

부인두강 종물로 발현된 갑상선 유두상암종

고려대학교 의과대학 이비인후-두경부외과학교실
우정수 · 김용환 · 정광윤 · 최 건 · 최중욱

= Abstract =

Thyroid Papillary Carcinoma Presenting as a Parapharyngeal Mass

Jeong Su Woo, M.D., Yong Whoan Kim, M.D., Kwang Yoon Jung, M.D.,
Geon Choi, M.D., Jong Ouck Choi, M.D.

Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Korea University, College of Medicine,
Seoul, Korea

An unusual case of nodal metastases from thyroid neoplasm known as parapharyngeal space mass is likely to be overlooked. And identification of the primary lesion by excisional biopsy calls for a secondary operation. Therefore, it is important to be aware of the possible lymphatic spread of the thyroid neoplasm to the parapharyngeal space. In this case, completion thyroidectomy should be considered.

Here, we present a case of thyroid papillary carcinoma masquerading as a parapharyngeal space tumor. The mass was removed by transcervical approach and pathologically diagnosed as a metastatic thyroid papillary carcinoma. Successful results were obtained after additional completion thyroidectomy.

KEY WORDS : Thyroid papillary carcinoma · Parapharyngeal space · Completion thyroidectomy.

서 론

갑상선암종은 림프절전이와 흔한 암종이나 부인두강 림프절로의 발현은 드물어 간과할 가능성이 높고, 부인두강종물에 대한 조직학적인 확인이 된 경우는 잔존 갑상선에 대한 이차수술이 필요하다.

지금까지 1985년 Robbins 등⁷⁾과 1988년 Pearlman 등⁶⁾이 부인두강 종물로 발현된 갑상선암종을 보고한 바 있으나 국내에서 이에 대한 보고는 없었다. 이에 저자들은 48세 여자환에서 부인두강종물로 발현된 갑상선 유두상암종을 부인두강종물절제후 조직병리학적 소견상 전

이성 갑상선암종으로 확진하고 이차적 완료갑상선절제술을 추가하여 성공적인 치험을 하였기에 이에 보고하는 바이다.

증 례

환 자 : 이○자, 48세, 여자.

초진일 : 1995년 8월 21일.

주 소 : 우측 구개편도부위 종창 및 인후통.

현병력 : 1987년 타병원에서 갑상선 유두상암종으로 우측 갑상선엽 전절제술 및 경부청소술을 시행받은 후 6주간 술후방사선치료를 받았던 병력이 있으며, 내원

3일전부터 우측 구개편도부위의 종창 및 동통을 주소로 본원에 내원하였다.

과거력 : 상 동

가족력 : 특이사항 없음.

이학적 검사 : 활력증후(TPP : 37.5도 - 85회 - 22회) 상 미열이 있었으며, 우측 구개편도의 종창 및 발적이 관찰되어(Fig. 1) 편도주위농양 의심하에 세침흡인세포검사를 시행하였으나 농양이 관찰되지 않았으며, 우측 성대가 부정중위로 고정되어 있었다.

혈액학적 검사 : 정상범위.

갑상선 기능검사 : 정상범위.

방사선학적 검사 : 갑상선의 방사성동위원소검사상 우측 갑상선에 국한된 음영결손을 보였으며(Fig. 2), 구인두 전산화단층촬영 소견상 우측 부인두강에 3.5×3cm 크기의 변형증강과 부분적 석회화 그리고 중앙부 저밀도 음영을 보이는 구인두로 돌출된 비균질성 종괴가 관찰되었다(Fig. 3). T1 가중 자기공명영상 소견상 3.5×3cm 크

기의 낮은 신호강도를 보이고 구인두로 돌출된 우측 부인두강종괴가 관찰되었다(Fig. 4).

치 료 : 처음에는 편도주위농양이 의심되어 광범위 항생제를 투여하였으나 증상의 호전이 없고 방사선학적 검사상 잔류종괴가 확인되어 경부접근법으로 진단 및 치료적 절제생검을 시행하였다(Fig. 5). 술중 동결절편검사상 전이성 갑상선유두상암종으로 판명되어 좌측 완료갑상선절제술을 추가하여 치료하였으며(Fig. 6), 영구병리조직학적으로 유두상암종으로 확진되었다.

