

퀸시 편도절제술로 치료한 편도하극의 편도주위농양 3예

순천향대학교 의과대학 이비인후과학교실
김기현 · 김동욱 · 이병돈 · 장혁순

Three Cases of Inferior Pole Peritonsillar Abscess Managed with Quinsy Tonsillectomy

Ki Hyun Kim, MD, Dong Wook Kim, MD, Byung Don Lee, MD and Hyuck Soon Chang, MD
Department of Otolaryngology, College of Medicine, Soonchunhyang University, Seoul, Korea

—ABSTRACT—

Peritonsillar abscess (PTA) is a collection of pus in the lateral to tonsil and is located between the fibrous capsule of the palatine tonsil, usually at its upper pole, and the superior to the pharyngeal constrictor muscle. It frequently occurs as a complication of acute tonsillitis. PTA is usually found in the superior pole of the tonsil. However, in some cases, the abscess occurs in the inferior pole of the tonsil and is called inferior pole peritonsillar abscess (IPPA). Treatment options for classic PTA include intravenous antibiotics, drainage by needle aspiration, incision and drainage, or quinsy tonsillectomy. However, in the case of an IPPA, needle drainage or incision and drainage would be technically difficult and potentially dangerous. quinsy tonsillectomy provide a safe and easy method of evacuating such abscesses and ensures complete drainage. We report three cases of inferior pole peritonsillar abscess managed with quinsy tonsillectomy. (J Clinical Otolaryngol 2007;18:266-270)

KEY WORDS : Peritonsillar abscess · Tonsillectomy.

서 론

편도주위농양은 구개편도의 급성염증이 피막을 통과하여 주위결체조직에 파급되어 상인두협착근과 피막사이에 농양이 형성된 것으로 급성편도염의 흔한 합병증일 뿐 아니라 경부 심부감염의 중요한 원인으로 알려져 있다. 흔히 편도의 상극에서 발생하나,¹⁾ 드물게 하극에서도 발견되어진다.

보통의 편도주위농양에서의 증상은 고열을 동반한 인후

통, 연하장애, 구개장애 및 'hot potato' 발성을 나타내는데 비해 편도하극에서 발생한 편도주위농양은 편측의 연하장애외에는 다른 증상을 호소하지 않아 진단이 늦어지는 수가 있다.³⁾

보통의 편도상극에 발생한 편도주위농양의 치료로는 항생제 요법, 천자 흡인,⁴⁾ 절개 배농,⁵⁾ 퀸시 편도절제술 등⁶⁾ 이 시행되어지고 있으나, 편도 하극에서의 편도주위농양에서는 항생제 요법에 효과를 보이지 않거나 천자 흡인 및 절개 배농의 시행이 어려워 결국에는 퀸시 편도절제술을 시행하는 경우가 많다.³⁾

저자들은 편도하극의 편도주위농양으로 입원 후 항생제 요법 등의 보존적 치료에 반응하지 않아 퀸시 편도절제술로 치료한 3예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

논문접수일 : 2007년 9월 17일

심사완료일 : 2007년 10월 24일

교신저자 : 김동욱, 140-743 서울 용산구 한남동 657번지
순천향대학교 의과대학 이비인후과학교실

전화 : (02) 709-9361 · 전송 : (02) 794-9628

E-mail : kdw1228@hosp.sch.ac.kr

증례

증례 1

28세 여자 환자로 내원 4일전부터 발생한 발열 및 연하통을 주소로 내원하였다. 재발성의 편도염 및 편도주위농양의 과거력은 없었고, 가족력 및 과거병력상에서도 다른 특이사항은 없었다. 내원시 38°C이상의 발열을 보였고, 개구장애는 보이지 않았다. 이학적 검사상 목젖의 치우침은 없었고, 좌측 편도의 발적과 삼출소견 및 약간의 좌측 편도주위 종창 소견을 보였다. 말초혈액 검사상 백혈구가 18,000/mm³로 상승되어 있었고, 경부컴퓨터 단층촬영에서 좌측 편도 하극 부위에 2×2 cm 정도의 저음영의 농양 소견이 관찰되었다(Fig. 1). 좌측 편도 하극의 편도주위농양 진단아래 3일간의 Cephalosporin, Aminoglycoside, metronidazole의 항생제 병합요법등의 보존적 치료를 시행하였으나 백혈구증가증, 편도 주위 종창 및 연하

