

□ 증 례 □

기관에서 발생한 점액선 선종 1예

서울위생병원 내과, 이비인후과*, 해부병리과**

권한진, 설재일, 채수엽, 최혜영, 엄민섭, 김현일,
오용열, 조 호, 김휘정, 이종환*, 이호진**

= Abstract =

A Case of Mucous Gland Adenoma of the Trachea

Han Jin Kwon, M.D., Jae Il Sul, M.D., Su Yup Chae, M.D., Hye Young Choi, M.D.,
Min Sup Um, M.D., Hyun Il Kim, M.D., Yong Leul Oh, M.D., Ho Cho, M.D.,
Hui Jung Kim, M.D., Jong Hwan Lee, M.D*., Hyo Jin Lee, M.D**.

Department of Internal Medicine, Otorhinolaryngology, Pathology**,
Seoul Adventist Hospital, Seoul, Korea*

Mucous gland adenoma of the bronchus is a rare benign tumor arising from the bronchial mucous gland. It accounts for less than 0.5% of all lung tumors. In adults, tracheal tumors are most often malignant. Among benign tumors arising in the trachea, mucous gland adenoma of the trachea is extremely rare. First case was reported by Ferguson and Cleeland in 1988, as "Mucous gland adenoma of the trachea". Microscopic study shows it to arise from normal submucosal mucous glands forming glandular or tubular structures composed of mucous secreting cells. Common symptoms were cough, hemoptysis, recurrent and protracted pneumonia, shortness of breath, and wheeze. Duration of symptoms before diagnosis varied from a few weeks to 10 years with prolonged symptoms being usual. Management of these tumors should be complete excision, including pulmonary resection because two instances of recurrence after local excision have been reported. (Tuberculosis and Respiratory Diseases 2000, 48 : 91-95)

Key words : Mucous gland adenoma, Trachea.

Address for correspondence :

Hui Jung Kim, M.D.

Department of Internal Medicine, Seoul Adventist Hospital

29-1, Hwikyung-2-dong, Dongdaemun-ku, Seoul, 130-092, Korea

Phone : 02) 2210-3502 Fax : 02) 2249-0403 E-mail : Hikim 61@netsgo.com

서 론

기관지 낭성 선종으로 알려져 있는 기관지 점액선 선종은 기관지의 점액선에서 시작되어 기관지내의 종양으로 나타나며 호발부위는 대엽기관지 또는 구역기관지이다. 성인에서 나타나는 여러 종류의 기관지 종양은 대부분이 악성이지만 기관지 점액선 선종은 대부분 양성이다^{1,2}.

그 중에서도 기관에서 발생하는 점액선 선종은 1988년에 Ferguson and Cleeland에 의해 "Mucous gland adenoma of the trachea"로 처음으로 보고된 이후에 현재까지 드문 빈도를 보이며³, 우리나라의 경우 기관의 점액선 선종은 저자들의 문헌고찰상 아직 보고된 예가 없다.

이에 저자 등은 객혈을 주소로 내원한 57세 남자의 기도에서 발생한 점액선 선종 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환 자: 장○○, 57세, 남자

주 소: 객혈

현병력: 1년부터 가끔 발생하는 소량의 객혈을 주소로 내원.

과거력: 특이사항 없음.

가족력: 특이사항 없음.

이학적 소견: 내원시 생체 활력 징후는 혈압 100/70 mmHg, 맥박수 72회/분, 호흡수 18회/분, 체온은 36.6℃이었다. 결막의 빈혈은 없었고 흉부청진상 천명음은 들리지 않았다.

검사소견: 내원당시 일반 혈액검사는 혈색소 14.9 g/dL, 적혈구 용적 42.6%, 혈소판 204,000/mm³, 백혈구 9,980/mm³, 중성구 분획 36.7% 이었다. 혈액의 생화학적 검사와 뇨검사 소견은 정상이었다.

