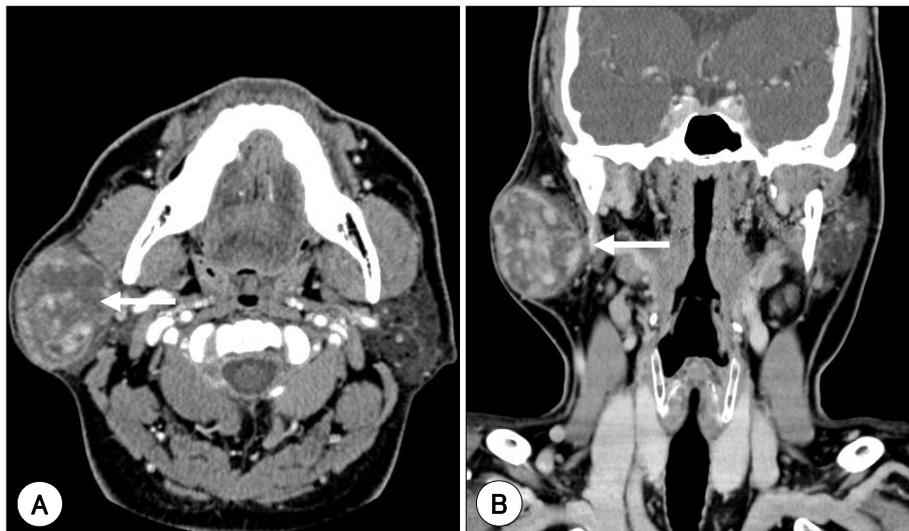


Fig. 2. Neck CT with contrast enhancement. A : Axial view shows slight enhancement and low density at central region(white arrow). B : Coronal view shows same as above(white arrow).

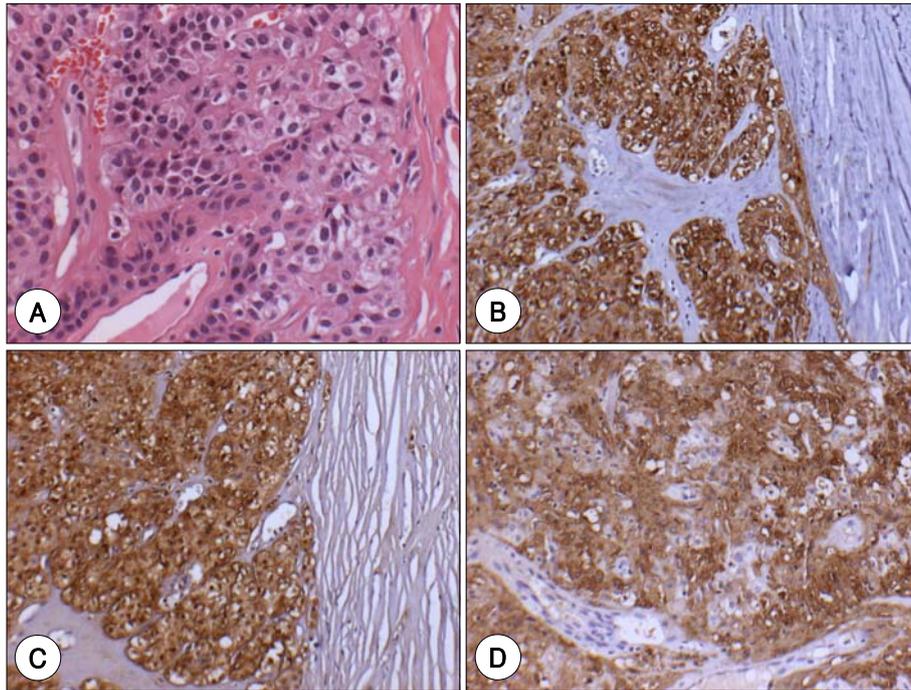


Fig. 4. A : Microscopic finding shows spindle-shaped myoepithelial cells with centrally placed tapered nuclei and eosinophilic cytoplasm wall(H & E. $\times 100$). B : Cytokeratin positive after immunohistochemical staining. C : S-100 protein positive after immunohistochemical staining. D : Smooth muscle actin : positive after immunohistochemical staining.

치료는 근상피종과 정상조직을 포함한 적출술을 시행해야 하는데, Sciubba와 Brannon³⁾은 침샘에 발생한 양성 근상피종의 적출술을 시행한 23예를 보고했으며, 이 중 경과관찰이 가능했던 16예 중 1예에서 국소적으로 재발했고, 원격전이나 악성으로의 변화는 없었다고 보고 하였다. 본 증례의 경우 modified Blair incision을 시행했으며 상피근종과 정상 이하선 천엽까지 충분한 절제연을 확보했다. 당시에 안면신경은 가늘어져 있었는데 종괴에 의한 압박으로 인한 것으로 사료된다. 수술 후에 안면신경 마비나 재발은 발생하지 않았다.

중심 단어 : 근상피종 · 이하선.

References

- 1) Luna MA. Pathology of tumors of the salivary glands. In: Batsakis JG, Thawley SE, Panje WR. Compressive management of head and neck tumors vol 2.: W.B.Saunders comp:1987. p.967-1066.
- 2) Simpson RH, Jones H, Beasley P. Benign myoepithelioma of the salivary glands: A true entity? *Histopathology*. 1995;27:1-9.
- 3) Sciubba JJ, Brannon RB. Myoepithelioma of salivary glands. *Cancer*. 1982;49:562-572.
- 4) Tavassoli FA. Myoepithelial lesions of the breast. *Am J Surg Pathol*. 1991;15:554-568.
- 5) Heathcote JG, Hurwitz JJ, Dardick I. A spindle-cell myoepithelioma of the lacrimal gland. *Arch Ophthalmol*. 1990;108:1135-1139.
- 6) Emina T, Elizabeth DA, Carlos M, Michael WS. Benign and malignant neoplasms of myoepithelial cells: Cytologic findings. *Diagnostic Cytopathology*. 1993;9:655-660.
- 7) Dardick I, Thomas MJ, van Nostrand AW. Myoepithelioma-new concepts of histology and classification: A light and electron microscopic study. *Ultrastruct Pathol*. 1989;13:187-224.
- 8) John GB. Pathology consultation: Myoepithelioma. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1985;94:523-524.
- 9) Yoshizaki T, Himi Y, Minato H, Ogawa I, Nikai H, Furukawa M. Malignant myoepithelioma arising from recurrent pleomorphic adenoma of minor salivary gland. *Auris Nasus Larynx*. 2002;29:91-94.
- 10) McCluggage WG, Primrose WJ, Toner PG. Myoepithelial carcinoma (malignant myoepithelioma) of the parotid gland arising in a pleomorphic adenoma. *J Clin Pathol*. 1998;51:552-556.
- 11) Kang SH, Kim SW, Kang JM, Kim KI. Myoepithelioma of salivary gland: Report of 2 cases. *Korean J Otolaryngol*. 1998;41:113-116.
- 12) Bong JP, Park JH, Choi HM, Kim JH, Lee KK, Eom MS. A case of malignant myoepithelioma in parotid gland. *Korean J Otolaryngol*. 2002;45:624-627.