

# 점막표피양종양

-1례 보고-

은종화\*·서성구\*·김남혁\*·이용재\*·권오춘\*·이길노\*

=Abstract=

## Mucoepidermoid Cancer

-A Report of One Case-

Jong Hwa Eun, M.D.\*, Seong Gu Seo, M.D.\*, Nam Hyeuk Kim, M.D.\*, Yoong Jae Lee, M.D.\*,  
O Choon Kwon, M.D.\*, Kihl Rho Lee, M.D.\*

The mucoepidermoid cancer is a tumor arising in the bronchial submucosal glands that shows an intimate admixture of glandular element and sheets of cell with or no definite squamous differentiation. This rare tumor is usually located in lobe and bronchi and occasionally in the trachea. This tumor presents with symptoms of bronchial irritation or obstruction, often of several years duration. The treatment is complete resection with use of bnchoplastic techniques. Low grade tumor have a good prognosis with adequate resection.

We experienced a case of mucoepidermoid cancer arising from superior segment of left lower lobe, which was treated with Lt. lower lobectomy.

(Korean J Thoracic Cardiovas Surg 1994;27:486-8)

**Key words** : 1. Lung neoplasm

## 증 례

26세 여자 환자로 흉통을 주소로 입원하였다. 과거력상 환자는 입원 6년전 위염을 진단받고 치료받아 오던중 내원 한달전 부터 흉통이 발생하여 흉부 전산화 단층 촬영후 폐종양 진단하에 본원 흉부외과에 입원하였다. 가족력상 특이사항 없으며 환자는 기침 객담 이외의 증상은 없었다.

이학적 소견상, 혈압 맥박 체온 호흡수는 정상이었고 경부 림프절은 촉진되지 않았다. 흉부청진상 호흡음은 깨끗하였고 심음은 규칙적이었으며 기타 특이소견은 없었다. 검사 소견으로는 일반 혈액검사에서 Hb 9.9g%, Hct 31%, 백혈구 6,500/mm<sup>3</sup>이었으며 간기능검사 소변검사 객

담검사 모두 정상이었다. 흉부단순촬영상 좌측 폐하엽 상분절에 5×3.5cm 크기의 원형의 증가된 음영이 관찰되었다(그림 1). 기관지경 검사소견상 좌측 기관지 중외관 부근에 결절같이 보이는 홍반성 변화가 보였다. 흉부 단층촬영상 30×38×50 mm 크기의 연조직 종괴(soft tissue mass)가 좌측 폐하엽의 상분절에서 관찰되었고 폐문 림프절의 비대는 없었으며 기관지내로 돌출되는 소견은 관찰되지 않았다(그림 2).

수술은 좌측 후측방 개흉술에 제 6늑골 절단후 개흉하였다. 흉막유착은 없었으며 종괴는 좌하폐엽 상분절 부위에서 단단히 촉진되었다. 좌하폐엽 절제술을 시행하였고 종양의 크기는 3.5×5cm 정도였으며, 다수의 부행혈관들

\* 순천향대학교 의과대학 흉부외과학교실

\* Department of Thoracic and cardiovascular Surgery, Collage of Medicine, Soonchunhyang University

