

DUMBELL 신경 종양

-1 례 보고-

우석정* · 박문식**

=Abstract=

DUMBELL Neurogenic Tumor

-A Case Report-

Seok Jeoung Woo, M.D.*, Mun Sik Park, M.D.**

The recommended approach for dumbell tumor is a one-stage removal by a team work of both neurosurgeons & thoracic surgeons. Recently we removed a case of dumbell tumor in a 69 years old woman with standard posterolateral thoracotomy and concomitant laminectomy as single stage operation. Postoperative course was uneventful and there were no postoperative neurologic signs.

(Korean J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 28: 807-10)

Key words : 1. Mediastinal neoplasm
2. Neoplasm

증 례

환자는 69세 여자로 양하지의 경미한 마비 및 이상감각이 2년전부터 간헐적으로 있었으며 최근 5개월동안 악화되는 경향이었고 흉부종괴와 관련된 특별한 증상은 없었다. 이학적 소견상 신경학적 검사에서 양쪽 하지의 근 운동힘은 gradII/III DTR++/++, 감각은 흉추 제 7~8 신경분포 아래로 이상감각, 대소변조절의 이상 등의 소견을 보였으며 흉부에서는 우측흉부의 호흡음이 조금 감소된 이외의 특이한 소견은 없었으며 수술전 단순흉부사진에서 우측폐야 하부에 경계가 비교적 분명한 둥근모양의 종양이 있었으며(그림 1)우측방 사진에서도 후중격동에 종양이 확인되었다(그림 2).

술전의 흉부전산화 단층촬영에서 8번 흉추 척추관내에서 우측 제 8번 흉추 신경공을 통하여 중격동으로 확장된 5×6×7cm 크기의 연조직 음영종괴가 확인되었으며(그림 3), 척추신경내의 정확한 부위와 척수 침범여부를 알아보기 위하여 자기공명영상과(그림 4) 척추조영술을 실시하였으며, 검사 결과 척수침범 소견은 없었다(그림 5, 6).

수술은 전신마취하에 우측 후측방 피부절개후 6번 늑간을 통하여 개흉술을 시행하여 추간공에 연결되는 종양이 견인되지 않도록 주의하면서 종양주변을 바리 제거하였고, 신경외과에서 흉추 8~9요추궁 완전 절제술 및 제 8흉추 신경과 종괴제거를 시행하였으며 경막 절개후 경막내 종양의 침범이 없는 것을 확인후 봉합하였다.

수술소견상 종양은 7×7×6cm 정도의 크기로 흉막으

* 포항성모병원 흉부외과

* Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Pohang St. Mary's Hospital

** 포항성모병원 신경외과

** Department of Neuro Surgery, Pohang St. Mary's Hospital

논문접수일: 95년 3월 27일 심사통과일: 95년 5월 6일

통신저자: 우석정, (790-310) 경북 포항시 대잠동 270-1, Tel. (0562) 72-0151, Fax. (0562) 77-2072



그림 1, 2. 술전 단순 흉부 사진상 후종격동의 종괴 음영을 보이고 있다.



그림 3. 술전 흉부 단층촬영사진으로 8번 흉추 척추관내에서 우측 신경공을 통하여 종격동으로 확장된 종괴를 볼 수 있다.



그림 4. 술전 흉추 자기공명사진으로 병변이 척수 자체에서 발달된 소견은 보이지 않는다.

로 덮혀 있었고 8번째 늑간의 우후측 부위에 위치하면서 척추로 침범한 양상이었다.

술후 경과는 양호하여 흉부사진에서 종양이 소실되었고(그림 7), 뇌척수액 누출 등의 특별한 합병증도 발견되지 않았다. 술후 7일째 흉관을 제거하였으며 신경학적 검사

상 이상소견은 보이지 않았고 전신쇠약과 동통으로 술 후 2주 정도의 안정 및 운동제한이 필요하였다. 술후 32일째 퇴원하여 외래 추적 관찰중이다. 조직병리 검사에서는 신경초종양(Neurilemmoma)으로 판명되었다.



