

자궁경부암에서 자궁내막 및 체부침습의 의의

한양대학교 의과대학 산부인과학교실, 관동대학교 의과대학 산부인과학교실*
이문휘 · 조삼현 · 김승룡 · 김경태 · 조수현 · 문 형 · 황윤영 · 류기영*

=Abstract=

Endometrial and Corporal Extension in Carcinoma of Uterine Cervix

Mun-Hwi Lee, M.D, Sam-Hyun Cho, M.D, Seung-Ryong Kim, M.D,
Kyung-Tae Kim, M.D, Soo-Hyun Cho, M.D, Hyung Moon, M.D,
Yoon-Yoong Hwang, M.D, Ki-Young Ryu, M.D.*

Department of Obstetrics and Gynecology, College of Medicine, Hanyang University, Seoul, Korea
*Department of Obstetrics and Gynecology, College of Medicine, Kwandong University, Kangnung, Korea**

Objective: The objective of this study was to evaluate clinical significance of endometrial and corporal extensions of Carcinoma of the uterine cervix.

Methods: The 273 patients with locally advanced cervical cancer who underwent radical hysterectomy after neoadjuvant chemotherapy between Jan 1983 to May 1998 were included in this study and endometrial and corporal extension was examined by pathologic report. Then, clinical characteristics such as age, stage, tumor size, geographic contour, the lymph node and parametrial invasions, recurrence rate, and 5 year-survival rate were compared between extension(n=30) and non-extension(n=243) group. Pearson chi-square test, Fisher's exact test, and Kaplan-mayer survival analysis were used for calculation of statistical significance between two group. p-value less than 0.05 was considered to be clinically significant.

Results: The incidence of endometrial and corporal extension in this locally advanced cervical cancer group was 11% (30/273). The endometrial and corporal extension were closely related with advanced stage, larger cervical tumor mass, endophytic type, and pelvic lymph node metastasis. However, 5-year disease free survival rates or 5-year actuarial survival rates did not show statistically significant differences between extension and non-extension group (75% vs 83% and 81% vs 84%, respectively)

Conclusion: The endometrial and corporal extension were closely associated to high risk factors of advanced cervical cancer. Though its clinical significance for poor outcome were not proved in this study, prospective study with more patients is needed to clarify its clinical significance.

Key Words: Neoadjuvant chemotherapy, Endometrial extension, corporal extension, Carcinoma of the Uterine Cervix

서 론

자궁경부암은 한국 여성의 생식기에서 발생하는

악성 종양 중에서 그 발생 빈도가 30-37%로서 수위를 차지하고 있으며, 이는 미국 영국등 선진국에서의 발생 빈도보다 훨씬 높다.¹⁾ 자궁경부암에서 여러 가지 예후 인자에 대해서는 비교적 많은 연구가 되

어있으나, 자궁내막 및 체부 침습이 있는 경우, 예후에 어떤 영향을 주는 지에 대한 국내 보고는 아직 없다.

이전에 Perez 등은 1981년에 473예의 자궁경부암 환자에서 자궁내막 소파술을 이용하여 자궁내막 및 체부 침습의 빈도를 2-10%라 보고하면서 이러한 경우, 원격전이 빈도가 증가하여 생존율의 저하를 초래한다고 하였다.^{2,3)} 또한, 1981년 Rotman 등도 자궁내막 침습이 있는 경우와 자궁체부 침습이 있는 경우를 따로 분류하여 치료에 임할 것을 권장하였다.⁴⁾ 그러나 이러한 부위로의 전이가 치료 결과에 부정적 영향을 준다는 보고는 많지 않았으며, 1995년 개정된 FIGO 분류에서는 이러한 사항은 언급되지 않았다. 따라서 이러한 전이의 빈도와 예후에 대한 영향에 대한 정확한 평가가 불가 하였다.

또한 이전의 경험이 자궁절제 수술후 소견이 아닌 자궁내막 소파술로 얻은 결과로, 그 진정한 파급양상을 구명하는데는 제한적이었기에 지금까지 실질적인 빈도를 구하기 어려웠다. 따라서 이의 의의 또한 정확하게 파악될 수 없었고 이에 대한 연구가 활발하지 못했으며 현재까지 치료방법에 있어서도 방사선 치료에 국한하고 있는 실정이다.

