

## 두경부 종양환자에서 경부 림프절의 예기치 않은 병리적 소견

원자력병원 이비인후과, 핵의학과\*  
오경균 · 이국행 · 임상무\* · 심윤상

= Abstract =

### Unexpected Lymph Node Pathology in Neck Dissection for Head and Neck Cancer

Kyung Kyoon Oh, M.D., Guk Haeng Lee, M.D., Sang Moo Lim, M.D.,\* Yoon Sang Shim, M.D.

*Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Nuclear Medicine\*,*

*Korea Cancer Center Hospital, Seoul, Korea*

Neck dissection has become an integral part of the staging and management of head and neck tumors. This paper reports a series of head and neck patients who had pathological findings in their neck dissection specimens, which were unrelated to their primary tumors. In 7 cases, there was unexpected pathology in the cervical lymph nodes which was not related to the primary tumor. Four cases were squamous cell carcinomas and 3 were thyroid carcinomas. In 3 cases of squamous cell carcinomas, there were no evidence of metastatic squamous cell carcinoma in neck dissection specimen ; however, the lymph nodes were found to be involved by metastatic papillary carcinoma in one larynx cancer, metastatic adenocarcinoma in the other larynx cancer, tuberculosis in one nasopharynx cancer. In three of neck dissection specimen of carcinoma(two thyroid carcinomas, one laryngeal carcinoma), dual nodal pathology was found : Each of these specimen contained carcinoma with tuberculosis of the lymph nodes in three cases. In one thyroid carcinoma, there was no evidence of metastasis ; however, the lymph nodes were found to be involved by tuberculosis. Preoperative assessment did not reveal any findings to alert us to the possibility of a synchronous pathological process in the cervical nodes of this group of 7 patients.

In particular, there was no evidence of active pulmonary tuberculosis in the 5 patients with active lymph node disease.

**KEY WORDS :** Neck dissection · Unexpected pathology · Tuberculosis.

### 서 론

경부과청술은 두경부암의 병기결정과 치료에 중

관적인 부분이며, 경부림프절로의 전이 유무에 따라 적절한 치료를 하여야 한다는 것은 잘 알려진 사실이다. 그리고 원발부의 처치와 함께 경부과청술을

시행한 후 병리조직검사의 결과에 따라 추가치료의 유무를 결정한다. 하지만 두경부종양과 직접적으로 관련이 없는 의외의 경부림프절의 병리학적 결과가 나올 수 있다. 한편 두경부암환자에서 임상적 병기를 결정하는 것은 어려운 일이다. 림프절비대가 촉진된다고 하여 항상 전이를 의미하는 것은 아니며, 현재의 발달된 영상기술과 임상적 검사로도 여러 원인에 의하여 경부림프절전이의 판단에는 가양성 혹은 가음성의 가능성은 항상 남게 된다. 두경부암에서 임상적 병기와 병리학적 병기의 차이에 대해 보고자들은 이러한 문제를 강조하고 있다<sup>6)</sup>.

저자들은 원발종양과 연관이 없는 경부림프절증을 보인 환자의 예를 보고하고자 한다.

## 대상 및 방법

내시경에 의한 조직검사와 세침흡인세포검사 등으로 두경부악성종양으로 진단된 환자에서 치료목적의 경부곽청술을 시행하여 경부종괴의 병리조직학적 소견이 처음 진단하였던 것과 다르게 나온 경우가 있었다. 1991년부터 1993년까지 7명의 두경부악성종양환자에서 원발종양과 관계가 없는 예기치 않은 병리학적 소견을 나타내었다.

4명은 두경부의 편평세포암종(후두 3명, 비인강 1명)이었고, 3명은 갑상선암이었다. 3명의 편평세포암종의 경부곽청술의 병리학적 결과는 원발암의 전이는 없이 전이유두상암종, 전이선암종, 결핵성 림프절염이 나타났다. 후두암 1명과 갑상선암 2명에서는 경부림프절전이와 결핵성 림프절염이 동시에 나타났고, 갑상선암 1명은 전이없이 결핵성 림프절염만 있었다. 수술전 이학적 소견과 검사로는

경부림프절의 병리학적 결과를 예측할 수 없었다. 그리고 병리학적으로 확인된 5명의 결핵성 림프절염 환자도 활동성 폐결핵의 증거는 없었다.

