소견을 보였으며, 비강내 조직검사상 악성혼합종으로 진단되었다. 수술은 1993년 6월 13일, 측방 비절개술 절개를 하고, 내측 상악골절제술을 시행하여 비강내 종양을 제거하였으며, 수술소견상 사골판 및 계관에 종양의 침범이 있어 이관성 절개를 통하여 두개저 병변을 제거하였다. 술후 추적관찰에서 1994년 현재까지 합병증 및 재발은 없었다.

3

흉관 결찰후 발생한 유미흉 2례

원자력병원 이비인후과
심윤상 · 오경균 · 이승호*
박범정 · 이용식

유미흉은 흉강내로 유미즙이 고인 상태를 말하는 것이다. 흉관 결찰후 발생하는 유미흉은 매우 드문 경우로 이는 주로 주림프관의 결찰에 따른 역압으로 흉강내로 유미즙이 비외상성으로 일출되어 발생한다고 되어 있다. 저자들은 원자력병원 이비인후과에서 경부곽청술후 발생한 유미흉 2례를 보고하는 바이다.

2례 모두 경부임파절 전이로 기능적 경부곽청술시 흉관 손상으로 인해 흉관 결찰을 시행하였다. 2례 모두 술후 첫째 날부터 복부팽만감및 위장관 증상을 호소하였고, 둘째 날에는 호흡곤란도 호소하였다. 추적 흉부 X-선상 양측 흉막유출 소견을 보였고(한 레에선 6번째 늑간에 다른 레에선 8번째 늑간 수준이었다), 흉강천자시 노란색을 띠는 우유빛 체액이 배액되었다. 바로 금식및 전비경구적 영양을 시행하였으며 1례에선 전해질 불균형이 발생하여 교정이 필요하였다. 술후 15일째 부터 모든 증상이 소멸되었으며 경구 섭취가 가능하였다.

4

섬유점액종

원자력병원 이비인후과
심윤상 · 박창국* · 오경균 · 이용식

섬유점액종은 드문 양성종양으로 하악골에서 주로 발생하며, 그 외 두경부영역에서는안면골 및 기도에서도 발생하는 것으로 알려지고 있다. 조직학적으로, 섬유점액종은 섬유성 및 점액성의 간질로 구성된 양성병변으로 점액종의 섬유성 아형으로 여겨지기도 한다. 저자들은 최근 흉쇄유돌근내에 발생한 섬유점액종 1례를 경험하였기에 보고하는 바이다.

환자는 58세 여자로 4cm 크기의 우측 전경부 종물을 주소로 내원하였고, 갑상선스캔상 갑상선외 종물 소견을 보였으며, 세침흡인세포검사상 혼합종을 암시하였다. 치료는 절제술을 시행하였고, 종물은 흉쇄유돌근내에 위치하고 있었으며, 병리조직학적으로 섬유점액종으로 진단되었다.

5

Maxillary Swing Approach를 이용한 비인강암의 수술

원자력병원 이비인후과
이용식 · 김승태* · 심윤상 · 오경균

비인강이나 두개저의 접근을 위해 사용되어지는 여러가지 수술적 방법은 병변의 위치, 범위 등에 따라 기존의 술식을 그대로 또는 변형을 가하여

이용할 수 있다. 저자들은 방사선조사치료후 재발한 비인강암 환자의 수술적 접근을 위해 골성형성상악골절개 방법을 변형하여 적용한 결과 매우 좋은 시야와 술후 기능적, 미용적으로 만족스러운 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

