

폐에 발생한 결절성 림프구양 증식증 (Nodular Lymphoid Hyperplasia) 치험 - 1예 보고 -

양홍석* · 정경영* · 박인규* · 신동환** · 이윤희**

Surgical Treatment of the Pulmonary Nodular Lymphoid Hyperplasia - A case report -

Hong-Seok Yang, M.D.*, Kyung Young Chung, M.D.*, In Kyu Park, M.D.*,
Dong Hwan Shin, M.D.**, Yoon Hee Lee, M.D.**

Nodular Lymphoid hyperplasia of the lung has a very low incidence and both the nomenclature and this disease entity have changed since its appearance in the 1960s. It has recently been classified as lymphoid hyperplasia of the B cell associated lymphoid tissue. Ground glass opacity was incidentally diagnosed in the right lower lobe of the a 60 year old male and he underwent right lower lobe lobectomy. The opacified lesion in the chest CT was diagnosed as nodular lymphoid hyperplasia under microscopic examination.

(Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2007;40:517-519)

- Key words:** 1. Lung pathology
2. Hyperplasia
3. Nodules
4. Lung

증례

본 60세 남자 환자는 점점 크기와 음영이 증가하는 우하엽의 간유리혼탁화소견(GGO)을 주소로 내원하였다. 환자의 과거력상 105 갑년의 흡연력과 고혈압 외의 다른 병력은 없었으며 직업은 회사원이었다. 혈액검사상 모두 정상 범위에 있었으며 종양 표지자 CEA, CYFRA 21-1 역시 정상 범위였다. 단순흉부촬영에서는 만성폐쇄성폐질환이 의심되는 것 외에 특이 소견이 없었다(Fig. 1). 2004년 2월 처음 실시한 흉부전산화 단층 촬영에서 우하엽 외측기저분엽에서 1.5×1.5 cm 크기의 간유리혼탁화를 발견하였으

며 이후 2005년 3월, 2005년 9월 각각 시행한 흉부전산화 단층 촬영에서 병변의 크기와 음영이 점점 증가하였다. 종격동 림프절 종대 소견은 보이지 않았으며 악성종양의 심하에 시행한 전신 골주사와 복부 초음파 검사상 전이성 병변은 관찰되지 않았다(Fig. 2).

세침흡입검사 등 조직학적 검사법으로는 진단 가능성이 낮을 것으로 판단하였고 악성 종양의 가능성을 배제할 수 없어 진단 목적 개흉술을 하기로 하였다. 수술은 전신 마취하에 우측 6번째 늑간을 통한 측방개흉술을 시행하였다. 우하엽의 일부를 절제하여 동결절편검사로 악성과 양성을 감별한 후 영절제술 여부를 결정할 예정이었으나 흉

*연세대학교 의과대학 신촌세브란스병원 흉부외과학교실

Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine

**연세대학교 의과대학 병리학교실

Department of Pathology, Yonsei University College of Medicine

논문접수일 : 2007년 4월 9일, 심사통과일 : 2007년 6월 12일

책임저자 : 정경영 (120-752) 서울시 서대문구 신촌동 134, 연세대학교 의과대학 흉부외과학교실

(Tel) 02-2228-2140, (Fax) 02-393-6012, E-mail: kychu@yumc.yonsei.ac.kr

본 논문의 저작권 및 전자매체의 지적소유권은 대한흉부외과학회에 있다.



Fig. 1. Preoperative chest PA: no definite parenchymal lesion.

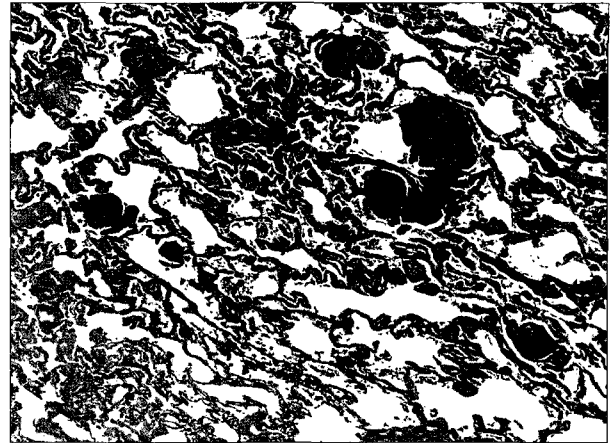


Fig. 3. Interstitial bronchioles and peribronchiolar parenchyma associated with mild interalveolar septal scarring and pneumocyte hyperplasia.

