

# 기관지내 과오종의 외과적 치료

-1례 보고-

하종곤\* · 성후식\*

=Abstract=

## Surgical Treatment of Endobronchial Hamartoma -A case report-

Chong Gon Ha, M.D.\*, Hu Shick Sung, M.D.\*

Endobronchial hamartoma is a extremely rare lesion. The patient was 47 years old female and complained of cough and dyspnea for several years. On bronchoscopy, a finger tip size mass, nearly occluding the left main bronchus and located 4cm from the carina, was found. Bronchoscopic biopsy showed the chronic inflammatory findings.

We performed bronchotomy and removed the mass through left thoracotomy. The endobronchial tumor was confirmed hamartoma histopathologically.

(Korean J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 28: 423-5)

**Key words** : 1. Hamartoma  
2. Bronchial neoplasm

### 중 례

47세 비흡연 여자 환자로 10일 전부터 시작된 마른기침으로 내원하였다. 과거력상 6년전 좌하엽폐염으로 치료받았으며 그 후 간헐적 기침 및 호흡곤란과 열감증으로 약국에서 약물복용만 해오다 입원 10일 전부터 증상이 더욱 심해져 외래통해 입원하였다.

이학적소견상 혈압 140/100 mmHg, 호흡수 20/min, 맥박 80/min, 체온 38℃였고, 청진상 좌측폐하에서 호흡음 감소 및 나옴(rale)이 들렸다. 혈액검사상 백혈구가 21,900/mm<sup>3</sup>로 증가되어 있었으나 그외 간기능검사 및 혈액화학검사상 특이소견이 없었다.

단순흉부사진상 좌폐하에 reticulonodular & patched

density가 보였으며(그림 1), 흉부단층촬영상 기관지내종양이 좌상엽과 좌하엽으로 분지되는 곳에 보였다. 또한 폐문주위에 국소성 무기폐화된 고형질화가 있었으며 좌폐아가 전반적으로 폐기종화되어 있는 소견이 보였다(그림 2). 기관지경검사상 기관분기부에서 4cm 떨어진 좌측 주기관지가 거의 폐쇄된 소견이 보였으며, 조직검사상에서는 만성염증을 보였다. 폐기능검사상 FEV<sub>1</sub>이 1.29 L, FVC 1.41 L이었다.

수술은 일측폐환기로 전신마취하에 좌측와위 자세로 제4늑간을 통하여 실시하였다. 좌상엽과 좌하엽으로 분지되는 기관지 부위를 충분히 박리하고 기관지를 절개하여 종양이 부착되어있는 기관지를 포함하여 종양을 제거한후 기관지는 4-0 Vicryl로 단단문합을 한후 벽측 흉막피판을

\* 포항 선린병원 흉부외과

\* Department of Thoracic & Cardiovascular, Surgery Pohang Sunrin Hospital

논문접수번호: 941024-1 논문통과일: 94년 11월 16일

통신저자: 하종곤, (790-100) 경북 포항시 대신동 67-7, Tel. (0562) 44-2662, Fax. (0562) 44-6864

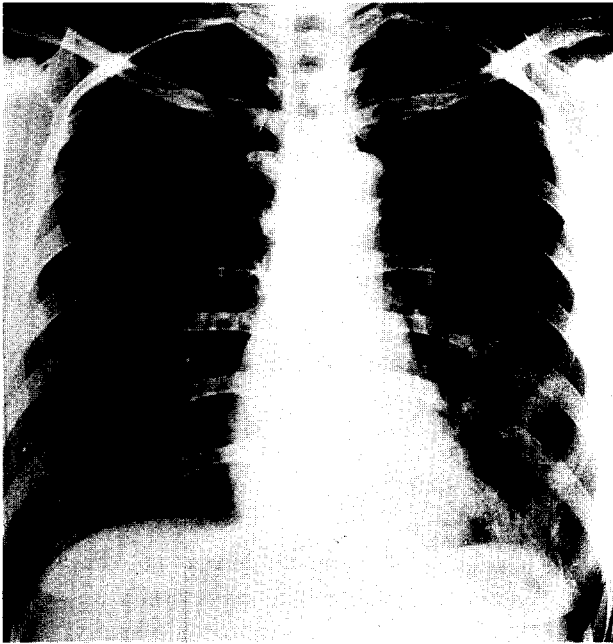


그림 1. 술전 흉부사진



그림 3. 기관지 절개 후 노출된 종양의 수술소견.

