# 두경부암 바로알기!
# 더 이상 생소한 암이 아니다!

글. 가톨릭대학교 대전성모병원 이비인후과 김청수 교수
**전문진료분야.** 두경부 종양, 음성장애, 연하장애, 갑상선종양, 구강인후두질환

쇄골 위쪽에서 발생하는 암 중 갑상샘을 제외한 모든 암을 두경부암이라고 한다. 입, 혀, 부비강, 비강, 연구개경구개, 인두, 후두, 침샘 등 주로 음식을 먹거나, 목소리를 낼 때 사용되는 기관들이다. 과거에는 림프절에 전이가 되고 난 후나 질병이 상당히 진행된 후에야 진단이 되었을 뿐 아니라 예후도 좋지 않았다. 그러나 최근 진단 기술과 수술을 비롯한 다양한 치료법이 발달해 생존률 역시 높아지고 있다.

### ▶▶▶ 두경부암이란

두경부는 연하 즉 음식물 섭취와 관련된 구강 및 인두, 호흡과 발성을 담당하는 후두를 포함한 가슴 위와 두개저 아래의 모든 부위를 지칭하며, 이곳에 생긴 악성종양을 두경부암이라고 한다. 여기에는 요즘 잘 알려진 갑상선암을 포함해 구순암, 설암, 구강저암, 편도암, 인두암, 성문암, 침샘암 등이 포함된다.

### ▶▶▶ 두경부암의 증상

두경부암은 다른 종양과 마찬가지로 초기에는 별다른 증상이 나타나지 않는다. 그러나 암을 의심할만한 다음의 증상이 있을 때는 이비인후과 의사의 진찰을 받는 것이 중요하다.

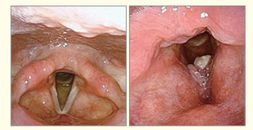
- 6주 이상 지속되는 목소리의 변화
- 3주 이상 낫지 않는 구강 내의 궤양
- 3주 이상 지속되는 구강 내의 부종(swelling)
- 구강점막의 적백색 반점(patch)
- 3주 이상 지속되는 연하 곤란(삼킴 곤란)
- 한쪽 코가 지속적으로 막혀 있거나, 이상한 분비물이 동반될 때
- 치주질환과 무관하게 치아가 흔들리는데 그 원인을 설명하기 어려울 때
- 3주 이상 지속되는 경부의 종괴
- 뇌신경 마비 증세(cranial neuropathy)
- 안와 종괴(orbital mass)
- 3주 이상 지속되는 귀가 꽉 차고 먹먹한 느낌의 이충만감
- 호흡곤란 및 장애

### ▶▶▶ 두경부암의 원인

갑상선과 침샘암을 제외한 두경부암의 대부분은 점막에서 생기는 편평상피암이며 이는 외부의 지속적인 자극에 의해서 발생한다. 또 흡연과 음주는 구강, 인두 그리고 후두암의 중요 위험인자이다. 구강 안의 기계적인 자극 또한 암의 원인이 될 수 있다. 바이러스 감염도 암을 유발하는 인자로 밝혀져 있는데, EBV는 비인두암을, 자궁경부암의 원인으로 알려져 있는 인두 유두종 바이러스는 구인두암을 일으키는 것으로 알려져 여기에 관한 활발한 연구가 이루어지고 있다.

### ▶▶▶ 부위별 두경부암

**• 후두암**



갑상선암 다음으로 발생 빈도가 높은 후두암은 전체 악성 종양의 2~5%를 차지하며, 성문암, 성문상부암, 성문하부암 순으로 발생한다. 흡연과 음주가 주요 위험인자이다. 조기 후두암은 대부분 목소리 변화가 가장 큰 특징이다. 따라서 목소리 변화를 호소하는 경우 후두경을 통한 병변 확인이 꼭 필요하다. 치료는 암의 발생 위치와 병기, 환자의 폐기능에 따라 다양하다. 성문암이 초기인 경우는 레이저를 이용한 후두미세 수술 또는 방사선 치료 등 비교적 간단한 방법으로 높은 치료 효과를 볼 수 있다. 성문상부 또는 성문하부에 발생한 경우 나 진행된 성문암의 경우는 후두의 기능을 최대한 보존하면서 병변을 제거하는 것이 중요하다. 과거 진행된 후두암의 경우는 후두 전적출술을 했지만 현재는 환자의 나이 폐기능, 영양 상태, 병기에 따라 항암 방사선 치료 또는 보존적 후두절제술 등 다양한 치료 방법이 있다.

