

## 기도내 섬유상피용종 1예

연세대학교 의과대학 내과학교실, 진단방사선과학교실\*

김 영, 이창률, 황성준, 최재필, 김형중, 안철민, 유영훈\*, 김상진\*

= Abstract =

### A Case of Endobronchial Fibroepithelial Polyp

Young Kim, M.D., Chang Youl Lee, M.D., Sung Jun Hwang, M.D., Je Phil Choi, M.D.,  
Hyung Jung Kim, M.D., Chul Min Ahn, M.D., Young Hoon Ryu, M.D.\*, Sang Jin Kim, M.D.\*

*Department of Internal medicine, and Department of Radiology\**

*Yonsei University College of Medicine. Seoul. Korea*

Benign endobronchial tumors are rare diseases with an incidence of between 1 and 5% of all lung tumors. An endobronchial fibroepithelial polyp is an extremely rare form of benign bronchial tumor. Clinically, an endobronchial fibroepithelial polyp causes an airway obstruction and obstructive pneumonitis as does other endobronchial tumors. Therefore, it is important to differentiate an endobronchial fibroepithelial polyp pathologically from other benign endobronchial tumors and bronchogenic carcinomas. Here, we report a case of an endobronchial fibroepithelial polyp, in a 25-year-old man who had suffered from chest discomfort upon deep breathing with a brief review of the relevant literature. (Tuberculosis and Respiratory Diseases 2001, 51 : 609-614)

Key words : Endobronchial fibroepithelial polyp

### 서론

기도 폐쇄를 일으키는 기도내 병변은 대부분 악성 종양이며 양성 종양은 전체 폐종양의 1% 내지 5%로

드물게 보고되고 있다<sup>1,2</sup>.

기도내 양성 병변인 용종(endobronchial polyp) 중 섬유상피용종(fibroepithelial polyp)은 극히 드문 질환으로 병리학적으로는 신생물(neoplasm)이 아니던

### Address for correspondence :

Young Kim, M.D.

Department of Internal Medicine, Yonsei University College of Medicine

146-92, Dogok-Dong, Kangnam-Ku, Seoul, 135-270, Korea

Phone : 02-3497-3581 Fax : 02-3463-3882 E-mail : kkimyoung2@lycos.co.kr

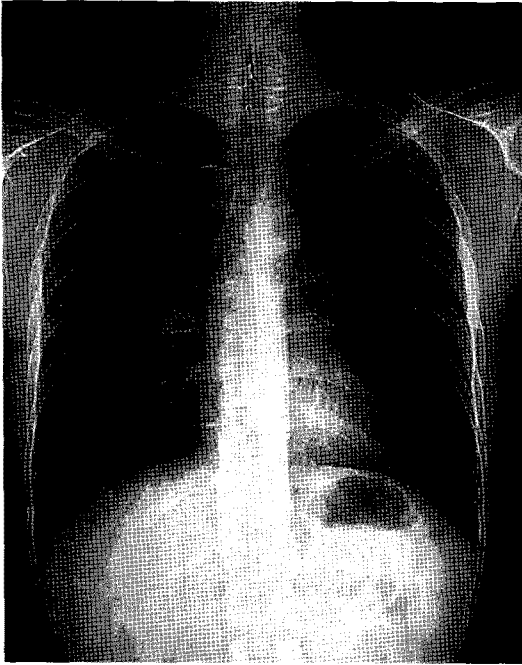


Fig. 1. Chest PA shows well demarcated 1cm sized ovoid shape mass located in the left main bronchus and there is no abnormal parenchymal lesion.

서도 임상적으로는 기도내 악성 종양이나 다른 양성 종양에서와 같이 기도 폐쇄나 폐쇄성 폐렴을 유발하여 이들과의 감별을 요한다는 점에서 중요한 의미를 지닌다<sup>3</sup>.