술후경과 : 술후 3개월간 Synthroxine을 투여한 후 시행한 I¹³¹전신 방사성 동위원소검사상 좌측 갑상선부위에 잔류종양이 관찰되어 2개월후 150mCi의 방사성 요오드요법을 시행하였고 현재 양호한 상태로 추적관찰 중이다.

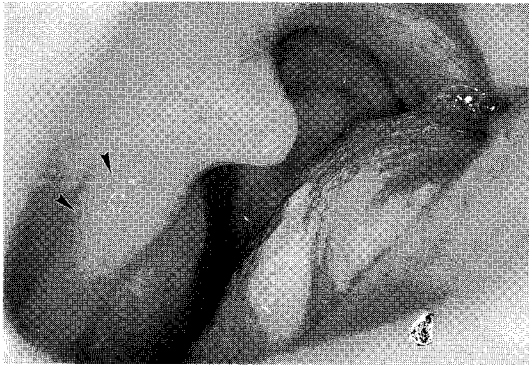


Fig. 1. Preoperative intraoral finding shows bulging and injection of right tonsil.

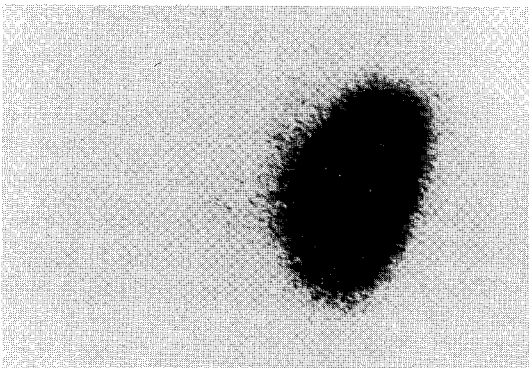


Fig. 2. ^{99m}Tc thyroid scan shows unilateral uptake due to previous right hemithyroidectomy.



Fig. 3. Oropharyngeal axial CT scan shows central low density and peripheral rim enhanced mass with multiple calcification in parapharyngeal space.



Fig. 4. Oropharyngeal axial T1 weighted MRI image shows parapharyngeal mass seen as a low to intermediate signal intensity.

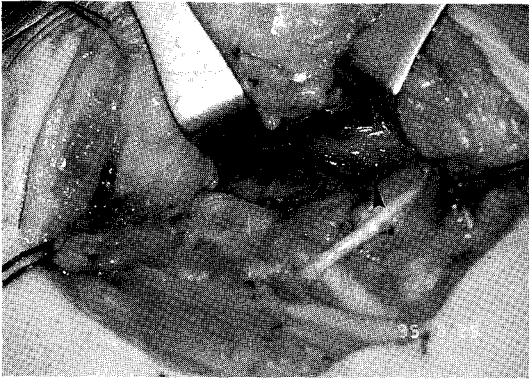


Fig. 5. Intraoperative view of the parapharyngeal mass.

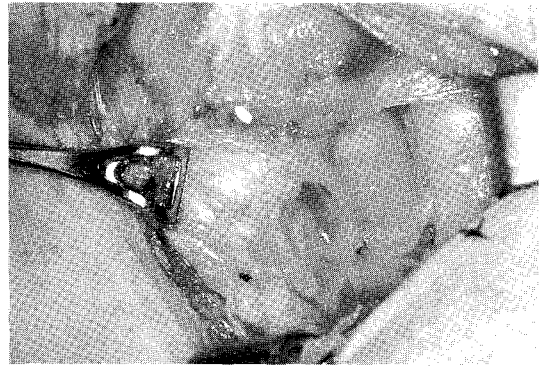


Fig. 6. Intraoperative view during completion thyroidectomy.

고 찰

부인두강은 두개저에서 설골의 대각으로 모양지어지는 역삼각형의 잠재적 공간으로 상인두와 편도부위의 외측에 위치하며 내경동맥등의 대혈관 및 IX, X, XII 뇌신경 등의 중요한 구조물이 통과하여¹⁾³⁾⁴⁾⁹⁾ 부인두강종양의 발생시 두경부의 심부에 위치하는 해부학적 특성으로 조기진단 및 치료지침을 설정하는데 많은 논란이 있다. 부인두강종양은 두경부암종의 0.5%를 차지하며²⁾¹¹⁾¹²⁾ 타액선종양, 신경성종양이 대부분을 차지하고¹⁾⁴⁾⁵⁾ 갑상선암종의 부인두강내 전이는 1985년 Robbins 등⁷⁾이 부인두강종물로서 발현된 갑상선암종을, 1988년 Pearlman 등⁶⁾이 경부와 부인두전이암종으로 발현된 미세 갑상선수질암종을 각각 보고한 바 있으나 국내에는 아직 이에 대한 보고가 없다.

