

흉곽내벽에 발생한 거대섬유종

—1 예 보고—

조성래*, 박동식*, 이성광*

== Abstract ==

A Huge Intrathoracic Fibroma

(One case report)

Sung Rae Cho,* Dong Shik Park,* Sung Kwang Lee*

Primary intrathoracic neoplasms occur frequently, and the most frequent intrathoracic tumors are of pulmonary or bronchogenic origin. Second in frequency are mediastinal tumors, and least frequency or comparatively rare are the neoplasms arising from the wall of the thorax and extending into the thoracic cavity. Of all intrathoracic tumors, fibroma is extremely rare.

Recently, we have experienced a huge rapid growing intrathoracic fibroma originating from thoracic wall, which is removed successfully and confirmed histopathologically.

Authors present one case of fibroma and discussion with a brief review of the relevant literatures.

서 론

원발성 흉곽내 종양은 빈번하다. 현대적인 진단방법으로 원발성 흉곽내 종양은 초기에 발견될 수 있을 뿐만 아니라 보다 많은 예를 진단할 수 있게 되었다. 마취, 수술수기, 슬루관리등의 진보에 의해 흉곽내 종양은 많은 예를 성공리에 외과적으로 제거할 수 있게 되었다. Blade¹⁾에 의하면 가장 빈번한 흉곽내 종양은 폐나 기관지성이며 다음이 종격동 종양, 비교적 희귀한 것이 흉곽내벽에 발생한 종양이다. Blade¹⁾는 상당예에 있어서, 특히 매우 크고 유착이 심할 시는 흉곽내 종양이 종격동에서 발생한 것인지, 흉곽내벽에서 발생한 것인지 분별이 곤란하다고 했다. 흉곽내 섬유종 역시 매우 희귀한 종양으로 Blade¹⁾는 1941년 10월까지 세계적 문헌에서 종격동 섬유종 32예를 발견했었고 1939년 Harper²⁾는 흉곽내벽에 발생한 섬유종은 단지 9예가 있다는 보고를

했다. 본 교실에서는 전흉곽내벽에 발생한 견고한 거대 섬유종 1예를 수술 치험 하였기에 이를 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환자는 22세의 미혼여성으로 기왕력, 가족력은 특기할만한 사항이 없었다.

현병력 : 77년 5월에 우측 상박부에 동통이 없고 유착이 없는 1cm×2cm×1cm 크기의 종양이 생겼다고 하며 그 해 10월에 부산 성분도 병원에서 생검하여 연조직 섬유종으로 진단 받은 바 있으며 78년 5월에 좌측 전 흉부에 2cm×2cm×1cm 크기의 동통이 없는 종양이 다시 발생해 부산 북음병원에서 종양을 제거하여 신경성 섬유종(neuro fibroma)으로 진단 받았다고 하는데 그 당시 특이한 증상이 없었고 종양 자체는 약간 외부로 돌출되어 있었다고 한다. 그 당시 흉부 X-선상 특이소견이 없었다고 한다. 그 이후로 식욕부진, 현기증, 전신쇠약, 흉부압박감등이 있어서 개인병원에서 “한국성농흉”

* 부산대학교 의과대학 흉부외과학교실

* Department of Thoracic Surgery, College of Medicine, Busan National University, Busan, Korea

이라는 진단 하에 본원에 내원하였다.

이학적 검사소견 : 체격은 정상범위였으며 약간 쇠약한 편이고 체중은 47kg였다. 빈혈상이 보였고 정신상태는 명료하였다. 두부에는 병적소견이 없었고 좌측 상부에 입파절 종창이 있었으며 좌측 상흉부에 완두콩크기의 종양이 촉지되었다. 흉부 청진상 좌측 폐야에 호흡음 감소와 타진상 좌측 흉부에서 둔탁음을 들을 수 있었다. 심장잡음은 없었고 복부에 간, 비장 비대는 없었다. 혈압은 120/80mmHg, 맥박은 84/min, 체온은 36.5°C, 호흡은 20/min이었다. 그리고 한국성 농흉으로 추측하여 늑강천자를 하였으나 흡입액은 없었다.



