

갑상설관낭에 의한 상대정맥증후군

-1례 보고-

권오우* · 이성주* · 오성철* · 손영상* · 김창희* · 채성수* · 이효진**

=Abstract=

Superior Vena Cava Syndrome Due to Thyroglossal Duct Cyst

Oh Woo Kwon, M.D.* , Sung Ju Lee, M.D.* , Sung Chul Oh, M.D.* , Young Sang Sohn, M.D.* ,

Chang Hoi Kim, M.D.* , Sung Soo Chae, M.D.* , Hyo Jin Lee, M.D.**

This is a case report of superior vena cava syndrome due to thyroglossal duct cyst, which was surgically treated. The patient was 61 year old male who progressively complained exertional dyspnea for about 5 months and right ptosis, facial flushing, and nasal stuffiness for about 1 month before admission. The CT scan of the thorax revealed the right paratracheal cystic mass that compressed and displaced the trachea to leftward and SVC to rightward.

The resection of the cystic mass was performed through the right posterolateral thoracotomy.

The pathologic result was compatible with thyroglossal duct cyst. The postoperative status of the patient was unevenful.

(Korean J Thoracic Cardiovas Surg 1994; 27:953-6)

Key words : 1. Superior vena cava syndrome
2. Chyst, mediastinum

증 례

환자는 61세의 남자로서 내원 5개월 전부터 발생한 노작성 호흡곤란과 내원 1개월 전부터 발생한 우안검하수, 결막충혈, 안면홍조, 코막힘 등을 주소로 본원에 내원하였다. 과거력상 내원 15년전 5년 동안 결핵치료를 받은 적이 있고, 입원 5개월전 타의료기관에서 흉강내 갑상선종과 중격동내 출혈로 인한 상대정맥증후군 및 급성호흡부전으로 진단받고 기계적 호흡치료를 받았던 적이 있다. 입원시 안면홍조, 안면과 경부의 부종, 경정맥의 노장소견이 있었

고, 경한 우안검하수 및 우안의 충혈 소견을 보였다. 그리고 우측 쇄골상와에서 종괴가 촉진되었다. 호흡음과 심음은 정상이었다.

검사실소견은 모두 정상범위였다. 흉부단순촬영 및 전산화단층촬영상 폐실질은 정상이었고, 기관지 우측의 낭포성 종괴로 인해 기관과 상대정맥이 좁아져 있고, 기관은 좌측으로 상대정맥은 우측으로 밀려 있었다(Fig. 1, 2). 기관지경 검사상 기관은 좌측편위되어 있고, 전치로부터 20 cm에서 25 cm까지의 기관내경이 우후방에서의 외부압박에 의해 좁아져 있었으며, 결절융기나 침윤소견은 없었고,

* 서울 위생병원 흉부외과

* Department of Thoracic & Cardiovascular Surgery, Seoul Adventist Hospital

** 서울 위생병원 해부병리과

** Department of Pathology, Seoul Adventist Hospital

통신저자: 권오우, (130-092) 서울특별시 동대문구 회계 2동 29-1, Tel. (02) 210-3597, Fax. (02) 249-0403



Fig. 1. Preoperative chest PA. Homogenous mass density in the right paratracheal area, compressing and displacing the trachea to the left side.



Fig. 2. Preoperative chest CT scan. Well demarcated, non-contrast enhancing right paratracheal cystic mass.

좌우기관지는 정상이었다.

수술은 전신마취하에 우측 제 5늑간을 통해 개흉하여 실시했다. 우측 폐실질은 촉진상 특이한 병변이 없었고, 폐첨부에서 약간의 유착이 있었으나 쉽게 박리되었다. 우상엽을 외측으로 견인했을때 기관후측방에서 비교적 경계



Fig. 3. Postoperative chest PA.

가 명확한 종괴를 볼 수 있었고, 종격동흉막을 절개박리한 결과 약 10cm × 6cm × 5cm 크기의 낭종성 종괴가 기관을 좌측으로 상대정맥을 우측으로 편위시키면서 압박하고 있었다. 상대정맥은 우측 제1늑골과 낭종성 종괴사이에서 가장 좁아져 있었다. 종괴의 박리 및 stalk 확인이 어려웠고 박리시 파열의 위험성을 감소시키기 위해 낭종의 내용물을 주사기로 흡인한 후 박리를 진행했다. stalk는 기관 분리부의 우측에 있었고 feeding vessel이 포함되어 있었다. 낭종을 제거한 후 종격동흉막을 봉합하고 수술을 마쳤다(Fig. 3).

