

두경부암의 외래진료 가이드

경상대학교 의과대학 이비인후과학교실
황 의 기

Guideline for Office Evaluation of Head and Neck Cancer

Eui Gee Hwang, M.D.

Department of Otolaryngology, College of Medicine
Gyeongsang National University

서 론

의료발달로 인한 고령인구의 증가와 산업화에 따른 각종 공해물질의 증가로 인하여 두경부암의 발생빈도는 증가하는 추세에 있어 외래에서 두경부암 환자를 어렵지 않게 접하게 된다. 암에 대한 치료는 현대 의학의 발달로 많은 진전이 있었지만 생존율이란 관점에서 보면 아직도 만족스럽지 못한 것은 사실이다. 근래에는 암의 발생자체를 억제하는 연구가 광범위하게 진행되고있고 분자생물학적 측면에서의 조기진단에 대한 연구도 활발히 진행되고 있지만 해결해야 될 문제가 많은 형편이다. 다른 부위의 암과 마찬가지로 진행된 상태에서의 치료는 어렵지만 조기에 진단이 되면 치료후 예후가 좋기 때문에 조기에 진단하는 것이 매우 중요하다. 특히 두경부부위의 대부분이 외래에서 간단한 이학적검사로 관찰할수 있으므로 의사가 주의를 기울이면 진단하기가 용이한 편이다. 그러므로 외래진료시 두경부암의 유무에 관심을 기울여야한다.

어떻게 하면 외래진료를 잘 할수있는가하는 문제는 쉬운 것같으면서 어려운 문제이다. 두경부암 환자의 외래진료는 다른 질환의 환자와 동일하게 처음에는 병력조사를 하고 다음에 이학적 검사를 시행하게된

다. 그리고 병력조사와 이학적검사소견을 종합하여 진단을 위한 각종의 검사를 시행하게된다. 이에 저자는 두경부암에서의 병력조사, 이학적검사, 진단적검사 각각에 대해 문헌을 기초로 하여 기술하려고한다.

본 론

1. 병력조사

병력조사는 진단적검사의 발달로 중요성이 과거에 비해 감소되었지만 환자진료에 있어서 매우 중요한 부분이다. 병력조사는 환자의 문제를 해결하는데 기초가 되고 또한 수많은 진단적 검사중 어떤 검사를 할것인가를 결정하는데 도움을 주게된다. 또한 병력 조사를 하면서 의사와 환자간의 인간관계를 형성하게 되는데 요즘같은 불신의 시대에서는 좋은 인간관계를 맺는 것이 무엇보다 중요하다고 하겠다.

어떻게 하면 병력조사를 잘 할수있는가하는 문제는 어려운 문제이다. 질병자체에 대해서는 의학이라는 과학적 접근방식을 요하지만 질병뿐만 아니라 질병을 가진 사람을 대하기 때문에 어려운 것같다. 그래서 많은 사람이 병력조사는 예술이라는 표현을 많이 하는 것같다. 환자와 대화한다는 것은 적절한 질문을 한 후에 환자의 말을 청취하고 환자의 표정 및 신체

언어(body language)를 보고 환자의 문제에 대해 설명하고 대답하는 것이다. 현실적으로 쉬운 것은 아니지만 원칙적으로는 비록 불필요한 말이라도 환자의 말을 중간에 끊지 않고 청취하여야하고 또한 환자가 말하는 동안에 병록지에 기술하지 말아야한다. 그렇지 않으면 환자는 의사가 자기에게 관심이 없는 것으로 오해하기 쉽기 때문이다. 외래진료중 진단이 확실할 때는 큰 문제는 없지만 진단이 확실치 않을 경우가 문제이다. 이런 경우에는 아는 범위내의 설명을 해주고 가능성이 없는 것에 대해 말해준다. 그리고 앞으로의 가능성에 대해 설명하는 것이 좋은 것으로 되어있다. 요즘 매스컴의 발달로 환자가 의료에 대한 지식이 많아도 의사보다는 모른다는 것을 염두에 두면 될 것 같다. 약처방을 안하는 것도 증상에 대한 약을 처방해주는 것이 좋는데 이는 위약(placebo)도 좋은 약이 될 수 있다는 사실이다. 마지막으로 중요한 것은 반드시 환자를 주의깊게 추적관찰하는 것인데 두경부암의 가능성이 조금이라도 있으면 주단위 또는 월단위로 외래검진을 해야한다³⁾.

