

양심방 점액종

-1례 보고-

김 성 호* · 김 중 우* · 장 인 석* · 최 준 영* · 황 진 용** · 서 봉 관**

=Abstract=

Biatrial Myxoma

- A Case Report -

Sung Ho Kim, M.D. *, Jong Woo Kim, M.D. *, In Seok Jang, M.D. *,
Jun Young Choi, M.D. *, Jin Yong Hwang, M.D. **, Bonggwon Seo, M.D. **

Biatrial myxomas are extremely rare, and only two cases have been reported in Korea so far. We report a 60-year-old male patient with decreased mentality due to embolization from myxoma. In this case, two pedicles grew into both atrial chamber separately from the different origins at the atrial septum. The patient underwent emergency operation immediately after the diagnosis by an echocardiography.

(Korean J Thorac Cardiovasc Surg 1998;31:1094-6)

Key word : 1. Heart neoplasm
2. Myxoma

증 례

60세 남자 환자가 내원 6시간 전부터 발생한 의식 저하를 주소로 본원 응급실로 방문하였다. 환자는 1년 6개월 전 개인병원에서 시행한 심초음파 검사상, 심장에 작은 종괴가 있다는 것을 들었으며, 내원 당일 갑작스런 심한 두통과 전신의 쇠약감을 느끼면서 의식이 저하되어 응급실로 이송되어 왔다. 특이한 과거력은 없었으며, 이학적 검사상 활력 증후는 정상이었으나 심장의 박동은 불규칙하였고 잡음은 들리지 않았다. 환자의 의식 상태는 drowsy하였으나 가족 및 장소에 대한 지남력은 있었고, 다소의 구음장애(dysarthria)를

동반하고 있었다. 동공반사는 정상적이었으나 안구는 약간 우측으로 편향되어 있었고, 양쪽 상지의 운동력은 2도 정도로 떨어져 있었으며 감각력에 대한 것은 협조가 잘 되지 않아 알 수가 없었다. 심부 건반사는 정상범위였고 그 외 비정상적인 반사는 관찰되지 않았다. 심장 점액종으로부터의 색전증에 의한 뇌경색이 의심되어 뇌 전산화 단층촬영을 시행하였으나 이상소견은 보이지 않았다. 심초음파 검사상 심방 중격을 사이에 두고 양쪽으로 커다란 종괴가 관찰되었고(Fig. 1) 심장 박동에 따라 심하게 움직이고 있었다. 환자는 심초음파 검사가 끝난 직후부터 의식이 더 저하되면서 혼미상태(stupor)로 되어 수술실로 이송하였다.

* 경상대학교 의과대학 흉부외과학교실, 심혈관 연구소

Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Institute of Cardiovascular Research, College of Medicine, Gyeongsang National University

** 경상대학교 의과대학 내과학교실

Department of Internal Medicine, College of Medicine, Gyeongsang National University

논문접수일 : 98년 6월 25일 심사통과일 98년 8월 11일

책임저자 : 김성호, (660-280) 경남 진주시 칠암동 90, 경상대학교병원 흉부외과. (Tel) 0591-750-8120, (Fax) 0591-753-8138

본 논문의 저작권 및 전자매체의 지적소유권은 대한흉부외과학회에 있다.

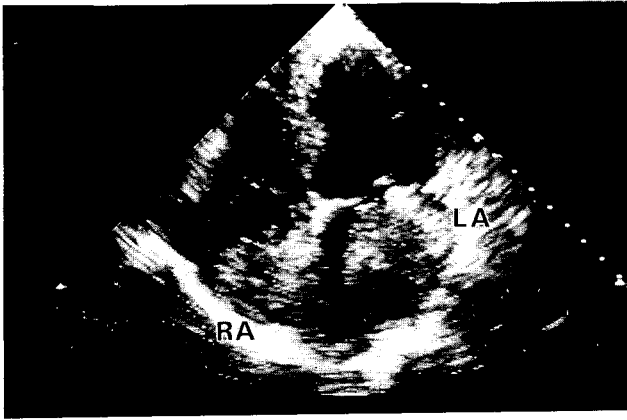


Fig. 1. Preoperative echocardiography.

