

림프절 암전이의 경부림프절 광청과 재발시의 수술적 치료

울산대학교 의과대학 서울아산병원 외과학교실

홍 석 준

저자의 경부림프절광청의 경험은 거의 대부분 갑상선암 환자에 국한되어 있어 갑상선암에서의 경부림프절 광청에 대해서만 언급하려 한다.

갑상선암 환자에서 림프절 광청을 하게 되는 환자는 거의 대부분 유두상갑상선암 환자이며 간혹 수질암 환자에서도 림프절 광청을 하게 된다. 여포암이나 Hürthle cell Ca에서는 임상적으로 림프절 전이가 있는 경우는 드물어서 예방적 중앙경부 림프절광청외에 측경부림프절 광청이 필요한 경우는 매우 드물다. 미분화암에서는 전이 림프절에 대한 치료는 의미가 없다.

유두상갑상선암의 림프절 광청

유두상갑상선암에서 림프절 전이는 매우 흔하며 미세전이까지 포함하면 80~90%의 환자에서 림프절 전이가 있는 것으로 알려져 있다. 그러나 실제 임상적으로는 10~20%에서만 전이가 발견된다. 그러나 최근 초음파 검사가 많이 시행되면서 측정되지 않는 림프절 전이가 많이 발견되고 있으며 따라서 림프절 광청을 하게 되는 환자의 비율이 점차 높아지고 있는 추세이다.

유두상갑상선암에서 림프절 전이는 환자의 사망에 영향을 미치지 않는 것으로 일반적으로 인식되고 있다. 그러나 이는 유두상갑상선암의 예후에 가장 큰 영향을 미치는 인자인 연령때문이며 일부에서는 림프절 전이 유무도 예후인자로 취급해야 한다고 주장하고 있다. 그러나 유두상갑상선암의 사망률은 매우 낮지만 국소재발은 매우 흔하며 이중 80%는 경부의 림프절 전이의 형태로 재발하므로 치료결과를 평가함에 있어 국소재발이 매우 중요한 위치를 차지하고 있고 따라서 1차 수술시 림프절 전이 유무 및 정도의 파악과 적절한 치료가 매우 중요하다.

갑상선 유두암 치료시 중앙경부림프절 광청은 필수적이다. 얼마전까지만 해도 수술시 육안적으로 전이가 있는 경우에만 림프절 광청을 해도 된다는 의견이 있었으나 중앙경부에서는 재발시 심각한 문제가 발생할 수 있고 재수술도 어

렵기 때문에 최근에는 1차 수술시 통상적으로 중앙경부림프절 광청을 하는 것이 바람직하다는 의견이 주류를 이루고 있다. 중앙경부 광청시 절제 대상이 되는 림프절은 기도측부림프절, 기도전방림프절, 후두전방림프절 Delphian node, 그리고 전 종격동상부림프절이 포함된다. 간혹 드물게 특히 우측에서 후두반회신경 후방의 Tracheoesophageal groove에 위치한 림프절에도 전이가 있는 경우가 있으므로 잘 관찰해야 한다.

측경부의 림프절 광청은 임상적으로 림프절 전이가 확인된 경우에만 시행하는 것이 일반적이다. 그러나 일본에서는 예외적으로 1차 수술시 통상적으로 측경부림프절 광청을 하고 있다. 이유는 재발시 대부분 측경부에서 재발하기 때문에 이를 예방하기 위한 것이나 실제로 측경부에서의 재발은 20%미만이므로 1차 수술시 통상적으로 측경부 림프절 광청을 하는 것은 널리 인정되고 있지 않다. 측경부림프절 광청은 대부분 변형근치림프절 광청이 시행되고 있고 척수부신경, 흉쇄유돌근, 내경정맥은 가능한한 보존한다. Level II, III, IV 림프절은 반드시 절제하나 Level V의 림프절에는 전이 빈도가 낮은편이어서 통상적으로 광청을 하지 않는 경우도 많다. 그러나 이곳에서 재발할 경우가 있을수 있고 재발한 경우 1차 수술시 보다 계통적인 림프절 광청이 어려울 수 있으므로 1차 수술시 수술범위에 포함시키는 것이 바람직하지 않을까 하는 것이 저자의 개인적 의견이다.

