梨花醫大誌 : 第 18 卷 第 2 號 1995
Ewha Med J Vol. 18, No. 2, 1995

후복막강에 발생한 낭성 임파관종 1례

이화여자대학교 의과대학 비뇨기과학교실, 병리학교실*
김영선 · 장석흔 · 심봉석 · 권성원 · 구혜수*

= Abstract =

A Case of Retroperitoneal Cystic Lymphangioma

Young Sun Kim · Seok Heun Jang · Bong Suck Shim
Sung Won Kwon · Hye su Gu*

Department of Urology and Pathology, College of Medicine, Ewha Womans University*

Cystic lymphangioma is a very rare condition of unknown etiology. It is generally regarded as a developmental malformation in which obstruction or agenesis of lymphatic tissue results in lymphangi-ectasis secondary to lack of normal communication of the lymphatic system.

Most lymphagiomas occur in the neck(75%) and axillary region(20%). Lymphangiomas may rarely occur in the retroperitoneum, mediastinum and mesentery.

We report a case of 42-year-old woman with histologically proven cystic lymphangioma in retroperitoneum.

서 론

임파관종은 95% 정도가 경부 및 액와부에서 발생되며, 5% 정도가 종격동, 장막, 후복막 등에서 발견된다[1)2)].

이 질환은 국소 임파계의 선천성 기형으로 인하여 이차적으로 생기는 것으로 알려져 있으나, 정확한 발생기전에 대해서는 몇가지 가설이 있을 뿐이다[1)].

후복막강의 낭종성 임파관종은 1899년 Sarwey에 의해 처음 보고된 이래 문헌상 43례가 보고되어 있는 드문 질환이다[3)4)].

최근 저자들은 후복막강에 발생한 낭종성 임파관종 1례를 치험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환 자 : 김○임, 여자, 42세.

주 소 : 내원 5개월 전부터 발생한 좌측 측복부 동통 및 종물로 내원하였다.

현병력 : 5개월 전부터 좌측 측복부 동통 및 종물이 촉지되었으며, 다른 특이 소견은 없었다.

과거력 및 가족력 : 특이 사항 없었다.

이학적 소견 : 입원 당시 활력 징후는 정상이었으며, 전신 상태는 양호하였고, 좌측 측복부에 10×8cm 크기의 종물이 촉지되었다.

검사소견 : 일반혈액검사, 혈액화학검사는 정상이었으나, 요검사에서 고배율 검경하 다수의 적혈구가 검출되었다.

방사선학적 소견 :

1) 복부 초음파 촬영 : 좌측 후복막강 내에 10×8×8cm 크기의 무반향성 종물이 있었다.

2) 배설성 요로 촬영 : 좌측 신장이 상부로 이동된 소견 외에는 특이 사항이 없었다(Fig. 1).

3) 복부 전산화 단층 촬영 : 좌측 신장과 요관을

상부로 이동시키는 10×8×8cm 크기의 낭성 종물이 좌측 후복막강 내에 있었으며, 조영제 주입 후에 종물내로 조영제 증강은 없었다(Fig. 2).

수술 소견 : 환자는 전신 마취하에 우측 측와위를 한후, 좌측 측복부 절개를 가하여 종물을 제거하였다. 종물은 좌측 신장과는 분리되어 있었고, 뒤쪽으로는 요관과 유착이 되어 있었지만 쉽게 분리가 되었다.

병리 조직 소견 :

1) 육안적 소견 : 적출된 종물의 크기는 10×8×8 cm이었으며, 표면은 미끈하였다. 절단했을시 종물 안에는 유미색의 액체가 100ml 차 있었다(Fig. 3).

2) 현미경적 소견 : 종양은 느슨한 결체조직 속에 임파세포로 구성된 임파관으로 구성되어 있으며, 그 사이에 평활근도 보이고 있었다(Fig. 4).

경 과 : 술후 경과는 양호한 상태로 퇴원하였고, 그후 재발된 소견은 보이지 않았다.

