

결핵성 식도기관지루의 비외과적 치료

김정철* · 구본일* · 오상준* · 이홍섭* · 김창호*

=Abstract=

Tuberculous Esophagobronchial Fistula Healed Without Surgical Intervention -A Case Report-

Jeong-Cheol Kim, M.D.*, Bon-Il Ku, M.D*, Sang-Joon Oh, M.D.*,
Hong-Sup Lee, M. D*, Chang-Ho Kim, M.D*

Esophagobronchial fistula is an uncommon complication of tuberculous lymphadenitis and usually requires surgical treatment in addition to antituberculosis medication. A case of tuberculous esophagobronchial fistula was healed effectively with antituberculous therapy alone.

(Korean J Thorac Cardiovasc Surg 1996; 29: 1284-7)

Key words: 1. Tuberculosis
2. Esophagobronchial fistula

증 례

환자는 60세 남자로 본원내원 4달전 기침이 있었으나, 별 다른 치료없이 지내다가 내원 1달전부터 기침이 더욱 심해지고 객담이 증가하여 인근 개인의를 방문하여 단순흉부X-선을 촬영한 결과 우측 흉막삼출소견이 보여 타 대학병원 내과로 전원되어 흉막삼출에 대해 폐쇄식흉관 삽입술을 시행받고 벗겨낸 맑은 삼출액 1000cc를 배액한 후 식도촬영 및 기관지내시경으로 식도 기관지루로 진단되어 수술을 위해 본원에 전원되었다. 과거력 및 가족력상으로는 특이소견이 없었으며 이학적검사상 전신상태는 양호하였으며 체온 36.5°C, 혈압 150/90mmHg, 분당 맥박수 88회, 분당 호흡수 20회였고 흉부 청진상 수포음이 우하엽에 들렸으며 호기성 천명을 양측 폐하엽에서

들을 수 있었다. 검사실소견으로는 혈색소 13.3gm/dl 이었고, 백혈구수는 4,100/mm³로 증가되어 있지는 않았으나 ESR이 55mm/hr로 상승되어 있었고 그의 뇨검사, 간기능 검사 및 신기능 검사소견은 모두 정상범위였다. 본원내원 시 촬영한 단순흉부X-선 소견으로는 우측 중하엽에 폐렴성 침습이 보였으며(Fig. 1), 흉부 전산화단층촬영소견에서는 우측중엽기관지와 하엽기관지 사이에 종괴가 보였으며 근위부 기관지로의 침윤을보여 폐암을 의심하게 하였고, 흉막과 심낭이 비후되어 있었다. 식도조영술상으로는 기관분지부 약 2cm하방의 식도 중간부위와 우측폐하엽의 상부구역과의 사이에 누공을 보였으며(Fig. 2), 기관지내시경소견으로는 우상엽기관지는 만성 염증성 변화를 보이고 있었고 우중엽기관지는 만성염증성 점막비후에 의해 거의 폐쇄되어 있었으며 우하엽기관지는 60~70%의 폐쇄

* 인제대학교 의과대학 흉부외과학교실

* Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Inje University seoul Paik Hospital

† 제166차 대한흉부외과학회 월례집담회에서 구연되었음

논문집사일 : 96년 4월 16일 심사통과일 : 96년 7월 18일

책임저자 : 김정철, (100-032) 서울시 중구 저동 2가 85번지, Tel. (02) 270-0039, Fax.(02) 278-0792



Fig. 1. Chest x-ray on admission



Fig. 3. Esophagoscopy on admission



Fig. 2. Esophagogram on admission



Fig. 4. Esophagogram 3 months after anti-tuberculous medication, showing healed tuberculous esophagobronchial fistula

를 보였다. 그리고 기관분지부 1.5cm 하방의 좌측기관지에 0.5cm 직경의 결절이 있어 조직을 채취하였다. 식도내시경상으로는 식도조영술상 누공이 발견된 곳에 상당하는 절치에서 32cm되는 곳에 식도 우측벽에 게실이 발견되었으며 게실점막의 미란이 관찰되었다(Fig. 3). 이상의 소견으로 식도기관지루에 의한 만성 폐렴으로 판단되어 우중엽 및 우하엽절제술과 누공절제 및 폐쇄술을 계획하였다. 그런데 이때 좌측기관지에서 채취한 결절이 결핵성 육아조직으로 보고되어 항결핵제를 약 3개월간 투여후 수술을 시행하기로 결정하여 환자를 퇴원시키고 외래관찰을 하게 되었다. 항결핵제투여 1개월 후 외래 추적검사중 시행한 단순 흉부X선 소견상 우중엽 및 우하엽의 폐렴성 침윤이 완전히 사라졌고, 항결핵제 투여 3개월째 시행한 식도조

영술상에 누공이 완전히 사라졌다(Fig. 4). 그리하여 식도기관지루가 자연 폐쇄되었음을 알게되었고 그후 계속적으로 항결핵제를 6개월간 더 투여하였다. 그후 외래추적검사를 계속하였으나 식도기관지루의 재발의 증거는 나타나지 않았고 항결핵제를 중단한 후 현재까지 환자는 기침, 가래, 폐렴 등의 식도기관지루의 증상없이 건강하게 생활 중이다.