## 결 과

경부림프절곽청수술후 절제된 림프절의 병리학적 결과가 원발부위에서 전이가 아닌 예기치 못한 다른 병리학적 소견은 나타내었다(Table 1).

비인강 1명과 후두 3명은 원발부위에서 조직생검으로 병리학적 진단에서 편평세포암종이었다. 비인강암 환자(증례 1) 유도화학요법시행에도 경부종괴의 크기에 변동이 없어 경부곽청술을 시행하였는데 경부종괴가 결핵성 림프절염으로 확인되었다. 단순흉부방사선사진에는 결핵의 징후는 없었다. 후두암환자(증례 4)에서 성문상부암으로 수평부후두적출술과 경부곽청술을 시행한 후, 경부림프절이 전이유두상암종으로 판명되어 갑상선 전적출술을 시행하여 갑상선내에 papillary microcarcinoma을 확인하였다. 또 다른 후두암환자(증례 6)는 후두암이 갑상선연골, 주위 연조직과 피부에 암종이 침범된 것으로 생각되었으나, 수술후 림프절전이와 결핵성 림프절염이 확인되었다. 나머지 한명의 후두암환자(증례 7)는 성문상부의 편평세포암종으로 후두전적출 및 경부곽청술을 시행하여 림프절의 병리소견은 전이성 선암종이었고, 후두개의 점막하에 선암종이 나타났다. 선암종의 원발부를 복부 및 전립선에서 찾으려 하였으나 발견하지 못하였으며, 후두원발종양로 간주하고 술후 방사선조사후에 추적 관찰중이다.

갑상선 원발암환자 3명중 한명(증례 2)은 수술후 4년이 지난 후 경부림프절비대가 발생하였고, 세

**Table 1.** Clinical data of patients with lymphadenopathy unrelated to their primary tumor

Case	Sex	Age	Primary tumor	Nodal pathology
1	F	49	SCC of nasopharynx	Tuberculosis
2	F	58	Papillary ca. of thyroid	Metastatic papillary ca. and tuberculosis
3	M	64	Anaplastic ca. of thyroid	Metastatic anaplastic ca. and tuberculosis
4	F	58	SCC of larynx	Metastatic papillary ca.
5	F	33	Papillary ca. of thyroid	Tuberculosis
6	M	55	SCC of larynx	Metastatic SCC and tuberculosis
7	M	61	SCC of larynx	Metastatic adenocarcinoma

SCC : squamous cell carcinoma, ca. : carcinoma

**Table 2.** Metastatic nodal size and TNM stage(AJCC, 1992)

Case	Sex	Age	Nodal size	Clinical stage/Pathological stage
1	F	49	4×3×1.5cm	T4N2b/T4N0
2	F	58	4×2cm	T2N1b/T2N1a
3	M	64	8×7, 2cm	T4N1b/T4N1b
4	F	58	1cm, multiple	T2N2c/T2N0(larynx), T1N1a(thyroid)
5	F	33	3cm, single	T1N1b/T1N0(contralateral tuberculosis node only)
6	M	55	8×7cm, main mass	T4N0/T4N1
7	M	61	4cm, multiple	T3N2c/T3N2b(SCC, Adenocarcinoma of larynx)

CT : computed tomography, SCC : Squamous cell carcinoma

침흡인검사상 유두상암종으로 나타나 경부곽청술을 시행하였는데 유두상암종의 림프절전이와 결핵성 림프절염이 확인되었다. 다른 한명(증례 5)은 일년전 갑상선 부분적출로 유두상암종이 확인되었던 환자로, 반대측의 림프절비대로 경부곽청술을 시행한 결과 결핵성 림프절염이 확인되었다. 나머지 한명은 원발부 미확인 경부종괴로 수술하여 갑상선 역형성암종의 전이와 결핵성 림프절염을 확인하였다.

