

식도 근육층에 함몰한 기관지성 낭종 - 1예 보고 -

강정호* · 김영학* · 장호준* · 정원상* · 김 혁* · 박문향**

Intramural Bronchogenic Cyst of the Esophagus - A case report -

Jeong-Ho Kang, M.D.*, Young-Hak Kim, M.D.*, Hyo-Jun Jang, M.D.*,
Won-Sang Chung, M.D.*, Hyuck Kim, M.D.*, Moon-Hyang Park, M.D.**

Bronchogenic cysts are usually located in the pulmonary parenchyma or mediastinum. When they are located in the mediastinum, they are usually near the bronchus or esophagus, but they are rarely at an intramural location of the esophagus. It is very difficult to differentiate between bronchogenic cyst and esophageal cyst before the operation. We report here on a patient for whom the preoperative diagnosis was supposed to be an esophageal cyst. The esophageal cyst was excised through the longitudinal division of the esophageal muscular layer without injury of the mucosa after right thoracotomy. The pathologic report revealed intramural bronchogenic cyst. We report here on a case of bronchogenic cyst that was located in the muscle layer of the lower esophagus.

(Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2007;40:520-522)

Key words: 1. Cysts
2. Cyst, bronchogenic
3. Cyst, esophagus

증 례

26세 여자 환자가 우측 흉통을 주소로 내원하였다. 흉통은 입원 삼일 전부터 발생하였으며 우측 여덟 번째 늑골에 압통이 약하게 있었으나 외상의 과거력은 없었다. 단순 흉부 방사선 상 이상 소견 없어 시행한 단층 컴퓨터 촬영에서 우연히 하부식도를 압박하는 6×4 cm 가량의 낭성종괴가 관찰되었다(Fig. 1). 환자는 평소에 연하 곤란 등의 증상은 없었으며 우측 흉통도 검사 과정에서 자연 소실되었다. 식도 조영술 검사상 식도 점막에 이상 소견 없었으며 조영제는 막힘 없이 잘 내려갔다. 식도 초음파상

이 종괴는 점막하층과 고유근육층사이에서 기시하였다. 식도의 양성 종양 의심하에 수술을 시행하였다. 우측 흉부 후측방 6번째 늑간 절개를 시행하였으며 식도 주변을 완전히 박리 후 식도 근육층을 절개하였다. 피막이 잘 싸여진 종괴는 하부식도의 근육층에서 쉽게 박리되었으며 식도 점막과의 교통은 없었다(Fig. 2). 식도 점막의 손상은 없었다. 종괴를 제거한 후 절개한 근육층은 재봉합하였다. 종양 내부는 점액질로 차 있었으며 내부의 점막은 섬모가 있는 원추 상피세포로 구성되어 있어 기관지성 낭종으로 진단하였다(Fig. 3). 환자는 수술 후 5일째 식도 조영술에서 제거 부위에서 누출이 관찰되지 않았다. 환자는 수술 후 12일째 합병증 없이 퇴원하였으며 외래 추적 관찰 중이다.

*한양대학교 의과대학 서울병원 흉부외과학교실

Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Hanyang University Hospital, College of Medicine, Hanyang University

**한양대학교 의과대학 서울병원 병리학교실

Department of Pathology, Hanyang University Hospital, College of Medicine, Hanyang University

논문접수일 : 2006년 12월 21일, 심사통과일 : 2007년 6월 2일

책임저자 : 김영학 (133-792) 서울시 성동구 행당동 17번지, 한양대학교 의과대학 서울병원 흉부외과학교실

(Tel) 02-2290-8465, (Fax) 02-2290-8462, E-mail: yhkim@hanyang.ac.kr

본 논문의 저작권 및 전자매체의 지적소유권은 대한흉부외과학회에 있다.

