

인두 뒤 공간으로 자란 미만성 갑상선종

가천의과대학 학교 영상의학교실, ¹연세대학교 의과대학 영상의학교실

박 성 희 · 김 은 경¹

Retropharyngeal Growth of a Diffuse Goiter

Sung Hee Park, M.D. and Eun-Kyung Kim, M.D.¹

When there is a large goiter, it usually grows downward to the lower anterior neck it rarely grows upward to the retropharyngeal space. We report a 73-year-old woman with a palpable neck mass that was shown to be a diffuse goiter extending into the retropharyngeal space. The mass was well-demonstrated on CT scan. (*Korean J Endocrine Surg* 2008;8:269-271)

Key Words: Thyroid, Goiter, Retropharyngeal space
중심 단어: 갑상선, 갑상선종, 인두 뒤 공간

Department of Radiology, Gachon University of Medicine and Science, Incheon, ¹Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

서 론

갑상선종은 통증이 동반되지 않은 전경부 종괴의 가장 흔한 원인으로 일반인의 3~5% 정도의 발생률을 보인다고 알려져 있으며(1,2) 임상조건, 혈액검사 등으로 쉽게 진단할 수 있는 질환이다. 갑상선종은 크기가 커지면 주로 하방으로 성장하여 흉곽입구로 자라며, 상부 종격동까지 성장하는 경우도 드물지 않다. 그러나 상부로의 성장, 즉 인두나 귀밑으로의 성장은 매우 드물게 보고되고 있다.(3-6) 본 증례보고에서는 측경부 종괴가 만져져 내원한 여성에서 갑상선종이 인두 뒤 공간까지 성장한 예를 보고한다.

증 례

73세 여자가 6일 간의 안면마비와 두통을 주소로 응급실을 내원하였다. 안면마비는 이비인후과 학 검사 후 Bell's palsy로 진단되었다. 이학적 검사에서 우측 경부의 측면에서 3×2 cm 크기의 잘 움직이는 아프지 않은 부드러운 종괴가 만져졌고 인후경으로 관찰하였을 때 우측 구강인두에서 튀어나온 종괴가 관찰되었다. 환자는 호흡곤란이나 체중감소는 없었다.

CT scan에서 우측 경부에서 촉진되던 종괴는 구강 저부(mouth floor)의 우측에서 관찰되었는데(Fig. 1) 이 종괴는 인두 뒤 공간을 지나 갑상선과 연결되어 있었고(Fig. 2), 흉곽 입구까지 뻗어 있었다(Fig. 3). 이 종괴는 갑상선과 동일한 감쇠계수(attenuation)와 조영증강을 보여 갑상선에서 기원한 종괴임을 쉽게 알 수 있었다. 관상면 재구성 영상에서 갑상선 종괴가 하방으로는 흉곽 입구까지 뻗어있고 상방으로는 인두 뒤 공간까지 확장되어 종괴의 최상부는 연구개(soft palate)까지 뻗어 있는 것을 잘 관찰할 수 있었으며 종괴에 의한 기도의 압박이나 폐쇄는 없었다(Fig. 3). 환자는

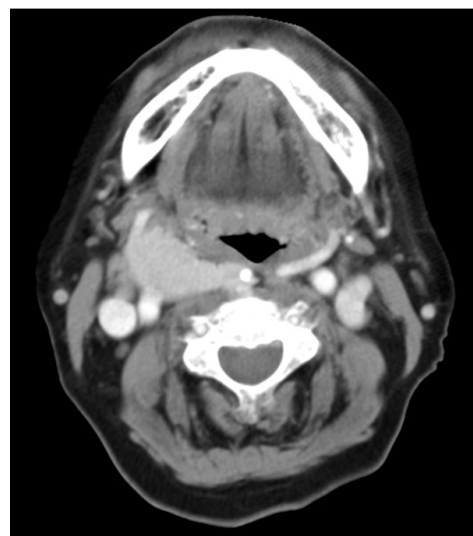


Fig. 1. The palpable mass is located on the right side of mouth floor level of the upper neck, in enhanced CT scan.

책임저자 : 김은경, 서울시 서대문구 신촌동 134
☎ 120-752, 연세대학교 의과대학 영상의학교실
Tel: 02-2228-7400, Fax: 02-393-3035
E-mail: ekkim@yuhs.ac
게재승인일 : 2008년 12월 9일

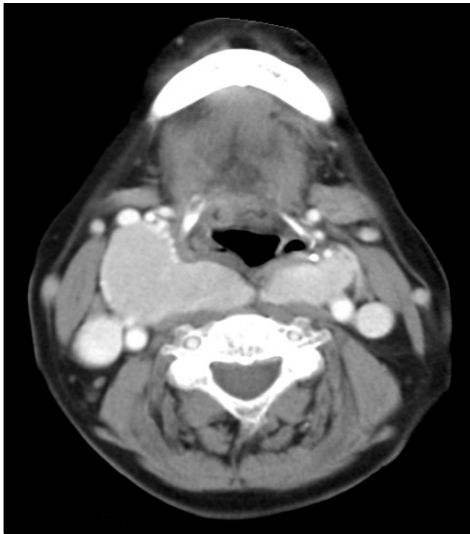


Fig. 2. The mass extends inferiorly through the retropharyngeal space and forming large bilateral retropharyngeal mass.

Bell's palsy에 대해 치료를 받은 후 안면마비는 호전되었으며 갑상선 종괴에 대한 세침흡인검사나 수술적 제거는 거부하였다.

