

제2세열 낭종으로 오인된 비호지킨 림프종 1예

경상대학교 의과대학 이비인후과학교실,¹ 건강과학연구소²

박현우¹ · 김진평^{1,2} · 원성준¹ · 우승훈^{1,2}

= Abstract =

Non-Hodgkin's Lymphoma Mimicking Second Bronchial Cleft Cyst

Hyun Woo Park, MD¹, Jin Pyeong Kim, MD^{1,2},
Sung Jun Won, MD¹, Seung Hoon Woo, MD^{1,2}

Department of Otolaryngology¹ and Institute of Health Sciences,² Gyeongsang National University, Jinju, Korea

Non-Hodgkin's Lymphoma(NHL) is a malignant tumor that is derived from the lymphatic system. The most common symptoms of NHL are painless lymph node enlargement. However, we should not diagnose NHL by only fragmentary clinical symptom and radiologic finding because of the various lymphoma characters. We have treated a patient with such preoperative findings of Branchial cleft cyst. However, the pathologic diagnosis of the surgical specimen was diffuse large b-cell lymphoma.

KEY WORDS : Lymphoma · Branchioma · Fine-needle biopsy · Computed tomography.

서 론

경부 종물은 다양한 원인에 의해 나타날 수 있으며 선천성, 염증성, 양성 및 악성종양으로 인한 종물로 분류할 수 있다.¹⁾ 경부종물의 감별진단에는 이학적 검사와 영상학적 검사, 병리학적 검사뿐만 아니라 환자의 성별, 연령, 과거력 등도 많은 영향을 미친다. 그 중 영상기술의 발달로 경부종물의 진단에 두경부 전산화 단층촬영(CT)의 중요성과 의존도가 점차 증가되고 있다.¹⁾

여러 두경부 종양 중 림프종은 두경부 영역에 호발하는 종양 중의 하나이며 우리나라의 경우 호지킨 림프종에 비해 비호지킨 림프종이 다수를 차지한다.^{2,3)} 병력과 영상의학적 소견 그리고 병리검사로 진단하며 항암치료가 시행 되고 있다.

저자들은 병력과 임상 증상 및 영상학적으로 제 2세열 낭종으로 오인되어 절제 생검 하였으나, 술 후 조직검사에서 비호지킨 림프종으로 진단된 예를 경험하여 참고 문헌과 함

께 보고하고자 한다.

증 례

30세 남자 환자가 약 1년 전부터 만져진 6~7cm 크기의 우측 경부 종물을 주소로 내원하였다. 종물은 발생 후 점점 커졌으며 2~3차례 열감(fever)이 나면서 종창이 발생해 인근병원에서 선천성 새열낭종 이라는 진단하에 내부 내용물에 대한 흡인치료와 항생제를 포함한 경구약 복용 후 호전되는 일이 반복적으로 있었다고 하였다. 환자의 가족력 및 과거력에 특이사항 없었으며 최근 체중 감소와 발한 등의 특이 증상도 없었다. 이학적 검사상 우측 제 II와 III구역에 걸쳐 국소 열감과 압통을 동반한 단단하고 고정된 단일의 종물이 있었으며 전체적으로 경계가 명확하지 않은 양상이었다. 비강, 비인두, 구강, 인두, 후두 등에는 특이한 소견은 관찰되지 않았다. 두경부 전산화 단층촬영(CT)상 우측 경부에 7×6cm 크기의 환상의 변연부 조영 증가(rim enhancement)가 있고 중앙부는 조영증가가 없는 균일한 음영을 가진 종물이 확인되었으며 주위 구조물과 잘 구분되었다(Fig. 1). 영상의학적 진단으로는 경부에 발생한 제2세열 낭종(second bronchial cleft cyst)이 가장 의심되었다. 혈액학적 검사 결

교신저자 : 우승훈, 660-702 경남 진주시 칠암동 90번지
경상대학교 의과대학 이비인후과학교실
전화 : (055) 750-8173 · 전송 : (055) 759-0613
E-mail : lesaby@hanmail.net

과 WBC는 12,000/mm³, ESR은 80mm/hr로 상승된 소견을 보였으며 그 외 특이소견 없었다.

