

A Case of Giant Fibrovascular Polyp of the Hypopharynx Removed by Transoral Approach

Nam Young Kim, Kyoung Hun Kim, Sung Ho Park, and Ik Joon Choi

Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Korea Cancer Center Hospital, Seoul, Korea

구강 내 접근법으로 치료한 하인두 거대 섬유혈관성 용종 1예

김남영 · 김정현 · 박성호 · 최익준

한국원자력의학원 원자력병원 이비인후-두경부외과

Received January 30, 2015

Revised March 26, 2015

Accepted April 3, 2015

Address for correspondence

Ik Joon Choi, MD
Department of Otolaryngology-
Head and Neck Surgery,
Korea Cancer Center Hospital,
75 Nowon-ro, Nowon-gu,
Seoul 139-706, Korea
Tel +82-2-970-1271
Fax +82-2-970-2450
E-mail medica95@hanmail.net

Giant fibrovascular polyps of the esophagus and hypopharynx are rare, benign, and tumor-like lesions of the upper digestive tract. Due to the initial lack of symptoms, these polyps are often clinically undiagnosed or misdiagnosed until they are significant in size. Most of them can be surgically removed by a cervical incision approach or endoscopic approach. However, we experienced a case of 37 years old male patient, who had a giant fibrovascular polyp of the hypopharynx removed by transoral approach because of the location and size of the stalk. We present this case of a giant fibrovascular polyp of the hypopharynx with a brief review of literature.

Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg 2015;58(7):520-3

Key Words Fibrovascular polyp · Hypopharynx.

서론

섬유혈관성 용종은 유경성의 양성 종양으로 드물며 그 발생 빈도도 잘 알려져 있지 않다. 임상적으로 증상이 없는 경우가 많아 종물이 커지기 전에는 진단이 안되거나 오진되는 경우가 있다. 40~70세 성인 남성에서 호발하며, 호발 부위는 식도의 경부 및 하인두 부위로 보고된다.¹⁻³⁾ 용종 기시부의 위치를 찾는 것이 치료 계획을 세우는 데 있어 중요하고, 대부분의 섬유혈관성 용종은 수술적 절제술이 필요하며 내시경으로 치료하는 경우도 보고된다.⁴⁾ 용종의 크기와 기시부의 위치에 따라 내시경 또는 수술적 치료법이 선택되고, 수술적 절제시 많은 경우 경부 접근법이 사용된다.

최근 저자들은 구강 내 접근법으로 치료한 하인두 거대 섬유혈관성 용종을 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증례

특별한 병력이 없던 37세 남자가 경도의 인두 이물감을 주소로 개인의원에서 위내시경 검사 중 식도의 종물이 발견되어 본원 내과에 전원되었다. 정확한 진단을 위해 시행한 흉부 컴퓨터단층촬영에서는 식도의 내강을 가득 채운 신생물이 식도의 경부에서 시작하여 흉부까지 이어지며, 내부에는 지방조직과 혈관 음영이 관찰되었으며 식도와 경계가 명확히 구분되지 않았다(Fig. 1A and B). 이어서 시행한 위내시경 검사 중 하인두에서 시작되는 것으로 생각되는 매끄러운 표면을 가진 유경성의 종물이 구강 밖으로 역류되어 내시경실에서 이비인후과 외래로 진단과 처치를 위해 의뢰되었다(Fig. 1C). 하지만 외래에서는 시야 확보가 힘들고 내시경적 제거가 불가능할 것으로 판단되어 종물을 다시 삼키게 하여 원래 위치인 식도로 넣어지게 하였다.

위내시경 소견과 흉부 컴퓨터단층촬영 소견을 종합하여 하인두 기원의 혈관종으로 의심하고 구강 내 접근법을 통한

종물 절제술을 계획하였다. 수술 시 현수후두경을 사용하여 종물의 기시부를 평가하였고 기시부의 두께가 두꺼워 내시경 기구를 이용한 접근이 용이하지 않았다. 현수후두경을 통한 시야의 제한이 있고 기시부의 완전절제가 어려울 것으로 판단

되어 McIvor 개구기를 이용하여 입을 벌린 후 육안으로 종물을 평가하였다. 내시경 기구를 이용하여 종물을 견인 후 Kelly 집자를 사용하여 종물이 손상되지 않도록 조심스럽게 입 밖으로 노출시켰다(Fig. 2). 팁(tip)이 긴 단극소작기를 사용하여 주