따라서 본 교실에서는 자궁경부암중 국소적으로 진행된 고위험군에 대한 선행 항암 화학요법후 수술을 시행하여 병리적으로 자궁조직을 확인 할수 있었던 환자에 있어서 자궁내막 및 체부 침습의 빈도, 임상양상과 생존율을 분석, 치료방향으로서의 선행 항암화학요법후 근치전자궁절제술의 효용성과 그 의의를 규명하고자 본 연구를 시행하였다.

연구대상 및 방법

1983년에서 1998년 5월사이에 본교실에서 국소적으로 진행된 고위험군으로 분류된 자궁경부암 환자중 선행 항암화학요법과 근치 전자궁적출술과 림프절 절제술을 시행 받은 273예를 연구대상으로 하였다. 이들의 임상기록(clinical record)과 수술후 병리결과지(pathologic report)에 근거하여 내막 및 체부 침습 환자를 선별한 뒤, 이를 비침습군과 비교하여 임상양상, 생존율, 선행 항암화학요법후 근치전자궁절제술의 효용성등을 조사 분석하였다. 이 대

상들에 대한 자궁내막 및 체부 침습군의 빈도를 위시한 임상특성(나이, 병기, 종괴직경, 일차종괴의 침윤양상), 임상 및 조직학적 관해도, 자궁방조직 침윤, 림프절 전이 빈도, 5년 생존율과 무병율을 차트 분석을 통한 양군의 차이를 후향적으로 비교 분석하였다. 생존율은 첫 내원후 마지막 외래 방문일까지를, 무병율은 재발된 시점까지를 산정하여 평가하였다. 분석 방법으로는 SPSS version 7.5를 이용하여, 임상양상에 대해서는 Pearson Chi-square test와 Fisher's exact test를 이용하였고, 무병율과 생존율은 Kaplan-mayer 생존분석을 이용하였고, P-value가 0.05 이하인 경우를 유의하다고 판정 하였다.

선행 항암화학요법 제제로는 VBP regimen(Vinblastine, Bleomycin, Cisplatin)가 사용되었고, 3회를 기본으로 항암화학요법을 시행하였으나 내진을 통한 임상 관해도에 따라 추가 실시했던 경우도 있었으며, 술후 확인된 병리 결과지를 검토하여 조직학적으로 관해율이 좋지 않았던 경우 방사선 요법을 추가로 실시하였다.

결 과

1. 자궁내막 및 체부침습의 빈도

조직학적으로 확인된 자궁내막 및 체부의 침습은 총 30명으로서 빈도는 11% (30/273)이었다. 내막침습은 14명, 자궁 체부 침습은 6명, 그리고 자궁내막 및 체부 동시에 침습이 있었던 경우는 10명이었다

2. 임상적 특성

1) 연령 분포 (Age Distribution)

연령분포는 침습군에서 30-59세 (평균, 50.7)였고 비침습군에서 25-69세 (평균 46.3)였고, 침습의 빈도는 50대에서 침습군이 73%(22/30)로 비침습군 28%(67/243)에 비해 높았으며($P=.001$), 20대와 60대서는 한 예의 침습도 없었다.(Table 1)

2) 병기(Stage)

병기가 진행된 경우일수록 자궁내막 및 체부의 침습이 많았다. 즉, 침습군에서는 병기 IIb가 50%(15/30), 병기 IIIa 이상이 26%(8/30)이었으나, 비 침습군에서는 병기 IIb가 38%(92/243), 병기 IIIB가 9%

(23/243)였다 ($P=.003$). 병기Ib는 침습군에서는 7%(2/30) 비침습군에서는 19%(45/243)이고, IIa는 각각 17%(5/30), 34%(83/243) 이었다.(Table 1)

3) 종괴직경 (Mass size)

침습군에서는 6cm이상의 종괴가 42%(12/30)로 비침습군의 18%(43/243)에 비해 빈도가 높았고 ($P=.02$), 3cm 이하의 종괴는 침습군에서 16%(6/30), 비침습군에서 39%(97/243)였고, 4-5cm은 각각 42%(12/30), 43(103/243) 이었다.(Table 1)