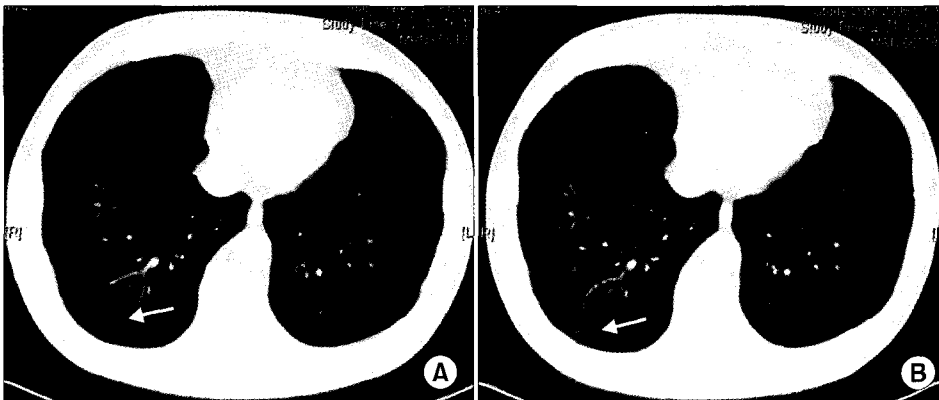


Fig. 2. Preoperative chest CT: increasing size and density of ground glass opacity at lateral basal segment of RLL. (A) 2005-03-22, (B) 2005-09-08.

부전산화 촬영상 관찰되던 병변은 육안으로 관찰되지 않고 축지되지 않아, 흉부전산화 단층 촬영상 가장 의심되는 위치의 폐를 일부 절제하였으며 동결절편검사에서도 모호한 병변이 있었으나 정확히 양성 여부를 감별할 수 없다고 하여 악성종양에 준하여 우하엽절제술 및 종격동 림프절 광청술을 진행하였다.

병변에 대한 육안 검사상 다발성의 불분명한 변연(ill defined)의 회백색 경결이 관찰되었으며 그중 가장 크기가 큰 경결은 0.7×0.5 cm 크기의 병변이었다. 광학현미경 검사에서 세기관지와 세기관지 주변 실질의 폐포격막(inter-alveolar septum)의 반흔과 폐포의 증식 소견을 보여 다발성의 결절성 림프구양 증식증으로 진단하였다(Fig. 3). 종격동 및 폐림프절에서는 reactive hyperplasia가 관찰되었다. 환자는 수술 후 정상 회복하였으며 외래에서 추적 관찰

중이다.

고 찰

결절성 림프구양 증식증(Nodular lymphoid hyperplasia)은 Kradin과 Mark에 의해 처음 제안된 용어로 반응성 림프구성 세포(reactive lymphoid cell)들에 의한 하나 또는 여러 개의 경결이나 폐침윤을 나타내는 용어이며 이전에는 Saltztein이 가성 림프종(Pseudolymphoma)이라고 명명한 질병이다[1,2]. 결절성 림프구양 증식증은 조직학 소견상 경계가 분명한 결절 내에 여러 개의 반응성 종자중심(reactive germinal center)과 그 주변으로 형질세포(plasma cell)들이 관찰된다. 면역조직학적으로 대부분에 경우에 있어서는 면역글로블린 경쇄 반응(immunoglobulin light chain re-

