

부적절한 일차 처치와 연관된 이하선 종양 2례

송진우 · 최환준 · 김미선 · 안형식 · 김준혁 · 이영만

순천향대학교 의과대학 성형외과학교실

Tumors of the Parotidomasseteric Area Associated with Inadequate Primary Treatment: Report of 2 Cases

Jin Woo Song, M.D., Hwan Jun Choi, M.D., Mi Sun Kim, M.D.,
Hyung Sik Ahn, M.D., Jun Hyuk Kim, M.D.,
Young Man Lee, M.D.

Department of Plastic and Reconstructive Surgery, College of
Medicine, Soonchunhyang University, Gyeongsangbuk-do,
Korea

Purpose: Parotid neoplasia are relatively frequent, representing approximately 3% of all tumors in the head and neck regions. But incomplete resection and misdiagnosis of parotid gland is followed by multiple tumor invasion, tumor recurrence, and other iatrogenic tumor formation. In patients undergoing parotidectomy for confirmed or suspected malignancy, the traditional or modified rhytidectomy incision may prove suboptimal because it does not easily lend itself to a continuous neck dissection. Similarly, patients with tumors of the anterior accessory lobe or patients with large anterior tumors may also require the modified Blair incision for adequate surgical exposure. This report serves to revisit the topic of accessory and parotid gland neoplasms to emphasize proper management, particularly the surgical aspects, so that consequences of recurrence are avoided.

Methods: This is a retrospective review of our experience with two cases of parotid tumors; one accessory parotid gland neoplasm and one parotid gland neoplasm. We report the case of parotid tumor and epidermal cyst in a 54-year old male patient and the case of case of recurrent parotid tumor with local invasion in 30-year old male patient.

Results: All were removed through a modified Blair incision. Pathologic report notified that One was found pleomorphic adenoma and epidermal cyst, and the other one pleomorphic adenoma with subcutaneous invasion.

Received March 27, 2006

Revised July 10, 2006

Address Correspondence: Hwan Jun Choi, M.D., Department of Plastic and Reconstructive Surgery, College of Medicine, Soonchunhyang University, 250 Gongdan 2-dong, Gumi-si, Gyeongsangbuk-do 730-706, Korea. Tel: (054) 468-9150 / Fax: (054) 463-7504 / E-mail: medi619@hanmail.net

The patients recovered well without any complication such as infection, hematoma, facial nerve palsy, and necrosis of skin flap. Patients were discharge POD#7. Patients were followed up to for 1 year and they have no sign of recurrence.

Conclusion: A high index of suspicion, prudent diagnostic skills(including fine-needle aspiration biopsy, CT, US), and meticulous surgical approach are the keys to a successful management of these lesions. We experienced two cases of parotid neoplasia, in the treatment of tumor recurrence & iatrogenic tumor arising from the parotid gland and are presented with the review of literatures.

Key Words: Parotid gland, Recurrent pleomorphic adenoma

1. 서론

안면부 특히 전이개부와 이하선 근처에서는 피부부속기 및 연부조직에서 기원되는 종양, 침샘에서 유발되는 종양, 혈관기형 등 여러 가지가 발생할 수 있다. 특히, 다액선 종양은 두경부 종양의 약 3% 미만이며, 이 중 75-85%는 이하선에서 발생된다. 대부분은 이하선 종양은 상피성 기원이지만 간질세포, 임파관상 조직에서도 발생하는 등 다양한 모습을 보이는 종양이다. 특히 이하선에서 발생하는 다형성선종의 경우는 약 60.6%에서 76.2% 정도의 유병률을 보이며, 이하선에서 발생하는 악성종양은 약 15% 정도로 보고되고 있다.¹ 이하선 종양은 주로 이하선 미부에서 발생하는 것으로 알려져 있으나 주이하선과는 별도로 분리되어 존재하는 부이하선에에서도 드물게 보고되고 있다. 이런 이하선 종양들은 처음 환자가 내원 당시에 이학적인 검사 및 과거력 청취, 병력청취, 방사선학적인 검사들을 충분히 하여 정확한 진단을 내린 후 조직검사 및 수술이 시행되어야 한다. 하지만 경우에 따라서 초반 치료나 초기 진단이 잘못된 경우, 잘못된 절개선의 선택 시에는 다른 주변 조직으로의 전이나 의인성으로 다른 피부종양을 발생시킬 수 있는 가능성이 있다.