Table 1. Clinical characteristics of patients

| | Extension(n=30) (%) | Non-extension (n=243) (%) |
|--------------------|------------------------|------------------------------|
| Age | | |
| 20-29 | 0 | 7 (3) |
| 30-39 | 3 (10) | 68 (28) |
| 40-49 | 5 (17) | 80 (33) |
| 50-59 | 22 (73) | 67 (28) |
| 60-69 | 0 | 21 (8) |
| Stage | | |
| Ib2 | 2 (7) | 45 (19) |
| IIa | 5 (17) | 83 (34) |
| IIb | 15 (50) | 92 (38) |
| IIIa이상 | 8 (26) | 23 (9) |
| Mass size | | |
| ≤3cm | 6 (16) | 97 (39) |
| 4-5cm | 12 (42) | 103 (43) |
| ≥6cm | 12 (42) | 43 (18) |
| Geographic contour | | |
| Endophytic | 12 (40) | 92 (38) |
| Exophytic | 13 (43) | 144 (59) |
| Barrel | 5 (17) | 7 (3) |

4) 일차종괴의 침윤양상(Geographic contour)

Endophytic type(내장형 병소)과 Barrel shape(술통형 병소)의 빈도는 침습군에서 40%(12/30)였고, 비침습군에서는 17%(5/30)로 침습군에서 빈도가 높았고 ($P=.008$), Exophytic type(외장형 병소)의 경우 비침습군이 59%(144/243), 침습군이 43%(13/30)의 빈도를 보였다.(Table 1)

3. 선행화학요법후 임상 관해도 및 수술후 조직학적 관해도

수술전 내진을 통한 임상관해도는 완전관해(complete response)가 침습군이 33%, 비침습군이45%, 부분관해(Partial response)는 각각 67% 와 55%로 차이가 없었다 ($p\text{-value}=.328$). 그러나 수술후 병리결과지를 토대로 조직학적으로 확인된 자궁경부에 남아 있는 잔여 암 침윤 정도는 침습군에서는 5mm 이상의 육안적 잔존 종괴(Macroscopic residual tumor)의 비율이 90%인데 반하여 비침습군에서는 60%로 통계적으로도 유의한 차이($p\text{-value}=.012$)를 보였다 (Table 2). 물론 조직학적 관해도가 좋지 않은 경우에 방사선 요법을 추가 하였다.

4. 수술후 병리 조직 소견

침습군의 골반 임파절 전이 빈도는 40%(12/30), 부대동맥 임파절 전이 빈도는 17%(5/30), 그리고 부대동맥 및 골반임파절 전이가 동시에 있었던 경우가 17%(5/30)였으며, 비침습군은 각각 18%(45/243), 2.4%(6/243), 1.6%(4/243)였다. 여기서 골반 림프절 전이의 경우는 침습군과 비침습군에서 빈도가 각각 40% 와 18%로 침습군에서 통계적으로도 유의하게

Table 2. Clinical response &postoperative histologic findings

| | Extension(n=30) (%) | Non-extension(n=243) (%) | |
|---------------------|---------------------|--------------------------|------|
| Clinical response | | | |
| CR | 10 (33) | 109 (45) | .328 |
| PR | 20 (67) | 134 (55) | |
| Histologic response | | | |
| No residual tumor | 0 | 44 (18) | .012 |
| Microscopic | 3 (10) | 55 (22) | |
| Macroscopic | 27 (90) | 144 (60) | |

CR: Complete response

PR: Partial response

높았다. (p -value = .003). 자궁방 침윤 역시 침습군이 47%(14/30), 비침습군이 10%(25/243)로서 침습군에서 높은 빈도 (p -value = .004)였다.(Table 3)

5. 재발율 및 사망률

재발율은 침습군인 경우 13.3%, 비침습군인 경우 11.1%로 침습군인 경우가 높은 빈도이며, 사망률의 경우 20%와 16.9%로 역시 침습군인 경우에서 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.(Fig. 1)