Fig. I. Preoperative Chest P-A view.



Fig. II. Preoperative Chest left lateral view.

임상병리소견 : 혈액은 혈색소 9.8 gm%, 백혈구 5700/mm³, 백혈구 분화상 분엽상호중구 64%, 임파구 31%였다. 적혈구량은 31%였고 혈소판은 200,000/mm³, 출혈시간 1분, 응고시간 5분이었다. 간기능검사는 총 단백 5.6 gm% (Albumin 3.1 gm%, Globulin 2.5 gm%), GOT 74 unit, GPT 15 unit, Alkaline phosphat 13.0 units, Bilirubin은 총 1.20 mg%, 직접 Bilirubin 0.80 mg%였다.



Fig. III. Bronchogram;

Displaced all bronchus to the right, but showed no filling defect.



Fig. IV. Gross finding of operative field;

Large mass, measuring about 20×19×12cm in size.

The external surface is gray white and smooth.

The cut surface discloses gray white homogeneous tissue mottled with dark reddish spots.

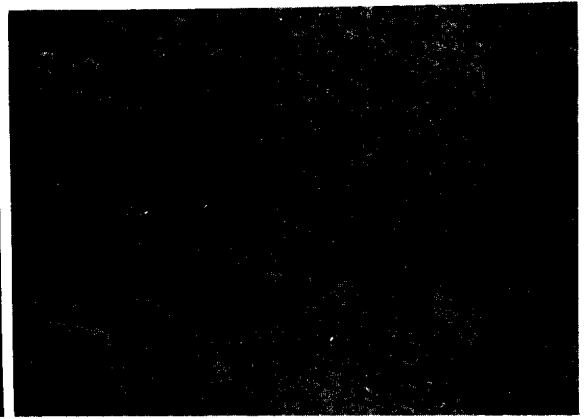
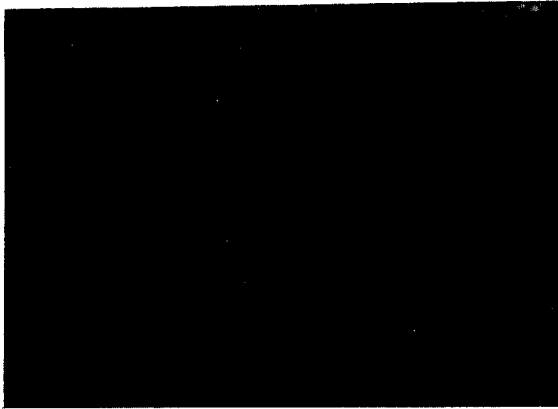


Fig. V. Microscopic finding; The spindle nuclei in the eosinophilic, partially edematous ground or collagen fibers.

다. 혈청매독반응검사는 음성이었다고, 뇨검사는 정상범위였다. 또 심전도상 이상이 없었다.

술전 생검 병리검사 : 좌측 경부 임파절 생검 조직검사상 임파절 조직과 지방조직이 보였으며, RES 세포의 증식과 만성염증세포의 침윤이 보여 비 특이성 임파선염으로 진단되어 졌으며 좌측전 흉부에 발생한 원두콩크기의 종양은 낭벽에 Sparganum이 보여 "Sparganosis"로 결과가 나왔다.

X-선 검사소견 : 흉부 단순 촬영상 (Fig. 1)에 좌측폐야의 약 3/4 정도를 차지하는 종양의 음영이 보였으며 종격동 (좌측) 측에는 약 1/2 정도를 차지하고 있고 좌측 횡격막의 음영은 하부로 약간 밀리는 양상을 보이며 종격동과 기관지 음영은 우측으로 밀리고 있고 늑골과 횡격막이 이루는 각도가 소실되었고, 좌측 제 2 늑골 3 늑골에 골절이 보였으며 심장음영과 구별할 수 없는 음영의 밀도를 나타내고 있었고 음영의 한계는 비교적 명확하고 타원형을 나타내었다. 흉부 측방 단순촬영상 (Fig. 2)에서는 종양은 중앙에 위치하고 있어서 심장음영과 겹쳐 보였다. 흉부 투시에서 종양의 박동은 없었고 기관지 특수촬영상 (Fig. 3) 각 기관지에 조영제는 들어가나 전반적으로 좌측에서 우측으로 밀리고 있어 폐외 종양으로 추측할 수는 있었으나 검사 성격으로 종양이 종격동에서 유래한 것인지, 흉벽에서 유래한 것인지 분별하기 힘든 상태에서 시험 개흉술을 실시하였다.