환자에게 경부 종물에서 세침 흡인 세포검사를 시행하였으며 시행 당시 화농성 액체는 흡인되지 않았다. 검사 결과 피사조직과 함께 많은 수의 림프구(lymphocyte)와 염증세포들만이 관찰되었다. 흔히 낭성 경부 종물로 보일 수 있는 갑상선암을 포함한 악성종양의 임파선 전이 또는 결핵을 포함한 염증성 임파선염도 의심하였지만, 환자의 병력과 이학적, 혈액학적 검사 및 전형적인 CT소견을 종합할 때 재발되는 감염을 동반한 제2 새열 낭종으로 진단하였다. 그리고 화농성 액체가 흡인되지 않은 것은 과거의 반복적인 염증과 흡인치료 및 항생제 치료에 의해 육아조직의 형성 또는 고형화로 생각하였다. 따라서 제2새열 낭종 제거술을 계획하였다.

수술소견상 종물의 겉표면은 섬유화된 두터운 피막이 형성되어 있었으며 주변 조직과 유착이 심하였다(Fig. 2). 피막의 안쪽은 균일한 양상을 보이는 반고체(semi-solid)형태의 종물이 피막의 내부를 가득 채우고 있었다. 술 후 병리조직학적, 면역 화학적 검사상 종물은 CD20, Bcl 6에 양성으로 보이는 비호지킨 림프종(diffuse large B cell lym-

phoma, DLBL)으로 확인되었다. 현미경으로 종양을 관찰한 결과 종양의 내부에는 전형적인 종양세포가 있었으나 외부에는 두꺼운 섬유성의 피막이 관찰되었다(Fig. 3).

술 후 환자는 전 흉부 및 전 복부 전산화 단층 촬영을 시행했으며 더 이상의 병변은 관찰 되지 않았다. 술 후 12개월 후

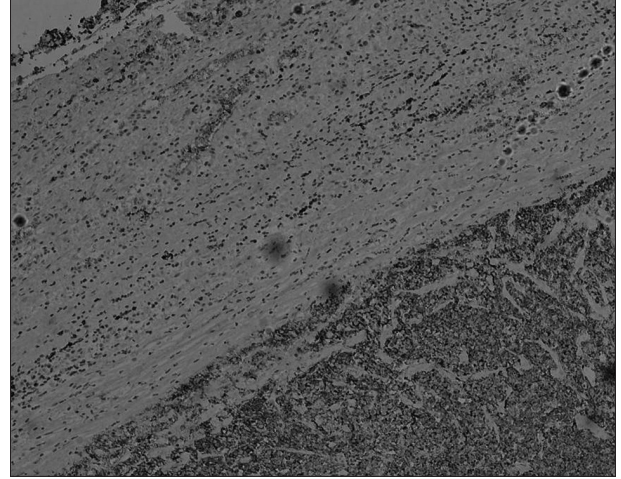


Fig. 3. Microscopic image of the mass. External thick fibrotic layer & inner tumor cell stained with CD 20(×40).

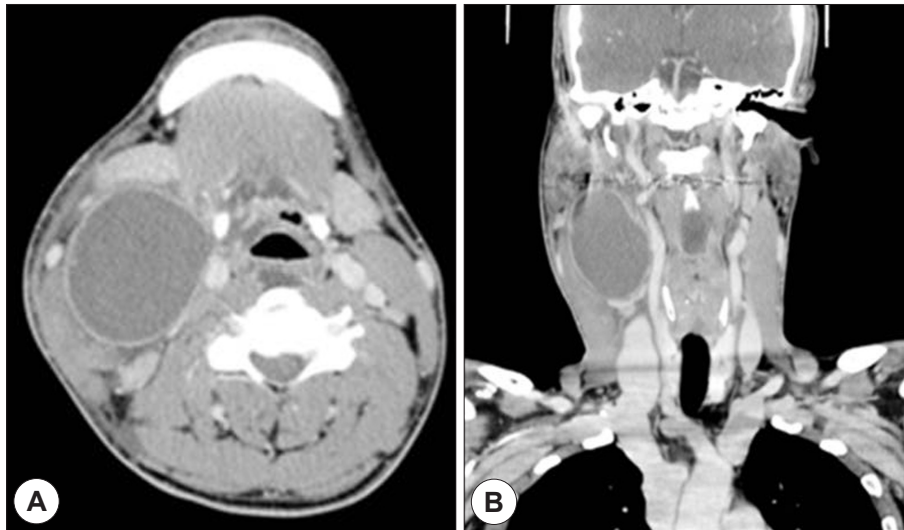


Fig. 1. Preoperative CT scans of the neck. Axial and coronal CT scans show cystic mass at rightupper neck(A and B).