6. 5년 무병율 및 실제 생존율

양군의 5년 생존율은 침습군인 경우 73%, 비침습군인 경우 81.4%로 침습군인 경우에서 5년 생존율이 보다 불량하였으나 Log rank 0.23로 통계적 유의성은 없었다. 또한 양군의 5년 무병율도 침습군인 경우가 81.4%, 비침습군인 경우가 85%로 역시 침습군인 경우에서 낮은 무병율을 보이나 Log rank 0.26으로 통계적 유의성은 없었다.(Fig. 2, 3)

고 찰

1937년 자궁경부암에 대한 League of Nations staging system에서는 자궁근층으로의 침습이 있는 경우 병기 II로 분류 하였으나, 1950년 clinical staging에서는 이러한 경우 예후에 특별한 영향을 미치지 않는다고 하여 제외되었다.²⁾ 그러나 이 1962년 The International Federation of Obstetrics and Gynecology와 1964년 The American Joint Committee for Cancer Staging에서 침습의 의의가 제기 되면서 1971년 FIGO에서 다시 언급 하게 되었다. 이후 1981년

Rotman등이 자궁내막 침습이 있는 경우 Ib2로 체부 침습이 있는 경우를 IIa2로 분류하여 치료에 임하면서 이의 의의를 규명하고자 새로운 임상-병리학적 병기분류를 제안 하였다.⁴⁾

또한, 1983년 Noguchi 등의 보고에 의하면 자궁경

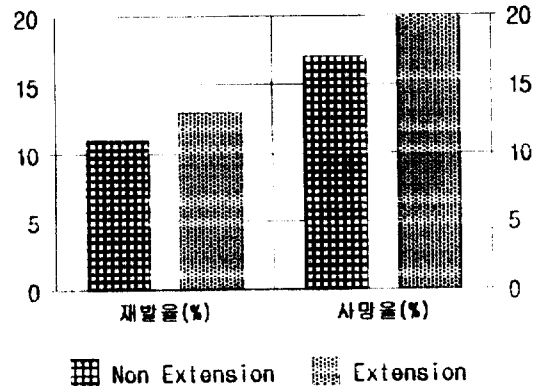


Fig 1. Comparison of recurrence rate and death rate between extension and non-extension group.

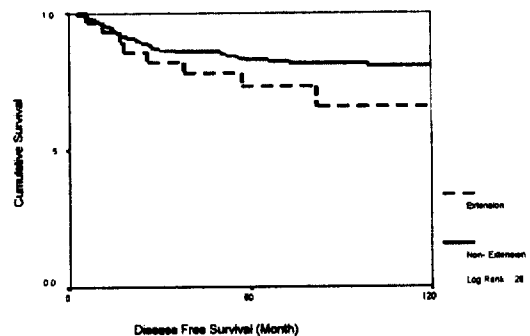


Fig 2. Comparison of 5-year disease free survival between extension and non-extension group.

Table 3. Surgical finding after radical hysterectomy and lymph node dissection

| | Extension (%) (n) | Non-extension (%) (n) |
|---------------------------|-------------------|-----------------------|
| LN metastasis* | 40 (12/30) | 19 (47/243) |
| Pelvic LN | 40 (12/30) | 18 (45/243) |
| Paraortic LN | 17 (5/30) | 2.4 (6/243) |
| Pelvic + paraortic LN | 17 (5/30) | 1.6 (4/243) |
| Parametrial involvement** | 47 (14/30) | 10 (25/243) |

* p = .003,

** p = .004

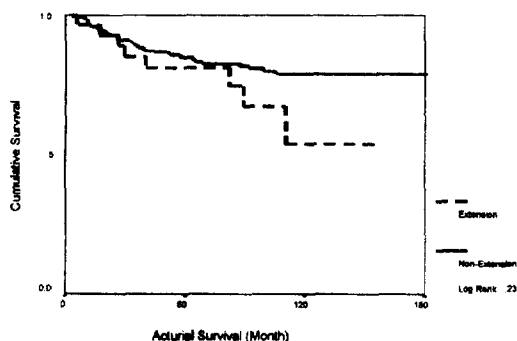


Fig 3. Comparison of 5-year actuarial survival between extension and non-extension group.