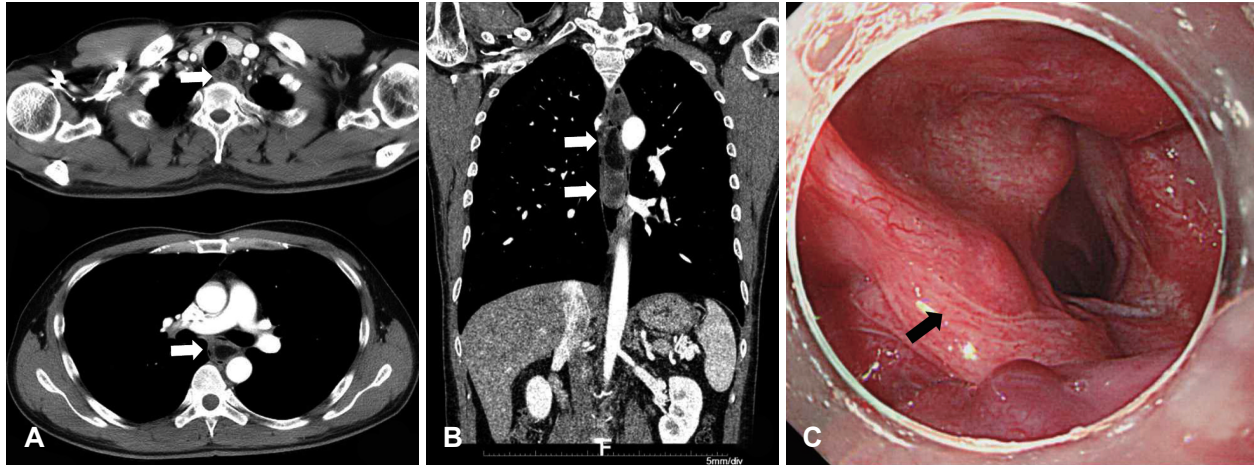


Fig. 1. Preoperative findings. Preoperative enhanced chest computed tomography. A soft tissue lesion (white arrow) in the esophagus from the level of the cervical esophagus extends to the level of the cardiac sphincter (A and B). Endoscopic photograph at the level of the hypopharynx. The base of the stalk originates from the left arytenoid (black arrow) (C).



Fig. 2. Intraoperative gross finding. A large elongated soft mass pulled out from esophagus.



Fig. 3. Photograph of the gross specimen. A large pedunculated soft mass (16×4 cm) was removed from esophagus. A stalk of the mass was completely resected (black arrows).

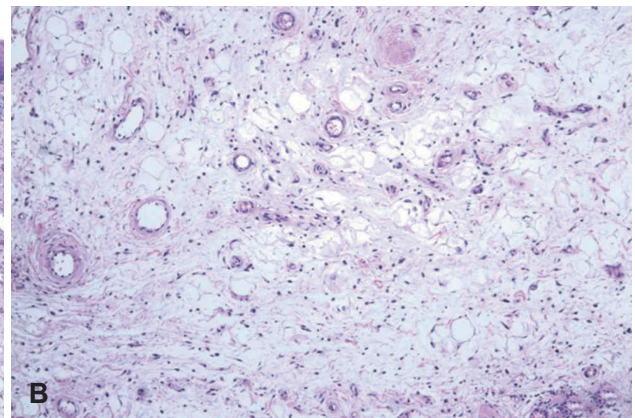
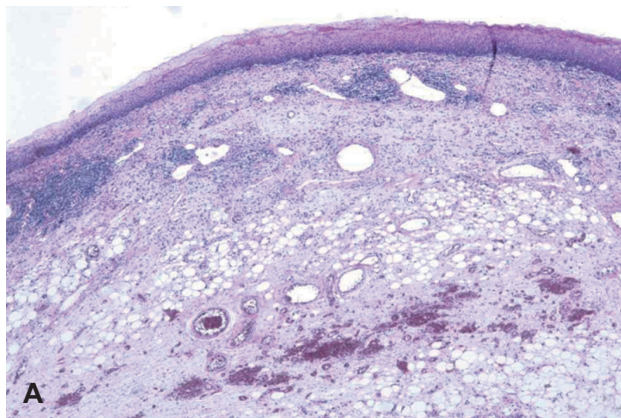


Fig. 4. Pathologic findings of the fibrovascular polyp. Lymphocytic infiltration was shown through squamous epithelial lining (hematoxylin-eosin stain, ×40) (A). Stoma consists of myxoid tissue with scattered thin-walled blood vessels and variable adipose tissue (hematoxylin-eosin stain, ×200) (B).