통신저자: 은종화, (140-210) 서울시 용산구 한남동 657, Tel. (02) 794-7191, Fax. (02) 795-2538

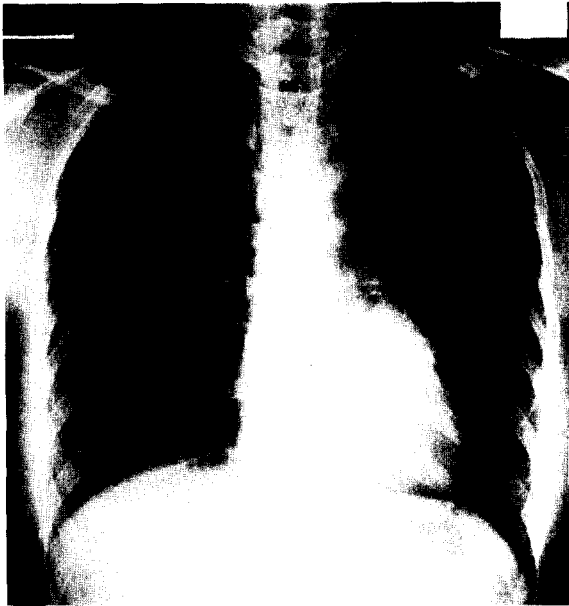


그림 1. 단순 흉부 X-선 촬영 소견

이 좌하 폐정맥 주위로 발달되어 있어서 약간의 출혈은 있었으나 수술시 특별한 문제점은 없었다. 육안 절제소견상 종괴는 3.5×5cm 크기였으며 하얀 폴립양 모양으로 주기관지에 위치하였고 기관지로 돌출되어 있었다. 현미경검사상 종양은 기관지 벽까지 퍼지지 않았고 그 주위 기관지와 세기관지는 확장적 변화를 보였다. 종양은 점막표피양암(Mucoepidermoid cancer, low grade)으로 판명되었으며, 기관지 절단면에서는 암세포는 발견되지 않았다. 술후 환자는 지속적인 기침을 하였고 기관지막누공의 증거는 없어서 12일째 흉관을 제거하였고 14일째 퇴원하였다. 현재 술후 2개월 추적조사 중이나 별 문제점은 없으며 계속 추적조사 예정이다.

## 고 찰

점막표피양 종양(epidermoid carcinoma)은 기관지 선종(bronchial adenoma)의 한 부류로서 유선암(carcinoid tumor), 선양 낭종성암(adenoid cystic carcinoma), 혼합종(mixed tumor)와 기관지 점액선종(bronchial gland adenoma)로 나누어진다. 점액표피성 종양은 매우 희귀한 종양으로 기관 또는 주기관지의 점액선에 발생한다<sup>1)</sup>. 이 종양의 호발연령은 저자들에 따라 다소 차이는 보이나 20세에서 60세, 평균 40세에 발생하며 남녀 성차이를 두지않고 동등하게 생기며 어린소아와 고령층에서 이 종양이 관찰되었다

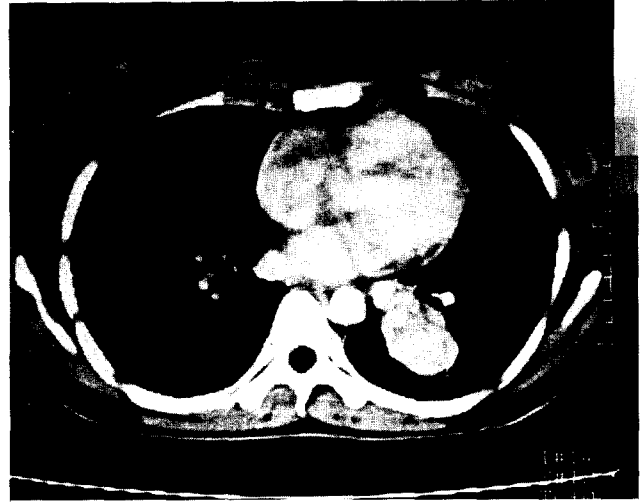


그림 2. 흉부 전산화 단층 촬영 소견

는 보고가 있다<sup>2)</sup>. 이 종양의 주증상들은 기관지 자극이나 폐쇄에 의해 나타나는데 기침 각혈 호흡곤란 흉통 또는 미열 등이며 이학적 검사상 기도폐쇄의 흔한 소견인 천식음과 호흡음의 감소 또는 소실 등을 알 수 있다<sup>3)</sup>.