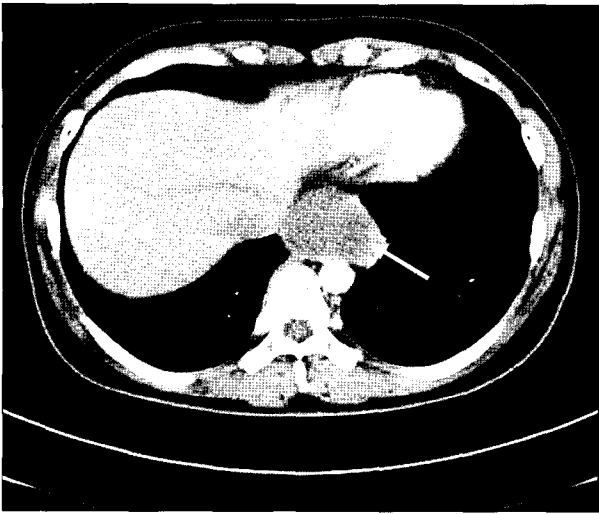


Fig. 1. Preoperative chest CT; 6×4 cm sized mass with low density on mediastinum.

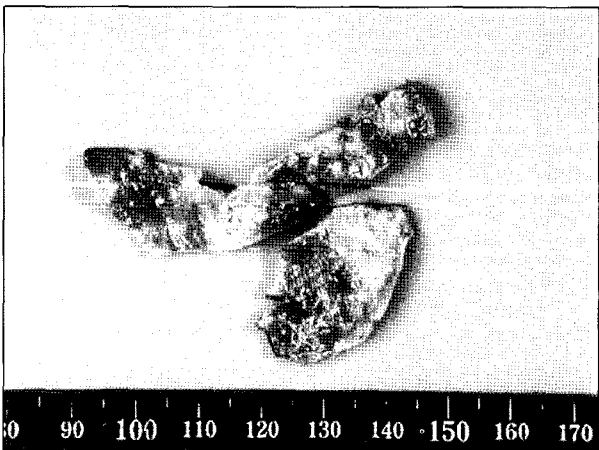


Fig. 2. Gross finding; the outer wall of cyst was grayish and the inner wall was mucoid.

고 찰

원시 전장으로부터 만들어지는 낭종은 기관지성, 장성 그리고 비특이성으로 나눌 수 있다[1]. 각각의 낭종에 대한 감별진단은 그 위치와 구성 성분에 의존한다. 낭종을 채우고 있는 점액 성분의 특성과 낭벽을 구성하는 상피세포의 종류는 그 낭종이 기관지성인지 장성인지를 진단하는 기준이 된다[1,2]. 기관지성 낭종은 뚜렷한 증상을 호소하지 않을 수 있지만 환자의 50~75%에서 증상을 가지고 있으며 25~37%에서는 심각한 합병증을 갖는다. 가장 흔한 증상은 흉통이며 호흡곤란, 기침, 발열 등이 있다. 낭종

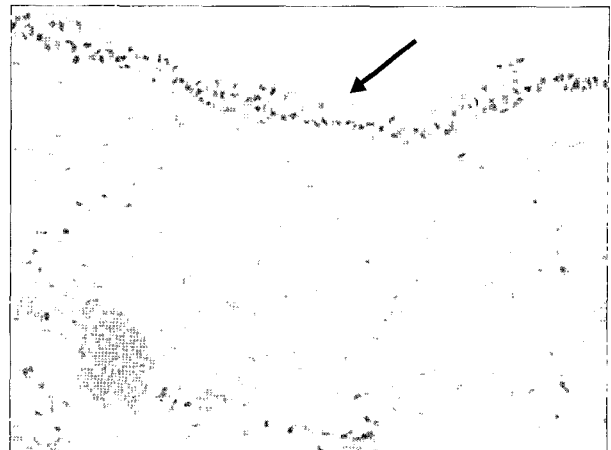


Fig. 3. Microscopic finding; the lining epithelium of the cyst consisted of pseudostratified columnar ciliated epithelium (H&E stain, ×100).