특히 고령이고 담배와 술을 많이 하는 환자에서는 두경부암의 가능성을 염두에 두고 병력조사를 해야한다. 이유는 두경부암은 고령이 호발연령이고 원인이 확실하게 밝혀진 것은 없지만 유발요인으로 흡연이 일위이고 다음은 음주로 보기 때문이다. 또한 흡연과 음주를 같이 하는 경우는 암유발 위험도가 급격히 상승하게 된다고한다²⁾.

두경부암도 다른 부위의 암과 마찬가지로 진행되기 전에는 증상이 없거나 증상이 있어도 비특이적 증상이 많다. 그래도 두경부암을 시사하는 증상 및 증후로 볼 수 있는 것은 치유가 되지않는 궤양, 편측의 비폐색 및 비출혈, 편측의 삼출성중이염, 지속적인 애성, 지속적인 연하통, 지속적인 인두통, 연하장애, 경부종물등을 들 수 있다³⁾. 구강내에 잘 낫지 않는 궤양은 반드시 조직검사를하여 악성인지 확인하여야하고 편측의 비폐색 및 비출혈의 경우는 상악동암 및 비인강암의 가능성을 염두에 두어야 한다. 편측의 삼출성중이염에서 고령인 경우는 반드시 비인강암가능성을 생각하여 비인강부위를 검사하여야한다. 지속적인 애성, 연하통, 인두통은 후두, 구강 및 인두를 잘 관찰하여야 하는 데 지속적이라는 것은 대략 2주

이상을 말한다. 연하장애의 경우는 인두부위뿐만 아니라 식도암의 경우를 생각하여 식도검사를 시행하여야 한다. 경부종물은 40세이상에서는 쇄골상 부위를 제외하면 대부분 두경부의 원발암이 경부림프절로 전이된 것이므로 두경부의 원발부위를 밝히는 것이 중요하다. 쇄골상 종물인 경우에는 유방, 신장과 소화계에 대한 검사를 요한다⁴⁾.

2. 이학적 검사

병력조사후에는 이학적 검사를 시행하게 되는데 이학적검사는 두경부 전부위를 빠짐없이 절차에 따라 체계적으로 해야한다. 오진하는 많은 경우가 검사를 생략하는 데서 생긴다. 예를 들면 편측의 비폐색시 비강부위만 관찰하는 경우가 많은데 비강뿐만 아니라 비인강암인 경우를 염두에 두어 비인강부위를 보아야 한다. 두경부 한부위에 암이 있으면 다른부위에 이차 원발암의 위험도가 높으므로 두경부의 다른 부위도 철저히 검사하여야한다. 이학적검사는 크게 시진, 촉진, 타진, 청진으로 분류되는데 두경부에서는 시진과 촉진이 주류를 이룬다.

각부위에 따른 이학적 검사중 유의하여야할 사항을 보면 구강 및 구인두부위의 검사는 통상적으로 설암자를 이용하여 보게되는데 검사전에 틀니를 착용한 사람은 틀니를 빼라고 하여야한다. 입을 개구한 상태에서 통상적으로 관찰하는 부위 뿐만아니라 혀를 올리라고하여 간과하기 쉬운 부위인 구강저 및 혀의 밑면(ventral surface)을 보아야한다. 구강저와 악하부위는 시진만으로는 부족하고 양손을 이용한 촉진(bimanual palpation)을 하여야하고 설근부위에 조금이라도 의심이 가면 설근부위를 촉진하는 것이 중요하다.

후두 및 하인두검사는 위치상 직접 관찰할 수없고 간접적으로 기구를 사용하여 보게되는데 고전적인 방법으로 간접후두경을 이용하거나 70도 또는 90도 원시경(telescope), 또는 가요성 화이버옵틱 내시경(flexible fiberoptic endoscope)을 이용하게 된다.

간접후두경검사는 아직도 좋은 검사법이지만 속달하는 데 시간이 요하고 환자에 따라 검사를 할 수없는 경우가 있는 것이 문제이다. 간접후두경검사를 할 수 없는 경우는 구역반사가 심하거나 해부학적으로

어려운 경우이다. 해부학적 장애요인으로는 비후된 연구개, 두꺼운 근육질의 설후부, 비후된 구개편도 및 설근편도, 후두를 덮는 후두개가 있다³⁹.