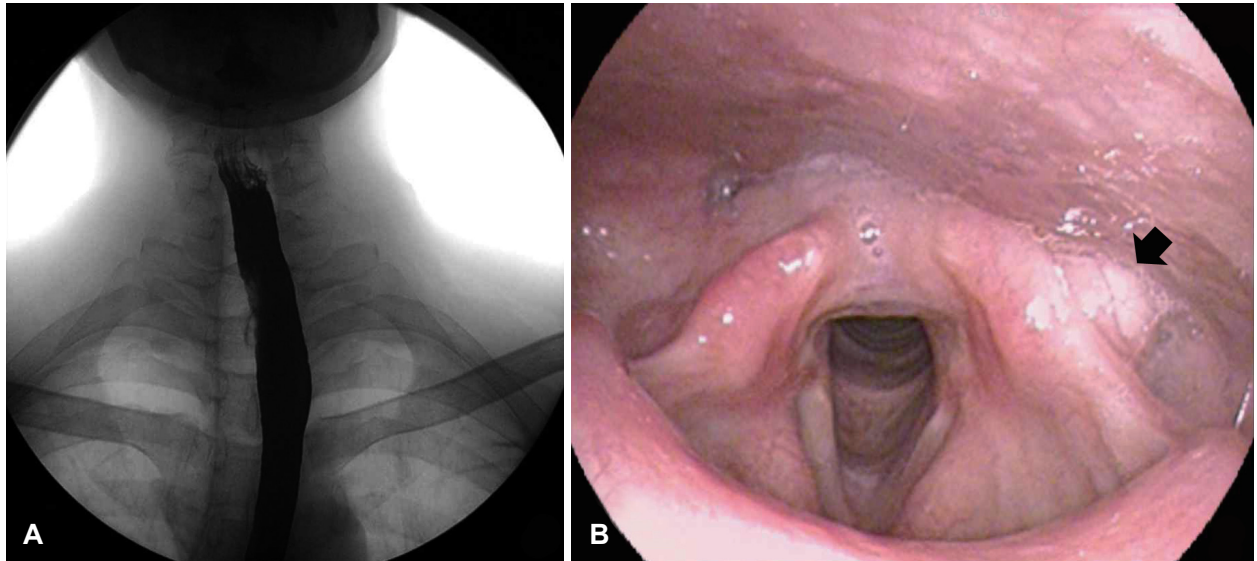


Fig. 5. There was no evidence of remnant mass at one month postoperatively. Esophagography (A). Cleared stalk region was indicated by black arrow (B).

변 구조물의 손상 없이 종물의 기시부를 절제하였고, 절제면에서 공급혈관으로 의심되는 작은 혈관이 관찰되어 양극소작기로 지혈하였다.

술 후 육안 소견으로는 16×4 cm 크기의 부드럽고 매끄러운 표면을 가진 유경성 종물이었고(Fig. 3), 조직검사서 육안 소견으로는 매끄럽고 부드러운 표면의 유경성의 종물로 현미경 시야에서는 편평상피세포 내층 아래로 림프구 침윤이 보이며, 섬유점액성 조직 내부에 다양한 크기의 얇은 벽을 형성한 혈관과 다양한 지방조직이 있는 양상의 섬유혈관성 용종으로 확진되었다(Fig. 4).

수술 후 환자는 인두 이물감이 소실되었고 술 후 다음날 시행한 인후두내시경 검사에서 특별한 이상 소견이 관찰되지 않았다. 술 후 1개월째 시행한 식도조영 사진에서도 조영제의 정상적인 통과가 관찰되고, 남아 있는 종물도 관찰되지 않았고, 현재 재발 없이 외래에서 추적관찰 중이다(Fig. 5).

고 찰

식도와 하인두에 발생하는 섬유혈관성 용종은 상부위장관에서 기시하는 양성 종양으로 드물게 보고되어 있고, 악성화 가능성 역시 낮은 것으로 알려져 있다.⁵⁾ 소아에서는 구인두에서 발생하는 경우가 흔하며, 비인두에서도 발생한다고 보고된 바 있다.^{6,7)} 증상은 종물의 크기 및 위치에 따라 다양하게 나타나며, 크기가 작은 경우에는 증상이 없는 경우가 많아 종물이 커지기 전에는 진단이 안되거나 오진이 되는 경우가 있다. 용종이 기도로 흡인되거나 구인두를 막아 응급기관절개술을 필요로 하기도 하나, 본 증례에서는 용종이 16×4 cm 크기로

자랄 때까지 정도의 인두 이물감 외에는 특이증상을 보이지 않았다.

용종의 기시부를 찾는 것이 진단 및 치료 계획을 세우는 데 있어 도움이 된다. 진단 방법으로는 내시경으로 종물을 확인하는 것이 가장 중요하며, 내시경 초음파는 기시부의 혈관에 대한 평가와 세침흡인생검을 통한 조직학적 진단에 도움이 된다.⁸⁾ 수술 전 검사로는 내시경, 내시경 초음파, 컴퓨터단층촬영, 식도 조영술을 시행할 수 있으나 섬유혈관성 용종은 벽 내 종물로 오진될 수 있으므로 다방면의 평가가 필요하며, 혈관종, 염증성 용종, 지방종, 악성 흑색종, 평활근육종 등과의 감별이 필요하다.^{6,9)} 본 증례의 경우, 술 전 시행한 흉부 컴퓨터단층촬영 사진과 위내시경 소견을 바탕으로 저자들은 섬유혈관성 용종을 의심할 수 있었다.