섬유상피용종은 요관에서는 발생한 증례가 드물게 보고되고 있으며 기도에서는 발생한 경우가 매우 드문 것으로 알려져 있다.

저자들은 심호흡시 흉통 및 잡음, 및 운동시 호흡곤란을 호소하는 25세 남자환자에서 좌측 주기관지에 섬유상피용종을 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

### 증 례

환 자 : 김○○, 남자 25세

주 소 : 운동시 호흡곤란

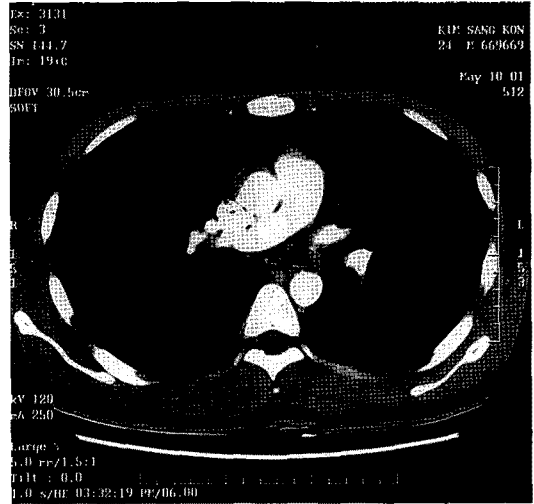


Fig. 2. Chest CT shows well demarcated 1×1.3cm sized mass located in the left main bronchus and there is no invasion of bronchial wall and lymphadenopathy.

현병력 : 환자는 1년 전 부터 깊은 호흡시 왼쪽 가슴에 답답한 느낌이 있고 왼쪽 폐에서 소리가 나는 증상이 있어 개인 이비인후과 내원하여 아데노이드절제술 (adenoidectomy)을 시행받았으나 호전이 없었으며 최근에는 운동시 호흡곤란까지 생겨 본원 호흡기 내과에 내원하였다.

과거력 및 가족력 : 특이사항 없음

이학적 소견 : 내원당시 혈압 130/80mmHg, 호흡수 20회/분, 맥박수 80회/분, 체온 36.5℃이었다. 흉부청진상 좌측폐야에서 천명음이 청진되었다.

검사 소견 : 말초 혈액 검사상 백혈구 5570/mm<sup>3</sup>, 혈액색소 16.8 g/dl, 혈소판 216000/mm<sup>3</sup> 이었으며 혈액생화학 검사 및 동맥혈 가스 분석은 정상이었다. 폐기능검사상 노력성 폐활량(FVC) 3.75 L(예측치의 78%), 1초간 노력성 호기량(FEV<sub>1</sub>) 2.75 L(예측치의 70%), FEV<sub>1</sub>/FVC 73%로 경도의 폐쇄성 폐기능 장애 소견을 보였다.

방사선 소견 : 진단이 확인된 후 다시 관찰한 단순 흉부방사선 소견상 약 1cm 크기의 경계가 분명한 난원형의 종괴가 좌측 주기관지내에 관찰되고 있으나 폐실

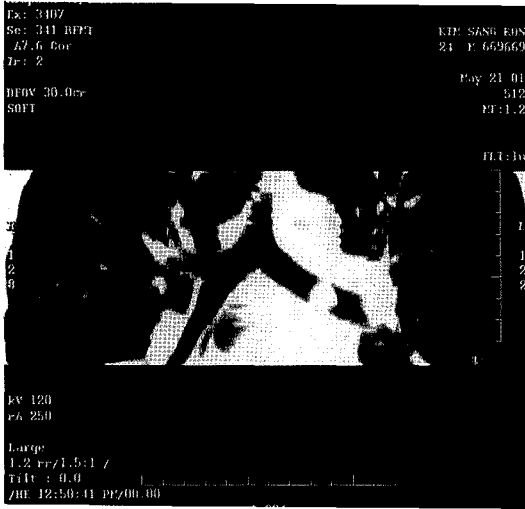


Fig. 3. Chest CT shows endobronchial mass in the left main bronchus and it is located on the 3cm distal from carina.