의 압박으로 인한 연하곤란을 동반할 수 있다[3]. 진단은 흉부 X-선 사진상 경계가 분명하고 석회화가 없는 하나의 원형 또는 난원형의 종괴양상이 나타날 때 여러 방법으로 기타의 종괴동종양과 감별함으로써 가능할 수 있으나 확진하려면 조직학적 검사가 필요하다. 낭벽은 보통 종이 두께 정도이며 섬모원추상피로 덮혀있고 점액선, 연골, 결합조직 및 근육 등을 포함한다[4]. 경피적 세침 흡입술로 진단과 치료를 시도할 수도 있지만, 기관지 상피세포가 그대로 남아있게 되므로 재발을 피할 수 없고, 진단적 정보를 거의 주지 않을뿐더러 악성종양을 배제할 수 없으며 세침흡입술 자체가 감염과 출혈의 위험을 안고 있으므로 권하지 않는다[3]. 기관지성 낭종의 치료는 증세가 있는 경우는 물론, 없는 경우라 할지라도 감염의 위험성 및 낭종의 크기가 커짐에 따른 주위조직의 압박 가능성이 있으며 또한 악성 가능성도 전혀 배제할 수 없기 때문에 완전 절제가 필요하다[5].

식도 주위의 기관지성 낭종은 종종 보고되고 있으나, 식도 근육 내에 기관지성 낭종이 완전히 묻혀 있는 경우는 극히 드물다[6]. 수술 전에 기관지성 낭종과 식도 낭종을 구분하는 것은 매우 어려우며 식도 근육층 내에 함몰되어 있는 경우는 경식도 초음파, 자기공명 촬영, 컴퓨터 단층 촬영 등으로도 구별이 불가능하다[7]. 식도 근육층 내에 함몰한 기관지성 낭종은 1979년 이종배 등[8]이 국내에서 처음 보고한 이후, 지금까지 총 3예의 치험보고가 이루어져 있다. 본 예의 경우 식도 양성 종양으로 의심하고 수술을 시행하였으며 병리조직 검사 소견상 기관지성 낭

종으로 확진되었다. 그러나 식도 근육층 내에 함몰한 기관지성 낭종은 기관지 및 식도 점막과의 교통이 없었다. 수술은 우측 개흉하여 식도 점막의 손상 없이 절제 할 수 있었다.

참 고 문 헌

1. Sirivella S, Ford WB, Zikria EA, Miller WH, Samadani SR, Sullivan ME. *Foregut cysts of the mediastinum*. J Thorac Cardiovasc Surg 1985;90:776-82.
2. St-Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, et al. *Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult*. Ann Thorac Surg 1991;52:6-13.
3. Kim IS, Ahn JB, Jung SC, et al. *Clinical analysis of bronchogenic cyst*. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2004; 37:585-90.
4. Sohn DS, Oh SJ, Lee HS, Kang JH, Kim SH, Kim CH. *Bronchogenic cyst, a report of 2 cases [An intraesophageal cyst and a multiloculated cyst]*. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 1985;18:800-5.
5. Kernstine KH, Van Natta TL, Burkhart HM, DeArmond DT. *Congenital lung disease*. In: Sellke FW. *Surgery of the chest*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunder. 2005;119-39.
6. Kollias VD, Panagiotides HC, Kantidakis GH, Charonis CG. *Intramural bronchogenic cyst of the oesophagus: a rare entity*. Respiration 1998;65:208-10.
7. Cho YH, Choi YH, Ryu SM, et al. *Intramural bronchogenic cyst of the esophagus*. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2005;38:870-72.
8. Rhee CB, Kim KH, Kim CW, Kim KH. *A bronchogenic cyst in the wall of the esophagus: report of a case*. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 1976;9:69-72.

=국문 초록=

기관지성 낭종은 일반적으로 폐실질 내 혹은 종격동 내에 발생하는 것으로 알려져 있다. 종격동 내에 위치하는 경우 기관지와 식도 부근에 위치하나 식도에 함몰되어 있는 경우는 매우 드물다. 수술 전에 기관지성 낭종과 식도 낭종을 구분하는 것은 매우 어려워 식도 양성 종양으로 의심하고 수술을 시행하게 된다. 저자들은 우연히 발견된 식도 내 종양이 수술 절제를 통해 기관지성 낭종으로 밝혀져 보고하는 바이다.

- 중심 단어 : 1. 낭종
2. 기관지성 낭종
3. 식도 낭종