상기 환자들의 경부림프절의 크기와 술전 임상적 병기 그리고 술후 병리학적 병기는 Table 2와 같다.

## 고 찰

두경부암환자에서 임상적 병기를 결정하는 것은 어려운 일이다. 림프절비대가 촉진된다고 하여 항상 전이를 의미하는 것은 아니며, 현재의 발달된 영상기술과 임상적 검사로도 여러 원인에 의하여 경부림프절전이의 판단에는 가양성 혹은 가음성의 가능성은 항상 남게 된다. 흔히 림프절의 반응성 증식이 있으며, 이는 종양에 대한 국소적 면역반응으로 나타나기도 하며, 두경부암과 함께 있는 감염과 염증에 대한 반응으로 나타날 수도 있다<sup>12)</sup>. 여러 종류의 국소 혹은 전신질환이 경부림프절에 가양성의 판정을 나타내게 한다. 또한 전이가 미세하여 임상적으로 가음성의 판정을 나타내기도 한다<sup>10)</sup>.

전산화 단층촬영은 경부전이의 판단에 유용하나, 임상적 소견과 함께 판단하여야만 한다<sup>6)</sup>. 임상적으로는 음성인 경부에서 방사선학적 양성으로 판정하는 기준은 림프절의 크기로 알려져 있다<sup>6)</sup>. 또한 중심부괴사도 판정기준으로 신뢰할 수 있다. Fried-

man<sup>7)</sup> 등은 원발부위가 두경부인 편평세포암종의 경부전이림프절을 술전 전산화 단층촬영 사진과 조직학적 결과를 비교 조사하여 초기 전이는 최대직경 1.5cm이상의 림프절로 나타나며, 1.0cm이하의 림프절은 7%만이 양성 림프절이었으며, 림프절의 크기가 1.5cm이상에서는 3%만이 음성이었으나, 1.0cm이상에서는 9%가 양성 림프절이었다고 보고했다.

두경부종양환자는 부수적인 전신적 질환이 발생할 가능성이 높거나, 전신적인 질병의 환자에서 두경부종양의 발생 가능성이 높을 수 있다. 결핵성 경부림프절염은 전신질환의 발현으로 생각되나, 반수 정도에서만 결핵의 과거 병력이 있거나 흉부방사선 사진에 결핵의 흔적이 있다. 결핵은 20대와 30대에서 호발하나, 어느 연령에서도 발병할 수 있고, 보통은 무증상의 경부종괴가 있고 다른 증상은 거의 없는 경우가 많다. 이학적 검사에는 견고하고 압통도 없는 종괴이고, 유병기간도 매우 다양하다. 진단방법으로는 도말검사와 배양으로 결핵균의 확인하여야 하나, 양성률이 낮아 병리조직검사에서 균이 보이거나, 만성 육아종성 염증소견, 랑그한스거세포(Langhans' giant cell) 및 건락성괴사가 보이면 진단할 수 있다<sup>13)</sup>. 이<sup>3)</sup> 등은 외국과는 달리 결핵의 유병률이 높은 우리나라에서는 경부종괴의 악성 가능성을 배제할 수 있으면 결핵성여부의 감별진단 및 치료의 목적으로 외과적 적출술과 병리조직학적 검사를 시행하는 것이 좋다고 하였다. 김<sup>1)</sup> 등은 후두결핵과 후두편평세포암종이 동시에 있는 환자의 경부림프절비대는 결핵성이었던 예를 보고하였고, 최<sup>5)</sup> 등은 폐결핵질환에서 후두암이 발생한 확률이 정상인보다 높다고 보고하였다. 각종 악성종양과 함께 나타나는 경부림프

절의 유사괴거세포육아종(epitheloid giant cell granuloma)의 증례가 보고되었으며, 이는 림프절전에 대한 방어면역작용이라는 주장도 있다<sup>9)</sup>.