방사선학적 소견: 흉부 단순 촬영은 정상이었다(Fig. 1). 흉부 전산화 단층 촬영상 약 1cm 크기의 결절이 상기관의 우측후부에서 관찰되었다(Fig. 2). 결절의

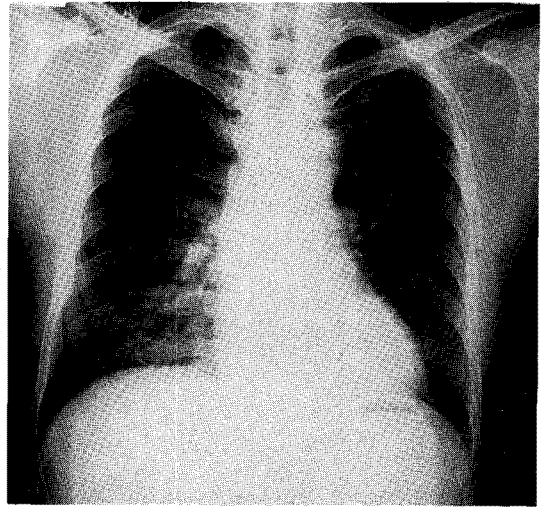


Fig. 1. Chest PA : Normal finding.

조영증강은 보이지 않았다.

기관지경 소견: 성대에서 약 3cm 쯤 되는 상기관 부위에 7시 방향으로 돌출된 약 1 cm 크기의 종괴가 관찰되었으며 출혈이나 절흔은 없었다(Fig. 3).

조직학적 소견: 종양은 긴 원주형 점액선 세포들로 구성되는 관상선과 유두로 이루어져 있고 섬유혈관성 지지 조직에 의해 지지되고 있었으며 부분적으로 섬모성 긴 원주형 상피세포도 관찰되었다(Fig. 4).

수술적 소견: 전신마취 하에 기관지경을 기관까지 삽입한 후 성대로부터 약 2cm 하방의 기관 후벽에 주위 조직과 비교적 구분이 잘되는 용종형의 종괴가 크기 1.0×1.5cm 정도로 있어서 겸자를 사용하여 종괴를 제거한 후 몇 군데의 기저출혈 부위는 전기소작으로 잘 지혈되었다. 수술동안에 종괴로부터의 출혈은 거의 없었다.

경 과: 환자는 수술후 별다른 합병증 없이 퇴원하였으며 현재 외래에서 추적관찰 중이다.

고 찰

기관지 점액선 선종은 기관지 낭성 선종으로 불리기도 하며 기관지의 점액선에서 시작되는 종양으로 흡연과

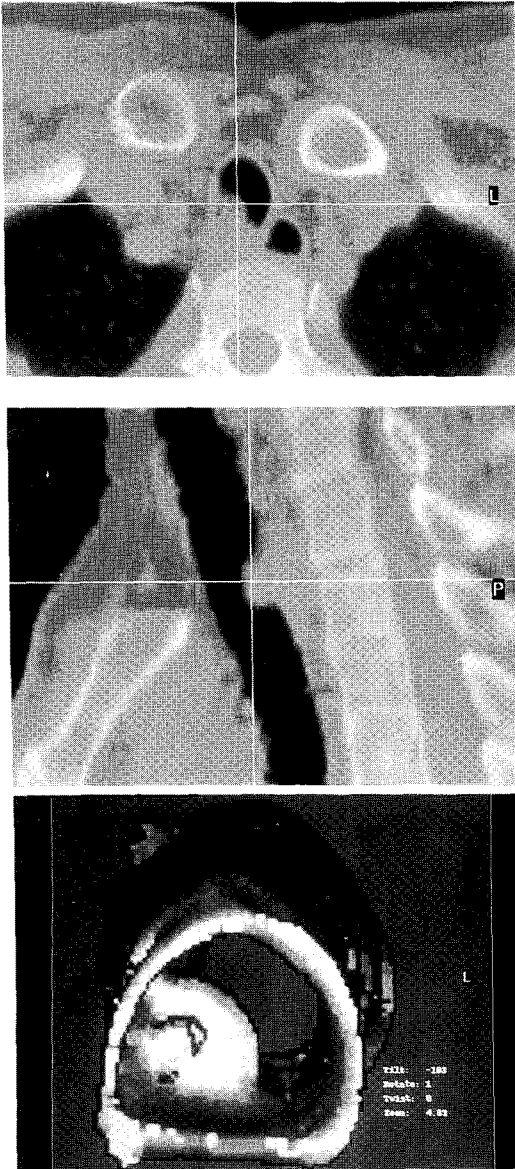


Fig. 2. Chest CT scan : The tumor protruding from the right posterior wall of the trachea (A) Axial view, (B) Saggital view, (C) 3D reconstruction view.