6

비인강 점막성 악성 흑색종 2예

가톨릭대학교 의과대학 내과, 이비인후과*
한지연 · 김훈교 · 홍영선 · 이경식
김동집 · 박영학* · 김민식*
조승호* · 서병도*

두경부에서 발생하는 악성 흑색종은 전체 흑색종의 17% 이고, 이중 8%가 상부 호흡기관의 점막에서 발생한다. 발생빈도는 구강점막이 가장 높고, 비강, 인강의 순으로 비인강 점막에서 발생하는 악성 흑색종은 비교적 드문 질환이다. 예후면에서 비인강 점막 악성 흑색종은 같은 부위의 피부성 악성 흑색종에 비해서 훨씬 불량한데 그 이유는 대개 초기에는 증상이 없고 위치적으로도 육안적 발견이 어려운 부위라서 대부분이 병이 많이 진행된 후에야 발견되기 때문이다. 치료로 원발 부위의 수술적 절제가 우선적으로 시행되지만 대개는 수년내 재발하여 치료의 중요한 실패 원인이 되기 때문에 수술요법에 면역요법이나 방사선요법등의 보조적인 치료를 함께 병용하여 생존율을 높이려는 시도들이 이뤄지고 있다. 연자들은 최근에 2예의 비인강 점막성 악성 흑색종을 경험하였는데, 증례 1은 70세 남자 환자로 1993년 1월 우측 경부 종괴를 주소로 내원하여 비인강 점막 조직 검사로 악성 흑색종 진단되었고, 진단 당시 병기는 4기(T4N2M0)로 전신 상태 불량하여 수술하지못하고 대증요법만을 시행하던중 두통이 심해져 우측 경부에 방사선요법을 시행하였고 현재 21개월간 생존하고 있다. 증례 2는 55세 여자 환자로 1994년 8월 코막힘을 주소로 내원하여 비인강 점막 조직검사상 악성 흑색종으로 진단되었고, 진단 당시 병기는 4기(T2N2M0)로 cisplatin 단독 항암화학요법에 tamoxifen, INF-α를 병합하여 현재 2회의 치료를 받았으며 원발병소는 안정상태를 보이면서 생존하고 있다.

7

2회 항암화학요법후 7년간 완전관해를 보인 비인강 악성종양 1예

가톨릭대학교 의과대학 내과, 이비인후과*
한지연 · 김훈교 · 홍영선 · 이경식
김동집 · 박영학* · 김민식*
조승호* · 서병도*

비인강 악성종양의 치료는 원발병소와 양측 경부를 포함한 방사선요법이 표준치료법이다. 그러나 고용량의 방사선치료를 하더라도 병기가 높을수록 원발병소의 조절과 전이 임파선 조절이 만족스럽지 않고 예후도 불량하다. 최근 cisplatin과 5-FU를 사용한 선행항암화학요법(FP요법)을 3회 시행하고 방사선요법을 시행하여 병소 조절과 생존율을 높이려는 연구가 진행중에 있으나 아직 선행화학요법의 역할이 불분명하다. 연자들은 1987년 6월에 비인강 악성종양으로 진단되어 2회 cisplatin과 5-FU의 항암화학요법을 받았고 완전관해 상태로 그 이후 방사선치료를 않고 지내다가 7년후인 1994년 1월에 원발병소가 재발된 환자를 경험하였다. 환자는 65세 여자로 1987년 비인강 종괴 조직 검사상 편평상피암으로 진단바되었고, 당시 병기는 4기(T4N0M0)로 cisplatin 100mg/m^2 1일, 5-FU 1,000mg/m^2 5일간의 항암화학요법 2회 실시하였는데, 당시 치료로 인한 부작용으로 3도이상의 구역및 구토, 그리고 심한 상복부 통증을 보여 환자 스스로 더 이상의 치료를 포기한채 경과 관찰되지 못하고 지내오다가 1994년 1월에 다시 원발 병소의 재발과 주변 임파선 비대를 동반한 제 4병기(T4N2M0)상태로 내원하여 다시 FP 항암화학요법을 3회 시행하고 부분관해를 보였다. 본 증례는 FP요법 2회로 7년간 완전관해를 보인 비인강 악성종양으로 항암화학요법의 중요한 역할에 대해 시사하는바 크다고 사료되어 보고하는 바이다.