

흉선암 1례 보고

고영호*·최덕영*·원경준*·김영진*
손동섭*·조대윤*·양기민*

=Abstract=

Thymic Carcinoma -A Case Report-

Young Ho Ko, M.D.*, Deok Young Choi, M.D.*, Kyung Jun Won, M.D.*, Young Jin Kim, M.D.*
Dong Suep Sohn, M.D.*, Dai Yun Cho, M.D.*, Ki Min Yang, M.D.*

We have experienced a case of primary thymic carcinoma.

A 39 year old female patient admitted with incidentally detected mediastinal mass on chest film. The tumor showed invasion to surrounding tissues and the mediastinal lymphadenopathies were also noted. Invasion to contiguous mediastinal structures made complete surgical extirpation impossible and the biopsy findings revealed primary thymic carcinoma.

Primary thymic carcinoma is a rare neoplasm originating from the thymic epithelial cells. Clinical behavior of the thymic carcinoma is much different from its benign counterpart and several pathologic variants were reported.

(Korean J Thoracic Cardiovas Surg 1994;27:497-501)

Key words : 1. Thymoma
2. Carcinoma

증 례

환자 : 39세 여자
주소 : 내원 3~4일전 흉부단순촬영상 우연히 발견된
종격동 종괴
현병력 : 내원 1년 전부터 자궁근종으로 본원 산부인과
외래에서 추적검사 받던 환자로 내원 3일전 단순 흉부 촬영
영상 전종격동에 종괴가 발견되어 내과에서 경피적 침흡
인술 시행하였으나 확진되지 않아 본과로 전원된 환자였
음.
과거력 : 자궁외 임신, 난소 낭종으로 내원 2년전 수술

받은 적이 있고 자궁 근종으로 1년 전부터 산부인과 외래
에서 추적검사 받았음.

이학적 소견 : 환자는 비교적 건강한 모습이었으나 최근
한달간 약 6kg의 체중감소가 있었고 운동시 경미한 호흡
곤란이 있는 것 이외에는 전신쇠약감, 발열, 흉통 등의 소
견은 보이지 않았고 흉부 청진상 심잡음이나 호흡음 감소,
비정상적인 호흡음은 들리지 않았다. 환자의 좌측 쇄골상
방 림프절이 촉진되었다.

검사 소견 : 흉부단순 촬영상 종격동이 확대되어 종격동
종괴가 의심되었다(그림 1). 흉부 단층 촬영 사진에서 보
면 제 2번 흉추 높이에서 종괴는 관찰되지 않으나 종격동

* 중앙대학교 의과대학 흉부외과학교실

* Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, ChungAng University College of Medicine

통신저자: 고영호, (140-757) 서울시 용산구 한강로 3가 65-207, Tel. (02) 799-2166, Fax. (02) 794-4319



그림 1. 술전 흉부사진



그림 3. 흉부 단층사진, 3번 흉추 높이



그림 2. 흉부 단층사진, 2번 흉추 높이



그림 4. 흉부 단층사진, 4번 흉추 높이

림프절의 종대가 관찰되었고(그림 2), 제 3번 흉추 높이에서는 정중선을 가로지르는 전종격동 종괴가 관찰되었으며(그림 3), 제 4번 흉추 높이에서 종괴는 결절형태를 보이며 주위 조직과의 경계가 불분명하였다(그림 4). 전 흉벽으로 침습도 의심되었다. 기타 검사소견상 특이 소견은 없었다.

이상의 소견으로 침습성 흉선종, 림프종, 생식 세포종 등 의심하여 진단적 개흉술을 시행하였다. 종격동 절개술을 시행하여 종괴 조직의 일부를 냉동 생검한 결과 흉선종으로 판명되어 완전 절제를 위하여 다시 정중 흉골절개술 시행하여 종양절제를 시도하였으나 주위조직으로의 침습으로 완전절제가 불가능하였다. 수술시 종양은 10×9×8 cm 크기의 비교적 둥근 모양으로 종격동에 고정되어 있었으며 표면은 단단하고 결절형성을 보이고 있었다. 또한 심

낭, 흉막, 폐문, 횡격신경 등 주위 조직으로의 침습이 있었으며 종격동 림프절 종대도 보이고 있었다(그림 5).

