

# 갑상선 결절

**갑상선결절**은 비교적 흔하게 발견될 수 있는 소견으로 갑상선 초음파의 발달로 16~68%의 인구에서 관찰됩니다. 특히 나이가 증가할수록 유병률이 늘어서, 40세 이상에서는 50%까지 증가하고 남성보다는 여성에서 흔하게 관찰됩니다. 갑상선결절은 무증상인 경우가 대부분이고, 임상적으로 갑상선암인 경우가 전체 갑상선결절 환자의 7~15%에서 나타납니다. 특히 두경부에 방사선 치료를 받은 적이 있거나, 가족 중에 갑상선암으로 진단을 받은 사람이 있거나, 갑상선결절이 딱딱하게 만져지거나, 결절의 크기가 빠르게 커지거나, 쉼소리(목소리)를 동반하는 경우에 갑상선암일 가능성이 높습니다. 갑상선 초음파검사는 방사선 피폭이 없는 매우 안전하고 정확한 검사로서 위와 같은 갑상선암의 고위험군은 초음파 검진검사를 통하여 반드시 확인이 필요합니다.

병원에서 1cm 이상 크기의 갑상선결절이 발견되면 우선적으로 혈액검사인 갑상선기능검사를 시행합니다. 갑상선결절이 갑상선호르몬을 분비하는 기능성 결절인 경우에는 갑상선암의 가능성이 작습니다. 갑상선호르몬을 분비하지 않으면서 촉진되는 비기능성 고형 결절에 대해서는 세침흡인검사를 하여 결절의 세포를 일부 얻어냅니다. 세침흡인검사는 마취할 필요가 없을 만큼 통증이 거의 없는 안전한 검사이며 가는 바늘로 갑상선결절 부위를 반복해서 찌르는 검사입니다. 이렇게 하여 얻어진 세포를 현미경 관찰을 통하여 세포 수준의 정확한 진단을 합니다. 최근 더욱 안전하고 정확하게 시행하는 갑상선 초음파 유도하 세침흡인검사의 보편화로 갑상선암의 진단율이 상당히 높아졌습니다.

하지만 모든 갑상선결절에 대해서 세침흡인검사를 시행하는 것은 아닙니다. 흔히 물혹으로 알려진 단순 낭성 갑상선결절인 경우에는 암일 가능성이 1% 미만으로 세침흡인검사를 시행하지는 않습니다. 다만 낭성 결절의 크기가 커서 기도를 압박하거나, 목의 이물감을 유발하거나, 피부와 가까이 위치하여 돌출되어 보이는 경우에 낭성 결절의 액상 성분을 제거하기도 합니다. 낭성 결절은 암일 가능성은 매우 낮지만, 단순 흡인을 통해서 크기가 작아지더라도, 다시 크기가 커지는 경우가 많아서 에탄올 주입을 이용한 낭성 결절 경화 요법을 하는 경우도 있습니다.

단순 낭성 결절이 아닌 경우에는 갑상선결절의 크기와 초음파 소견에 따라서 세침흡인검사 여부를 결정합니다. 1cm보다 작은 결절의 경우에는 세침흡인검사를 시행하기보다는 갑상선 초음파를 이용한 추적검사를 하는 것을 권장합니다.



# 갑상선 결절



임상적으로 **갑상선암이 의심되는 중요한 초음파 소견**으로는

- 1) 갑상선결절 내에 하얗게 미세 석회화가 관찰되거나
- 2) 갑상선결절의 경계가 불규칙적이거나
- 3) 결절 종축의 길이가 횡축의 길이보다 길거나
- 4) 갑상선결절이 주변부의 근육보다 더욱 까맣게 보이는 저반향의 특징 등이 있습니다.

갑상선결절의 크기가 1cm 이상이면서 위와 같은 악성 의심 초음파 소견이 동반되어 있으면 반드시 세침흡인검사를 시행할 필요가 있습니다. 악성을 시사하는 초음파 소견이 동반되지 않거나 악성 소견이 적으면 초음파의 소견에 따라서 갑상선결절의 크기가 2cm 혹은 1.5cm 이상에서만 세침흡인검사가 필요합니다. 요약하면, 초음파상 갑상선암으로 의심되는 갑상선결절에 대해서 초음파를 보면서 세침흡인검사를 시행하고 이를 통해서 얻은 세포를 현미경 관찰로 병리학적 진단을 하게 되는데, 베데스다 시스템(Bethesda system)이라고 하는 다음의 6단계 중에 하나로 보고가 됩니다.

| 진단 카테고리 | 악성 예측도(%) | 수술 시행 시 실제 악성 발견율% (범위) |
|---------|-----------|-------------------------|
| 진단 부적합  | 1~4       | 20(9~32)                |
| 양성      | 0~3       | 2.5(1~10)               |
| 이형성     | 5~15      | 14(6~48)                |
| 여포종양 의심 | 15~30     | 25(14~34)               |
| 악성 의심   | 60~75     | 70(53~97)               |
| 악성      | 97~99     | 99(94~100)              |

(‘진단 부적합’ 소견은 갑상선결절의 석회화 등으로 인하여 세침흡인검사상 충분한 세포가 나오지 않은 경우를 말하며 추적검사 시에 악성일 가능성이 꽤 높으므로 진단 정확도를 높이기 위해서 추적검사를 통한 재검사가 꼭 필요합니다.)

위의 분류에 따라서 세침흡인세포검사 결과, ‘악성’으로 나온 경우에는 실제 갑상선암일 확률이 매우 높으므로 갑상선결절을 포함한 갑상선 제거 수술을 시행 받게 됩니다. ‘진단 부적합’으로 나온 경우에는 진단을 내리기에 검체가 부족하지만 갑상선암을 배제할 수는 없으므로 초음파검사상 갑상선암 의심 소견이 동반된다면 일정한 간격을 두고 세침흡인검사를 다시 시행해야 합니다. 양성으로 진단된 경우에는 수술이 필요 없지만 지속해서 갑상선 초음파검사로 추적검사를 합니다.

초음파검사 주기는 갑상선암 의심 소견 여부에 따라서 6개월, 혹은 1~2년 간격으로 시행합니다. 세침흡인세포검사 결과가 이형성, 여포종양 의심, 악성 의심으로 나온 경우에는 갑상선결절의 크기, 초음파상 갑상선암 의심 소견, 환자의 갑상선암 위험인자 동반 여부 등에 따라서 임상적으로 진단 및 치료를 위하여 수술을 결정하기도 하지만, 진단 정확도를 높이기 위하여 초음파 추적검사와 반복해서 세침흡인세포검사가 반드시 필요한 경우가 많습니다. 또한, 의사의 판단에 따라서 갑상선암으로 의심되는 결절에 대하여 종양 유전자 변이검사를 같이 시행하기도 합니다. 유전자 변이검사로는 BRAF, RAS, RET/PTC, PAX8/PPAR-r 등이 있습니다.