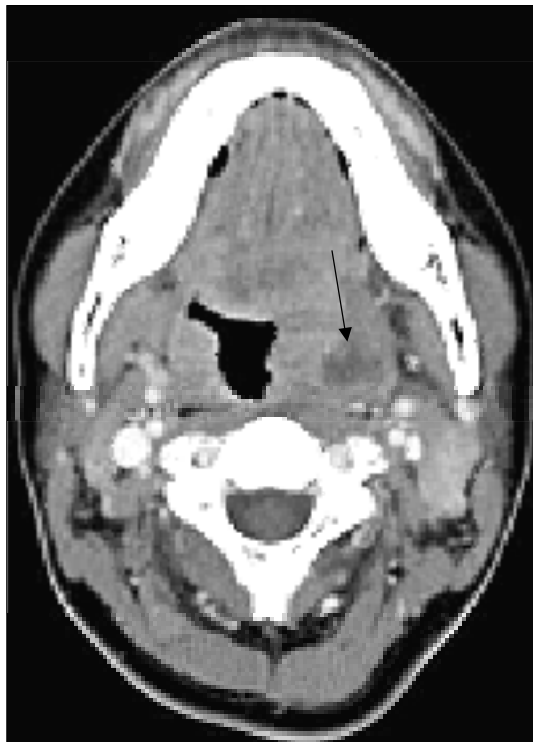


Fig. 1. CT scan demonstrates large area of low attenuation in region of left inferior pole consistent with abscess in peritonsillar space.

통 등의 증상 호전 보이지 않았다. 환자에게 경부컴퓨터 단층촬영을 권했으나 거절하여, 입원 4일째 전신마취하에 퀴시 편도절제술 및 배농을 시행하였다. 배농된 농에 대한 배양검사에서는 Haemophilus influenzae가 검출되었다. 술 후 좌측 편도주위의 종창 소견 소실되었고, 백혈구 수치도 정상화 되었다. 술 후 2일째 퇴원하였고 외래 추적 관찰 중에도 재발이나 술 후 출혈 소견은 관찰되지 않았다.

증례 2

54세 남자 환자로 내원 4일전부터 발생한 발열 및 연하통을 주소로 내원하였다. 과거력상 3일전 급성편도염으로 치료받은 적 있었고, 재발성의 편도염 및 편도주위농양의 과거력은 없었다. 가족력 및 과거병력상에서도 특이사항은 없었다. 내원시 38°C이상의 발열을 보였고, 이학적 검사상 좌측 편도의 발적과 삼출소견 및 좌측 편도주위 종창 소견을 보였고, 좌측 경부(level II)의 경미한 압통을 호소하였다. 말초혈액 검사상 백혈구가 19,200/mm³로 상승되어 있었고, 입원 당시 시행한 경부컴퓨터 단층촬영에서 좌측 편도 하극 부위에 약 1×1 cm 정도의 기포를 동반한 저음영의 농양 소견이 관찰되었다(Fig. 2). 좌측 편도 하극



Fig. 2. CT scan demonstrates low attenuation area of left inferior pole with gas forming.



Fig. 3. CT scan demonstrates tonsillar abscess extension into left parapharyngeal space, left parotid gland deep lobe along stylomastoid canal.

의 편도주위농양 진단아래 3일간의 항생제 병합요법 등의 보존적 치료를 시행하였으나 증상 호전 보이지 않고 증상 심해져 입원 4일째 경부컴퓨터 단층촬영을 재시행 하였다. 경부컴퓨터 단층촬영에서 좌측 인후주위공간과 좌측 이하선의 심층까지 농양의 파급소견 관찰되어(Fig. 3), 전신마취하에 퀸시 편도절제술 및 배농을 시행하였다. 배농된 농에 대한 배양검사에서는 Streptococcus pneumonia가 검출되었다. 술 후 좌측 편도주위의 종창 소견 소실되었고, 백혈구 수치도 정상화 되었다. 술 후 3일째 퇴원하였고 외래 추적 관찰 중 재발이나 술 후 출혈 소견은 관찰되지 않았다.

증 례 3

28세 남자 환자로 내원 3일전부터 발생한 발열, 연하통 및 개구장애를 주소로 내원하였다. 재발성의 편도염으로 치료받은 적이 있었고, 편도주위농양의 과거력은 없었다. 가족력 및 과거병력상에서도 특이사항은 없었다. 내원시 40℃의 발열을 보였고, 이학적 검사상 전반적인 편도주위의 발적과 종창 소견을 보였고, 양측 . 말초혈액 검사상 백혈구가 24,000/mm³으로 상승되어 있었고, 입원 당시 시행한 경부컴퓨터 단층촬영에서 양측 편도 하극 부위에 여러개의 0.5×0.5 cm 이하의 저음영의 농양소견이 관찰되



Fig. 4. CT scan demonstrates both tonsillar enlargement with multiple small low attenuation area of both inferior pole.



Fig. 5. CT scan demonstrates abscess pocket about 1 cm in left inferior pole.