부암의 임상적 병기 분류(FIGO)는 골반내진, 직장내진, 림프절촉지등을 통한 평가이기 때문에 정확한 파급양상을 반영하지 못한다고 하였으며, 따라서 예후와의 관계에 있어 신뢰를 주기에 미흡하다고 보고한 바도 있었다.⁵⁾ 이후 1995년 새로 개정된 FIGO에서는 이러한 침습의 의의에 대해 언급을 하지않게 됨으로 인해 현재 이의 의의에 대한 연구가 많지 않은 것이 현실이다. 따라서 이후에 술후의 조직학적 평가를 통한 예후를 평가하는 작업이 의의가 있음을 인식, 이를 규명하는 작업이 진행되었고 이런 한계들을 극복 하려는 노력들이 있었다.^{5,9)} 즉 이전의 보고는 치료전에 소파술을 시행하여 파급양상을 확인한 것으로 다음과 같은 이유들로 인하여 많은 연구가 진행되지 못하였다. 즉, 1) 많은 예에서 치료전 침습 여부의 진단이 어렵다 (소파술이 잘 되었음에도 소파술 도중 발생하는 Contamination의 문제가 있음), 2) 수술적 치료시 자궁 체부가 완전히 절제된다, 3) 방사선 치료시 침습에 대한 특별한 치료방법이 없다 (예후에 큰 변동을 줄만한 Treatment modality가 없다), 4) 환자들에 미치는 예후에 대한 평가가 미흡하다는 등의 이유로 많은 연구가 진행되지 못하였다.⁸⁾

1982년 Premprece 등은 수술적으로 확인할수 있었던 경우의 내막 및 체부 침습의 빈도를 35.3%라고 보고 하였고, 병기별(임상적 병기분류와는 무관)로는 Ib는 15%, IIa는 26%, IIb는 43%, III이상에서는 49%에서 침습이 있었음을 확인 할수 있었다.¹⁰⁾ 이것은 우리가 간과 했었던 것 처럼 진행된 병기에서 예상보다는 훨씬 많은 빈도에서 침습이 있음을 확

인할수 있었다.

또한, 1988년 Noguchi 등도 수술후 조직학적으로 확인할수 있었던 내막 및 체부 침습군의 빈도를 21.3%라 보고하였고 병기별 분류상 Ib는 7.8%, IIa는 25.5%, IIb는 43.5%라 보고 하였다. 이는 본 연구에서 확인할 수 있었던 7%, 17%, 50%와 비슷한 결과를 얻을수 있었다.⁸⁾

또한, 1987년 Noguchi 등의 보고에 의하면 자궁경부암 예후의 결정인자로 자궁방조직 전이 및 침윤 범위, 질 및 자궁체부 전이, 골반림프절 전이가 기여하나 그중 골반 림프절 전이가 가장중요하고 침습이 있는 경우 골반 림프절 전이를 보면 침습군에서 54.2%, 비침습군에서는 16.6%로 보고하여 본 연구의 17%, 40%와 비슷한 결과를 보였다.^{5,6)}

물론 1989년 Gonzales 등의 보고처럼 림프절 전이가 없는 군의 침습은 18.3%, 전이가 있는 군의 침습은 16%로 비슷한 분포를 보이지만, 5년 생존율은 65%와 39%로 림프절전이가 있는 군만이 예후가 불량함을 보고 하기도 하였다.¹¹⁾ 그러나 Grimard나 Fagundes 등의 다수의 보고에서 체부 및 내막 침습이 있는 경우에서 림프절 전이의 빈도가 증가하고 생존율의 저하를 초래한다는 본 보고에서처럼 침습을 하나의 예후 인자로 생각 할수 있는 비슷한 결과를 확인 할수 있었다.^{14,15)}