갑상선의 림프경로는 주위의 풍부한 림프관을 통하여 전성피막과 외과적 피막사이에 존재하는 피막주변림프절로 유출되고, 다시 기관전, 부기관, 선하림프절로 유출되고 갑상선암종전이 가장 많은 하내측림프관, 후두전림프절로 유출되는 상내측림프관, 내측 경정맥림프절로 유출되는 하외측림프관의 4군으로 나누어진다⁷⁾. 1938년 Rouviere⁸⁾가 갑상선암종이 부인두강내로 전이되는 기전에 대하여 부검결과를 토대로 갑상선의 후상방에서 기시하는 림프모세혈관망이 후인두림프절의 림프관과 직접 연결되어 있고, 이 경로를 통하여 전이가 이루어진다고 보고하였다.

임상상으로는 무증상의 경부종물 혹은 구개, 인두 및 편도종물이 가장 많은 빈도를 차지하며 통증, 연하장애, 이물감, 호흡곤란, 난청, 이통, 언어장애, 9, 10, 11,

12 뇌신경 마비증상, Horner 증후군 등이 나타날 수 있다¹⁾³⁾⁴⁾.

진단은 부인두강의 해부학적 특성때문에 임상적 검사가 어렵고 신뢰성이 작으나, 철저한 병력청취 및 이학적 소견을 기본으로 경부 전산화단층촬영, 경동맥 혈관조영술, 타액선 조영술 등의 방사선학적 검사와 갑상선 초음파검사, 그리고 갑상선 방사성동위원소검사 및 갑상선 기능검사를 시행하여 다른 질환과 감별한 후 확진은 조직검사를 통하여 한다. 본례의 경우 내원당시 병력청취에 있어서 갑상선질환의 과거력을 알았음에도 이를 중시하지 않았고 단순히 편도주위농양으로만 생각하여 정확한 진단과 치료지침의 설정에 혼란이 있었다. 그러므로 갑상선질환의 병력이 있는 경부 및 부인두강종물을 가진 환자에서 갑상선 방사성동위원소검사와 갑상선 기능검사를 반드시 시행하여 갑상선암종의 전이를 감별하여야 한다. 구강내 조직검사는 출혈, 감염, 신경손상, 암세포 전이등의 위험이 있어 경부점근법을 통하여 절제하는 것이 합당하다¹⁾⁴⁾⁹⁾. 이외에 부인두강종물의 흡인세포침검사는 진단적 예측도가 다른 부위에 비하여 떨어지나 악성세포에 대한 위양성이 없어 비교적 적은 위험성으로 양성과 악성의 감별에 유용한 정보를 얻을 수 있다¹⁾⁴⁾. 흡인세포침검사결과 부인두강종물과 갑상선의 조직병리학적 형태가 동일한 경우는 갑상선암종의 형태에 따라 치료지침을 결정하고, 다른 경우는 부인두강종물의 특성에 따른 부가적인 검사를 추가한다. 부인두강종물을 절제생검을 통하여 조직검사를 할 경우 술중 동결절편검사를 시행하여 갑상선암종과 동일한 조직병리학적소견을 보이는 경우 부인두강종물의 완전절제와 함께 이차적 완료갑상선절제술을 즉시 시행한다.

감별할 질환으로는 부인두강 종물의 대부분을 차지하

는 타액선 종양과 부인두강의 일차암중 가장 빈도가 큰 신경성 종양 그리고 두경부 편평 상피암종과 골육종등의 전이암종 및 척삭종, 지방종, 임파종, 화학 감수체종, 횡문근종, 형질세포종 등이 있으며 그 밖에 동맥류, 혈관종, 선천성낭종 등도 감별하여야 한다. 타액선 종양과 부인두강일차암의 감별에 있어서 전산화단층촬영소견상 이하선심엽과 부인두강종물의 후외측면사이에 존재하는 지방층의 규명이 중요한 소견이 될 수 있고 이 지방층이 있다면 타액선종양이 아님을 시사한다.⁴⁾⁵⁾⁹⁾¹⁰⁾ 본 레에서도 부인두강종물과 이하선사이의 지방층이 명확하여 타액선종양을 감별할 수 있었다. 갑상선 전이암종을 시사하는 종물내의 석회화와 전이림프절에서 보이는 중앙부의 저밀도 음영 및 변연증가 또한 감별진단에 중요한 소견이었다.