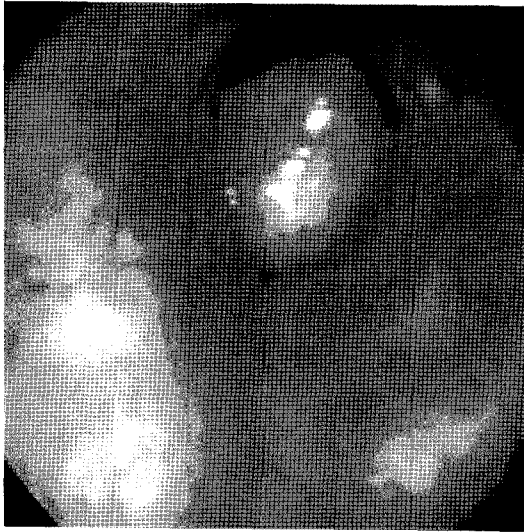


Fig. 4. Fiberoptic bronchoscopic finding shows well demarcated endobronchial mass with smooth surface and intact mucosa on the left main bronchus.

질의 이상 소견은 관찰되지 않았다(Fig. 1). 흉부 전산화단층촬영(Fig. 2)에서는 경계가 뚜렷한 1×1.3cm 크기의 종괴가 좌측 주기관지에 존재하였으며 좌

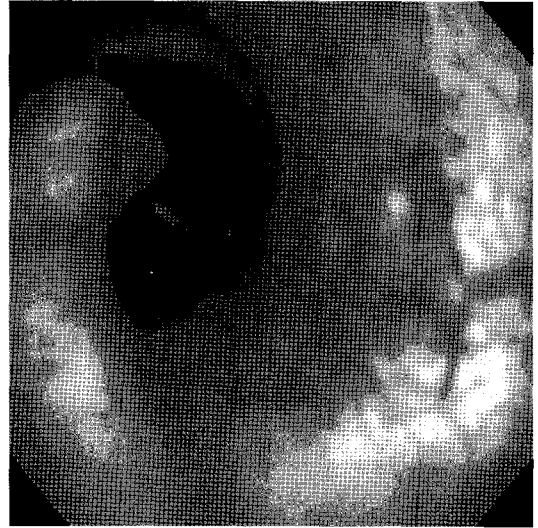


Fig. 5. Fiberoptic bronchoscopic finding after sleeve resection of left main bronchus shows no evidence of tumor recurrence.

측 폐실질에 무기폐나 과팽창은 관찰되지 않았으며 기관지벽으로의 침윤, 또는 주위의 림프절 종대는 관찰되고 있지 않았다.

전산화단층촬영의 다면 재구성 영상(Fig. 3)에서는 기관 분기부(carina)에서 3cm 원위부에 좌측 주기관지내에 위치한 종괴를 잘 볼 수 있다.

기관지경 소견: 좌측 주기관지내에 표면이 매끄럽고 주위와 경계가 분명한 종괴(Fig. 4)가 있었으며 조직검사 검자에 의해 미끄러져 조직검사를 실패하였다.

임상 경과 및 치료: 방사선학적 및 기관지경 소견상 기도내 양성 종양 의심하에 수상 절제(sleeve resection)를 시행하였으며 수술 5개월후 증상의 소실과 함께 추적 관찰한 기관지경 소견상(Fig. 5) 기관지내 재발의 소견은 없었다.

병리학적 소견: 좌측 주기관지 및 기관지내 종양을 수상절제하여 얻은 연조직은 1×1.3cm 크기의 양성 섬유상괴용종으로, 이의 내부는 섬유다발로 이루어져 있었으며 그 표면을 정상의 기도점막 상피 세포가 덮고 있었다(Fig. 6). 또한 주위의 임파선 및 절단면에는 악성 종양의 증거가 없었다.