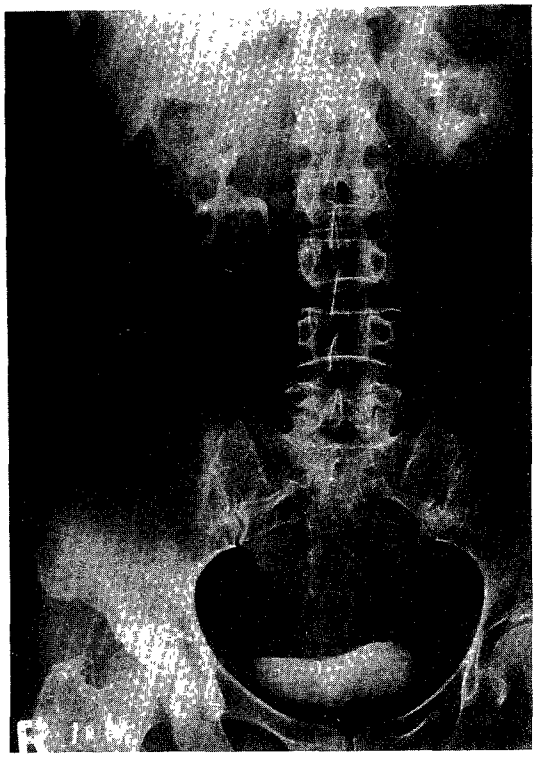

Fig. 1. IVU shows upward displaced left pelvocalyceal system.

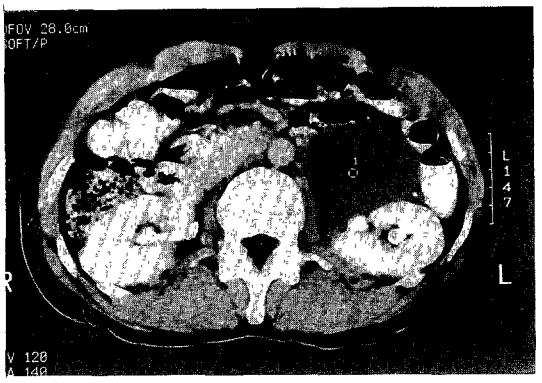

Fig. 2. Abdominal CT scan shows 10×8×8cm sized, well demarcated cystic mass on anterior aspect of left kidney.

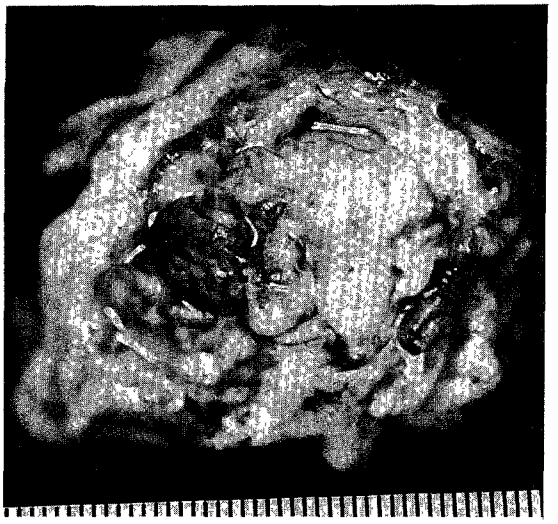

Fig. 3. Cut surface showing slippery mucosal surface with yellowish fluid.

Fig. 4. Microscopic finding ; Tumor consists of large lymphatic channels growing in loose connective tissue. A few disorganized bundles of smooth muscle are present in the wall of the large channels(H and E stain, ×100).

고 안

임파관종이 진성의 신생물이나 종물을 형성하는 기형이냐는 아직도 논란 중이지만 대부분은 태생기에 임파계가 발생하는 과정에서 기형으로 인해 이차적으로 생기는 것으로 되어 있다[5].

임파관종은 남자가 여자보다 약간 빈도가 높으며[6], 90% 이상이 2세 이전에 발견되어 성장함에 따라 서서히 커진다[2]. 본 증례는 성인에서 발견된 경우에 해당이 된다. 임파관종의 95% 정도가 경부 및 액와부에 발생되며, 종격동, 장막, 후복막 등에 발생되는 경우는 극히 드물다[1)2)]. 임파관계는 태생 5주 말 또는 심혈관계가 발생된 후 2주 후에 시작된다[7]. 임파관종은 선천적으로 국소 임파계의 폐색 또는 폐쇄부전으로 생기거나 또는 정맥계와 임파계의 연결 통로가 없음으로서 생길 수 있는데 대부분의 임파관종은 후자에 의해 생긴다고 보며 그 이유는 환자의 50~60%가 출생시에 나타나기 때문이다[2)8)].