고 찰

대부분의 갑상선종은 크기가 커지면 먼저 경부 아래쪽으로 자라나는 경향이 있으며 종격동까지 자란 종격동 갑상선종도 드물지 않게 볼 수 있다. 근막으로 싸여있는 국한된 경부 공간 내에서 갑상선 종괴의 성장은 상하부로 확장되어 가져온다. 상부로의 성장은 하방으로 성장한 후 이루어지는데 인두 뒤 공간까지 성장하는 경우는 매우 드물게 보고되고 있다.(1)

갑상선종의 흉골 하 성장은 먼저 앞쪽을 향해 성장하고 그 다음 뒤쪽으로 성장한다. 하부로의 성장이 이루어진 후 상부로 자라 올라가기 시작하며 인두 뒤 공간까지 뻗어나가기도 한다. 상부로의 성장은 하부로 뻗어나가는 종격동으로의 성장이 이루어진 후에 발생한다.(4) 따라서 인두후방에 갑상선종이 발견되었을 때 갑상선종의 성장 순서를 고려한다면 종격동에도 이미 큰 갑상선종이 있다고 쉽게 예측할 수 있다. 갑상선종의 인두 뒤 공간까지로의 성장은 기도 앞 공간과 식도 뒤 공간, 인두 뒤 공간 모두가 사실은 하나로 연결되는 공간이라는 것을 알면 구강인두까지도 갑상선종이 자랄 수 있다는 것이 이해된다.(1,6)

지금까지 보고된 인두후방 갑상선종의 환자들은 모두 나이가 많은 여성 환자들이었고 기도 내경 감소와 다양한 정도의 호흡곤란 증세가 있었고 이를 주 증상으로 내원하여 경부의 갑상선종을 발견하게 되었다.(1,3-5) 그러나 본 환자의 경우에는 갑상선종이 상부 종격동까지 자라있었지만 흉



Fig. 3. Coronal reformatted image demonstrates that goiter extends cranially to the retropharyngeal space bilaterally, especially affected right side and entire lumen of trachea is patent.

곽 입구에서 기도가 눌리거나 좁아진 소견 없이 기도의 내경을 유지하고 있었고 호흡곤란이나 잠을 있는 호흡음 또는 음성 변화 등의 증세가 없어 측경부 종괴가 갑상선이 커져있는 것이라고 예측하기 어려웠다.

거대 갑상선 종괴의 크기나 범위에 상관없이 종괴가 주위 구조물을 압박하여 임상적으로 기도압박 또는 식도 압박 등의 증세를 일으킬 때에는 외과적 절제를 시행할 것을 권유하는데 이는 흉골절제술 없이 경부로의 접근을 통해 갑상선 전절제술을 시행하여 주요 합병증 없이 종괴를 제거할 수 있었고 사망률과 재발은 매우 낮았다고 보고되어 있다.(7-9)

경부 종괴가 있을 경우 흔히 초음파 검사를 통해 갑상선과 연결되어 있는 종괴가 갑상선 조직과 비슷한 에코를 보이면 갑상선종으로 쉽게 진단할 수 있다. 그러나 초음파만으로는 종격동으로의 확장과 기도 압박의 정도를 잘 알 수 없고 종괴의 정확한 범위 평가를 위해 CT scan을 한다. 이 환자의 경우 CT scan에서 만져지는 측경부 종괴가 갑상선 기원이며 하방으로는 흉곽 입구까지 상방으로 인두 뒤 공간을 지나 구강 저부까지 뻗어 있는 것을 잘 알 수 있었고 관상면 재구성 이미지는 해부학적 관계를 자세히 알 수 있는데 도움이 되었다. 인두 뒤 공간에서 흔히 발생하는 병변으로는 농양이나 결핵성 림프절염 등이 알려져 있다.

결론적으로 본 증례는 호흡장애나 기도 압박 소견 등을 동반하지 않고 촉진되는 경부 종괴를 주소로 내원하여 미만성 갑상선종으로 진단된 73세 여환에 관한 보고로 갑상선종의 성장이 하방으로 먼저 이루어진 후 상부로 진행되고 인두 뒤 공간까지 침범할 수 있다는 것을 고려하여 인두 뒤 공간에서 발견되는 종괴의 감별진단에 농양, 결핵성 림

프절염 외에도 갑상선종이 포함될 수 있다는 것을 보여준다.

REFERENCES

- 1) Som PM, Shugar JM. Retropharyngeal mass as a rare presentation of a goiter: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1997;15:823-5.
- 2) Hegedüs L. Thyroid ultrasound. *Endocrinol Metabol Clin North Am* 2001;30:339-60.
- 3) Weber AL, Randolph G, Aksoy FG. The thyroid and parathyroid glands: CT and MR imaging and correlation with pathology and clinical findings. *Radiol Clinic of North America* 2000;38:1105-29.
- 4) Berenholz LP, Sequi S, Kessler A. Goiter presenting as an oropharyngeal mass: an unusual finding in the elderly. *J Laryngol Otol* 1999;113:170-1.
- 5) McCook TA, Felman AH. Retropharyngeal masses in infants and young children. *Am J Dis Child* 1979;133:41-3.
- 6) Govindaraj S, Rezaee R, Pearl A, Som PM, Urken ML. Radiology quiz case. Thyroid goiter presenting as a retropharyngeal mass. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:1013-4.
- 7) Netterville JL, Coleman SC, Smith JC, Smith MM, Day TA, Burkey BB. Management of substernal goiter. *Laryngoscope* 1998;108:1611-7.
- 8) Shaha AR. Surgery for benign thyroid disease causing tracheo-oesophageal compression. *Otolaryngol Clin North Am* 1990;23:391-401.
- 9) de Perrot M, Fadel E, Mercier O, Farhamand P, Fabre D, Mussot S, et al. Surgical management of mediastinal goiters: when is a sternotomy required? *Thorac Cardiovasc Surg* 2007;55:39-43.