본 교실에서는 이하선 종양을 다른 종양으로 오인하여 이하선 주변부에 의인성으로 발생시킨 2례의 이중 종양을 경험하였으며, 두 증례를 통하여 올바른 이하선 종양의 점

근과 진단, 치료법에 대해서 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.



증례 1(Fig. 1-3)

54세 남자 환자는 약 20년 전부터 서서히 자라는 좌측 전이개 및 하악각부분의 종괴를 주소로 내원하였다. 환자는 약 10년 전 개인병원을 방문하여 좌측 전이개부분의 종괴를 지방종이라고 진단을 받고, 그 당시에 절개 생검을 하였던 과거력 및 약 2.5cm 크기의 절개 반흔이 있었다. 하지만 종괴는 수술 후 여전히 남아 있었으며 점차적으로 커지는 양상이었고, 환자의 진술에 의하면 세월이 지나면서 1개였던 종괴가 2개로 나뉘었으며, 그 중 1개의 종괴가 하악각으로 이동하는 양상이라고 하

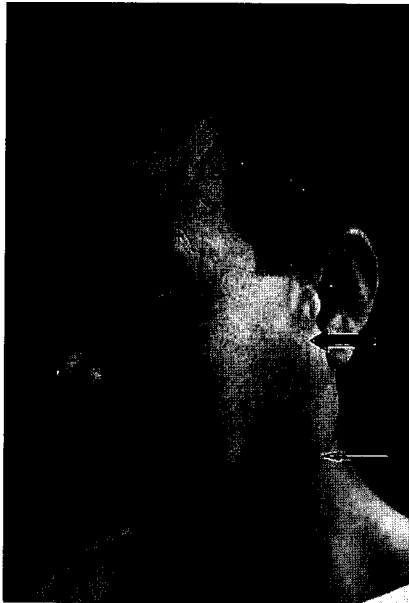


Fig. 1. Preoperative photographic findings show incisional scar and mass.

였다. 이학적인 검사 상 좌측 전이개의 종괴는 3cm 정도로 피부와 인접하여 부드럽게 만져지는 양상이었으나 심재부는 고정되어 있는 소견이었으며, 종괴 중앙의 피부에는 약 2.5cm 크기의 선상 반흔이 있었다. 좌측 하악각 인접부위의 종괴는 원형이며 약 2.5cm 정도로 동그란 모양의 종괴는 주변 피부와 관련없이 심부조직에 고정되어 단단하게 만져지는 양상이었다. 환자는 병력청취에서 압통을 동반하지 않고, 섭식시에 통증이나 부종 소견 등은 관찰되지 않았으며, 안면 신경마비 소견이나 주위 림프절이나 경부결절은 촉지되지 않았다. 일반 혈액 검사, 소변검사, 흉부방사선 소견에서도 이상 소견은 발견할 수 없었다. 환자는 내원 시 시행한 전산화단층촬영(CT)에서 좌측 이하선에 약 2 × 2cm 크기의 종괴가 2군데 있는 소견이 관찰되어 수술을 시행하였다. 전선마취 하에 전이부에서 하악연에 이르는 피부 절개를 시행하고, 표재성 이하선 근막 상방의 피부관을 들어올린 후, 이하선관의 원위부를 묶어 타액의 역류를 막고 이하선관을 자른 다음, 원위부에서 안면 신경분지를 찾아 구간 쪽으로 접근하는 전방 접근법을 이용하여 안면신경의 주행을 확인하였다. 표재엽을 절제를 시행하고, 배액관을 삽입한 후 절개창을 층층이 봉합하는 이하선 천엽 절제술을 시행하였다. 종양은 표재엽에 국한되어 있었으며 크기가 약 2 × 2cm으로 2개의 이중 종괴가 인접해서 있는 소견이었고, 주변 조직과는 명확한 경계를 가지며 단단하고 안면신경의 침범 소견은 관찰되지 않았다.

