

자궁내막증에서 유래한 양측 난소 편평 세포암의 1례

을지대학교 의과대학 산부인과교실, 해부병리학교실*

신소영 · 홍서유 · 이재규 · 신영진 · 박태웅 · 주종은*

=Abstract=

A Case Report of Bilateral Squamous Cell Carcinoma Arising in Endometriosis of the Ovary

So Young Shin, M.D. , Seo Yoo Hong, M.D. , Jae Koo Lee M.D. , Young Jin Shin, M.D. , Tae Woong Park M.D. , Jong Eun Joo M.D.

Department of Obstetrics and gynecology , Eulji University, School of Medicine , Seoul , Korea

Primary ovarian squamous cell carcinoma is the one of the rarest of all ovarian malignancies. Most of them arise in mature cystic teratoma and a minority of them associated with endometriosis, arising in a Brenner tumor, or appearing in pure form. Due to its rarity, there is no agreement concerning the efficacy of postoperative treatment of primary squamous cell carcinoma of the ovary, although the prognosis of this type of tumor is much worse than that of other epithelial ovarian cancers. We describe a patient with squamous cell carcinoma of the ovary in association with ovarian endometriosis, who has undergone postoperative systemic chemotherapy.

Key Words: Squamous cell carcinoma, ovary, endometriosis

서 론

난소 종양 중 난소에서 발생하는 원발성 편평세포암은 매우 드문 질환이다. 대부분은 난소 기형증에서 발생하며, 자궁내막증에서 유래하는 경우는 아주 드물다. 다른 난소 종양에 비해 예후가 매우 불량한 것으로 알려져 있으나, 그 빈도가 매우 낮아 현재로서는 술후 효과적인 치료 방법이라 알려진 것은 거의 없는 실정이다.

저자들은 최근 조직학적으로 진단된 자궁내막증과 연관된 양측 원발성 난소 편평세포암 환자 1례를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 증례를 보고하는 바이다.

증 례

환 자 : 방 OO, 36세

주 소 : 약 3주전부터 시작된 하복부 불쾌감

월경력 : 월경은 15세 때 시작되었고, 내원시 주기는 26일 간격으로 규칙적이며, 월경기간은 6-7일 정도였고, 월경량은 보통이었으며 생리통은 없었다.

산과력 : 1-0-0-1

과거력 : 1996년 타병원에서 불임을 주소로 진단 복강경을 시행하여 자궁내막증 진단받았으며, 2회에 걸쳐 체외 수정 및 배아 이식술을 시행받았으나 임신에 실패하였다. 이후 자연 임신되었고, 1999년 하강 정착으로 제왕절개술 시행하여 3.5kg의 남아를 출산하였다.

가족력 : 특이 사항 없음.

현병력 : 환자는 내원 3주전부터 하복부 불쾌감과 우측 옆구리 통증을 주소로 개인 산부인과병원을 방문하여 초음파를 시행, 우측 난소 종양이 발견되어 본원으로 전원되었다.

입원시 진찰소견 : 전신 영양상태는 양호하였고, 입원 당시 혈압은 100/70mmHg, 맥박 88회, 체온은 37.4°C 였고, 흉부 청진상 심음은 규칙적었고, 양측 폐의 호흡음도 정상이었다. 복부 촉진상 하복부 중앙에 비교적 큰 종괴가 촉진되었으나, 압통은 없었다. 경부, 서혜부, 액와부에 표재성 결절은 없었고 옆구리의 압통은 없었다. 내진상 큰 골반 종괴가 촉진되었으며, 자궁경부, 외음부 및 질은 정상이었다.

초음파 소견 : 10×7.9×5.9cm 크기의 낭종성 부위와 고형성 부분을 포함한 악성 난소 종양소견이 관찰되었다.

이학적 소견 : 혈액검사상 혈색소치는 9.3g/dl 백혈구수는 20600/mm³이었고, 신기능검사, 간기능 검사 및 요검사는 정상이었으며 흉부 X-선 촬영과 심전도 검사상 특이소견 없었다.