직각 원시경의 장점은 간접후두경보다 관찰율이 높고 광원의 발달로 더 밝게 볼수 있으면서 더 확대된 영상을 볼 수 있는 것이다. 원시경도 구역반사가 심한 환자는 검사하기가 용이하지않다.

가요성 화이버옵틱 내시경은 관찰율이 가장 높을 때 장점으로 소아뿐만 아니라 거동이 불편하여 침대에 누워있는 환자에게도 유용하다. 다른 검사법과 달리 정상적인 자세와 정상적인 호흡상태에서 후두부위를 관찰할 수있고 연하시 인두상을 관찰할 수있는 것이 좋은 반면에 단점은 보이는 영상이 간접후두경, 원시경에 비해 명료하지 않고 변형되어 보인다는 것이다⁴⁰.

간혹 전신마취하에 직접후두경을 요하는 경우가 있는데 제한점은 신경근육차단제로 성대의 운동성을 볼수없고 기관내 삽관된 튜브로 인하여 후두의 후부를 관찰하기가 어렵다는 것, 전신마취하에서는 근육이 이완됨으로 인두부위가 함몰되어 전체적인 검사가 더 어렵다는 것을 염두에 두어야한다³⁹.

후두의 이학적검사상 후두에 뚜렷한 병변이 없으면서 성대마비가 있을시 성대마비의 원인을 규명해야한다. 성대마비의 원인은 매우 다양한데 가능성이 높은 사항을 열거하면 악성종양으로 폐암, 식도암, 갑상선암등이 있고 갑상선수술, 식도 및 폐수술등 수술에 의한 손상 또는 경부외상이 있는데 원인미상인 경우도 있다.

비인강부위의 검사도 후두검사와같이 후비경, 직각 원시경, 가요성 비인강내시경을 이용하는 데 후비경을 이용한 비인강검사는 간접후두경보다 숙될되는 데 시간이 더 요하지만 일단 숙달되면 쉽지않아도 간단하게 시행할 수있는 방법이다. 가요성 비인강 내시경은 모든 환자에게 적용할 수 있지만 간단한 국소마취를 요한다.

신경검사는 생략하기 쉬운데 진행된 두경부암, 특히 두개저부위로 진행된 암에서는 최소한 뇌신경검사를 반드시 시행하여야한다.

두경부암에서 경부의 이학적검사는 대개 경부림프절유무를 확인하게 되는데 경부림프절종 내경정맥주

위의 림프절은 흉쇄유돌근밑에 위치해있어 촉진하기가 쉽지않다. 내경정맥주위의 림프절을 촉진하기위해서는 흉쇄유돌근을 이완시키기 위해 경부를 굴곡시키고 촉진하려는 경부방향으로 기울여야하고 손가락으로 흉쇄유돌근을 전위시킨후에 흉쇄유돌근 밑에서 촉진하여야한다. 촉진하는 순서는 정해진 것은 없지만 순서를 정하여 하는 것이 전부위를 빠짐없이 촉진할 수있다. 림프절로 오인되기 쉬운 구조물로는 돌출된 경동맥분지, 첫번째 경추의 외측돌기등이 있다⁷. 두경부암에서 경부림프절전이는 환자의 예후에 있어 중요하다. 구강암에서 조직학적으로 단일 림프절전이가 있으면 환자의 5년 생존율이 45%정도 감소한다고 한다⁸.

경부림프절이 크기가 크거나 다발성인 경우, 양측 경부에 축적되는 경우, 경부하부에서 축적되는 경우, 고정된 경우등은 예후가 불량하므로 이학적검사시 유의하여야한다⁹. 참고로 컴퓨터단층촬영영상의 악성림프절의 판단기준은 악하(submandibular)와 경이복(jugulodiagastric)부위는 크기가 1.5cm 이상,그이외 부위의 림프절은 1cm 이상인 경우, 중심이 저농도(central low density)인 경우, 변연증강(peripheral enhancement)인 경우인데 특이도는 낮지만 등근 모양의 림프절인 경우, 림프절군집(clusters of nodes)인 경우, 불명확한 변연인 경우가 있다¹⁰.