그림 5, 6. 술전 척수 조영술 사진으로 병변 변연의 둔각형성으로 경막의 병변을 시사한다.

고 찰

종격동 종양중 신경학적 증상을 유발할 수 있는 Dumbell 신경종양은 종괴가 척추기둥으로 확장되어 있는 경우로서 종격동 신경종양의 약 10%로 보고되고 있다.

척추압박과 관련된 증상은 흉통 요통 등으로 약 60%에서 나타난다고 하며 기관지압박 관련증상 Pancoast 증후군, Horners 증후군 등이 나타날 수 있다. 고열 체중감소 등의 전신증상이 동반될 경우도 있다.

진단은 단순흉부 전후 및 측방 사진에서 척추에 인접하여 둥글며 같은 밀도를 가진 종괴 소견을 보일때 의심할 수 있으며 주위조직 침범 여부를 알기 위하여 식도조영술, 혈관촬영술, 컴퓨터단층촬영술, 핵자기공명술 등을 시행하여 이들 검사에서 추간공의 확대, 척추뼈의 미란, 추간의 확대 등이 확인되면 척추조영술을 시행하여 종양의 척수 침범유무를 확인하여야 한다^{1,2)}. 본 증례의 경우 컴퓨터 단층촬영에서 경도의 추간공 확대 소견을 보였으나, 척수 조영술상 척수침범 소견은 보이지 않았다. 수술은 개흉술 후 추궁절제술을 시행하는 방법, 추궁절제술후 개흉하는 방법, 1단계 동시수술 등의 방법이 있으며 본 증례의 경우 종양이 흉추 8번을 침범하였으나 척수는 온전하여 1단계 동시 수술이 가능하다고 생각하고 개흉술을 시행하여 흉강내 종양을 제거후, 신경외과팀이 추궁절제술후 추간공



그림 7. 술후 단순 흉부사진으로 종괴 음영이 소실 되었다.

의 종양을 완전히 제거하는 동시수술을 시행하였다. 종격동에 발생한 신경종양을 절제하고 발생하는 합병증은 매우 드물고 또한 dumbell종양 경우에도 현미경하 미세수술을 실시하면 척수손상에 의한 합병증은 거의 발생하지 않는다고 한다³⁾.

종격동 신경종양을 개흉술로만 제거하는 경우 추간공을 따라 확장되어 있는 종양이 있을 경우 척수손상, 추간공부위의 출혈 등과 같은 합병증을 초래할 수 있다⁴⁾. 술후 합병증으로 추궁절제술후 출혈이 심한 경우 척수압박, 창상감염 등의 빈도가 증가한다고 하나⁵⁾ 본 증례의 경우 술후 간헐적인 하지의 저림감을 호소하였으나 안정기간동안 호전되었으며, 그 외 합병증은 없었다.

참 고 문 헌

1. Harri GJ, Harman PK, Trinkle JK, Grover FL. *Standard bip-*

- lane roentgenography is highly sensitive in documenting mediastinal mass.* Ann Thorac Surg 1987;44:238-41
2. Trastek VF. *Management of mediastinal tumors.* Ann Thorac Surg 1987;44:227-8
3. Thomas WH. *Primary Tumors and Cysts of the Mediastinum.* In: Thomas WS. *General Thoracic Surgery.* 3th edition. London: Lea & Febiger. 1989;1102-8
4. Siegel MJ, Jamroz GA, Glazer HS, Abramson CL. *MR imaging of intraspinal extension of neuroblastoma.* J Comput Assist Tomogr 1986;10:593-8
5. Davis RD, Oldham HN, Sabiston DC. *The Mediastinum.* In: Sabiston DC, Spencer FC. *Surgery of the chest.* 5th edition. Philadelphia: Harcourt BJ, Inc. 1990;512