점액표피양 종양의 방사선적 소견은 국한된 종괴음영이나 폐엽 또는 전폐에 폐쇄성 폐렴 또는 무기폐 등을 볼 수 있으며 특수검사인 기관지 조영검사, 단층촬영, 전산화 단층촬영으로 종양이 기도내에서 관찰될 수 있다. 기관지 내시경으로는 회색 또는 보라빛의 폴립양 원형종괴를 볼 수 있으며 어떤 경우에는 보다 넓게 퍼져있는 궤양도 관찰되며 기관지 내시경을 이용한 조직생검이 진단적 가치가 높은 것으로 알려져 있다. 이 종양은 처음에는 국소 림프절이나 원격장기로 전이가 없는 양성종양의 범주로 간주되었으나<sup>4)</sup> 그후 조직학적 악성소견 및 전이의 증거가 나타났으며<sup>5)</sup> 1970년대 Turnbull 등에 의해 간, 중추신경계, 폐, 부신등 신체전반에 걸친 전이 예가 보고되었다<sup>6)</sup>. 원칙적으로는 WHO 분류상 점막상피양종양은 악성종양에 속하지만 악성도가 낮고 원격전이가 적은 것으로 보고되어있다<sup>7)</sup>. 이종양은 low grade와 high grade 점액표피양 종양으로 나눌 수 있으며 low grade 에서는 국소침윤이나 림프절 전이가 없는 것으로 보고되고 있으며<sup>8)</sup> high grade와 차이점은 다음과 같다. Low grade는 단형성의 세포로 되어 있으며 유사분열 정도가 없거나 적고 잘 형성된 점액선이 많아 괴사가 거의 관찰되지 않는 반면 high grade는 세포가 비전형적이고 다형적이며 많은 유사분열을 볼 수 있으며 점액선 형성이 적고 괴사를 볼 수 있다. 조직학적으로 이종양은 잘 분화된 점액세포와 각질화된 편평상피 세포층과의

혼합물로 구성되어 있다. 육안적으로 이종양은 딱딱하며 하얗고 돌출된 폴립양 종괴로 크기는 1~5cm가량 달하며 기관이나 기관지에 위치하며 기관지 벽에 붙어 있으면서 기관지내로 돌출되어 있는 것이 일반적인 양상이다.

치료방법으로는 폐엽절제술 전폐절제술 기관지 내시경을 이용한 보조적절제술 등의 외과적 절제술이 이상적이며 방사선조사는 불완전하게 절제되었던 재발한 드문 예에서 유익하며 약물요법은 별로 도움이 되지 못한다고 알려져 있다.

### References

1. Metcalf JS, Maize JC, Shaw EB. *Bronchial mucoepidermoid cancer metastatic to skin*. Cancer 1986;58:2556-9
2. DeBuse PJ, Lewis MJ, Shepherd JJ. *Mucoepidermoid tumor of the bronchus in child*. Br J Dis Chest 1971;65:130-3
3. David TC, Paul YH. *Miscellaneous malignant tumors*. In: John FM, Jay AN. *Text of Respiratory Medicine*. 1st Ed. Washington: W. B. Saunders Co. 1988;1257-8
4. Payne WS, Ellis FH, Woolner LB. *The surgical treatment of cylindroma and mucoepidermoid tumor of the bronchus*. J Thorac Cardiovasc 1959;38:671-7
5. Dowling EA, Miller RE, Johnson IM. *Mucoepidermoid tumor of the bronchi*. Surgery 1962;52:600-9
6. Turnbull AD, Huvos AG, Goodner JT, Beutie EJ. *The malignant potential of bronchial adenoma*. Ann Thorac Surg 1972;14:453-64
7. *The world health organization histological typing of lung tumor*. Am J Cl Patholo 1982;77:123-36
8. Breyer RH, Dainanshas JR, Jenske RJ, Faber LP. *Mucoepidermoid cancer of the trachea and bronchus: The case for conservative resection*. Ann Thorac Surg 1980;29:197-204