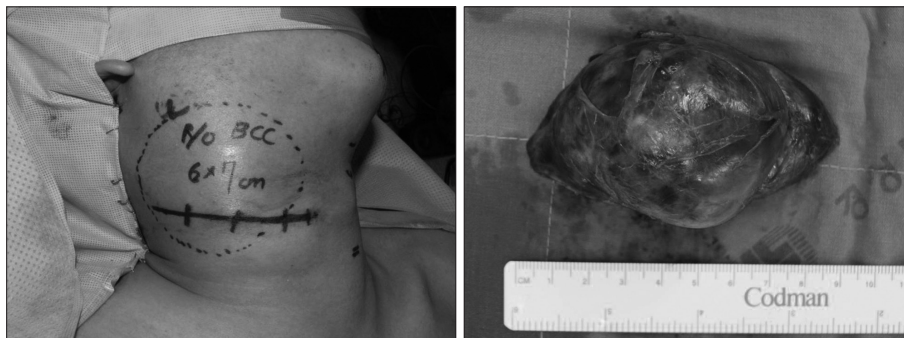


Fig. 2. Image of the resected mass. Mass is well-encapsulated, solid and include central necrosis.

환자는 특이소견 없이 항암치료 후 외래 경과관찰 중이다.

고 찰

두경부 종물로 내원한 환자에서 전산화 단층촬영을 이용한 감별진단은 비침습적이고 다양한 정보를 동시에 얻을 수 있는 장점 때문에 중요한 진단방법으로 여겨진다. 더구나 영상의학 기술의 발달로 영상들이 점차 정교해지고 정확도가 높아짐에 따라 영상의학 진단이 두경부 종물의 치료의 방향을 설정하는데 매우 중요한 부분을 차지하고 있다.

전산화 단층촬영상 환상(rim enhancement)의 변연부 조영 증가가 보이는 병변으로는 대표적인 경우가 새열 낭종이며 그 외에 유피낭종, 갑상선관 낭종, 타액성 낭종, 갑상선 낭종과 결핵을 포함한 염증성 임파선염에서 중심부 괴사가 일어나는 경우 등이 있고, 악성 병변으로는 편도암, 설암, 갑상선암에 의한 임파선 전이가 대표적이다. 반면에 림프종은 전산화 단층촬영상 다발성이며 특히 양측성으로 커진 임파선들이 균일한 음영 및 조영증강을 보이거나, 임파선의 침범이 있으면서 골파괴 소견이 뚜렷하지 않는 특징적인 소견을 보인다.²⁾ 그러나 림프종에서는 전산화 단층촬영상 변연부의 조영 증가를 보이는 경우는 매우 드물다.³⁾

림프종이 전산화 단층촬영상 전형적인 양상을 보이는 이유는 전반적으로 임파선 자체가 저산소증이나 빈혈에 대하여 저항력이 강하여 경색을 잘 일으키지 않고, 특히 림프종은 다른 종양에 비해서도 임파절 내의 괴사가 적어 균일한 음영을 나타내는 일이 많기 때문이다.²⁾ 그러나 드물게 자발성 임파절 경색(benign spontaneous infarction)때문에 임파선의 균일한 음영이 발생하는데 이런 경색을 일으키는 가장 흔한 원인은 임파절 내의 혈류의 정체에 의해 초래된 허혈이 제시되고 있다.^{4,5,6)} 따라서 경부에 발생한 림프종은 전산화 단층 촬영상 주로 원형의 균일한 음영을 보이는 고형성 종괴로 보이며 그 외의 소견은 비특이적으로 분류된다.^{3,6)}

전산화 단층촬영은 경부 종물의 성상 뿐만 아니라 악성 종양의 경우 침범부위 및 확산정도를 규명하고 치료의 방향 및 방법을 설정하는데 도움을 주며, 치료에 대한 반응을 평가하고, 치료 후 재발여부에 대한 추적검사를 하는 등에 유용하게 사용되어왔다.^{6,7)} 더구나 최근 영상의학 기술이 급격히 발전함에 따라 점점 더 영상의학 진단에 의존하게 되는 경향마저도 보인다.