고 찰

식도기관지루는 선천성과 후천성으로 나눌 수 있으며 후천성인 경우는 다시 양성원인과 악성원인으로 나눌 수 있다. 여기서 선천성과 후천성 식도 기관지루의 구분은 누공주위에 염증반응이나 악성의 증거가 없어야 하며 주위 림프절로의 침범이 없고 조직학적으로 누공이 편평상피로 구성되어야 하고, 누공 내의 근육이 존재하여야 대개 선천성으로 진단될 수 있으며, 식도폐쇄를 동반하지 않은 식도 기관지루는 증상의 발현이 잠행성으로 진행되는 경우가 많아서 대부분이 성인에서 진단된다¹⁾. 대부분의 후천성 식도 기관지루는 식도, 기관지, 갑상선, 종격동 등의 악성종양에 의한 것이 대부분이다. 후천성 양성 식도 기관지루의 가장 많은 원인은 감염에 의한 경우이다. 특히 1950년에 Coleman 등에 의해 후천성 식도 기관지루 75례 중 14례가 결핵에 의한 것으로 밝혀졌다²⁾. 이러한 결핵 등의 질환이 주위의 림프절 비대를 야기하고 이것이 치유되면서 식도의 견인성 계실을 야기하게 된다. 그후 림프절의 괴사등으로 인해 식도 및 기관지로 파열되어 누공을 형성하게 된다³⁾.⁴⁾ 흉부 단순촬영으로는 대개 비특이성 소견을 보이거나 동반된 폐병변을 보인다. 확진은 식도조영술을 통해 가능하며 특히 식도영화조영술(Cine-esophagography)이 가장 유용하다. 그외 기관지조영술에 의해 간혹 식도 기관지루가 발견되기도 하지만 이검사는 동반되는 기관지 확장증의 진단에 유용하며, 기관지경검사와 식도내시경검사에서 누공의 위치를 확인할 수 있으며 생검이나 세균학적 검사를 실시한다. 치료는 수술적 교정이 가장 확실하고 용이하며, 동반된 폐병변이 있는 경우에는 이 병변 부위의 절제가 동시에 시행되어야 하며, 이와 같은 외과적 처치후 결과 및 예후는 매우 양호하다⁵⁾. 다만 동반된 폐손상이 없는 경우 누공절제술만으로 충분하다. 본 증례의 경우에는 식도 내시경상 절치에서 32cm 되는 곳에서 식도벽의 우측으로 식도 계실이 있고 거기에 미란이 있는 상태로 식도 기관지루가 보였고, 기관지경 검사상 기관분지부 1.5cm 하방의 좌측주기관지에 결절이 있어 조직검사 시행하여 만성

육아종성기관지염과 함께 결핵으로 보고된 환자로 1976년도에 Wigely 등은 처음으로 결핵성 식도기관지루의 치료를 항결핵제투여만으로 성공적으로 치료하였고, 만약에 일찍 발견된다면 수술적처치 없이 항결핵제 투여만으로도 성공적으로 치료될 수 있다는 것을 제시하여 주었다⁶⁾. 그 이후 결핵성 식도기관지루 환자에서도 내과적치료만으로 성공적으로 치료된 예도 보고되었다^{7, 8)}. 그래서 항결핵제를 투여하면서 경과 관찰을 하던중 단순 흉부 X-선상 우측 폐중엽과 폐하엽의 침윤성 폐병변이 조금씩 호전되는 양상을 보여 오던중 항결핵제 투여 3개월후 실시한 식도조영술상 식도기관지루가 막힌 양상을 보였고, 현재까지 외래 추적관찰 중으로 더 이상의 식도기관지루의 증상이 보이지 않아 인제대학교 의과대학 서울 백병원 흉부외과학교실에서는 결핵성식도기관지루에 있어서 항결핵제 투여 후 식도기관지루가 수술적 치료없이 자연폐쇄되어 성공적으로 치료된 1례를 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. 허 용, 강경훈, 문경훈 등. 성인의 선천성 식도 기관지루 6례 보고 대흉외지 1988;21:594-600
2. Coleman FP, Bunch GH. Jr. *Acquired nonmalignant esophagotracheobronchial fistula.* J Thorac Surg 1950;19:542-58
3. Stewart WK, Klassen KP, Horava AP. *Esophagobronchial fistula due to esophageal traction diverticulum: review of literature and report of case A. M. A.* Arch. Surg. 1958;76:317-21
4. Spalding AR, Burney DP, Richie RE. *Acquired benign bronchoesophageal fistulas in the adult.* Ann Thorac Surg 1979;28:378-83.
5. 광영태, 김동원, 맹대현 등. 성인 식도 기관지루의 외과적 치료. 대흉외지 1996;29:67-72
6. Wigley FM, Murray HW, Mann R B, Saba GP, Kashima H, Mann JJ. *Unusual manifestation of tuberculosis: TE fistula.* Am J Med 1976;60:310-14
7. Conjalca M S, Usselman J, Hassidim K, Freedman S. *Successful medical treatment of a tuberculous B-E fistula.* Mt Sinai Med 1990;47:233-4
8. Jung HL. *The medical treatment of a tuberculous tracheo-oesophageal fistula.* Tur-Lung-Dis 1992 Jun ;73(3):177-9

=국문초록=

결핵성 림프절염의 합병증으로 생기는 식도기관지루는 드물고, 항결핵제의 투여와 함께 외과적 치료를 보통 필요로 한다. 본 증례는 결핵성 식도기관지루를 항결핵제 단독으로 투여하여 성공적으로 치유된 예이다.

중심 단어: 1. 결핵성 림프절염
2. 식도기관지루