부인두강 종물은 조직학적으로 다양하여 진단 및 치료적 절제생검을 하여 영구병리조직학적 검사상 부인두강 종물과 갑상선종물이 동일한 암종인 경우는 갑상선과 부인두강종물의 완전절제를 동시에 시행한다. 본 증례에서와 같이 갑상선암종의 병력이 있고 부인두강종물이 전이성암종인 경우는 부인두강종물의 완전절제와 이차적으로 완료갑상선절제술을 추가하여 원발병소를 제거하는 것이 양호한 치료성과 예후를 기대할 수 있다고 사료된다.

추적관찰은 갑상선암종과 부인두강종물을 동시에 고려하여 술후 synthetic T₄를 3주간 투여하고 2주후 I¹³¹ 전신방사성동위원소검사를 시행하여 음성인 경우는 T₄를 투여하고 양성인 경우는 방사성요오드요법을 시행한다. 이과정을 6개월마다 반복하여 시행하고 부인두강은 3개월간격으로 외래추적관찰 및 6개월마다 전산화단층촬영으로 2년간 추적관찰한다. 본 레의 경우 synthroid를 투여한 후 시행한 I¹³¹ 전신방사성동위원소검사상 잔류종양이 관찰되어 2개월후 방사성요오드요법을 시행하였고 현재 양호한 상태로 추적관찰중이다.

결 론

부인두강내로 전이된 갑상선 유두상암종은 그 발생빈도가 매우 작으나 철저한 병력청취와 이학적 검사로 조기진단이 가능하나 간과할 경우 진단과 치료의 지침을 설정하는데 혼란을 줄 수 있다. 따라서 저자들은 갑상선암종의 병력이 있는 환자에서 부인두강 종물이 발견된

경우 갑상선암종으로부터의 전이성 질환을 반드시 고려하여야 하며, 이를 부인두강종물의 진단 및 치료적 절제를 통하여 확진한 후 이차적인 완료갑상선절제술으로써 원발병소를 완전히 제거하는 것이 양호한 치료성적을 얻을 수 있을 것으로 사료된다.

References

- 1) 이근평 · 이종복 · 이남수 등 : 부인두강 종양의 수술적 치료. *한이인지* 32 : 1115-1120, 1989
- 2) Batsakis JG, Neige N : *Parapharyngeal and retropharyngeal space disease. Ann Otol Rhinol* 98 : 320-321, 1989
- 3) Carrau RL, Myers EN, Johnson JT : *Management of tumors arising in the parapharyngeal space. Laryngoscope* 100 : 583-589, 1990
- 4) Garrett CG, Pillsbury HC III : *Parapharyngeal space masses. In The Neck(ed. Shockley WW, Pillsbury HC III), St Louis, Mosby-Year Book Inc., pp311-332, 1994*
- 5) Olsen KD : *Tumors and surgery of the parapharyngeal space. Laryngoscope* 104 : 1-28, 1994
- 6) Pearlman SJ, Lawson W, Biller HF : *Occult medullary carcinoma of the thyroid presenting as neck and parapharyngeal metastases. Head Neck Surg* 99 : 509-512, 1988
- 7) Robbins KT, Woodson GE : *Thyroid carcinoma presenting as a parapharyngeal mass. Head Neck Surg* 7 : 434-436, 1985
- 8) Rouviere H : *Anatomy of the human lymphatic system : a compendium translated from the original and rearranged for the use of studies and practitioners by MJ Tobias. Ann Arbor, Edwards Bros, 1938*
- 9) Shoss SM, Donovan DT, Alford BR : *Tumors of the parapharyngeal space. Arch Otolaryngol* 111 : 753-757, 1985
- 10) Som PM : *Parapharyngeal space. In Head and Neck Imaging(ed. Som PM, Bergeron RT), 2nd ED. St. Louis, Mosby-Year Book, Inc., pp467-496, 1991*
- 11) Stell PM, Mansfield AO, Stoney PJ : *Surgical approaches to tumors of the parapharyngeal space. Am J Otolaryngeal* 6 : 92-97, 1985
- 12) Work W, Hybels RL : *A study of tumors of the parapharyngeal space. Laryngoscope* 84 : 1748-1755, 1974