절단면 소견상 종괴는 노란색을 띠는 단단한 종괴였으며 두꺼운 섬유조직에 의해 여러 결절로 나누어져 있었다(그림 6).

저배율 소견상 종양세포는 세포소(nest)를 형성하거나 판상(sheet form)으로 구성되어 있으며 사이사이로 섬유조직이 가로 지르고 있었다(그림 7). 종양괴사도 비교적 흔히 관찰할 수 있었다(그림 8). 고배율 소견상 종양세포는 모양이 진기(bizarre)하며 세포핵은 소낭성(vesicular)이고, 뚜렷한 호산성의 인(nucleoli)을 가지는 미분화된 편평상피세포이었다(그림 9).

이상의 결과로 환자는 흉선암으로 진단되었고 술후 11일째 횡격막 절단으로 횡격막이 상승된점 이외에는 특이 사항 없이 퇴원하여 방사선 치료를 위해 타병원으로 전원

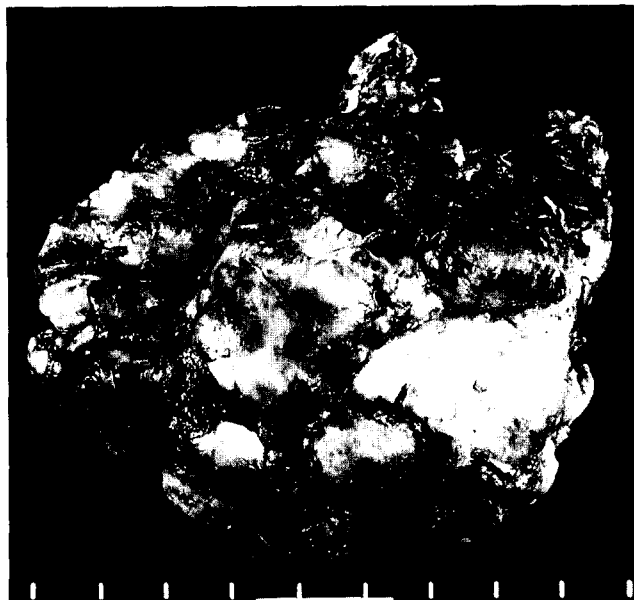


그림 5. 육안 조직 소견

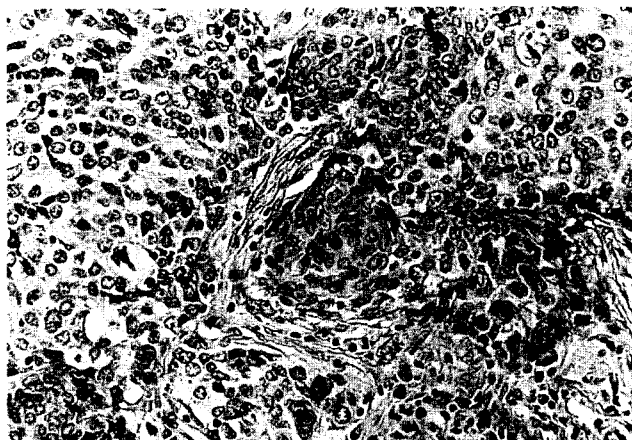


그림 7. 저배율 소견

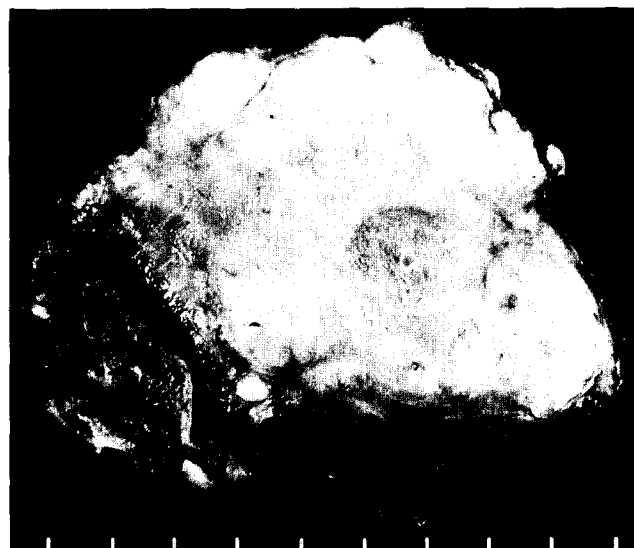


그림 6. 절단면 소견



그림 8. 현미경적 종양괴사

되었다(그림 10).