갑상선 수질암의 림프절 광청

갑상선 수질암도 역시 림프절 전이가 흔하며 특히 방사성 동위원소 치료와 같은 보조적 치료가 불가능하므로 더 광범위하고 적극적인 림프절 광청이 요구된다. 중앙경부 광청은 필수적으로 시행해야 하며 측경부 림프절에 대해서도 보다 적극적으로 수술해야 한다. 예전에는 임상적으로 측경부에 림프절 전이가 있는 경우에만 림프절 광청을 하였으나 최근에는 점차 적극적으로 림프절 광청을 하는 추세이며 중앙동측의 측경부는 림프절 전이 유무에 관계없이 림프절 광

청을 하고 일부에서는 양측 측경부를 모두 수술하기도 한다. 소수에서는 중격동 림프절까지도 통상적으로 수술범위에 포함시키기도 하나 이는 아직 널리 인정되고 있지는 않다.

중격동 림프절까지 수술해야 할 환자는 미리 모든 영상진단과 복강경검사를 시행하여 간을 포함한 전신적인 원격전이 유무를 확인하고 원격전이가 없는 경우에만 중격동 림프절 절제를 하는 것이 바람직하다.

갑상선 수질암 환자에서 1차 수술후 Calcitonin이 계속 높은 경우를 흔히 경험하게 되며 영상진단에서 병소가 발견되지 않는 경우 재수술 여부를 결정하기 어려운 경우가 많다. 이러한 경우 이전 수술범위 내에서는 재발가능성이 매우 낮다고 판단할 수 있을 만큼 1차 수술시 철저한 수술이 되어야 나머지 재발가능성 있는 부위를 수술할 수 있으므로 1차 수술시 경부 림프절 광청을 시행할 경우 경부의 모든 림프절을 철저히 광청해야 한다.

재발갑상선암의 치료

유두상갑상선암의 재발중 80%는 경부림프절에서 재발한다. 일차 수술시 중앙경부림프절 광청이 적절히 시행되었다면 중앙경부 재발은 20% 정도이고 80%는 측경부에서 재발한다. 측경부림프절 재발은 수술시 합병증의 빈도도 높지 않고 수술후 결과도 양호하다. 그러나 중앙경부에서의 재발은 재수술시 후두반회신경이나 부갑상선 손상의 가능성이 높고 1차 수술시와 같이 계통적인 림프절 절제가 어렵고 결과도 좋지 않다. 저자가 경험한 재발유두상갑상선암 환자

중 중앙경부에 재발한 환자의 비율이 매우 높았으며(56%) 수술후의 결과도 좋지 않았다. 측경부 림프절에만 재발한 환자도 수술후 관해율(수술직후 Tg<10.0ng/ml under TSH elevation, Tg<1.0ng/ml under TSH suppression)이 46% 밖에 되지 않았다. 이러한 결과는 임상적으로 발견된 병소 이외에 다른 재발병소가 더 있을 가능성을 시사하는 것이며 따라서 재수술시에는 수술전 가능한 모든 검사를 통하여 추가 재발병소가 없는지 철저히 조사하는 것이 중요하다. 최근 FDG-PET가 많이 시행되고 있고 특히 I-131 WBS 음성이면서 Tg가 상승하는 환자에서 유용한 검사법이다. 그러나 FDG-PET의 의양성 빈도가 높아 보완적으로 초음파검사나 C-T를 같이 시행하는 것이 바람직하다. 또한 1차 수술기록과 병리조직검사 결과를 반드시 확인하여 1차 수술시 중앙경부림프절 광청 유무를 확인하는 것이 바람직하며 저자는 측경부 재발환자에서도 1차 수술시 중앙경부 광청을 하지 않은 것으로 판단되면 영상진단에서 중앙경부 병소가 없더라도 중앙경부를 다시 탐색하고 있다. 측경부림프절 광청후 재발은 Level II 림프절에서 가장 흔히 재발한다. 이는 수술범위 중 가장 깊고 시야가 좋지 않은 관계로 불충분한 림프절 절제가 되어 이곳에 가장 흔히 재발하는 것으로 측경부 림프절 광청시 가능한 충분한 수술시야를 확보하는 것이 중요하다. 또한 저자의 경험상 척수부 신경 주위 림프절에서도 재발이 적지 않았으므로 1차 측경부림프절 광청시 Level V를 포함한 모든 측경부림프절을 광청하는 것이 바람직하지 않을까 생각한다.