

인두피부누공 (Pharyngocutaneous Fistula)

고려의대 이비인후과

정 광 윤

두경부외과 수술 뒤 발생하는 누공에는 여러 종류가 있으나 본 강좌에서는 경동맥파열 까지 일으킬 수 있는 인두피부누공을 중심으로 설명하고자 한다.

인두봉합부위로부터 피부피관 아래의 피하공간으로 타액이 유출되고 축적되어 염증이 발생하여 피부에 누공이 발생한 것이 인두피부 누공이다. 5-35%에서 발생한다고 보고되는데 원인인자로 여러가지가 있겠으나 우선 수술뒤 인두점막이 일차봉합하기에 부족한데도 이를 무리하게 일차 봉합을 하는 경우 인두피부누공 발생의 위험성이 커진다. 이경우 술 후 환자가 침을 삼키면 더욱 과도한 장력이 걸리게 되므로 봉합부위가 벌어질 수 밖에 없다. 따라서 과도한 장력이 걸릴 것으로 예상된다면 반드시 유리피판등을 사용하여 봉합하는 것이 안전하다. 또한 절제연에 종양이 잔존한다면 봉합부위가 아물지 않을 것이며 술전 방사선 치료를 받은 점막은 혈액순환이 좋지 않아 술후 누공의 위험이 증가하게 된다. 이외에도 술전 영양 상태가 좋지않은 경우라던지 당뇨나 간질환, 혈관질환등의 전신질환이 있는 경우 역시 위험이 증가하므로 술전에 최대한 교정한 후 수술하는 것이 좋다. 또한 술후 hemoglobin 수치, pharyngeal closure technique, 기관절개술, 경부청소술, 진행된 종양병기, 종양의 원발부위 등이 알려진 인두피부누공의 위험인자이다. 그러나 이러한 위험인자들이 실제로 인두피부누공의 빈도를 높이는가에 대해서는 이견이 있는 부분이 있다.

인두를 열고 봉합하는 어떠한 종류의 수술에서도 인두피부 누공은 발생할 수 있으나 가장

문제가 되는 부위는 아무래도 구강 및 구인두 수술후 발생한 인두피부 누공이다. 술후 유리피판이 죽으면 이를 걷어내야 하는데 구강과 구인두의 피관을 걷어내려 하면, 또는 걷어내고 나면 술자는 매우 당황할 수 밖에 없다. 경험이 부족하면 이러한 경우에 당황하여 반대쪽에서 유리피판을 시도하거나 PMMC를 시도하게 되나 대부분의 경우 이미 감염된 조직들 위에서 새로운 피판이 생존하기는 어려워 또다시 실패하는 경우가 많다. 이런때에는 창상이 깨끗해질 때까지 인내심을 가지고 끈질기게 하루 두번, 세번씩 치료하여 염증이 경동맥쪽으로 타고 내려가지 않게 하면서 기다려야 한다. 대부분 한 달이내에 새살이 차오르면서 막히는 것이 보통이다.

물론 이러한 인두피부 누공은 발생하지 않도록 하는 것이 중요하지만 발생한다면 이를 조기에 발견하는 것이 매우 중요하다. 그러므로 인두피부누공의 증상과 징후를 숙지하고 있는 것은 매우 중요하다. 수술 후 7일을 전후하여 미열이 있으면서 배액관에서 혼탁한 배액을 보이고, 피관의 발적과 동반되어 국소적인 동통과 압통이 있다면 인두피부누공을 강력히 의심할 수 있다. 단순경부촬영에서는 가스음영이 관찰되고 혈액소견에서는 백혈구 증가의 소견을 보인다. 이는 매우 중요한 인두피부누공을 시사하는 소견들이므로 조기발견의 단서가 된다. 수술후 환자들은 구강위생을 철저히 교육받고 있으므로 수술후 환자에게 짹짹소리를 내도록 하여 구취여부를 확인하는 것도 필요하다. 구취가 있다면 이 또한 인두피부 누공의 가능성을 시사한

다. 최근에는 술 후 배액관으로 drainage 되는 amylase 의 양을 의미있는 예측인자로 제시하는 문헌들이 보고되고 있다.

이러한 인두피부누공은 여러가지 의미를 가진다. 우선 인두피부누공으로 여러가지 합병증이 생길 수 있다. 가장 무서운 것은 경동맥 파열이므로 누공에 의한 타액이 경동맥쪽으로 타고 내려가지 않도록 압박드레싱 하는 것이 중요하다. 경동맥 파열까지 진행하지 않더라도 경동맥 주위로 진행된 염증은 쉽게 패혈증을 유발할 수 있다. 또한 인두피부 누공에 의해 피부피판괴사도 생길 수 있다. 인두피부누공이 발생하면 수술 후 방사선 치료가 지연되므로 재발의 가능성이 높아지며, 기본적으로 입원기간이 길어지는 것을 피할 수 없게 되어 환자와 병원에 모두 경제적인 손실을 입힌다. 의사에게도 인두피부 누공은 스트레스일 수 밖에 없다. 경험이 많지 않은 의사의 경우 환자와 보호자에 대한 미안한 감정 및 불안감등이 스트레스로 작용하며 향후 예후를 예측하기도 어려워지고 언제 어떤 치료를 해서 회복시켜야 하는지에 대해서도 판단하기가 쉽지 않아 서두르게 되고 실패하는 경우가 있을 수 있다.

인두피부누공이 발생한 것이 확인되면 작은 누공은 배액관을 재삽입하고 압박드레싱을 하여 치료하지만 대부분의 경우 절개하여 배농시키고 타액의 흐름을 경동맥에서 멀어지도록 해야한다. 이때 절개는 경동맥과 거리가 멀어지도록

경부 정중앙에 한다. 배농을 하고 괴사된 조직은 모두 제거한뒤 정상조직을 확인하여야 혈액순환이 원활해 지면서 창상이 회복되기 시작한다. 주의할 점은 피부피판이 잘 붙어있는 곳까지 들추어 오히려 타액이 더 퍼지도록 조장해서는 안된다는 점이다. 경동맥으로 내려가지 않도록, 기관공으로 내려가지 않도록 타액의 흐름을 한 곳으로 재배열 하기 위하여 인두의 누공 부위를 확인한뒤 배액관을 설치하고 압박 드레싱을 실시한다. 배액관에 흡인기를 연결하여 연속적으로 타액을 우회시키기도 한다.

위와 같은 보존적 치료로 해결되지 않는 인두피부 누공에는 주저하지 말고 인두점막과 피부를 봉합하여 pharyngostoma를 만든다. 그리고 주변을 치유 시킨뒤 서서히 pharyngostoma를 막아 나가는 방법을 사용한다. 이때에도 마음을 조금하게 가지고 한번에 모든 것을 해결하려 하면 압력에 의하여 또 터지므로 시간을 가지고 한달 안에만 해결한다는 생각으로 단계적으로 치료한다. 남은부위는 피판을 사용해서 막으면 된다. 최근에는 Johns Hopkins group 에서 피부이식에 사용하는 Fibrin sealant를 이용하여 좋은 결과를 보고하였으며, conventional method 로 호전 없었던 환자에서 recombinant platelet-derived growth factor인 topical becaplermin 으로 호전된 경우도 보고되었다. 또한 수술적 치료방법에 있어서도 최근까지 다양한 방법의 재건법이 소개되고 있다.