었다(Fig. 4). 양측 편도 하극의 편도주위농양 진단아래 5일간의 항생제 병합요법 등의 보존적 치료를 시행한 후 백혈구 수치가 10,500/mm³으로 감소되었으나 증상 호전 보이지 않아 입원 5일째 경부컴퓨터 단층촬영을 재시행 하

었다. 경부컴퓨터 단층촬영에서 좌측 편도 하극부위에 약 1×1 cm의 저음영의 농양소견 관찰되어(Fig. 5), 전신마취하에 쾨시 편도절제술 및 배농을 시행하였다. 술 후 편도주위 중창 소견의 소실 및 증상의 호전이 관찰되었다. 술 후 3일째 퇴원하였고 외래 추적 관찰 중에도 재발이나 술 후 출혈 소견은 관찰되지 않았다.

고 찰

경부 심부감염의 중요한 원인이 되고 있는 편도주위농양은 급성편도염의 조기치료 및 적절한 항생제의 사용으로 발생빈도가 감소되고 있으나 아직도 임상에서 드물지 않게 경험하게 되는 질환이다.

성별 발생빈도는 남자의 발생빈도가 여자의 경우보다 높으며, 연령별 발생빈도는 20대와 30대에서 가장 많이 호발하는 것으로 알려져 있다.^{7,8)}

원인균으로는 단독 감염이 혼합감염보다 흔하며 α -hemolytic streptococci와 β -hemolytic streptococci가 전체의 대부분을 차지하며 Staphylococcus aureus 및 H. influenza 등에 의하는데, 편도 상극에 발생하는 농양에서는 Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumonia가 배양되어 지고, 편도 하극에 발생하는 농양에서는 주로 H. influenza가 배양되어진다.⁹⁾ Sugita 등¹⁰⁾은 혐기성 배양검사를 동시에 시행한 경우 호기성균보다 혐기성균이 2배 높게 배양되었다고 보고하여 혐기성 배양검사의 필요성을 주장하였다.

대부분 편측으로 발생하고 양측이 동시에 발생된 예는 매우 드물며 70%가 편도의 상극에, 19%가 편도의 중간부위에, 10%에서 편도의 하극 혹은 복합적으로 발생한다.¹¹⁾ 편도상극에 가장 많이 호발하는 이유는 소타액선인 웨버씨선(Weber's gland)이 편도상극에 모여있어, 이러한 해부학적인 특성으로 편도주위염이 흔하게 호발된다.²⁾

편도하극에서는 편도주위농양의 전형적인 증상이 나타나지 않고 편측의 연하통외에는 다른증상이 잘 나타나지 않는 수가 많다.³⁾ 이러한 편도하극의 편도주위농양에서의 비특이적 증상은 편도주위의 해부학적 구조와 관련되어져 있다.³⁾ 편도주위 공간의 내측벽은 인두후두골근막(pharyngobasilar fascia)으로 이루어진 편도막(tonsillar capsule)으로 형성되어져 있고, 외측벽은 상인두수축근(superior

pharyngeal constrictor muscle)의 수평근섬유들(horizontal fibers)과 구개인두근(palatopharyngeal muscle)의 수직근섬유들(vertical fibers)로 이루어져 있다. 그러나, 편도 하극 부위에서는 구개인두근의 근섬유들이 편도주위 공간의 외측벽을 형성하지 못하고 편도막에 부착되어져 있다. 이러한 부착을 삼각 인대(triangular ligament) 또는 편도인두 띠(tonsillopharyngeal band)라고 한다.²⁾ 이러한 띠가 결국은 편도주위공간을 위쪽 2/3와 아래쪽 1/3으로 나누게 되는데, 하극부위의 작고 아주 조밀하며 단단하게 이루어진 공간에서 형성된 농양은 상극부위에서 생긴 농양에 비해 비전형적인 증상을 나타나게 된다.³⁾

편도주위농양의 진단은 고전적인 방법으로 천자 흡인등의 침습적인 방법이 사용되어져 왔으나 이는 환자들에게 고통이 따르고 천자로 인한 주위혈관의 출혈 및 심경부감염 등이 동반될 수 있으며 농양의 위치에 따라 검사가 불가능한 경우와 위음성율이 10~20%인 단점이 있다.¹²⁾ 경부 및 구강내 초음파, 경부전산화단층촬영, 경부자기공명영상촬영은 가격이 비싸고 조영제 부작용의 위험성과 방사능 폭로 등의 단점이 있으나 천자 흡인결과가 음성인 경우 편도주위염과의 감별이 용이하고 특히 농양의 위치를 정확히 파악함으로써 일차적 치료의 접근법을 제시해 줄 수 있다.³⁾