Fig. 6. Histopathologic finding of an endobronchial mass shows fibrous core with normal epithelial cell lining. it is fibroepithelial polyp (H & E,  $\times 200$ ).

## 고 찰

기도내 종양은 악성 종양이 대부분이며 양성 종양은 흔하지 않아 전체 폐종양의 1% 내지 5%를 차지하는 것으로 알려져 있다<sup>1,2</sup>. 기도내 양성 종양은 임상적으로 악성 종양과 마찬가지로 기도 폐쇄 및 폐쇄성 폐렴의 증상을 유발하여 발견되게 되며<sup>3</sup> 병리학적으로 유두종(papilloma), 연골종(chondroma), 골연골종(osteochondroma), 평활근종(leiomyoma), 지방종(lipoma), 과오종(hamartoma), 과립세포성 근아세포종(granular cell myoblastoma), 기관지병증성 골형성증(tracheobronchopathia osteoplastica), 섬유상피용종(fibroepithelial polyp) 등으로 나누어 볼 수 있다<sup>1,2</sup>.

기도내 양성 병변 중에서 섬유상피용종(fibroepithelial polyp)은 보고된 예가 극히 적으며 병리학적으로는 신생물(neoplasm)이 아니면서도 임상적으로는 기도내 악성 종양이나 다른 양성종양과 같이 기도

폐쇄나 폐쇄성 폐렴의 증상을 유발하여 이 질환과의 감별을 요한다.

기도내 섬유상피용종은 정상 기도점막 상피세포와 섬유다발로 이루어지며 이는 만성적 기관지염증과 점막하 심부결체조직 염증으로 점막상피가 돌출하게 되어 형성된다. 그러나 이러한 변화는 매우 드물며 이렇게 형성된 용종에 의해 기도폐쇄 증상이 유발된 경우도 드문 것으로 알려져 있다. 또한, 기도 폐쇄 및 폐쇄성 폐렴의 증상을 유발한 용종의 경우에도 용종을 제거하여 증상이 소실된 후에는 다시 재발한 보고가 없다<sup>4</sup>.

양성 폐종양의 분류는 종양 세포의 기원과 자연경과를 밝히는데 어려움으로 인해 의견이 분분하지만 근래 전자 현미경학적인 연구의 진보로 이 종양들의 기원 세포가 밝혀짐으로써 다시 정리되었으며<sup>1,2</sup> 잭슨 등은 기도내 양성 종양 및 종양양 병변(benign tumors & tumor-like conditions)을 병리학적으로 20가지 이상의 다른 병변으로 기술하였다<sup>5-7</sup>.

섬유상피용종은 피부, 요로, 및 기관지에서 발생하며 피부에 가장 흔하게 나타나며 섬유상피용종(fibroepithelial polyp)을 유경연성섬유종(acrochordon) 혹은 피부유경연종(skin tag)이라고도 한다. 주로 중년이나 노년에서 목, 몸통, 얼굴 등에서 우연히 발견되며 병리학적으로 양성 편평상피세포로 덮여있는 섬유혈관다발로 생물학적으로 양성이며 당뇨 혹은 장용종증(intestinal polyposis)과 관련 있기도 하며 임신 시 혈관종과 병발하기도 한다<sup>8</sup>. 기도내 병변은 주로 크기가 큰 기도내 생기며 섬유혈관다발이 정상 또는 이행성(metaplastic)의 기도 점막 세포로 덮여 있다<sup>5,9</sup>. 즉 정상 점막이 기도내로 돌출된 형태라 할수 있는데 이는 선종(adenoma)이나 유두종(papilloma) 등 다른 기도내 양성 종양 즉 신생물과는 다른 병리학적 의미를 지닌다<sup>5</sup>.