수술은 정중 흉골절개하에 통상적인 방법으로 심폐기를 가동하되 우심방의 종괴가 하대정맥의 유입부까지 내려와 있었으므로 하대정맥의 삽관은 가능한 한 아래쪽에 삽입하였다. 우심방과 좌심방을 모두 절개하여 종괴를 관찰하여 보니, 양쪽 종괴 모두 난원공에서 시작하고는 있었으나 서로 연결되어 있지는 않았고 각기 다른 위치에서 시작하고 있었다. 양쪽 종괴 모두 중격쪽에 붙은 부위는 아주 단단하였으나 자유연쪽은 부서지기 쉬운 조직으로 되어 있었으므로 조심스럽게 심방중격을 포함하여 우측의 종괴를 먼저 떼어낸 후 좌측의 종괴도 안전역을 두어 제거하였고, 중격결손 부위는 미리 글루타르 알데하이드 용액으로 고정시켜 놓았던 자가 심낭편을 이용하여 복원하였다. 우심방 쪽의 종괴의 경계가 방실결절과 가까이 있었기 때문에 심낭편을 봉합시 조심을 하였다. 절제해낸 종괴의 크기는 좌심방 쪽이 9×4×4 cm 이었고 우심방 쪽이 5×4×3 cm 이었는데(Fig. 2) 조직검사상 모두 석회화와 골화가 동반된 점액종이었다.

술후 2일째 기관내관을 발관하였으며 의식은 완전히 회복하였으나 좌측 상지의 쇠약이 다소 남아 술후 11일째 뇌의 자기공명영상 촬영을 시행하였다. 대뇌 피질부위에 작은 크기의 경색이 몇 군데 관찰되어 항응고제를 투여하면서 술후 15일째 퇴원하였다. 퇴원 후 1년 6개월 쯤인 현재까지 별 문제없이 외래 추적중이다.

고 찰

심장에 발생하는 원발성 종양의 발생은 사후 부검례들 중에서 약 0.05% 정도로 발견되는 드문 질환이다. 대부분은 양성으로 그중 점액종이 가장 많은데, 심장에서 발생하는 모든 종양과 낭포의 27%를 차지하고 있으며, 주로 좌심방에 많이 발생하고 우심방에는 25%의 발생률을 보이고 있다¹⁾. 점액종

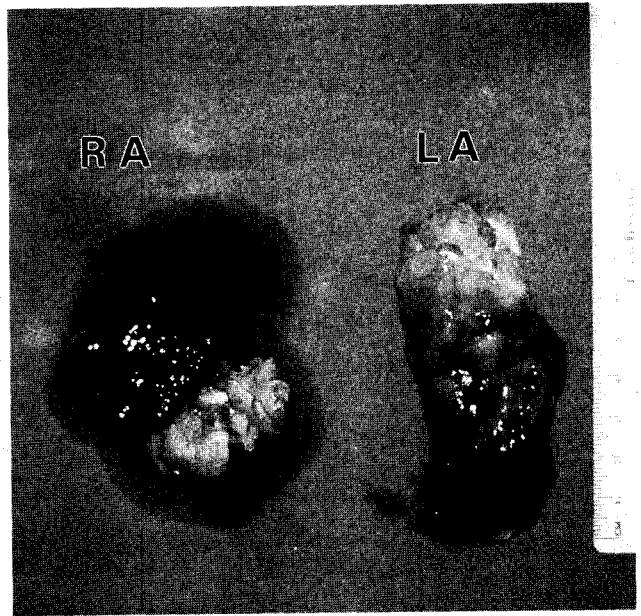


Fig. 2. Photography of resected biatrial myxomas.

은 그 기원이 다능성을 가진 간질세포에서 유래된다고 알려져 있으며, 이 세포가 난원외에 많이 분포하기 때문에 난원외에 점액종의 발생 빈도가 높다고 여겨진다. 양측 심방에 동시에 발생하는 점액종은 더욱 희귀하여 국내에서는 그간 2례 만이 보고되어 있다^{2,3)}.

양측 심방에 동시에 발생된 점액종의 대부분은 심방벽의 같은 위치에서 양측 심방으로 줄기가 자라는 것으로 알려져 있으며, 심방중격의 같은 위치를 공유하지 않는 경우는 25% 정도로 보고되고 있다¹⁾. 심방 중격에서 발생하는 점액종은 주로 난원외에 발생되고, 이 중 대부분은 아래쪽 변연을 따라 발생하지만 심방내 점액종은 심방이를 비롯하여 심방내 어디든지 발생할 수 있다.

심장내 점액종의 임상 증상은 다양하게 나타날 수 있으며, 주로 혈류 차단에 의한 폐쇄 증상, 색전증 및 부정맥과 전신 증상 등으로 나눌 수 있다. 이 중 부정맥은 악성 성향이 강할수록 빈번히 나타나는데 점액종의 경우에는 약 12%에서 보인다. 전색증은 약 30%~45%의 환자에서 나타나는데 그 증세는 다양하여 상하지의 미약한 감각 이상에서부터 본 증례처럼 뇌 전색증의 증상까지 보이기도 한다⁴⁾. 따라서 만일 젊은 사람에게서 전색증이 있거나 정상 심박동인 장년에서 전색증이 있다면 한번쯤 점액종을 의심해 보아야 한다. 점액종은 전신적인 증상을 일으키기도 하는데 반복적인 발열, 체중 감소, 관절통, 적혈구 침강 속도의 증가, 빈혈, 글로불린 증가증이 있을 수 있다. 점액종은 가족력이 있고, 절제후 완치율이 높으며, 비 전형적인 특징을 가진 증상을 가지기도

하기 때문에 다발성 심장 점액종을 가진 환자의 주위 가족들 중 무증상인 가족에게도 선별적인 검사가 필요하다⁵⁾.