수술소견 : 수술은 1978년 8월 16일에 실시하였다. 기관내 삽관 전신마취하에 좌측 제 6 늑골을 제거한 후 개흉하였다. 좌측 폐는 종양의 압박으로 상당히 허탈되었으나 폐실질에는 병적소견이 없었다. 늑막 좌측방과 전방에 심하게 유착되어 있었고 pedicle은 좌측 전흉벽 제 2 늑간에 있었는데 유착으로 인한 박리가 상당히 힘들었다. 종양이 침범된 듯한 제 2 늑골, 제 3 늑골을

제거하기 위해 환자 자세를 semilateral로 하여 제 2 늑골, 제 3 늑골을 midclavicular line부터 anterior axillary line까지 늑간근육을 일괄하여 제거한 후 삼판 폐흉하였다. 종양이 제거된 후에는 좌측폐는 정상적으로 팽창되었다.

종양의 병리소견 : 육안적으로 종양은 타원형의 20 × 19 × 12 cm 크기였고, 종양의 외면은 회백색으로 평탄하였다. (Fig. 4) 절개 단면은 회백색이고 균등질의 조직으로 굳테굳테 질은 적갈색의 반점이 있었다. 조직학적 소견 (Fig. 5)은 eosinophilic하고 부분적으로 부종성의 바탕 혹은 교원섬유에 연장된 방추형이 보이고 있었다고하며 섬유종인지 신경섬유종인지 정확히 구분하기 힘들다 섬유종이라고 하는 것이 좋을 듯 했고 염증세포나 악성세포는 보이지 않았다고 한다.

수술후 경과 : 환자는 아무 합병증 없이 수술 제 20일 만에 퇴원하였는데 퇴원시 흉부 X-선 상에 이상소견이 없



Fig. M. Postoperative Chest P-A view.

었다. (Fig. 6)

고 안

섬유종은 연령에 관계없이 신체 어느부위에나 발생할 수 있으나 특히 신경교원조직초, 근초나 근막, 골의 골막 그리고 진피교원조직에 보다 잘 발생한다고 하며 크기는 대개 직경이 1 cm 내지 4 cm의 작은 경우가 많으나 난소에 발생했을 경우에는 15 cm 내지 20 cm까지 커질 수도 있다고 한다.