병리조직학적 소견 상 Hematotoxilin-eosin 염색에서 전이개부위의 종괴는 전형적인 피지낭종의 소견을 보였으며, 하악각 인접 부분의 종괴는 전형적인 이하선 다형성선종의 소견을 보였다. 수술 시야 소견과 병리학적 검사를 토대로 유추한 결과 한쪽에 이하선에 피지낭종과 다형성선종이 동시에 발생할 수 있는 경우는 드물기 때문에 전이개부의 종괴는 개인병원에서 초기 치료 당시 절개창의 상피세포가 피하 조직으로 전이되어 생긴 피지낭종으로 생각되었으며, 하악각의 종괴는 점차적으로 크기가 커지는 피지낭종으로 말미암아 아래쪽으로 이동된 순수하게 존재하였던 이하선 종양으로 추측할 수 있었다.

환자는 수술 후 1년 이상의 추적관찰 기간동안에 종양의 재발이나 다른 부위에서의 종양의 발생은 관찰되지 않고 있다.

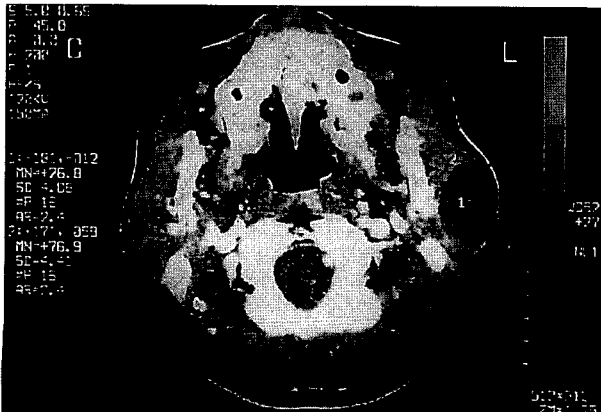


Fig. 2. Preoperative CT finding shows parotid mass.



Fig. 3. Intraoperative photographs shows mass.

증례 2(Fig. 4-8)

30세 남자 환자로 약 10년 전부터 서서히 자라는 우측 전이개 부분의 종괴를 주소로 내원하였다. 환자는 약 10년 전 개인 병원을 방문하여 우측 전이개부분의 종괴를 피지낭종이라고 진단을 받고, 그 당시에 절개생검을 하였던 과거력 및 약 2cm 크기의 절개반흔이 있었다. 하지만 종괴는 수술 후 여전히 남아 있었으며 점차적으로 커지는 양상이었다. 이학적 검사 상 우측 전이개의 종괴는 2cm 정도로 피부와 인접하여 단단하게 만져지는 양상이었으며, 종괴 중앙의 피부에는 약 2cm 크기의 선상 반흔이 있었다. 우측 전이개부의 종괴는 전반적으로는 원형이었지만 약간 불규칙적인 용종성으로 만져졌으며 피부와 인접하여 만져지는 작은 원형의 종괴도 같이 만져지는 양상이었다. 환자는 병력청취에서 압통을 동반하지 않고, 섭식 시에 통증이나 부종 소견 등은 관찰되지 않았으며, 안면 신경마비 소견

이나 주위 림프절이나 경부 결절은 촉진되지 않았다. 일반 혈액 검사, 소변검사, 흉부방사선 소견에서도 이상 소견은 발견할 수 없었다.

환자는 내원 시 시행한 초음파 소견에서 부이하선의 종양으로 의심이 되는 낭종형의 종괴와 혈부의 피하지방층에 낭종형의 종괴가 인접하여 있는 소견을 보여 수술을 시행하였다. 전신 마취 하에 전이부에서 하악연에 이르는 피부절개를 시행하고, 표재성 이하선 근막 상방의 피부판을 들어 올린 후, 이하선관의 원위부를 묶어 타액의 역류를 막고 이하선관을 자른 다음, 원위부에서 안면 신경분지를 찾아 구간 쪽으로 접근하는 전방 접근법을 이용하여 안면신경의 주행을 확인하였다. 종양은 표재엽에 국한되어 있었으며, 주변 조직과는 명확한 경계를 가지며 단단하고 안면신경의 침범 소견은 관찰되지 않았다. 표재엽을 절제를 시행하고 추가적으로 초음파 소견에서 발견된 낭종을 선상의 절개 반흔 아래 피하 조직에서 찾을 수 있었다. 전이개부의 피하층에 종괴도 동시에 절제를 시행하였다. 종괴는 피하조직에만 있는 소견으로 종괴를 제거한 후 frozen biopsy를 통하여 주변 조직에 전이가 없음을 확인하였으며, 따라서 인접 피부의 제거는 하지 않았다. 배액관을 삽입한 후 절개창을 층층이 봉합하는 이하선 천엽 절제술을 시행하였다. 종양은 표재엽에