병리조직검사상 낭종의 벽은 섬유조직으로 구성되어 있었고, 중층편평상피로 덮여 있었으며, 섬유조직의 벽에는 침포상 림프구침윤, 림프여포 및 갑상선소포들이 내재되어 있어 갑상선관낭에 부합되는 소견을 보였다(Fig. 4). 흡인된 낭종의 내용물은 초콜렛 색깔의 불투명한 액체였다. 낭종에서 얻어진 액체에 대한 균 배양검사는 음성이었고 적혈구는 15만/mm³, 백혈구는 120/mm³(neutrophils 69%, lymphocytes 11%, macrophages 20%)이었고, 단백질 9.2 mg%, 당 5mg%, 콜레스테롤 103mg%, LD 3.413U/L, CRP 음성이었다.

고 찰

상대정맥증후군은 흉부상부의 정맥혈류가 협착 또는 폐쇄되어 이차적으로 상승된 정맥압과 관련되어 나타나는 증상들로, 두경부와 상지의 측부혈행정맥의 노장, 두경부와 상지 및 전흉벽의 부종, 결막의 부종과 홍조, 그리고 중

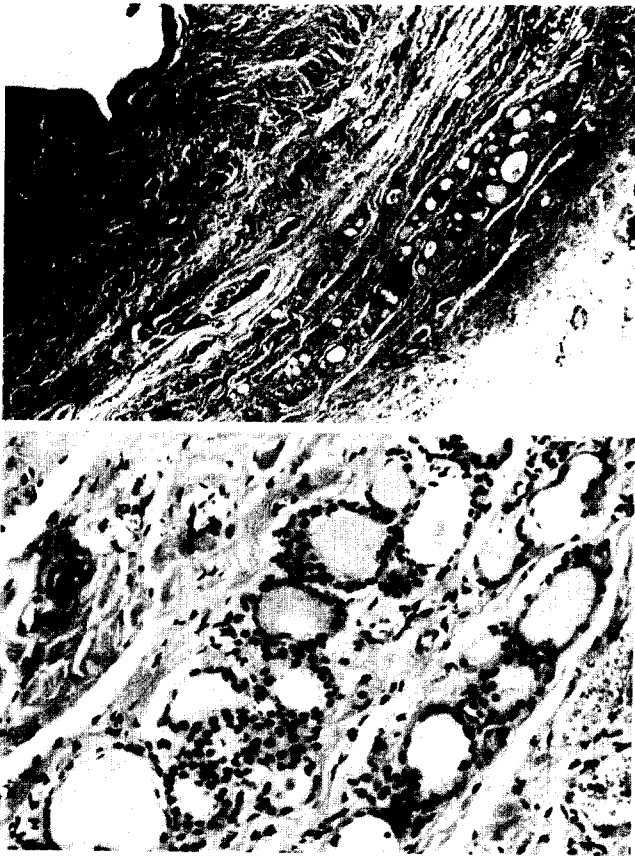


Fig. 4. Microscopic findings. The cystic wall consisted of fibrous tissue and lined by stratified squamous epithelium. Patchy lymphocytic infiltrates, even formed lymphoid follicle, and thyroid follicles in the fibrous tissue wall.

추신경계증상 등을 특징으로하는 증후군이다. 기관과 상대정맥이 서로 인접하여 주행하고 또 상대정맥폐쇄의 대부분이 폐압때문에 발생함으로 기도협착이나 폐쇄로 인한 호흡장애가 발생할 수 있고, 상부종격동을 통과하는 횡격막신경, 미주신경, 교감신경 등이 동시에 침범되면 우측 횡격막마비, 음성변화, Horner 씨증후군 등이 나타난다.

상대정맥을 폐쇄시키는 원인은 90%이상이 악성질환이다. 그 중 3/4이 우상엽의 기관지암이며 나머지는 림프종, 전이암, 악성흉선종, 악성배세포암 등이 포함된다. 상대정맥증후군의 5% 이하는 양성질환에 의하며 원인으로는 종격동염증, 폐질환, 외상, 종격동 종양, 심장질환, 혈관질환 등이 있다¹⁻⁴⁾. Mahajan 등은 여러가지 육아종성 질병에 의한 종격동염이 양성상대정맥증후군의 가장 흔한 원인이라고 하였다⁴⁾. 또한 다양한 관혈적 감시장치의 이용, 중심정맥영양, 정맥을 통한 심장박동기 거치술 등으로 인해 생기

는 혈전형성에 의한 폐쇄의 빈도가 점차 증가한다고 하였다⁵⁾.