또한 치료면에서는 이전의 이런 림프절전이 및 원격전이가 빈발한 체부 및 내막 침습의 경우의 치료 방법으로 방사선요법이 주로 보고되었다.^{2,9-13)} 그러나 1969년 Durrance 등은 자궁내막 및 체부 침습이 있는 경우 국소 림프절 전이와 원격전이의 빈도가 증가하기 때문에 방사선요법 만으론 어렵고, 광범위한 자궁적출후 방사선요법을 시행하는 것이 생존율을 향상시킬 수 있음을 보고하였다.¹⁴⁾ 1981년 Perez 등은 자궁 내막 및 체부 침습이 있는 경우 IIb에서는 32%, III 이상에서는 63%로 원격 전이의 빈도가 증가함을 보고하였으나 당시 이에 합당한 치료방법이 없어 이의 계속적인 연구가 필요함을 제기 하였다.²⁾ 또한 1988년 Noguchi 등도 치료전 소파술을 이용 자궁내막 및 체부 침습이 양성인 환자에 있어 방사선요법이나 항암화학요법의 새로운 기술이 개개인에 특화되어 필요함을 제기하였다. 즉 본 연구에서처럼 수술전 선행 항암화학요법과 같은 새로운 치료방향이 필요하다고 언급하였다.⁸⁾ 물론

이전의 치료 방법이 항암 화학요법 보다 주로 방사선 요법과 근치 전자궁적출술의 병합요법에 기인하는 관계로 본 연구의 치료방법과의 의미있는 비교는 어렵지만 결과적으로 보았을 때 (5년 무병율은 침습군에서 73%, 비침습군은 83%. 5년 생존율은 각각 81.4%, 85%와의 비교에서 볼수 있듯이) 선행 항암화학요법후의 근치 전자궁적출술후 병리결과지를 토대로 방사선요법을 추가하는 것이 이 군들의 향후 생존율을 높이는 데 기여하리라 예측되었다. 물론 이의 선행요건으로는 고위험군에 대하여 수술 전에 내막 및 체부침습 여부를 확인하는 작업이 필요 하겠고, 이를 통해 림프절전이 및 원격전이의 가능성이 있음을 인식하여 치료를 효율적으로 할수 있는 방법이 모색 되어야 할 것이다. 특히 우리나라의 경우 자궁경부암의 유병율이 40대가 가장 많으나,^(7,18) 본 연구에서처럼 폐경기가 되는 50대에서 내막 및 체부침습의 빈도가 높은 경향은, 이 시기에 자궁경부암이 진단된 경우 반드시 소파술을 통한 내막 및 체부침습 유무를 평가 하는 것이 보다 합당하게 치료방법을 선택 할수 있게 할 것이다.

따라서 본 연구는 이를 위해 향후 지속적인 추적 조사와 이의 생존율 분석을 통해 그 의의를 규명함과 동시에 이에 대한 지속적인 연구가 필요함을 제기 하고자 하였다.