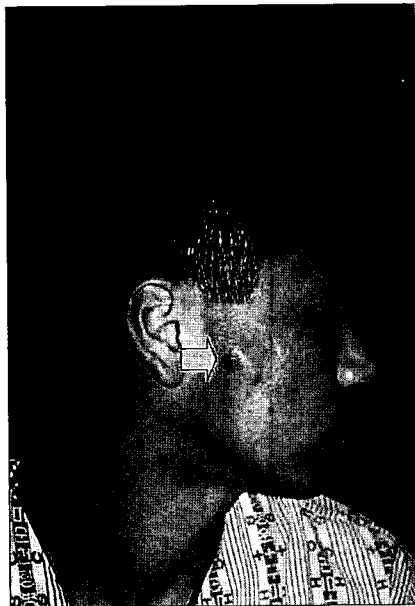


Fig. 4. Preoperative photographic findings show incisional scar and mass.

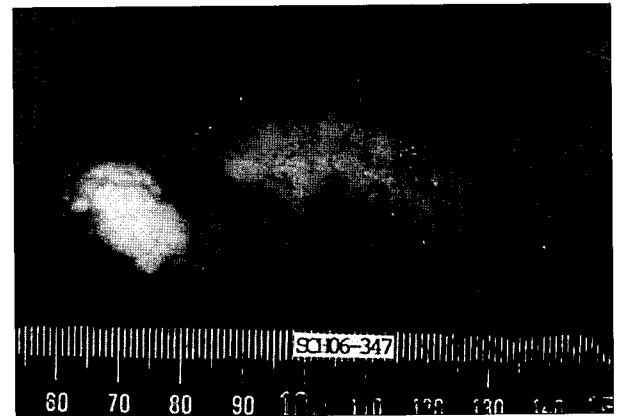


Fig. 6. Gross examination demonstrated a well circumscribed parotid mass.

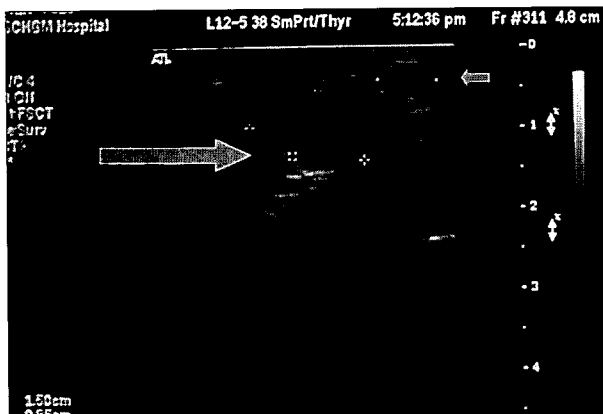


Fig 5. Preoperative US findings show parotid cyst mass and subcutaneous cystic mass.

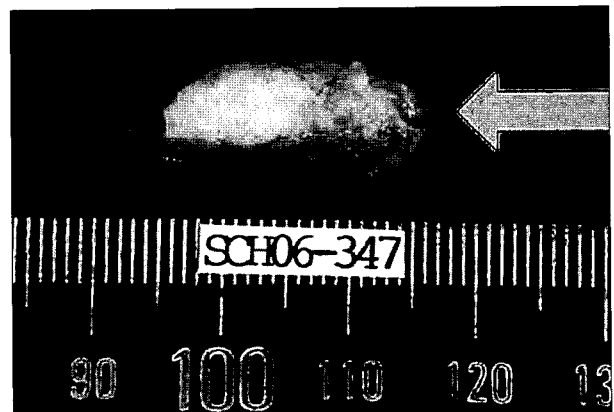


Fig. 7. Gross examination demonstrated subcutaneous mass.



Fig. 8. Pathologic finding of parotid tumor. Photograph shows pleomorphic adenoma(Hematoxylin and eosin stain, × 100).

국한되어 있었으며 부이하선에 생긴 종양으로 크기가 약 2 × 2 cm으로 주변 조직과는 명확한 경계를 가지며 단단하고 안면 신경의 침범 소견은 관찰되지 않았다.