기도내 섬유상피용종은 생성 원인이나 기전을 명확히 알지 못하나 썩슨등이 용종을 염증성과 비염증성(inflammatory & noninflammatory)의 두 종류로 분류하였으며<sup>5,6</sup> 염증 후에 생기는 용종은 요관에서 보고된 경우가 좀더 자주 있으나 이 질환 역시 드문 것으로 되어 있다<sup>5</sup>. 요관의 섬유상피용종(fibroepithelial polyp)은 중배엽에서 기원하는 양성 종양으로 요로 폐색 및 염증 및 혈뇨등의 증상을 일으켜 치료를 요하나 악성화된 기록은 없다<sup>10-12</sup>.

섬유상피용종이 상부요로에 발생한 경우로 상부요로 섬유용종(Ureteral fibroepithelial polyp), 하부요로에 발생한 경우로 선천성 하부요로 섬유용종(Congenital urethral fibroepithelial polyp), 유아의 구개(palate)에서 발생하여 증상을 일으킨 경우로 유아의 구개 섬유용종(Palatal polyps in infants)등이 흔하지 않은 경우로 보고된바 있다.

섬유상피용종의 발생 원인으로는 요관의 경우 결석에 의한 만성적인 요로 자극이 하나의 원인으로 알려져 있으며<sup>13</sup> 기도의 경우도 만성적인 감염 혹은 선천적인 원인에 의하여 발생하는 것으로 추정하고 있다.

기도내 섬유상피용종의 예후는 다른 양성 종양과 같이 예후가 매우 양호하여 악성화 되었거나 제거후 재

발한 예의 보고는 없다.

## 결 론

저자들은 흉부 불쾌감 및 좌측 흉부에 국소적 천명음을 나타낸 25세 남자에서 양성 종양 의심하에 수술하여 기도내 섬유상피용종으로 진단한 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

## 참 고 문 헌

1. Clagett OT, Allen TH, Payne WS, Woolner LB, Minn R. The surgical treatment of pulmonary neoplasm A ten-year experience. J Thoracic Cardiovasc Surg 1964;48:391.
2. 박 건, 조덕곤. 양성 폐종양의 수술적 치료. 대한흉부학회지 1992;25:258-70.
3. Miller JI Jr, Charles RH Jr. Benign tumors of the lower Respiratory tract. Glenns thoracic & cardiovascular surgery. 5th ed. Tokyo. Appletan & Lange;1991. 301-3.
4. Ashley DJB, Dinimo EA, Davis HD. Bronchial polyp. Thorax 1963;18:45-9.
5. Tedeschi LG, Libertin R. Conte B. Endobronchial polyp. Chest 1973;63:110.
6. Jackson C, Jackson CL. Benign tumors and tumor-like conditions in the tracheobronchial tree. Am J surg 1938;42:275-81.
7. Caldrola VT, Harrison EG Jr, Clgett OT. Benign tumors and tumor-like conditions of the trachea and bronchi. Ann Otol Rhinol Laryngology 1964; 73:1042-61.
8. Ramzi SC, Stanley LR, Vinay K, George FM, Martin C. Chapter 26. The skin. Benign epithelial tumors. In : Robbins. Pathologic Basis of Disease. 5th ed. Philadelphia : W.B.Saunders company, Inc;1994. 1182.

9. Colby TV, Koss MN, Travis WD. Tumors of the lower respiratory tract. Atlas of tumor pathology. 3rd ed. Washington DC. : Armed Forces institute of pathology. 1995. 55-6.
10. Powers RG, Godwin MC, Langston HT. A.M.A. Arch. surg 1956;72:984.
11. Stuppler SA, Kandzori SJ. Fibroepithelial polyps of ureter. A benign ureteral tumor. Urology 1975;5:553.
12. 장현석, 윤택홍, 소식호. 요폐를 초래한 방광 섬유상피성 폴립 1례. 인간 과학 1992;16:51-4.
13. Yeh CC, Lin HC, Chen CC, et al. Ureteral fibroepithelial polyp prolapsed into the bladder cavity suspending a bladder stone. American Urology Association 2001;165:1627-28.