### • 구강암

구강암은 입술, 치조릉(이의 틀이 되는 부위), 구강설(혀의 앞쪽 2/3), 구강저, 경구개, 협부로 이루어져 있으며, 대부분 편평상피암의 형태로 발생한다. 구강암은 전체 두경부암의 17% 정도를 차지하며, 음주와 흡연의 기간과 비례하기 때문에 대부분 50~60세에 진단된다. 3주 이상 지속되는 구강 내 궤양이나 부종 그리고 점막 변화가 지속될 때 의심할 수 있다.

치료는 수술이 가능하다면 수술적 제거가 원칙이며, 병기에 따라 추가 치료가 필요할 수 있다. 구강암 수술에서의 재건은 병소의 제거만큼이나 중요하다. 구강은 환자가 먹을 수 있도록 음식을 잘게 부수고 인두로 보내는 역할을 하며 또 정확한 말을 하는데 꼭 필요하기에 수술 후 이러한 기능을 보존하는 범위에서 재건이 이뤄져야 한다.

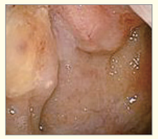
### • 인두암

인두암은 구인두암, 하인두암, 비인두암으로 나뉘며, 각각의 위치에 따라 원인 및 치료, 예후가 다르다.

구인두암은 전체 두경부암의 12% 정도를 차지하며 갑상선암을 제외하면 후두암, 구강암에 이어 세 번째로 빈도가 높다. 편도, 설근부(혀뿌리), 연구개(입천장 뒤쪽), 구인두벽 순으로 암이 호발하며, 60~70대에 주로 발생한다. 그러나 인두 유두종 바이러스에 감염된 경우는 음주, 흡연의 기왕력이 없는 젊은층에서도 발생하는 것으로 알려져 있다.

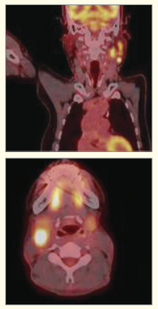
구인두부의 조기암은 방사선 또는 수술적 치료 단독으로 시행되지만 진행된 병기에서는 수술과 방사선 치료를 병행하는 것이 대부분이다. 최근에는 인두 유두종 바이러스에 의해 발생한 암의 경우 항암방사선 치료의 효과도 뛰어난 것으로 보고되고 있다.

하인두암은 두경부암의 5~10%를 차지하는 암으로, 60~70대 남자에게서 이상와 암종, 하인두 후벽 암종, 후윤 상부 암종 순으로 호발한다. 하인두암의 초기 증상은 인두통, 연하시 이물감, 목에 혹이 생긴 경부 종물 등이 있다. 대부분 진행된 병변의 형태로 발견되고 여러 부위에 병변이 발생하거나 전이가 흔하게 나타나기 때문에 예후는 좋지 않다. 조기 암은 방사선 치료로도 좋은 효과를 낼 수 있지만 진행된 암에서는 환자의 병변과 상태를 고려해 수술 후 방사선 치료 또는 항암 방사선 치료를 고려할 수 있다.