3. 진단적 검사

두경부암이 의심될때는 반드시 조직검사를 하여 확진하여야하는데 조직검사로는 절개성 생검, 절제성 생검, 직편치이점자생검(direct punch forceps biopsy), 세침흡입검사(fine needle aspiration biopsy)를 들수 있다. 절개성 생검보다는 가능하면 절제성 생검이 좋고 조기성대암에서는 절제성 생검으로 치료도 결합 수 있다. 구강암의 경우는 직편치이점자생검을 많이 하게되는데 의심되는 부위의 중앙보다는 경계부위에서 하는 것이 좋다. 중앙부위는 간혹 괴사조직만 조직검사하는 경우가 있기 때문이다. 세침흡입검사는 주로 경부종물에서 하게되는데 세침흡입검사서 진단의 정확성을 높이려면 반드시 병리의사에게 충분한 환자소견을 알려주어야하고 가능하면

충분한 검체물을 보내주어야 한다¹¹⁾. 세침흡입검사의 결과판독은 주의를 요하는데 민감도보다는 특이도가 높아 가음성율이 높다. 그러므로 결과가 음성으로 나와도 암의 가능성을 완전히 배제하기는 어렵기 때문에 환자의 나이등 임상적조건을 종합하여 판단하여야 한다. 간혹 통증, 개구장애의 경우 전신마취하에 생검을 해야되는데 조직검사로 암이 확진되었다 하더라도 전신마취하에 upper aerodigestive tract를 범내시경(panendoscopy)을 포함한 전체적인 검사를 시행하여 동시암유무를 확인하여야하고 암의 진행정도를 파악하는 것이 중요하다

두경부암에 대한 진단적 방사선검사를 살펴보면 일반적인 단순방사선촬영은 제한된 정보만 얻을 수 있고 비정상을 완전히 배제할 수 없어 별 도움이 안되는 것으로 되어 있다. 두경부암의 방사선검사는 일반적으로 단층영상인 전산화단층촬영(computed tomography)과 자기공명영상(magnetic resonance imaging)이 많이 이용되는데 유의하여야 할 사항은 가능하면 조직검사전에 시행하여야한다. 왜냐하면 조직검사로 인한 부종이 종양의 경계를 불분명하게 할 가능성이 있기 때문이다¹⁰⁾. 전산화단층촬영은 자기공명영상에 비해 골영상이 우수하고 자기공명영상은 전산화단층촬영보다 연조직간의 감별이 우수하다. 이학적검사에 대한 전산화단층촬영의 장점으로는 이학적 검사로 파악하기 어려운 점막하침윤, 심부침윤을 볼 수 있고 경부림프절의 감지에서 이학적검사는 70-80%인데 비해 전산화단층촬영이 90%내외로 더 우수하다고한다. 이외에 치료후 상태와 추적관찰중 재발유무를 파악하는데 유용하다¹⁰⁾. 유의할 점은 암의 진행정도를 파악하는데 있어 전산화단층촬영만으로 안되고 반드시 이학적검사소견과 종합하여 판단하여야한다. 식도조영술은 식도암유무를 검사하는데 유용하고 핵의학검사는 갑상선암, 골전이유무, 암의 하악골침범유무 등을 파악하는데 이용된다. 이외에 후두조영촬영, 초음파검사, 타액선조영술, 혈관조영술등이 있는데 제한된 경우에 이용된다.

두경부암이 의심될때는 반드시 조직검사를 하여 확진하여야하고 조직검사로 암이 확진되면 암의 진행정도를 파악하여야한다. 더불어 upper aeridigestive tract의 다른 부위에 동시암유무를 확인하여야하고

원격전이 유무를 조사하여야한다. upper aerodigestive tract의 동시암 유무에 대한 검사는 이학적검사로 알 수 없는 폐,식도에 대해 보통 흉부 방사선촬영, 식도조영술을 시행한다¹²⁾. 전신마취하에 범내시경을 시행하기도 하는데 반드시 필요한가에 대해 아직 논란이 있는 것 같다. 두경부암의 원격전이는 주로 폐, 골, 간에 전이하는데¹³⁾ 폐전이는 흉부단층촬영으로 확인하고 이상이 있을시 흉부전산화단층촬영을 시행한다. 골전이는 골주사(bone scan)로 확인하는데 골전이를 감지하는데 골주사가 가장 민감한 검사이지만 염증, 이전의 외상, 대사성 골질환 등에 양성으로 나올 수있다는 것을 염두에 두어야한다¹⁴⁾. 간전에서 간기능검사는 민감도가 매우 낮아 간전이유무를 확인하려면 간주사 또는 간초음파검사를 하여야 한다