양성질환이 원인인 경우 임상적인 구별은 어렵지만 악성에 비해 몇가지 특징이 있다. 즉 증상의 발현이 느리고 점진적으로 악화되며, 환자의 연령이 악성에 비해 낮고(악성: 40~60세, 양성: 30~40세), 생존기간이 길고 새로운 합병증이 없다는 점 등이다^{3, 4)}.

진단은 단순흉부 X-선 촬영, 기관지경 검사, 식도경 검사, 사각근 및 액와 림프절 생검, 객담의 세포검사, 상대정맥조영술, 동맥조영술, iodine 동위원소 주사검사, 자기공명영상, 시험적 개흉술 등을 통해할 수 있다. Doty는 상대정맥폐쇄의 위치와 특징, 무명정맥-쇄골하정맥-경정맥으로 이어지는 정맥들의 개통성과 노장의 정도, 측부혈행의 적절성 등을 결정할 수 있는 양측 상지 정맥조영술이 상대정맥증후군의 진단에 가장 유용하다고 했다⁶⁾.

치료는 원인의 악성 정도에 관계없이 상대정맥의 압력을 경감시켜주는 것이다. 그 방법으로는 종양에 대한 방사선조사, 항암화학요법, 우회로조성술 또는 정맥내 혈전제거, 원인적인 치료 등이 있다. 만일 상대정맥폐쇄의 진행속도가 빠르고 심할 경우는 그 원인의 대부분이 악성질환이므로 응급조치로서 즉시 방사선 치료를 시작해야 하며, 환자를 반좌위로 누이고, 부종을 줄이기 위해 식염섭취를 제한하고 이뇨제와 스테로이드를 투여한다. 그리고 심한 증상과 징후가 호전되면 확진을 위한 검사를 실시한다¹⁾.

수술적 치료에 대한 적응증은 논란이 되고 있으나, 양성질환에 의한 상대정맥증후군을 보이는 환자의 대부분에서 폐쇄가 느린 속도로 일어나 부혈행로가 발달되고 오랜 기간 살 수 있고 능력소실이 극소화되어 수술적 치료를 피할 수 있지만, 섬유성 또는 육아종성 종격동염인 경우, 경미한 운동에도 실신하거나 누워서 잠을 잘 수 없고 직장생활에 제약이 있을 경우는 부혈행로의 부적절함을 의미함으로 우회로조성술을 시행하는 것이 좋다고 했다. 악성질환에 의한 경우는 모든 치료가 대증요법이기 때문에 수술적 치료에 대한 결정이 어렵다. 하지만 정맥고혈압의 징후가 심한 경우, 뇌나 후두부종의 경우, 정맥조영술상 상대정맥이나 그 분지들이 노장되고 혈전형성이 심한 경우, 시험적 수술없이 조직학적 진단이 불가능한 경우는 수술적 치료의 적응이 된다고 했다⁶⁾.

저자들은 서울위생병원 흉부외과에서 기관 및 상대정맥 주위에 발생된 갑상선관낭에 의한 상대정맥증후군을 치험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

References

1. Jamplis RW, McFadden PM. *Infections of the Mediastinum and the SVC Syndrome*. In: Shields TW. *General Thoracic Surgery*. 3rd ed. Philadelphia: Lea & Febiger. 1989; 1091-5
 2. 박강식, 지행욱, 박영관, 김근호. 특발성 증격동섬유화에 의한 상대정맥증후군 1례. 대흉외지 1979; 12: 140-6
 3. 한병선, 임승평, 홍장수, 이 영. 양성 상공정맥 증후군 1례. 대흉외지 1986; 19: 449-52
 4. Mahajan V, Strimlan V, Ordstrand HS, Loop FD. *Benign Superior Vena Cava Syndrome*. Chest 1975; 68: 32-5
 5. William DR., Demos NJ. *Thrombosis of superior vena cava caused by pacemaker wire and managed with streptokinase*. J Thorac Cardiovasc Surg 1974; 68: 134-7
 6. Doty DB. *Bypass of superior vena cava*. J Thorac Cardiovasc Surg 1982; 83: 326-37
-