편도주위농양환자의 항생제 치료에 있어서는 호기성균에 대해서 일차 약물로 ampicillin이나 1세대 cephalosporin계, 혹은 quinolon계 항생제가 유용하고, 혐기성 균주에 대해서는 metronidazole나 clindamycin 등의 항생제가 사용된다.¹³⁾ 편도상극에 발생한 편도주위농양의 치료로는 이러한 적절한 항생제의 사용과 함께 일차적으로 천자 흡인이나 절개 배농을 시행해 왔다. 그러나 편도하극에 발생한 편도주위농양의 치료에 있어서는 천자 흡인이나 절개배농이 편도하극으로 접근하기예의 기술적인 어려움과 농양의 완전한 배농을 이루지 못해 재발의 가능성을 가지고 있어 일차적인 치료법으로 부적절하여 쾨시 편도절제술을 통한 농양의 즉각적이고 완전한 배농이 이루어져야 한다.³⁾ 3~4일정도 적절한 항생제와 절개배농의 치료에도 호전되지 않는 편도주위농양에 대해서는 경부전산화단층촬영 등의 영상학적 평가를 다시 시행하여 쾨시 편도절제술을 고려해 보아야 한다.

퀸시 편도절제술은 편도주위농양이 치료된 후의 편도절제술과 비교하여 수술 술기에 차이점이 없고 섬유화가 진행되지 않아 오히려 기술적으로 쉽고, 농양의 완전한 제거가 가능하고, 재발의 가능성이 적으며, 환자 증상의 즉각적인 개선과 함께 입원기간이 줄어들어 비용대비 효과적인 면에서도 다른 치료법에 비해 우수하다고 할 수 있겠다.¹⁴⁾ 술 후 출혈에 대해서도 시간을 두고 후에 시행하는 편도절제술과 비교해서 차이가 없는 것으로 보고되어지고 있다.¹⁴⁾

저자들은 퀸시 편도절제술로 치료한 편도 하극의 편도주위농양 3예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

중심 단어 : 편도하극의 편도주위농양 · 퀸시 편도절제술.

REFERENCES

1) Matsuda A, Tanaka H, Kanaya T, Kamata K, Hasegawa M. *Peritonsillar abscess: a study of 724 cases in Japan. Ear Nose Throat J* 2002;81 (6):384-9.
 2) Parkinson RH. *Tonsil and allied problems. New york: Macmillan:1951.*
 3) Greg R, Gregory A. *Inferior pole peritonsillar abscess. Otolaryngol-Head Neck Surg* 1998;118:95-9.
 4) Herzon FS, Aldridge JH. *Peritonsillar abscess: needle aspi-*

ration. Otolaryngol-Head Neck Surg 1981;89:910-1.
 5) Chowdhury CR, Bricknell BM. *The management of quinsy: a prospective study. J Laryngol Otol* 1992;106:986-8. *Korean J Otolaryngol-Head Neck Surg* 1998;41:1091-3.
 6) Yung AK, Cantrell RW. *Quinsy tonsillectomy. Laryngoscope* 1976;86:1714-7.
 7) Jang SW, Yang HC, Kim JB, Kim JR, Kim H. *A clinical study of peritonsillar abscess. Korean J Otolaryngol* 1989;32:500-6.
 8) Dam DY, Kim KS, Kwon YH, Chang BA, Park SM. *A clinical observation of peritonsillar abscess. Korean J Otolaryngol* 1990;33:148-54.
 9) Yoshiko H, Ikuyo M, Satoshi F, Koji D, Yuichi K. *Clinical aspects of inferior pole peritonsillar abscess. International Congress Series* 2003;1257:127-30.
 10) Sugita R, Kawamura S, Icikawa G. *Microorganism isolated from peritonsillar abscess and indicated chemotherapy. Arch Otolaryngol* 1982;108:658-65.
 11) Buckley AR, Moss EH, Blokmanis A. *Diagnosis of peritonsillar abscess: Value of intraoral sonography. AJR* 1994;162:961-4.
 12) Kim SM, Cho JJ, Kim JY, Huh HB, Hur CH, Lee MW. *Diagnosis of peritonsillar abscess using gray scale image and color doppler image of intraoral ultrasonography. Korean J Otolaryngol* 1998;41 (9):1180-4.
 13) Shin C, No HS, Moon SW, Choi HY, Lee DH, Kang JG, Kim HY. *Bacteriologic evaluation of peritonsillar abscess. Korean J Otolaryngol* 2004;47:349-53.
 14) Tetsuo W, Miori A, Masashi S, Goro M. *Immediate tonsillectomy for peritonsillar abscess. International Congress Series* 2003;1257:199-203.