두경부암환자는 폐, 간등 다른 장기에 이상이 있는 경우가 많기 때문에 간기능검사등의 혈액검사, 심전도, 폐기능검사등의 전신적인 검사가 필요하고 치아는 방사선치료를 병행하는 경우가 많으므로 치과적 문제를 해결하여야한다. 이외에 환자의 경제상태 등의 사회적으로인과 심리적요인을 고려하여야한다.

추적검사는 두경부암의 재발은 2년이내가 대부분이므로 첫째는 1개월마다 둘째해는 2개월마다 하고 셋째해부터는 3개월내지 4개월마다 이후는 6개월마다 하는 것이 일반적이다. 추적관찰시 환자에게 담배와 술을 하지않도록 하는 것이 중요하다.

결 론

두경부암은 다른 부위의 암과 동일하게 초기에 진단할수록 치료성적이 양호하므로 조기진단이 중요하다. 두경부암도 진행되기전에는 증상이 없거나 증상이 있어도 비특이적이지만 두경부 부위는 외래진찰로 대부분을 직접 관찰할수 있기 때문에 의사가 주의를 기울여 두경부암을 간과하는 일이 없어야 할 것이다.

References

- 1) Sheehy JL : Talking with patients, an instruction

- course. In : Johnson JT. Instructional course. Philadelphia : C.V. Mosby, 1989 : 45-52
- 2) Rice DH, Spiro RH : General management guidelines. In : McQuarrie DG. Current concepts in head and neck cancer. New York: The American Cancer Society, 1989 : 1
 - 3) Duncavage JA, Unger JM, Toohill RJ : Diagnostic techniques in head and neck cancer. Otolaryngol Clin North Am. 1985 ; 18 : 421-431
 - 4) Conglio JV, Nettekville JL : Guidelines for patient management. In : Bailey BJ. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Philadelphia : J.B. Lippincort, 1993 : 1021-1028
 - 5) Birchall MA, Croft CB : Examination and endoscopy of the upper aerodigestive tract. In : Kerr AG. Scott-Brown's Otolaryngology. 6th ed. Bath : Bath Press, 1997 : 1
 - 6) Vaughan CW : Work-up and treatment planning for head and neck cancer. A multi-modality approach. Otolaryngol Clin North Am. 1985 ; 18 : 403-409
 - 7) Weissler MC : N0 Neck evaluation and treatment. In : Shockley WW, Pillsbury HC. The Neck Diagnosis and Surgery. St. Louis : Mosby-Year Book, 1994 : 393-403
 - 8) Ditroia JF : Nodal metastases and prognosis in carcinoma of the oral cavity. Otolaryngol Clin North Am. 1972 ; 5 : 333-342
 - 9) Shah JP, Medina JE, Shaha AR, Schantz SP, Marti JR : Cervical lymph node metastasis. Curr Probl Surg. 1993 ; 30 : 278-280
 - 10) Dalley RW, Robertson WD : Diagnostic imaging of the head and neck. In : Cummings CW. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 2nd ed. St. Louis : Mosby-YearBook, 1993 : 13-71
 - 11) Seiden AM, Jacobs DM : Fine-needle aspiration, Using it appropriately while enhancing technique. In : Johnson JT. Instructional course. Philadelphia : C.V. Mosby, 1992 : 39-48
 - 12) Grossman TW : Role of esophagoscopy in the evaluation of patients with head and neck carcinoma. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1983 ; 92 : 369-372
 - 13) Calhoun KH, Fulmer P, Weiss R, Hokanson JA : Distant metastases from head and neck squamous cell carcinomas. Laryngoscope. 1984 ; 104 : 1199-1205
 - 14) Mettler FA, Guiberteau MJ : Bone scanning. In Essentials of nuclear medicine imaging. Philadelphia : W.B. Saunders, 1991 : 209-236