

귀밑샘에 발생한 섬유종증 - 증례보고 -

김대수 · 김철환 · 김인선

고려대학교 의과대학 병리학교실

접 수 : 2001년 9월 13일
게재승인 : 2002년 1월 23일

책임저자 : 김 대 수
우 450-833 경기도 평택시 합정동 883
굿모닝병원 해부병리과
전화: 031-659-7649
Fax: 031-659-7849
E-mail: jijimo@unitel.co.kr

Fibromatosis of the Parotid Gland - A Case Report -

Dae Su Kim, Chulhwan Kim and Insun Kim

Department of Pathology, College of Medicine, Korea University, Seoul, Korea

A 51-year-old woman was presented with a palpable mass in the infraauricular area that had existed for 4 months. The mass from the superficial lobe of the parotid gland was 2.7 cm in the greatest dimension and was ill-defined with rubbery, homogeneous, and fibrotic appearance. Histologically, the lesion was infiltrative into the lobules of the parotid gland, and was composed of a proliferation of spindle or stellate cells with cellular and sclerotic areas. On immunohistochemistry, the cells were only positive for vimentin and focally for smooth muscle actin. Differential diagnosis from nerve sheath tumors and solitary fibrous tumors involving the parotid gland was emphasized.

Key Words : Parotid Neoplasms-Fibromatosis, Abdominal

Stout에 의해 처음 제창된 섬유종증은 양성 섬유종과 섬유육종의 중간 정도의 생물학적 양상을 보이며 섬유조직의 증식을 주로 하는 병변으로, 자주 재발하며 침윤성 증식을 하지만 다른 곳으로의 전이나 악성화는 드문 질환이다.¹ 이 종양은 주로 성인에게서 하나 혹은 다수의 경계가 좋지 않은 단단한 종괴의 형태로 나타나며, 복벽이 가장 흔한 발생 부위이지만 복벽 이외의 여러 부위에 발생할 수 있다.¹ 두경부에 발생하는 빈도는 복벽 이외의 장기에서 발생하는 섬유종증의 12%를 차지하지만² 귀밑샘에 발생하는 경우는 매우 드물다.³⁻⁵

최근 저자들은 귀밑샘 종괴를 주스로 내원한 51세 여자 환자에게서 섬유종증을 경험하였기에 이 부위에 발생하는 다른 종양과의 감별점을 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

51세 여자 환자가 4개월 된 무통성의 좌측 귀밑 종괴를 주스로 내원하였다. 이학적 검사상 종괴는 귀밑샘 부위의 하부 조직과 유착되어 있는 듯 하였으나 피부의 변화나 감각 이상 등의 증세는 없었다. 내원 후 실시한 컴퓨터전산화촬영에서 귀밑샘의

표재엽에 위치하는 장경 2.7 cm 크기의 균질성의 분엽상 종괴가 발견되어 세침흡인 세포 검사를 시행하였다. 도말된 세포는 매우 적었으며 일부 근육상피세포로 의심되는 방추형 세포들이 관찰되었다. 진단을 위한 표재 귀밑샘절제술을 시행하였다.

적출된 종괴의 크기는 2.7×2.5 cm 었으며 주변 조직과 경계가 불분명하였다. 절단면에서 종괴는 충실성의 회백색 종괴로, 출혈이나 괴사는 없었다. 조직학적으로 종괴는 방추형 세포들이 미만성으로 주변 조직으로 침윤하는 성장 양상을 보였다(Fig. 1). 구성하는 세포는 섬유모세포와 유사하였으며 비교적 풍부한 세포질을 갖고 있었다. 종양은 다양한 세포 밀도와 교원질의 침착을 보였으며 세포의 이형성이나 유사분열은 관찰되지 않았다(Fig. 2).

면역조직화학염색에서 종양 세포는 vimentin (Zymed, San Francisco, U.S.A.)에 미만성으로 양성이었다고(Fig. 3), smooth muscle actin (1:75, Biogenex, San Ramon, U.S.A.)에 국소적으로 양성을 보였다. S-100 protein (1:50, Neomarker Union city, U.S.A.), CD34 (1:100, Immunotech, Marseille, France), cytokeratin (AE1/AE3)(1:50, Zymed, San Francisco, U.S.A.)에 대한 염색은 모두 음성이었다. 또한 Masson's trichrome 염색에서 종양 세포는 풍부한 아교질을 생성하고 있었다.