본 증례도 영상의학 검사상 변연부의 환상의 조영증가(rim enhancement)가 진단을 하는데 가장 중요한 단서였으며, 이런 소견은 임파선의 전이암이나 결핵성 임파선염 또는 새열낭종등이 특징적인 소견으로 여겨져 왔다.^{6,7)}

따라서 림프종 보다는 다른 질환을 먼저 고려하게 되었다. 그 외에도 반복되는 염증으로 치료받은 환자의 병력과 염증

을 나타내는 혈액학적 소견, 악성 소견을 보이지 않은 세침흡인 세포검사 결과 등을 종합해 보았을 때 영상의학적 진단인 새열낭종에 합당하다고 여겼기 때문에 본 증례를 경부에 발생한 제2 새열낭종으로 진단하게 되었다. 그러나 병리 검사상 림프종으로 진단되었고, 변연부 조영증가의 원인을 밝히기 위해 세밀한 병리 검사를 실시하였다. 검사결과 환상의 조영증가(rim enhancement)는 림프종을 둘러싸고 두꺼운 섬유조직에 의해서 나타난 것이고, 이 섬유 조직은 림프종 때문에 유발된 만성적이고 반복적인 염증에 의해 두꺼워진 섬유조직들이 내부의 종양에 비해 전산화 단층촬영상 조영증가 된 것처럼 보인 것이다.

의학기술의 발달로 경부종물을 진단하는데 있어 영상의학적 진단에 대한 의존도가 상당히 높다. 본 증례의 경우도 여러 진단 방법 중 영상의학적 소견인 환상의 조영증가(rim enhancement)소견에 의존해서 림프종을 새열낭종으로 진단한 경우로, 특히 경부 양성종양과 악성 림프종은 치료 방향의 결정에 있어서 큰 차이가 있기 때문에 진단에 특별히 유의해야 한다. 따라서 경부 종괴에 대한 조사를 할 때 림프종에 대한 의심을 반드시 해야 하며 경부 종물의 감별진단에 영상의학적 진단에만 의존해서는 안될 것 이라는 교훈을 주는 증례라 생각되며 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

중심 단어 : 림프종·새열종·세침흡인생검·전산화 단층촬영.

Reference

- 1) Park BJ, Shim YS, Oh KK, Lee YS, Park SJ. *A Clinical Analysis of Neck Masses. Korean J Otolaryngol-Head Neck Surg.* 1997;40(1):3-10.
- 2) Lee YY, Van Tassel P, Nauert C, North LB, Jing BS. *Lymphomas of the head and neck: CT findings at initial presentation. AJR Am J Roentgenol.* 1987;149(3):575-581.
- 3) Aiken AH, Glastonbury C. *Imaging Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma in the head and neck. Radiol Clin North Am.* 2008; 46(2):363-378, ix-x.
- 4) Davies JD, Stansfeld AG. *Spontaneous infarction of superficial lymph nodes. J Clin Pathol.* 1972;25(8):689-696.
- 5) Maurer R, Schmid U, Davies JD, Mahy NJ, Stansfeld AG, Lukes RJ. *Lymph-node infarction and malignant lymphoma: A multicentre survey of European, English and American cases. Histopathology.* 1986;10(6):571-588.
- 6) DePena CA, Van Tassel P, Lee YY. *Lymphoma of the head and neck. Radiol Clin North Am.* 1990;28(4):723-743.
- 7) Nagata M, Kumazawa H, Iwai H, Momotani A, Shiraishi S, Yamashita T. *[Study of malignant lymphoma in the parotid gland region]. Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* 1996;99(6):918-925.
- 8) DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer, principles & practice of oncology. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins;2005. p.lxxv, p.2898.*