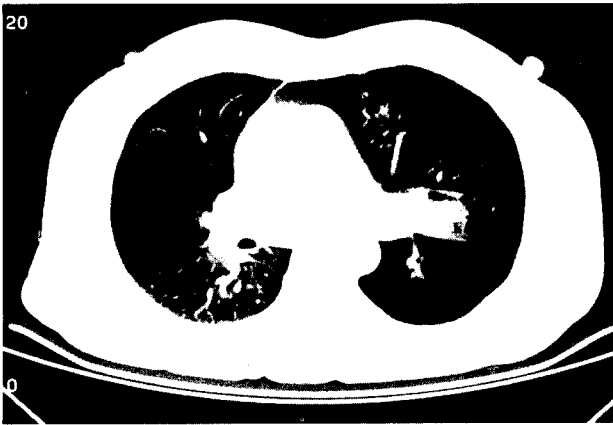


그림 2. 술전 흉부 전산화 단층사진. 종양에 의한 좌측기관지의 폐쇄 소견을 보여준다.

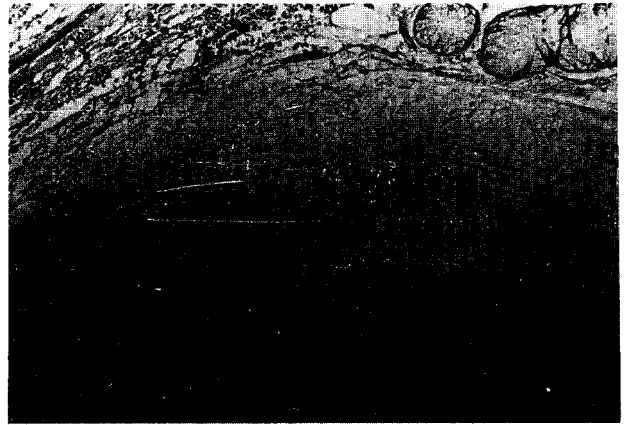


그림 4. 절제된 종양의 조직소견.

이용하여 봉합부위를 보강하였다.

술후 병리조직소견에서 육안적 검사상 크기는  $1.2 \times 1.0 \times 1.0$ cm의 연노란색의 단단한 결절모양의 연성조직의 종괴였으며 현미경소견상 점액선과 지방조직 및 섬유상피로 둘러싸인 연결점액성으로 구성된 과오종으로 판명되었다(그림 3, 4). 술후 3일째 시행한 기관지경검사서 유출이나 협착소견은 없었다. 환자는 별다른 합병증 없이 술후

10일째 퇴원하였다(그림 5).

## 고 찰

과오종은 간과 폐에서 가장 흔한 양성종양이며 폐의 양성종양중 가장 흔한 것으로 폐종양의 8%에 달하며 폐양성종양의 77%를 차지한다<sup>1-3)</sup>.



그림 5. 수술 10일째 흉부사진

폐과오종은 대부분 폐의 가장자리에서 발생하는데 기관지내에 발생하는 경우는 전체 폐과오종의 3~20%까지 다양하게 보고되고 있다<sup>1, 3, 4)</sup>. 폐실질내 과오종은 40~50대(평균 56.2세)에 호발하며 기관지내 과오종도 비슷한 연령(평균 52.9)에서 호발한다고 한다<sup>5)</sup>. 또한 남자에서 더 많이 발생한다고 보고하고 있으나 아직 확실치는 않다<sup>2, 4, 6, 7)</sup>. 폐실질내 과오종은 대부분 가장자리에 위치하여 증상이 대부분 없어 우연히 단순흉부사진상 발견되는 경우가 많으나 기관지내 과오종은 대부분에서 기관지 폐쇄로 인한 폐기종 및 폐렴, 무기폐 그리고 기관지확장증 등이 생겨 기침, 가래, 각혈, 열 등의 증상이 생길 수 있다<sup>1, 2, 5, 6)</sup>. 폐실질내 과오종은 양측폐에 균일하게 호발하나 기관지내 과오종은 좌측폐에 더 많이 호발한다고 보고하고 있다<sup>5, 7)</sup>.