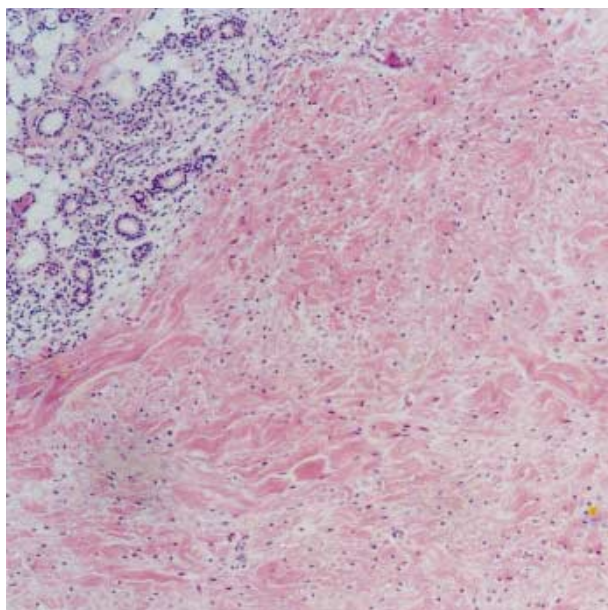


Fig. 1. Peripheral portion of tumor shows interlacing bundles of benign looking fibroblasts in collagen-rich background.

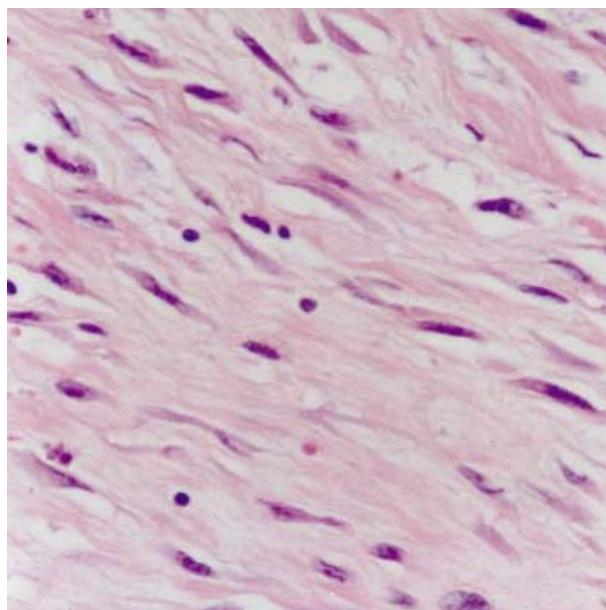


Fig. 2. The tumor cells are spindle- or stellate-shaped and innocent.

고 찰

1954년 Stout에 의해 처음으로 명명된 섬유종증은 복벽 근육층의 근막이나 건에서 주로 기원하는 양성 섬유성 증식 병변으로 25-35세의 성장기 젊은 성인에게 주로 발생한다. 주로 발생하는 복벽 외에 어깨나 골반 주위의 근육이 주된 병발 장소로 알려져 있으나 두경부, 상지, 손, 흉부, 장간막, 하지 등에서도 발생한다.¹ 두경부에서는 목에 가장 흔히 발생하며, 이 부위에서는 주위에 중요한 장기들이 위치하고 완전한 외과적 절제가 어려울 뿐 아니라 재발을 잘하는 특성을 갖고 있기 때문에 정확한 진단을 하는 것이 매우 중요하다.² 귀밀샘에 발생하는 섬유종증은 매우 드물어 3예의 보고를 찾을 수 있었다.³⁻⁵ 이들은 경계가 잘 지워지지 않는 회백색의 결절로서, 조직학적으로는 다양한 분화를 보이는 섬유모세포들로 구성된다. 이 종양은 침윤성 성장을 하고 수술 후 높은 재발률을 보이며 조직학적으로 세포 밀도가 높은 경우는 섬유육종으로 오진될 수도 있지만, 낮은 증식능과 아교질의 침착 그리고 세포의 이형성이나 이상 유사분열이 없다는 점으로 감별할 수 있다. 조직학적으로 종양 세포가 방추형이고 부분적으로 세포 밀도가 떨어지거나 없으면서 아교질의 침착이 많은 경우는 신경섬유종과 고립성 섬유종으로부터의 감별을 필요로 한다.⁶ 그러나 섬유종증에서는 S-100 단백질과 CD34에 음성이고 vimentin에 양성인면서 Masson's trichrome에서 많은 아교질을 확인함으로써 진단이 가능하다. 결절근막염의 경우 임상적으로 1-2주의 빠른 성장을 보이며 고밀도의 세포 침윤과 나선형 성장 양상과 더불어 산재된 림프구나 적혈구, 대식세포의 관찰 등으로 감별된다. 종양성 병변 외에 조직의 손상이나