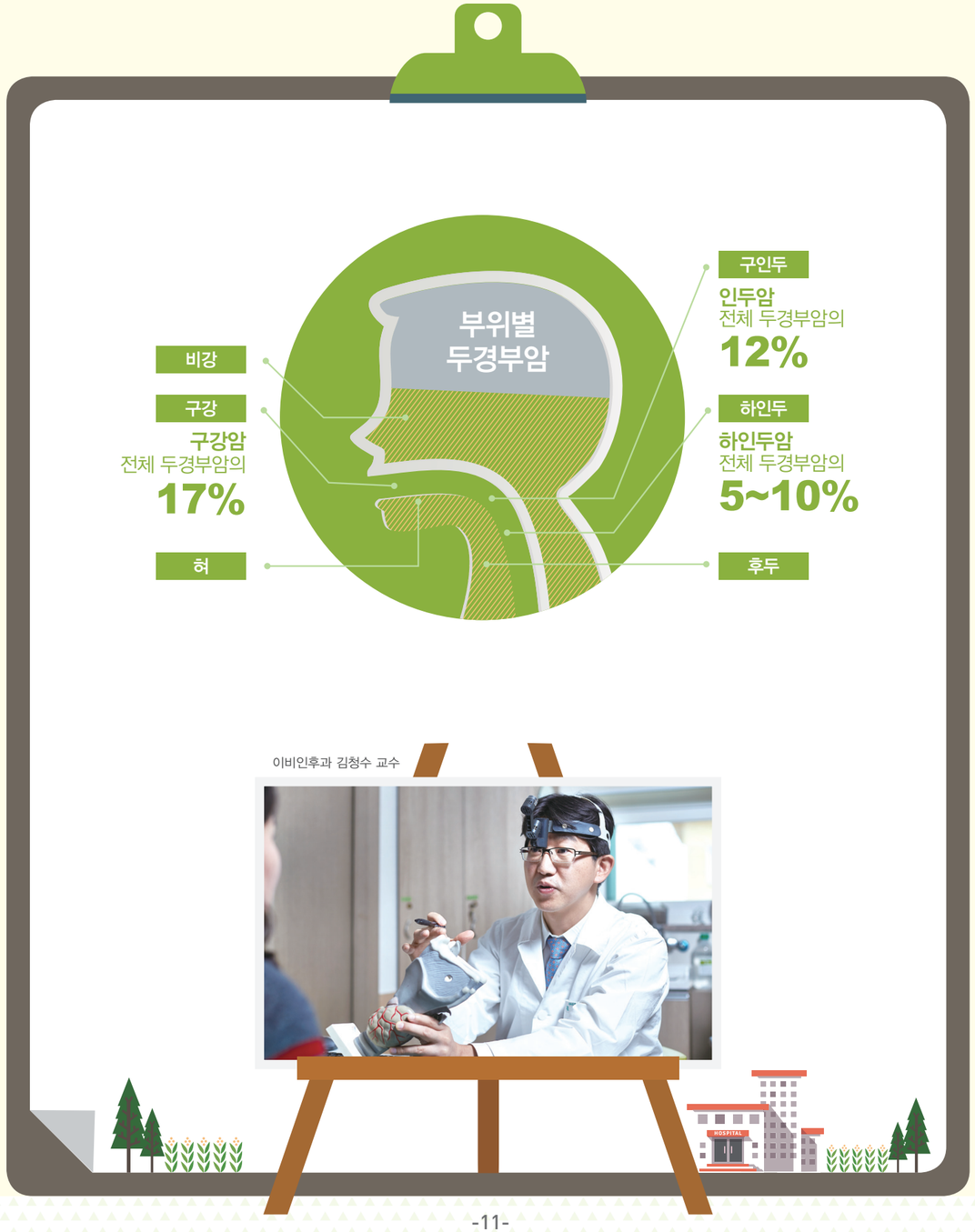
비인두암의 대부분은 편평상피에서 기원한 암이지만 남녀 비율, 발병 연령, 전이율 등이 두경부의 다른 부위에서 발생하는 편평상피 암과는 달라 유발 원인이 흡연과 음주가 아닌 바이러스로 생각되고 있다. 증상은 경부 종괴가 가장 많으나 귀가 먹먹한 이충만감, 코막힘 등도 흔하기 때문에 초기에 중이염 또는 부비동염으로 오인되는 경우가 많다. 치료는 방사선 치료 또는 항암 방사선 동시 치료가 수술 치료보다 우선시된다.

### • 침샘암



우리 몸에서 주타액선은 이하선(귀밑샘), 악하선(턱밑샘) 그리고 설하선(턱밑샘)이 좌우로 존재하며, 구강과 인두에는 많은 소타액선이 존재한다. 여기에 생기는 암종으로는 점액표피암, 선양낭성암, 선당세포암, 선암, 타액관암, 악성 혼합종 미분환암 등 많은 종류의 암이 있으며, 소타액선과 주탁액선 중 비교적 작은 설하선에 생기는 암은 대부분이 악성이다.

발생하는 위치에 따라 증상도 다양하게 나타나는데, 대부분의 암은 단지 종괴로만 증상을 나타내지만, 안면시경 마비, 통증, 피부 괴사 등의 증상을 보일 수 있으며, 이하선 심엽이나 부인두 공간에서 발생하는 경우는 구강 내 편도 종괴로 오인할 수 있으므로 주의를 요한다. 침샘암의 치료 원칙은 외과적 수술이다. 그리고 필요에 따라 추가적인 방사선 치료를 할 수 있는데 이 경우는 절제연 경계가 충분히 확보되는 못한 경우 그리고 병리검사에서 악성도가 높게 보이는 경우이다.