관련이 없으며 전형적인 유경성 용종(pedunculated polyp) 모양으로 나타난다. 본 예에서 처럼 기관에서 발생하는 경우는 매우 드물어 저자들의 검색결과 전세

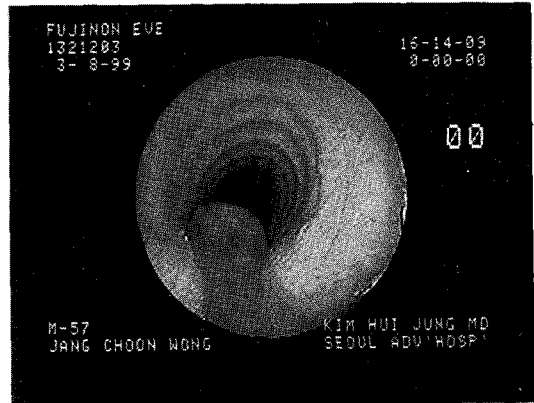


Fig. 3. Bronchoscopic finding : Protruded mass from the right posterior wall of the trachea.

계적으로 3예, 국내에서는 아직 보고된 예가 없다³.

점액선 선종의 남녀의 비는 1 : 2로 여자에 더 많이 발생되며 연령분포는 8세에서 66세까지이고, 평균연령은 33세이다^{3,4}. 대부분이 큰 기관지에서 발생하고 우측과 좌측은 거의 같은 빈도를 보이는 것으로 알려져 있다. 점액선 선종이 기관내에 발생하는 빈도가 매우 드물기 때문에 기관지에서 발생된 경우와 악성의 빈도 및 세포 유형의 차이를 비교할 수는 없지만 기관에 발생하는 경우도 현재까지의 보고된 예에 의하면 모두 양성을 보이고 있다³⁻⁵.

임상 양상은 기침, 객혈, 호흡시 천명음, 재발성 폐렴, 호흡곤란 등으로 나타나며, 기관내에 발생하는 경우 더욱 심한 호흡곤란을 보일 수 있다. 특히 호흡 곤란 및 천명음을 주소로 하는 경우 기관지 천식으로 오인하여 치료한 예도 있다^{3,6}.

점액선 선종은 증상이 없는 경우가 대부분이고 흉부 단순촬영상에도 잘 발견되지 않기 때문에 진단이 쉽지 않아, 증상 시작부터 진단까지의 기간은 수 주에서 수 년까지 다양하게 보고되고 있다. 진단은 기관지경 검사상 우연히 발견되거나 폐기능 검사상 기관지 폐쇄성 소견이 발견되어 이에 대한 검사 중에 발견된 예가 대부분이다^{2,4}.

조직학적 진단은 굴곡성 기관지경을 이용한 생검으

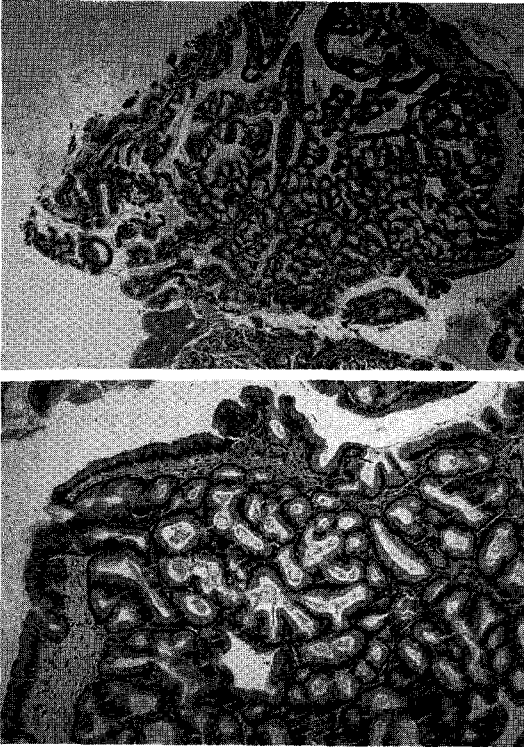


Fig. 4. Microphotograph : Polypoid growing tumor mass showing overcrowded tubular glands or papillae lined by tall columnar mucinous cells and supported by a thin fibrous tissue core. (A) $\times 40$ H & E stain, (B) $\times 100$ H & E stain.