- 참고문헌 -

1. Korean society of pathologists. Textbook of pathology. 3rd ed. Seoul: Ko Moon Sa 1997:893-894
2. Perez CA, Camel HM, Askin F, Breaux S. Endometrial extension of carcinoma of the uterine cervix: A prognostic factor that may modify staging. *Cancer* 1981;48: 170-180
3. Shingleton HM, Orr JW. *Cancer of the cervix*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1995:86-89
4. Rotman M, Madhu J, Boyce J. Prognostic factor in cervical carcinoma: implicating in staging and management. *Cancer*. 1981; 48:560-567.
5. Noguchi H, Shiozawa K, Tsukamoto Y, Tsukahara Y, Iwai S, Fukuta T. The postoperative classification for uterine cervical cancer and its clinical evaluation *Gynecol Oncol* 1981;16:219-231
6. Noguchi H, Shiozawa K, Sakai Y, Yamazaki T, Fukuta T. Pelvic lymph node metastasis of uterine cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1987;27:150-158
7. Kanbour AI, Stock RJ. Squamous cell carcinoma in situ of the endometrium and fallopian tube as superficial extension of invasive cervical carcinoma. *Cancer* 1978;42:570-80
8. Noguchi H, Shiozawa I, Kitahara T, Yamazaki T, Fukuta T. Uterine body invasion of carcinoma of the uterine cervix as seen from surgical specimens. *Gynecol Oncol* 1988;30: 173-82
9. Spanos W Jr, Greer BE, Hamberger AD, Rutledge FN. Prognosis of squamous cell carcinoma of the cervix with endometrial involvement. *Gynecol Oncol* 1981;11: 230-234
10. Prempre T, Patanaphan V, Salazar OM. Influence of treatment and tumor grade on the prognosis fo stage II carcinoma of the endometrium. *Acta Radiol Oncol* 1982;21:225-9
11. Gonzales DG, Kettin BW, van Bunningen, van Dijk JDP. Carcinoma of the uterine cervix stage IB and IIA: results of postoperative irradiation in the parametrium and/or lymph node metastasis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989;16:389-395
12. Perez CA, Zivnuska F, Askin F, Kumar B, Camel HM, Powers WE. Prognostic significance of endometrial extension from primary carcinoma of the uterine cervix. *Cancer* 1975;35:1493-504
13. Prempre T, Patanaphan V, Viravathana T, Sewchand W, Cho YK, Scott RM. Radiation treatment of carcinoma of the cervix with extension into the endometrium: A reappraisal of its significance. *Cancer* 1982;49:2015-20
14. Grimard L, Genest P, Girard A, Gerig L, Prefontaine M, Drouin P, Nair RC, Stats M. Prognostic significance of endometrial extension in carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1988;31:301-9
15. Fagundes H, Perez CA, Grisby PW. Distant metastases after irradiation alone in carcinoma of the uterine cervix. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992;24:197-204
16. Durrance F, Fletcher G, Rutledge F. Analysis of central recurrent disease in stage I and II squamous cell carcinoma of the cervix on intact uterus. *Am J Roentgenol* 1969;106:831-837
17. 이관훈, 백은정, 한상균, 정재근, 남궁성은, 김승조. 자궁경부암의 임상병리학적 예후인자를 이용한 새로운 임상적 분석. *대한산부인과학회지* 1992;35: 1790-1799
18. 이의돈, 이제호, 이경희, 박기복. 자궁경암 15092예 및 수술 561예에 대한 임상적 고찰. *대한 산부인과학회지* 1984;27:729-751.

국문초록

목적: 본 연구의 목적은 자궁경부암에서 자궁내막 및 체부 침습의 임상적 의의를 연구 하고자 하였다.

연구방법: 1983년 1월부터 1998년 5월까지 선행 항암화학요법후 근치 전자궁적출술을 시행 받은 국소적으로 진행된 자궁경부암 환자 273명을 대상으로 하였다. 이중 자궁내막 또는 체부 침습이 있었던 30명을 연구 대상으로 하여, 침습이 없었던 243명과 비교 하였다. 이 양군간의 나이, 병기의 분포, 종괴 직경, 림파절 및 자궁방 조직전이, 재발율, 사망률, 생존율의 차이 유 무를 조사, 비교하였다. 분석 방법으로는 SPSS version 7.5를 사용하여, Pearson Chi-square test, Fisher's exact test, Kaplan-mayer survival analysis를 이용 하였고, P value가 0.05이하인 경우를 유의하다고 판정 하였다.

결과: 자궁 내막 및 체부의 침습은 연령은 50대, 진행된 병기일수록, 종괴 직경이 클수록 빈도가 높았다. 임상관해도는 양 군간에 유의한 차이를 보이지 않았지만, 수술후의 조직학적 관해도에 있어서는 침습군에서 잔여 암 용적이 큼을 알수있었고, 림파절 전이 및 자궁방조직 전이 역시 침습군에서 높은 빈도임을 확인 할수 있었다. 5년 무병율은 침습군에서 75%, 비침습군에서 83%였고, 5년 생존율은 각각 81.4%, 85% 였으나 통계적 유의성은 없었다.

결론: 자궁내막 및 체부침습군의 경우, 이는 고위험군에서 병발되는 현상으로 임상적으로 예후에 미치는 영향이 클 것으로 생각되나 통계적 의의 및 임상적 의의를 확보 하기 위해서는 더 많은 환자를 대상으로 한 전향적인 연구가 필요 할 것으로 사료된다.

중심단어 : 자궁내막, 자궁체부, 선행항암화학요법, 자궁경부암