단순흉부사진상에서는 폐실질내 과오종은 보통 경계가 뚜렷한 동전성 병변으로 석회침착이 3~75%까지 나타난다고 보고하고 있으며 석회침착은 양성병변을 의미하지만 이것은 결핵이나 악성종양 등에서 나타나기 때문에 과오종이라는 확진은 되지 못한다. 그러나 기관지내 과오종에서는 보통 기관지내 폐쇄성병변에 의한 무기폐, 폐렴, 폐농양 등 말단 폐실질의 변화만 주로 관찰된다<sup>6)</sup>.

조직병리소견상 폐실질내 과오종과 기관지내 과오종이

비슷한 중간엽성 요소(mesenchymal constituent)를 가지고 있으나 기관지내 과오종에서는 중간엽성요소에서 epithelial cleft와 연골의 비율이 지방조직에 비해 보다 적은 비율로 구성되어 있다고 보고하고 있다<sup>5)</sup>.

대부분 폐실질내 과오종은 증상 및 이학적 소견상 별 특이 소견이 없어 기관지경검사나 객담 세포병리검사로 진단에 별 도움이 되지 못하나 최근 경피적 침흡인생검술로 정확한 진단이 가능하다. 그러나 기관지내 과오종은 기관지경 검사와 객담 세포병리검사가 진단에 유용하다<sup>1, 2)</sup>.

수술이 요구되는 경우는 임상적으로나 방사선검사상 악성종양과 감별이 어렵거나 무기폐나 기관지확장증, 폐렴 등 증상이 있을시 또는 방사선검사상 계속적으로 크기가 커질시 수술이 요구된다<sup>3)</sup>. 수술은 폐조직을 가능한 보존하면서 종양을 절제하는 것이 중요하며, 특히 기관지내 과오종의 경우 기관지경으로 제거하거나 기관지 절개만으로 제거가 가능하다<sup>4, 5, 6)</sup>.

아직 논란의 여지가 있지만 아주 드물게 과오종이 악성화로 진행된다는 보고가 있다. 이런 악성화 진행은 대부분 수술 후 바로 진행된다고 하며 이런 변화는 불분명하지만 수술에 의한 외상이나 면역저항의 파괴가 중요한 요인이 아닐까 생각된다<sup>8)</sup>. 또한 과오종은 제거 후 재발은 하지 않는다고 하였으나<sup>2)</sup> 재발된 경우의 보고도 있어<sup>7)</sup> 앞으로 추적 관찰이 필요한 질환이다.

### 참고 문헌

1. 김용한, 성숙환, 김주현. 폐과오종의 외과적 치료. 대흉외지 1994;27:215-20
2. Shields TW. *General Thoracic Surgery*. 3rd Ed. Philadelphia. London: Lea & Febiger. 1989:935-6
3. Hansen CP, Holtveg H, Francis D, Rasch L, Bertelsen S. *Pulmonary hamartoma*. J Thorac Cardiovasc Surg 1992;104:674-8
4. Oldham HN, Young WG, Sealy WC. *Hamartoma of the lung*. J Thorac Cardiovasc Surg 1967;53:735-43
5. Tomashefski JF. *Benign endobronchial mesenchymal tumors*. Am J Surg Pathol 1982;6:531-40
6. Koutras P, Urschel HC, Paulson DL. *Hamartoma of the lung*. J Thorac Cardiovasc Surg 1971;61:768-76
7. Van den Basch JMM, Wagenaar SS, Corrin B, Elbers JRJ, Knaepen PJ, Westermann CJJ. *Mesenchymoma of the lung (so called hamartoma): a review of 154 parenchymal and endobronchial cases*. Thorax 1987;42:790-3
8. Basile A, Gregoris A, Antoci B, Romanelli M. *Malignant change in a benign pulmonary hamartoma*. Thorax 1989;44:232-3