로 이루어지는데, 반드시 생검전에 심한 출혈의 가능성을 염두에 두어야 한다^{2,4}.

조직학적 소견은 정상적인 점막하 점액선에서 시작되어 선 또는 관의 구조를 만드는 점액을 분비하는 세포들로 이루어져 있다. 표피는 간혹 편평상피 화생을 보이는 경우도 있으나 이는 악성 변화는 아닌 것으로 보고되었다^{3,6}.

기관지 점액선 종양은 Spencer에 의해 선양 낭포성 암(adenoid cystic carcinoma), 점막 표피양 종양(muco-epidermoid tumors), 혼합 다형성 종양(pleomorphic tumors), 점액선 선종(mucous gland adeno-ma), 호산성 선종(oxyphilic adeno-

ma), 등 모두 5가지로 분류되는데 그 중에 선양 낭포성 암과 점막 표피양 종양은 악성 종양으로 잘 알려져 있고 나머지도 악성으로 발전할 가능성이 있지만 기관지 점액선 선종은 대부분 양성으로 알려져 왔다^{4,5}.

Dail은 기관지 점액선 종양 중에 하나인 기관지 점액선 선종은 3가지 종류로 분류했는데 점액선 관상 선종(mucinous tubular adenoma), 유두와 낭상 선종(papillary and cystic adenoma), 점막표피양 종양(mucoepidermoid tumor)과 이와 유사한 미분류 선종 등이다⁴.

치료는 일반적으로 국소적 절제술이 선택되어진다. 점액선 선종을 대부분 기관지 벽에만 국한되어 있고 절제시 많은 출혈을 동반하지 않기 때문에 최근에 레이저 내시경적 절제술이 진단 겸 치료로 많이 이용되고 있다. 특히 전신마취의 위험성이 있는 경우 유용하게 이용할 수 있다^{2,4}. 완전한 절제술은 국소적 절제술 후 점액선 선종이 다시 재발된 경우나 폐색부위 원위부에 폐허탈이나 비가역적인 손상이 있는 경우에 선택되어진다^{1,3}.

기관 및 기관지 점액선 선종은 대부분 양성종양으로 예후는 비교적 좋은 것으로 알려져 있지만 기관지 점액선 선종의 경우 최근에 짧은 기간에 편평상피암 및 국소선암이 점액선 선종으로부터 발생된 예가 보고되고 있어서 점액선 선종의 악성으로의 발전 가능성을 완전히 배제할 수 없기 때문에 정기적인 추적관찰을 요한다^{4,7,8}.

요 약

성인의 기관지에서 발생한 점액선 선종은 매우 드문 종양으로 대부분 양성이다. 저자 등은 객혈을 주소로 내원한 환자에서 발견된 기관지의 점액선 선종 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. England DM, Hochholzer L, Truly Benign "Bron-

- chial adenoma” Report of 10 cases of Mucous gland adenoma with Immunohistochemical and Ultrastructural findings. *Am J Surg Pathol*, 1995;19(8):887-99.
2. Dambara T. Endoscopic laser treatment of mucous gland adenoma arising in the trachea. *Intern Med* 1996;35(11):841.
 3. Ferguson DJ, Cleeland JA. Mucous gland adenoma of the trachea: a report and literature review. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1988;95(2):347-50.
 4. Ishida T, Kamach M, Hanada T. Mucous gland adenoma of the trachea resected with an endoscopic Nd-YAG laser. *Intern Med*. 1996;35:890-93.
 5. Spencer H. Bronchial mucous gland tumors. *Virchow Arch*. 1979;A 383:101-15.
 6. Emory WB, Mitchell WT, Hatch HB. Mucous gland adenoma of the bronchus. *Am Rev Respir Dis*. 1973;108:1407-10.
 7. Smith AG. Benign epithelial tumors of the bronchus. *South Med J*. 1965;58(12):1535-41.
 8. Okabe K, Aoe M, Nakata M. A case of bronchial mucous gland adenoma with cancer in adenoma. *J Jpn Soc Bronchol*. 1991;13:82(Abstract in English).