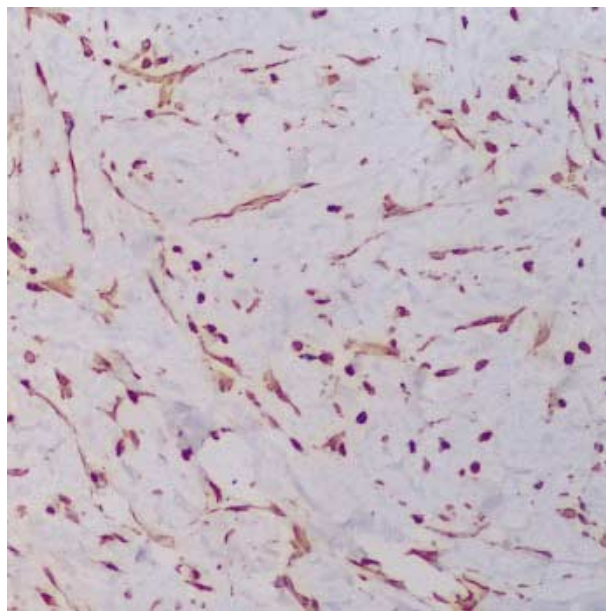


Fig. 3. The tumor cells are diffusely positive for vimentin on immunostain.

근육의 파열, 근육 주사 후 동반되는 심한 섬유조직의 증식을 보이는 경우도 섬유종증과 감별을 요한다. 세포학적으로는 비슷하지만 섬유조직의 단순 증식의 경우, 다양한 성장 양상을 보이며 염증 반응이나 부분적인 출혈을 관찰함으로써 감별할 수 있다. 오래된 병변의 경우, 출혈 등이 관찰되지 않지만 특히 작은 혈관 주위에 혈색소를 탐식한 대식세포를 확인하거나 철염색을 통하여 확인할 수 있다. 본 증례의 경우 종양 세포는 vimentin

과 Masson's trichrome에 강하게 미만성으로 염색되어 섬유세포로의 분화를 보이는 병변임을 쉽게 알 수 있었으며 세포의 이형성이나 유사분열이 관찰되지 않아 섬유종증으로 진단하였고, 국내에서는 보고가 없어 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

참고문헌

1. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. Fibromatoses. 4th ed. St. Louis: Mosby, Inc. 2001; 309-46.
2. Masson JK, Soule EH. Desmoid tumors of the head and neck. Am J Surg 1966; 112: 615-22.
3. Majmudar B, Winiarski N. Desmoid tumor presenting as a parotid mass. JAMA 1978; 239: 337-9.
4. Ramanathan RC, Thomas JM. Infantile (desmoid-type) fibromatosis of the parotid gland. J Laryngol Otol 1997; 111: 669-70.
5. Kruk-Zagajewska A, Wierzbicka M, Szymas J. Desmoid tumor of parotid gland. Otolaryngol Pol 2000; 54: 75-8.
6. Sato J, Asakura K, Yokoyama Y, Satoh M. Solitary fibrous tumor of the parotid gland extending to the parapharyngeal space. Eur Arch Otorhinolaryngol 1998; 255: 18-21.