고 찰

홍선에 발생하는 상피세포 기원의 종양은 세포학적으로 양성이면서 국소적인 침습이나 흉강외로 전이는 보이지 않는 양성 홍선종과 이러한 정의에 맞지 않는 악성 홍선종

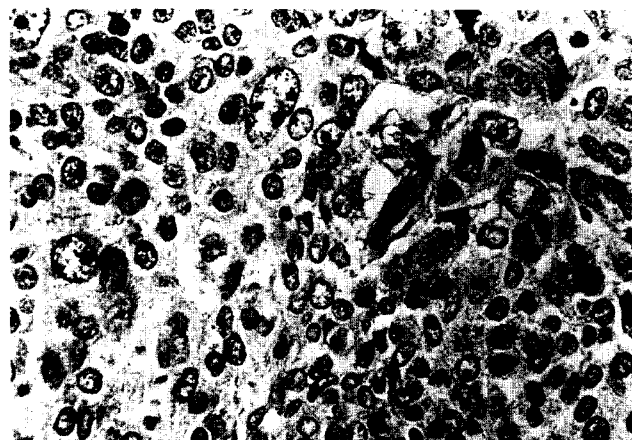


그림 9. 고배율 소견

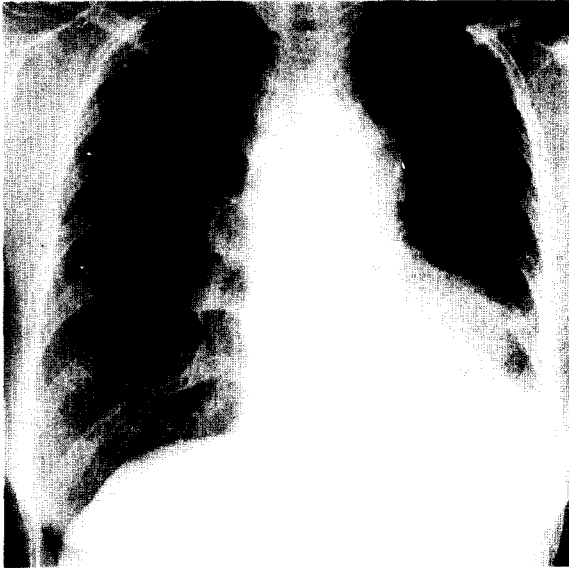


그림 10. 슬후 흉부사진

(malignant thymoma)으로 나눌 수 있다.

일반적으로 악성 흉선종(malignant thymoma)은 불리는 것은 엄밀히 정의하면 두가지 부류로 구분할 수 있다. 첫 번째는 세포학적인 이형성(atypia)은 별로 없으면서 국소적인 침윤이나 전이를 하는 침습성 혹은 전이성 흉선종(invasive or metastasizing thymoma)이며, 두 번째는 세포학적으로 악성인 소견을 보이며 원격전이를 잘 일으키는 흉선암(thymic carcinoma)이다. 이렇게 병리 조직학적으로 서로 다른 종양이 임상적으로 같은 부류로 포함되어 그 분류나 예후의 판정에 혼란이 있었다¹⁾. 임상양상과 병리 조직학적 소견을 종합한 Levine 과 Rosai에 의한 악성 흉선종의 분류는 표 1과 같다²⁾. 흉선암은 매우 드문 질환으로 정확한 발병율은 알려져 있지 않으며 Mayo clinic에서 1905년부터 1980년까지 75년간 20례를 경험한 것으로 보고하였다³⁾.