activity)이 다클론 반응(polyclonal reactivity)을 보이는 것으로 알려져 있으며 이 점이 점막관련 림프종(MALToma)과의 감별점이다[1,3]. 주변 림프관 침윤은 국소적으로 보이는 경우가 있지만 주변 기관지 조직으로의 침윤이나 늑막과의 판(plaque)형성은 매우 드문 것으로 보고된다. Abbondanzo는 14명의 환자들 중 5명의 환자들에서 주변 림프절 비대가 관찰되었다고 보고하였으며 이들은 모두 반응성 소포성 증식(reactive follicular hyperplasia) 소견을 보였다. 본 예에서도 마찬가지로 주위 림프절의 반응성 증식(reactive hyperplasia)을 관찰할 수 있었다. 원인은 밝혀진 것이 없으나 면역성 자극(inflammatory stimuli)에 의해 발생하는 것으로 추측하고 있다. 본 예에서도 주위 폐실질 내에서 만성세기관지염 소견과 dust laden macrophage (먼지 대식 세포)가 관찰되었고 종격동 림프절에 반응성 증식이 있었던 점으로 미루어 이와 같은 염증 자극이 lymphoid hyperplasia (림프구성 증식증)를 유발한 것으로 생각된다.

결절성 림프구양 증식증의 호발 연령은 50~70세이며 남녀 비율의 차이는 없다. 기침, 객담, 발열의 증세를 보인 환자들이 소수 보고되었으나 본 예와 같이 대부분의 환자들은 증상이 없으며 우연히 발견된다. 동반질환 또한 없는 것으로 알려져 있다[4,5]. 흉부방사선 소견상 경계가 분명한 결절 또는 불분명한 결절성 혼탁이 관찰된다. 단일성 병변 또는 다발성 병변을 보이며 전산화 단층 촬영상 경계가 명확한 결절 또는 경계가 불분명한 혼탁 소견을 보이며 간유리 혼탁화를 보이기도 한다. 방사선학적으로는 세기관지 세포암종(Bronchioalveolar carcinoma)와 점막

관련 림프종(MALToma)이 유사한 소견을 보이거나 방사선학적으로 감별이 어려우며 많은 경우가 수술 전에 조직학적 진단이 어렵기 때문에 수술적 진단이 필요하다고 한다. 본 예에서도 방사선학적검사로 세기관지 세포암종(Bronchioalveolar carcinoma) 등의 악성질환을 배제할 수 없어 추가 진단검사 없이 수술적 진단을 시행하게 되었다. 수술적 절제가 결절성 림프구양 증식증의 치료방법이며 재발의 가능성은 매우 낮은 것으로 보고되고 있다[5]. 저자들은 결절성 림프구양 증식증 1예를 수술치험하였기에 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. Abbondanzo SL, Rush W, Bijwaard KE, Koss MN. *Nodular lymphoid hyperplasia of the lung*. Am J Surg Pathol 2000; 24:587-97.
2. Nicholson AG. *Pulmonary lymphoproliferative disorders*. Curr Diag Pathol 2000;6:130-9.
3. Travis WD, Glavin JR. *Non-noeplastic pulmonary lymphoid lesions*. Thorax 2001;56:964-71.
4. Shields TW, Locicero J, Ponn RB, Rusch. *General thoracic surgery*. 6th edition. New York: Lipincott Williams & Wilkins. 2005.
5. Kajiwara S, Sakai S, Soeda H, et al. *Multifocal nodular lymphoid hyperplasia of the lung*. J Thorac Imaging 2005; 20:239-41.
6. Aleric I, Tentor D, Jakic-Razumovic J. *Multiple lung infiltrates*. Respiration 2004;71:101-3.

=국문 초록=

폐에서 발생한 경결 림프구성 증식증(Nodular Lymphoid Hyperplasia)은 빈도가 매우 낮은 질병으로 병리학적인 분류 역시 많은 변화가 있었다. 현재 경결 림프구성 증식증은 림프종과는 구별되는 B cell associated Lymphoid tissue에서 기원하는 림프구성 증식증으로 분류된다. 환자는 60세 남자환자로 특이 증상 없이 지내던 중 건강검진상 시행한 흉부전산화 단층 촬영에서 간유리상음영이 우폐 하엽에서 발견되어 우하엽 절제술 시행받은 뒤 병리학적 소견상 경결 림프구성 증식증이 진단되어 보고하는 바이다.

- 중심 단어 : 1. 폐 병리
2. 과증식증
3. 결절
4. 폐