병리조직학적 소견 상 Hematotoxylin-Eosin 염색에서 전이 개부위의 종괴와 선상 절개 반흔의 종괴는 전형적인 이하선 다형성선종의 소견을 보였다. 수술 시야 및 조직검사 소견을 바탕으로 환자는 초기에 부이하선에 생긴 다형성선종이었지만 개인 병원에서 잘못된 진단으로 인해서 절개배농을 시도하였으며, 이 수술 중에 절개선 아래에 피하조직에 부이하선의 다형성 선종의 종양 세포들이 전이를 하여 두 개의 종괴를 따로 만들었음을 추측할 수 있었다.

환자는 수술 후 1년 이상의 추적관찰기간 동안에 종양의 재발이나 다른 부위에서의 종양의 발생은 관찰되지 않고 있다.

III. 고 려

타액선 종양의 조직 병리학적인 발생기전은 크게 다세포설과 복세포설의 2가지 가설이 있다. 다세포설에 의하면 타액선의 종양은 완전히 분화된 타액선의 한 조직에서 생긴다는 가설로서, 호산성 과립종(oncocytoma)은 선문관(striated duct)에서 분화되고 혼합종은 협부개재부 세포(intercalated cell)에서 생긴다는 것이며, 복세포설은 배설관(excretory duct)와 개재부관(intercalated duct)의 기저 세포가 타액선 조직들의 모세포 역할을 하며 이의 분화 과정에서 종양이 생긴다는 이론으로 선낭종양 및 단형성 선종은 협부개재부의 세포들에서 발생하고, 혼합종, 점막상피암은 배설관상피세포에서 발생한다는 것으로 되어있다.¹

먼저 이하선 부위 및 협부에 발생할수 있는 종양으로 감별 진단이 필요한 것은 이하선낭(parotid gland cyst), 동정맥기형(arteriovenous malformation), 이하선관 조직들(Stensen's duct tissue(stone, cyst, or neoplasm)), 부이하선종양(benign tumors of accessory parotid tissue), 원발성부이하선악성종양(malignant primary tumors of accessory parotid tissue), 혈관종(Hemangioma), 피부부속기 종양(dermoid, lipoma, fibroma, sebaceous cyst), 신경조직유발 종양(neuroma, neurofibroma, schwannoma), 과오종(hematoma), 양성 이하선 병변(benign adenopathy, hyperplasia or adenitis), 악성 이하선 종양(sarcoma, salivary carcinoma, lymphoma), 전이암(squamous cell carcinoma, melanoma, meningioma, adenocarcinoma) 등이 있다.²

술전 진단의 방사선학적 검사는 전산화단층촬영, 자기공명영상과 타액선조영법, RI-scintigram, 초음파 진단법 등이 있다. 이중 병변의 위치 진단, 양성과 악성의 감별 등에서 가장 우수한 검사법은 전산화단층촬영인데, 전산화단층촬영만으로는 정확한 술전 진단이 불가능하고 기타 다른 방사선학적 검사를 같이 시행하여 종합적인 판단을 내리는 것이 타당하리라고 생각된다. 전산화단층촬영은 우선 주변 구조물과의 관계를 명확하게 판별할 수 있고 특히 조영제를 이용할 경우 주변 정상 조직과 구분하기에 유리하다. 일반적으로 종양의 경계가 명확하고 균질적 형태와 높은 음영 농도이면 양성종양이나, 경계가 불분명하고 균질적이지 않은 조영상태, 이질적인 형태는 악성의 의심할 수 있다. 그리고 추가적으로 간편하고 비침습적이며 방사선장애가 없는 초음파검사는 고형질종괴와 낭포성종괴의 감별, 결석 부위의 결정, 이하선내외의 종괴감별, 때로는 급성염증상태의 검사에 도움을 주며 악성도 평가에 도움을 제공해 줄 수 있는 훌륭한 보조 검사법이다.¹

이러한 이하선 종양의 치료는 기본적으로 재발을 막기 위해서 조직생검이나 부분적인 종양의 절제보다는 안면신경을 보전하면서 시행되는 이하선 천엽절제술이 시행된다.³