임상양상으로는 흉통, 기침 및 비특이적인 전신증세를 가장 많이 호소하며 이증례와 같이 무증상으로서 단순흉부 촬영상 우연히 발견된 경우도 있다. 흉선종과는 달리 중증 근무력증, 쿠싱 증후군, 저감마글로불린혈증, 재생불량성 빈혈을 보이는 경우는 거의 없다.

방사선 소견으로는 석회화나 낭포형성을 하지않는 전종격동 종괴로 종격동의 윤곽을 벗어나 돌출되어 보인다. 전이를 잘하는 부위로는 폐, 간, 흉곽외 림프절, 부신, 뼈 등이나 흉곽내에 국한되어 매우 크게 자란 경우도 드물지 않다. 흉선암을 진단함에 있어 염두에 두어야 할 점은 첫째

표 1. 악성 흉선종의 분류

1. 세포학적 이형성이 없거나 적은 경우
 - a. 국소적인 침윤이 있는 흉선종(대개는 이 형태)
 - b. 림프성 혹은 혈행성 전이가 있는 흉선종(드문 경우)
2. 세포학적으로 악성인 경우(흉선암)
 - a. Squamous cell carcinoma
 - b. Lymphoepithelioma-like
 - c. Clear cell carcinoma
 - d. Sarcomatoid
 - e. Undifferentiated

흉선 림프종이나 다른 부위로부터의 전이를 배제하여야 하며 두 번째 기형종에서 간혹 발견되는 암종과 구분되어야 하며 세 번째 전자현미경 소견으로는 흉선의 종양이 양성인지 악성인지를 판별할 수 없으며 원발성인지 전이성인지도 구별할 수 없다는 사실을 알아야 한다는 것이다.

흉선암은 조직학적 형태에 따라 squamous cell type, lymphoepithelioma like type, clear cell type, sarcomatoid type, undifferentiated type 등의 다양한 형태학적 변종이 보고되어 있다³⁾.

이중 가장 흔한 형태인 lymphoepithelioma like type은 정상 흉선상피 세포의 2배 정도의 크기로 세포의 경계가 불분명하고 양염성인(amphophilic) 세포질을 가진다. 핵은 낭포형의 둥근모양이며 호산성 혹은 양염성인 핵인을 갖는다. 세포분열을 볼 수 있으며 현미경적인 괴사의 소견도 존재한다. 세포의 증식은 주로 판상의 배열을 보이거나 기관양(organoid)으로 보이는 부분도 있다³⁾. 이 형태는 비인두에 발생하는 상피세포암과 조직학적 소견이 매우 유사하며 그 원인에 있어서도 비인두에 발생하는 상피세포암과 같이 Epstein-Barr 바이러스가 관여 할 것이라는 보고도 있다⁴⁾.

흉선암은 그 증례가 많지 않아 여러 의료기관의 치료성적을 종합한 보고가 없고 예후도 불량하여 일정한 치료 원칙이 정하여 지지 못하여 일반적으로 악성 흉선종의 치료 방침과 같이 화학요법과 방사선치료를 병용하는 경우, 방사선 치료만을 시행한 경우 등이 보고되어 있다^{1, 3, 5)}. Mayo clinic의 예에서 평균 슬후 생존기간은 20.3개월이었다³⁾.

References

1. Lewis JE, Wick MR, Scheithauer BW, et al. *Thymoma: A clin-*

- icopathologic review. Cancer* 1987;60:2727-43
2. Levine GD, Rosai J. *Thymic hyperplasia and neoplasia: A review of current concept. Hum Pathol* 1978;9:495-515
 3. Wick MR, Scheithauer BW, Weiland LH, Bernatz PE. *Primary thymic carcinomas. Am J Surg Pathol* 1982;6:613-30
 4. Leyvraz S, Henle W, Chahinian AP, et al. *Association of Epstein-Barr virus with thymic carcinoma. N Engl J Med* 1985;312:1296-7
 5. Marks RD, Wallace KE, Pettit HS. *Radiation therapy control of nine patients with malignant thymoma. Cancer* 1978;41:117-9
-