섬유종이 흉곽내 발생한 경우는 매우 희귀한 것으로 알려져 있으며 Blade¹⁾에 의하면 가장 빈번한 흉곽내 종양은 폐나 기관지성 종양이며 둘째는 종격동종양, 그리고 비교적 희귀한 종양은 본 증례와 마찬가지로 흉곽내벽에서 발생하여 늑강내로 침투되는 종양이라고 했고 1939년 Harper²⁾는 흉곽내벽에서 발생한 섬유종은 단지 9례가 보고 되었다고 한다. Alexander³⁾에 의하면 국한된 흉곽내 종양은 대부분 폐 외에 발생한 양성종양이라기 보다는 폐내에 발생한 악성종양인 경우가 많다고 하며 대개의 경우는 여러가지 진단법, 특히 기관지경 검사에 의해 진단되지 않을 경우에는 시험개흉술로서만이 진단을 내릴 수가 있다고 했다. Overholt나 Souders⁴⁾는 시험개흉술 자체는 시험개복술 만큼이나 안전하기 때문에 진단의 목적을 위해서는 언제든지 시행하여야 한다고 했으며 양성종양이라고 할지라도 외과적 제거가 늦게 시행된 경우에는 종양의 위치때문에 생명에 위협을 초래할 수도 있고 중요 장기의 손상을 염려하여 수술이 불가능한 경우도 있을 수 있다고 했다. 흉벽에 발생할 수 있는 흉곽내 종양은 대개 Chondroma, Fibroma, Osteoma, Benign Giant cell tumor, Angioma, Heman-gioma, Myxoma 등이 있는데 Tudor Edwards⁷⁾에 의하면 섬유종은 늑막에서 발생한다기 보다는 늑간 조직에서 발생하여 늑강내로 성장해 간다고 했는데 이것 역시 본 증례와 흡사하였다. 문헌에 의하면 신경조직에서 발생한 섬유종은 신경섬유종이나 신경아세포종이라고 하는 것이 더 정확할지 모르지만 신경세포 유래라는 뚜렷한 증거를 발견할 수 없었다고 보고한 Susman⁸⁾의 경우 역시 본 증례와 비슷하였다. 그리고 Alexander나 Harrington^{5,9)} 역시도 폐외종양인 경우라 할지라도 되도록 빠른 시일내 수술하는게 좋다고 하였다. 순수한 섬유종은 신경섬유종보다 많은 경우에 있어서 악성 육종성 변화가 올 수 있기 때문에 보다 빠른 수술적 제거를 요한다고 한다. 그리고 비록 양성종양이라 할지라도 크기가 상당히 큰 경우에 있어서는 수술전 호흡장애나 순환기 장애등은 서서히 적응될 수 있기 때문에 문제가 되지 않으나 술후 합병증으로 저혈

압에 의한 의식기관의 장애나 착란등의 증상이 나타날 수 있다고 하나 본 증례의 경우에는 술전이나 술후 그러한 증상을 전혀 찾아볼 수 없었다. 그리고 본 증례에서 제 2늑골, 제 3늑골 골절이 있었는데 양성종양의 경우에는 종양의 크기가 매우 커서 올수 있을것으로 생각된다.

Harrington¹⁰⁾에 의하면 정규적인 흉부 X-선 촬영은 이러한 무증상의 양성종양을 조기에 발견할 수 있기 때문에 흉부외과의에게 무한한 도움을 준다고 하였다.

결 론

본 부산의 과대학 흉부외과학교실에서는 흉곽내벽에서 발생하여 짧은 기간 동안에 빠른 성장을 한 거대섬유종 1예를 수술시험 하였고 술후 경과 양호하여 20일후에 퇴원하였기에 이를 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. Blades, Brian : *Relative Frequency and Site of predilection of Intrathoracic Tumors, Am. J. Surg.* 54:139-148, 1941.
2. Harper, F.F. : *Benign Chondromas of the Ribs, J. Thoracic Surg.* 9: 132-144, 1939.
3. Alexander, John : *Circumscribed Intrathoracic Neoplasms, J.A.M.A.* 119: 395-397, 1942.
4. Overholt, R.H., and Souders, C.R. : *Benign Intrathoracic Tumors, S. Clip. North America* 17 : 905-919, 1937.
5. Alexander, John : *Observation on Intrathoracic Neoplasms, Ann. Surg.* 114: 734-752, 1941.
6. Harrington, S.W. : *Surgical Treatment of Tumors of the Lung and Mediastinum, Surg., Gynec. & Obst.* 52: 417-425, 1931.
7. Edwards, A.T. : *The Surgical Treatment of Intrathoracic New Growths, Brit. M. J.* 1: 827-830, 1932.
8. Susman, M.P. : *Intrathoracic Fibroma, Australian & New Zealand J. Surg.* 10: 194-107, 1940.
9. Harrington, S.W. : *Surgical Treatment of Intrathoracic Tumors, Arch. Surg.* 19: 1679-1725, 1929.
10. Harrington, S.W. : *Intrathoracic New Growths: Results of Surgical Treatment in Twenty-four Cases. Surg., Gynec. & Obst.* 51: 746-666, 1930.