점액종의 진단은 비침습적인 심초음파 검사로 가장 용이하게 할 수 있으며, 심도자법이나 심혈관 조영술은 색전증의 위험이 있기 때문에 점액종의 진단을 위해서 필수적이지는 않다.

점액종으로 인한 판막의 폐쇄나 기능이상, 색전에 의한 합병증등으로 약 8%의 환자는 수술을 기다리는 동안 사망하였다는 보고도 있어 진단 즉시 수술을 시행하는 것이 필요하다⁴⁾. 심장내 종양은 인공 심폐기를 이용하여 저체온하에 심정지액을 사용하여 직접 눈으로 확인하며 안전 구역을 충분히 두고 완전 절제를 하여야 한다. 좌심방 점액종의 제거 후에는 수술중 신경손상으로인해 부정맥의 출현 가능성이 많다. 우심방과 심방중격으로 접근하는 방법이 부정맥을 줄이는 방법으로 알려져 있지만 종양의 크기가 큰 경우는 직접 좌심방으로 접근하는 방법이 종양의 절제를 용이하게 한다. 또한 수술시 점액종은 부스러지기 매우 쉬우므로 일부분이 떨어져서 색전증이 유발되지 않도록 조심하여야 한다. 특히 우심방 점액종에서 정맥 캐놀라 삽입위치는 점액종을 건드리지 않도록 직접 상대 정맥과 하대 정맥에 삽입하는 것이 좋다⁶⁾. 심방내 점액종을 제거한 후에는 반대편 심방벽도 확인하는 것이 중요한데, 종양이 심방벽을 통과하여 반대편 심방 내로도 발생되어 있을 가능성이 있기 때문이다.

수술후의 예후는 아주 양호하여 절제 후 약 94% 이상의

생존율을 나타내고 있다⁷⁾. 점액종의 수술 후 재발 가능성은 Gerbode 등이 처음 보고하였는데, 그 원인으로는 불완전한 절제, 술중 심장내 다른 부위로의 착상, 다발성을 간과하여 절제하지 못한 경우, 양성에서 악성으로의 전환, 전구조직에서 다시 종양의 발생 등으로 알려져 있다⁸⁾.

참 고 문 헌

1. Imperio J, Summers D, Krasnow N, Piccone VA. *The distribution patterns of biatrial myxomas.* Ann Thorac Surg. 1980;29:469-73.
2. 안병희, 이호완, 이동준. *A case of bilateral myxomas with successful removal.* 대흉외지 1982;15:107-11.
3. 김홍규, 나국주, 안병희, 김상형. *심방점액종의 임상적 치험 15례.* 대흉외지 1995;28:131-5
4. Desausa AL, Muller J, Campbell R, Batnisky S, Rankin L. *Atrial myxoma, a review of neurological complications, metastasis and recurrence.* J Neurol Neurosurg Psychiatry 1978;41:1119-26.
5. McCarthy PM, Peihler JM, Schaff HV. *The significance of multiple, recurrent and complex cardiac myxomas.* J Thorac Cardiovasc Surg 1986;93:502-9.
6. Kabbani SS, Cooley DA. *Atrial myxoma. Surgical considerations.* J Thorac Cardiovasc Surg 1973;65:731-7.
7. Attar S, Lee Y, Shingleton R, Scherlis L, David R, McLaughlin JS. *Cardiac myxoma.* Ann Thorac Surg 1980; 29:397-43
8. Gerbode F, Kerth WJ, Hill JD. *Surgical management of tumors of the heart.* Surgery 1967;61:94-102.

=국문초록=

양심방 점액종은 세계적으로도 대단히 드문 질환의 하나로 우리 나라에서는 그간 2례 만이 발표되었다. 저자들은 점액종으로부터 떨어져 나간 색전으로 인한 것으로 여겨지는 뇌 경색증의 증상으로 혼미한 의식을 보였던 60세 남자 환자의 수술 증례를 보고하고자 한다. 저자들의 경우, 점액종은 난원공의 서로 다른 위치에서 생기어 각기 다른 심방으로 자라 있었고, 심초음파 검사로 진단 직후 곧바로 응급수술을 시행하였다.

중심단어: 1. 심장종양
2. 점액종