대부분의 섬유혈관성 용종은 후두 역입이나 질식의 위험 때문에 수술적 완전절제가 필요하며 내시경으로 치료한 경우도 보고되었다.¹⁰⁻¹²⁾ 직경 2 cm 미만의 크기가 작은 섬유혈관성 용종은 내시경으로 치료할 수 있으나 시야 확보가 어렵고 기시부의 두께가 얇아야 한다.^{8,10,11)} 반면에, 길이가 8 cm 이상으로 긴 경우 또는 혈관조직이 풍부한 섬유혈관성 용종은 수술적 완전절제를 통해 치료해야 하며, 많은 경우 기시부의 위치가 구강 내 접근법으로 도달할 수 없기 때문에 경부 접근법이 사용된다.^{9,11)} 본 증례에서는 식도 내 종물로 발견되었지만, 용종의 기시부가 두껍고 이상와의 가측 벽에서 시작되는 것으로 생각되어 경부 접근법이 아닌 현수후두경을 통한 구강 내 접근법을 계획하였다. 하인두의 섬유혈관성 용종을 구강 내 접근법을 통해 치료한 증례가 외국에서 보고된 적은 있지만, 본 증례와는 달리 식도 내 종물이 아닌 구강으로 돌출된

종물이었기 때문에 종물의 견인을 필요로 하지 않았다.⁵⁾

섬유혈관성 용종의 수술적 치료 계획을 세우는 데 있어 내시경적 용종 기시부의 평가가 가장 중요하며, 시야 확보가 힘들거나 식도 내 종물이 끌려 나오지 않은 경우에는 내시경 초음파를 통한 기시부의 혈관과 크기를 평가해야 한다. 반면에, 섬유혈관성 용종의 기시부가 하인두 근처의 상부 식도에 있는 경우 현수후두경을 통한 적극적인 기시부의 평가가 이루어진다면 경부 접근법보다 비교적 덜 침습적인 구강 내 접근법을 통한 치료가 가능하며, 이 또한 수술 방법으로 고려되어야 할 것으로 사료되어 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

- 1) Sargent RL, Hood IC. Asphyxiation caused by giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Arch Pathol Lab Med* 2006;130(5):725-7.
- 2) Chourmouzi D, Drevelegas A. Giant fibrovascular polyp of the oesophagus: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2008;2:337.
- 3) Paik HC, Han JW, Jung EK, Bae KM, Lee YH. Fibrovascular polyp of the esophagus in infant. *Yonsei Med J* 2001;42(2):264-6.
- 4) Rice TW, Murthy SC. Surgical treatment of benign esophageal diseases. In: Sellke FW, del Nido PJ, Swanson SJ, editors. *Sabiston & Spencer surgery of the chest*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders;2005. p.583-609.
- 5) Ozdemir S, Gorgulu O, Selcuk T, Akbas Y, Sayar C, Sayar H. Giant fibrovascular polyp of the hypopharynx: per-oral endoscopic removal. *J Laryngol Otol* 2011;125(10):1087-90.
- 6) Lee DJ, Myong NH, Kim YH, Chung YJ. A case of fibrovascular polyp originating from soft palate causing nasal obstruction. *Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg* 2010;53(2):112-5.
- 7) Raza SN, Waseem Z, Reid D, Jackson BS. Giant fibrovascular polyp of the oropharynx: case presentation and literature review. *J Otolaryngol* 2005;34(4):277-80.
- 8) Devereaux BM, LeBlanc JK, Kesler K, Brooks J, Lehman GA, Sherman S, et al. Giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Endoscopy* 2003;35(11):970-2.
- 9) Schuhmacher C, Becker K, Dittler HJ, Höfler H, Siewert JR, Stein HJ. Fibrovascular esophageal polyp as a diagnostic challenge. *Dis Esophagus* 2000;13(4):324-7.
- 10) I H, Kim JS, Shim YM. Giant fibrovascular polyp of the hypopharynx: surgical treatment with the biapproach. *J Korean Med Sci* 2006;21(4):749-51.
- 11) Goenka AH, Sharma S, Ramachandran V, Chattopadhyay TK, Ray R. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: report of a case. *Surg Today* 2011;41(1):120-4.
- 12) Kwon OS, Kim YJ, Yoon CB, Kim KS. A case of fibrovascular polyp in the esophagus. *Korean J Otolaryngol-Head Neck Surg* 1997;40(5):769-72.