이하선 양성종양이 수술 후 재발할 수 있는 요인으로는 종양 자체가 이하선의 여러 부위에 동시 다발적으로 생긴 경우, 수술 자체의 계획이 잘못되어 종양이 잔류된 경우, 수술 도중에 종괴를 부주위한 취급함으로 인해서 종양이 수술 시야에서 터져 주변 조직으로의 전이를 유발시킨 경우, 수술 전에 종양이 이하선 이외의 다른 부위에 침범이 있었던 경우, 이하선 종양을 단순히 전이개부위 림파선 비대이나 피지낭종 등으로 오진하여 절개 생검이나 절제 생검, 절개 배농 등을 시행한 경우, 종양만 주변의 이하선 조직의 포함없이 단순히 적출술만 시행한 경우, 수술 절개창

이나 배액관 주변으로 종양세포가 전이된 경우 등을 들 수 있다.^{3,4}

이하선 종양의 수술 원칙으로는 첫째, 안면신경을 보전 하면서 이하선 천엽절제술을 시행할 것, 둘째, 단순한 종양 적출술은 빈번하게 재발의 가능성이 있다는 것, 셋째, 만일 수술 전에 안면신경마비가 없는 경우에는 악성종양 일지라도 안면신경을 보전할 것, 넷째, 만일 안면신경을 부분적으로 또는 모두 희생을 시켜야 할 경우는 즉시 재건을 시행할 것, 다섯째, 악성종양 중 분화도에 따라서 경부 림프선 광청술도 고려해야 한다.⁵

또한 재발한 이하선 다형성선종에서 권고하는 치료 방침은 다음과 같다.^{5,7}

첫째, 초기에 단순히 적출술만 시행한 경우는 안면신경을 보전을 하면서 완전히 이하선 적출술을 시행하고 수술 후 방사선치료를 시행한다.

둘째, 초기에 다형성선종을 완전히 제거를 못하였으나 이학적 검사에서 잔류 종양이 만져지지 않는 경우에는 적응증이 되면 안면신경을 보전하면서 완전한 이하선 적출술을 시행하고 수술 후 방사선치료를 병행한다.

셋째, 만일 초기에 이하선 적출술이 시행된 경우이면서 수술 반흔이나 이하선 부위에 단일 종괴로 나타난 재발의 경우는 단순 절제술을 시행한다.

넷째, 초기에 이하선 적출술을 시행한 경우지만 다발성으로 여러개의 종괴로 재발한 경우는 광범위 적출술을 시행하고, 수술 후에 방사선치료를 시행하여야 한다.

저자들은 이하선에서 부적절한 이하선 종양의 취급으로 인하여 절개선에 피지낭종이 발생한 증례와 부이하선 종

양을 다른 종양으로 생각하여 부적절하게 절개배농을 하여 피하조직에 전이된 증례를 경험하였다. 두개의 증례를 바탕으로 이하선 주변부의 종괴가 있는 환자의 경우는 수술 전에 정확한 진단을 위해서 전산화단층촬영술이나 초음파 등의 영상의학적인 판단이 중요하며 올바른 절개선을 통한 수술적 접근법의 필요성이 중요함을 확인하여 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. Choi HJ, Park ES, Jung SK, Kim YB, Go ES: A case of lymphoepithelioma-like carcinoma arising from the parotid gland. *J Korean Cleft Palate-Craniofac Assoc* 4: 66, 2003
2. Klotz DA, Coniglio JU: Prudent management of the mid-cheek mass: revisiting the accessory parotid gland tumor. *Laryngoscope* 110: 1627, 2000
3. Bradley PJ: Recurrent salivary gland pleomorphic adenoma: etiology, management, and results. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 9: 100, 2001
4. Stennert E, Wittekindt C, Klusmann JP, Arnold G, Guntinas-Lichius O: Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: a prospective histopathological and immunohistochemical study. *Laryngoscope* 114: 158, 2004
5. Larson DL: Management of the recurrent, benign tumor of the parotid gland. *Plast Reconstr Surg* 108: 734, 2001
6. Lin DT, Coppit GL, Burkey BB, Netterville JL: Tumors of the accessory lobe of the parotid gland: a 10-year experience. *Laryngoscope* 114: 1652, 2004
7. Witt RL: The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma. *Laryngoscope* 112: 2141, 2002