임파관종은 조직학적으로 모세혈관성, 해면성, 낭종성으로 구분되며[9], 본 증례에서는 정상 임파관계와 교통이 없는 낭종성 임파관종이었다.

낭종성 임파관종은 유미성 체액을 함유하고 있고, 낭종 벽은 섬유성 조직, 임파관, 혈관 및 평활근으로 이루어져 있다[3].

증상은 보통 위장계나 비뇨 생식기계를 압박함으로써 나타나며, 압통이 동반되는 점차 커지는 낭종성 종물로 나타나고, 천자시 투과성인 장액성 추출액을 확인할 수 있다. 본 증례에서는 측복부 동통 및 촉지되는 종물로 내원하였다.

진단 방법으로는 초음파 검사, 복부 전산화 단층촬영 및 임파관 조영술 등이 있으나, 임파관 조영술은 임파관종이 임파계와 교통이 있는 경우가 드물며, 시술 자체가 침습적이기 때문에 잘 시행되지 않는다[10]. 본 증례에서는 초음파 검사와 복부 전산화 단층촬영을 시행하였다. 다른 후복막 종물과 뚜렷하게 구분할 수 있는 임상 증상 및 방사선학적 검사 방법이 없기 때문에 대부분 외과적 절제 후에 진단이 내려진다.

감별해야할 질환으로는 요생식기에서 발생하는 낭종, 결장간막에서 발생하는 낭종, 세포 봉입체에서 발생하는 낭종, 기형성 낭종, 외상성 혈성 낭종 및 기생충성 낭종 등이 있다[11].

치료는 완전한 외과적 절제술이며, 불완전 제거시 재발이 흔하다. 그 외에 낭종내에 경화제의 주입, 광범위한 소작 방법이 시도되고 있으나 성공했다는 보고는 아직 없다[12]. 본 증례는 완전 낭종 절제술을 시행한 후 추적 관찰 중이다.

결 론

저자들은 좌측 후복막강에 발생한 낭종성 임파관종 1례를 치험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

References

1) Rekhi BM, Esselstyn CB Jr, Levy L : *Retroperitoneal cystic lymphangioma. Report of two cases and review of the literature. Cleveland Clinic Quarterly 1972 : 39 : 125-128*
2) Singh S, Baboo ML, Pathak IC : *Cystic lymphangioma in children. Report of 32 cases including lesions at rare sites. Surgery 1971 : 69 : 947-951*
3) Rauch RF : *Retroperitoneal lymphangioma. AMA Arch Surg 1959 : 78 : 45-50*
4) Koshy A, Tandon RK, Kapur BM, Rao KV, Joshi K : *Retroperitoneal lymphangioma. A case report with review of the literature. Am J Gastroenterol 1978 : 69 : 485-490*
5) Felman MA, Cotton RE : *Hygroma of the scrotum. Br J Surg 1966 : 53 : 642-645*
6) Bill AH, Sumner DS : *A unified concept of lymphangioma and cystic hygroma. Surg Gyne and Obset 1940 : 120 : 79-82*
7) Hamilton WJ, Boyd JD, Mossman HW : *Urogenital system. In : Human, Embryology : Pranatal Development of From and Function. 3rd ed., Baltimore, The Williams and Wilkins Co, 1962 : pp281-282*
8) Godart S : *Embryological significance of lymphangioma. Arch Dis Child 1966 : 41 : 204-206*
9) Harrow BR : *Retroperitoneal lymphatic cyst. J Urol 1957 : 77 : 82-89*
10) Roisman I, Manny J, Fields S, Shiloni E : *Intraabdominal lymphangioma. Br J Surg 1989 : 76 : 485-489*
11) Pollack HM : *Clinical urography. 3rd ed., Philadelphia, WB Saunders, 1990 : pp2453-2456*
12) Stanislav TM, Kaje SB, Frederick wW : *Cystic lymphangioma of the scrotum. J Urol 1983 : 131 : 1179-1181*