위와같이 결핵등의 양성 혹은 염증성 림프절비대만이 아니라 조직학적으로 다른 악성종양이 혼재되어 나타나는 예도 보고되었다. 이<sup>4)</sup> 등은 후두편평세포암종 환자에서 경부림프절에 편평세포암종과 갑상선의 유두상선암종이 동시에 전이로 나타난 예를 보고하였다. 갑상선의 악성종양이 원발부위의 임상적 결절이 없이 경부의 전이로만 나타나는 경우도 적지는 않은 것으로 알려져 있다<sup>11)</sup>. 경부종괴에서 원발부위가 명확치 못한 경부전이암이 경부종괴의 9.6%이라는 보고도 있다<sup>2)</sup>.

임상의는 두경부암환자에서 동시에 발견되는 경부림프절비대증의 원인이 원발부위와 일치하지 않을 가능성을 항상 염두에 두어야 할 것이다. 이는 환자의 병기결정과 치료과정, 예후에 영향을 주기 때문이다.

## 결 론

두경부암의 치료에서 원발부위와 일치하지 않는 경부림프절의 조직학적 소견이 나타나면 임상 의사로서 당황하는 경우가 있다. 이는 환자의 병기결정과 치료과정, 예후에 영향을 주기 때문이다. 특히 우리나라에서처럼 결핵의 유병율이 높은 경우 항상 이중 병리조직소견이 나타날 수 있다는 것을 항상 염두에 두어야 할 것이다. 저자들은 1991년부터 1993년까지 경험한 7명의 환자를 보고함으로써 경부림프절의 진단 및 치료에 도움이 되고자 하였다.

## References

1) 김영모 · 장태영 · 이영구 등 : 후두결핵과 다발성

결핵성 경부 림프절염을 동반한 후두 편평상피 세포암 1례. 한이인지 34(2) : 387-392, 1991

2) 오경균 · 이국행 · 이용식 등 : 경부 종괴의 임상적 고찰. 한이인지 35(5) : 650-656, 1992

3) 이관철 · 임창순 · 김형종 등 : 결핵성 경부 임파선염. 한이인지 33(1) : 160-166, 1990

4) 이선희 · 정광윤 · 최종욱 등 : 경부 복합 임파선 이암. 한이인지 35(3) : 410-413, 1992

5) 최은창 · 김기령 · 박인용 등 : 후두악성종양과 폐결핵과의 역학적 연구. 한이인지 27(3) : 269-275, 1984

6) Feinmesser R, Freeman JL, Noyer AM, et al : Metastatic neck disease. A clinical/radiologic/pathologic study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 113 : 1307-1310, 1987

7) Friedman M, Roberts N, Kirshenbaum GL, et al : Nodal size of metastatic squamous cell carcinoma of the neck. *Laryngoscope* 103 : 854-856, 1993

8) Nigri PT, Khasgiwala CK : Unusual presentation of head and neck neoplasm. *Laryngoscope* 92(11) : 1245-1246, 1982

9) Ophir D, Nissim F, Marshak G : Granulomatous reaction in lymph nodes draining laryngeal carcinoma. *Head Neck* 8 : 214-217, 1986

10) Ratcliffe RJ, Soutar DS : Unexpected lymph node pathology in neck dissection for head and neck cancer. *Head Neck* 12 : 244-246, 1990

11) Savoury LW, Gluckman JL : Cervical metastasis. In *Otolaryngology* (ed. Paparella MM, Shumrick DA), 3rd ED. Philadelphia, WB Saunders Co, pp 2265-2578, 1991

12) Shuller DE : An assessment of neck node immunoreactivity in head and neck cancer. *Laryngoscope* 99(suppl 35) : 1-35, 1984

13) Stanley RB, Fernandez JA, Peppard SB : Cervicofacial mycobacterial infections presenting as a major salivary gland disease. *Laryngoscope* 93(10) : 1271-1275, 1983