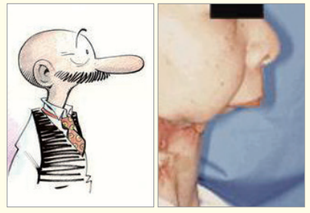
▶▶▶ 치료법

**• 경부 절제술**

많은 환자들이 왜 암은 입안에 작게 있는데 목 수술을 같이 해야 하느냐고 묻는다. 실제 외과나 산부인과에서도 림프절 수술이 같이 이뤄지지만, 림프절을 제거하는 수술 부위가 대부분 복강 내라서 크게 부각 되지 않는다. 그러나 두경부에서는 림프절의 대부분이 목에 존재하기 때문이다.

대부분의 두경부암의 수술은 원발 병소와 병소가 유입되는 경부 림프절 절제술을 하나의 개념으로 절제한다. 각각의 원발 부위에 따른 경부 림프절 전이의 유형은 많은 연구에 의해 알려졌으며, 여기에 기초해 경부 절제술을 같이 시행한다. 목은 머리와 몸을 이어주는 곳으로 모든 신경이 이곳을 통과하고, 소화기와 호흡기의 시작 지점으로 매우 복잡한 구조로 이뤄져 있다. 그 사이에 림프절이 존재하기 때문에 많은 부분을 제거하면 그만큼 합병증의 발생 확률도 높아진다. 따라서 초기에는 하악의 하연부터 쇄골에 이르기까지 그 사이에 존재하는 모든 림프절과 흉쇄유돌근, 내경정맥, 부신경을 함께 절개하는 근치적 경부 절제술이 주로 시행됐지만 종양학적 결과와 환자의 수술 후 기능, 그리고 미용적인 문제에 대해 관심을 갖게 되면서 흉쇄유돌근, 내경정맥, 부신경을 살리는 보존적 경부 절제술로 발전했다. 이후 림프절 전이의 유형을 예측함으로써 수술 범위를 더욱 줄이는 선택적 경부 절제술로 발전했다. 이렇게 수술의 범위를 줄이더라도 출혈, 경동맥 파열, 폐부종, 기흉, 유미누출, 신경손상 등의 합병증이 발생할 수 있다.

**• 재건 및 재활**



1917년부터 1959년까지 신문에 연재된 Andy Gump라는 만화 캐릭터가 있다. 만화에서는 아래턱 없이 그냥 우스꽝스럽게 그려졌으나 정말 살아있는 사람이라면 어떠했을까. 말을 하지 못했을 뿐 아니라 음식을 먹기도 힘들고, 쉴 새 없이 떨어지는 침으로 사회생활이 힘들었을 것이다. 실제로 두경부 재건술이 발달하기 전에는 이러한 환자도 있었다.

1940년대 이후 여러 치료 방법이 개발되면서 환자의 생존율은 개선됐지만 수술적 절제 후 결손 부위에 대한 장애가 문제점으로 대두됐다. 1960년대 여러 피판술이 개발되면서 외관의 기형이나 기능적 장애를 최소화할 수 있는 방향으로 두경부 재건술의 개념이 정립됐다. 일례로 설암의 경우 원발암 제거만 한다면 환자는 종양학적으로는 치료되었을지는 몰라도 대화가 어렵고 연하에 장애를 가지게 된다. 또 인두암 수술 후 결손 부위를 채우지 못하거나 원래 기능을 고려하지 않고 봉합한다면 지속적인 감염으로 환자의 생명까지 위협하게 된다. 따라서 이러한 경우 환자의 신체 다른 부위 조직을 이용해 재건해야 하며 수술적 절제 후 남은 부위의 기능을 최대로 유지하기 위해서는 환자 및 보호자 그리고 의사가 환자 개인에게 맞는 재활을 하는 것이 중요하다.

두경부암은 오랜 흡연과 지나친 음주 습관, HPV(인유두종바이러스) 감염 등이 원인으로 추정되고 있다. 대전성모병원은 완벽한 협진체제로 체계적인 진단 및 치료를 시행하고 있다.

## 가톨릭대학교 대전성모병원 두경부암의 다학제적 치료

모든 분야와 마찬가지로 암은 의사 한명만으로 극복하기는 어렵다. 병의 진행을 예측하는 영상의학과, 정확한 진단을 위한 병리과, 수술을 집도하는 의사, 방사선과 항암제라는 무기를 가진 방사선종양학과, 혈액종양내과의 협진이 꼭 필요하다. 특히 두경부와 같이 여러 곳에서 다양한 암이 발생하는 경우는 더욱 그러하며 치료 후 재활의학팀도 환자의 기능 회복을 위하여 필요하다.