본원에서 입원 전에 시행한 자궁경부 세포진 검사는 정상이었으며, 종양 표지물질 검사 결과는 다음과 같다. CA125 270.7 U/ml CA 19-9 19.0 U/ml

기타 검사 소견 : 복부 및 골반 컴퓨터 단층 촬영

소견상 10×9×9cm 크기의 낭종성 부위와 고형성 부분을 포함하고 여러 개의 격막이 있으며, 조영(enhance)이 되는 큰 종괴가 우측골반상부에 관찰되었다. 또한 우측 원위부 요관 및 대장의 침윤이 의심되었다.

그러나, 요로정맥조영술 (IVP), 상부 위장관 내시경(EGD) 및 S장 결장경 검사 (Sigmoidoscopy) 상 전이의 소견은 관찰되지 않았다.

수술 소견 : 전신 마취하에서 하복부 정중 절개로 개복하였다. 자궁, 대망, 및 복막에 심하게 유착되어 있는 거대한 골반 종괴가 관찰되었다. 표면은 불규칙하였고, 분엽되어 있는 듯했다. 자궁 및 좌측 난소는 육안상 특이 소견 없었다. 자궁과 복막 및 소장 이 유착되어 있었고, 우측 난소와 복막 후맹낭 (posterior cul de sac) 이 유착되어 있었으며, 좌측 난소는 전복벽 (anterior wall) 에 유착되어 있었다. 직장 방광표면, 간표면, 횡경막 하에는 특이 소견이 없었으나, 대망 및 전복벽에는 1cm 정도의 작은 결절들이 있었다. 수술은 전 자궁 적출술, 양측 부속기 절제술 그리고 부분 대망 절제술을 시행하였고, 또한 결절 부위 및 암의 전이가 의심되는 복막조직을 제거하였으며, 세포학적 진단을 위해 복수 채취를 하였다.

Table 1. Summary of Reported cases of primary squamous cell carcinoma arising in endometriosis of the ovary

Report	Age	Stage	Treatment	Survival
Mc Coullough et al, 1994	61	IA	BSO	6mo
Lele et al, 1978	36	II	BSO + RT, CH	3mo
Chen et al, 1982	86	III	TR	3mo
Tetu et al 1987	45	IIIC	TR	5mo
Naresh et al, 1991	62	IIB	BSO, Omentectomy	2mo
Elio et al, 1994	38	IIB	WM + BSO, Omentectomy	11mo
Gamel H et al, 1998	31	IV	Lymphadenectomy	2yr
			TAH + BSO	
			TR	
			Omentectomy	
Present case	36	IIc	CH	
			TAH + BSO, Omentectomy, CH	

TAH : Total abdominal hysterectomy

BSO : bilateral salpingo- oophorectomy

CH : Chemotherapy

RT : Radiotherapy

TR : Tumor resection

이러한 소견을 종합하여, 난소 편평세포암 제 IIc 기로 진단하였다.

병리학적 소견 : 육안적 소견상 우측 난소 종양은 $8.0 \times 7.2 \times 5.5 \text{ cm}$ 크기로 낭종성 부위와 괴사된 부위를 포함하는 고형성 부분이 있었다. 좌측 난소는 $1.5 \times 1.8 \times 0.7 \text{ cm}$ 크기로 외견상 별다른 이상 소견이 없었다.

현미경 소견상 우측 종양의 고형성 부분은 자궁 내막증의 낭종성 부분과 연결되어 있으며 피복세포는 위층된 단층의 세포에서부터 다층의 편평양세포까지 다양하게 나타났으며 단층의 세포를 유지하고 있거나 위중층의 압방세포를 보이는 부위 (Fig 2-1, ←) 에서는 자궁내막의 간질을 상피아래에서 인지할 수 있었으나, 중층의 편평 세포로 이행된 부위 (Fig 2-1, ⇐) 에서는 세포분열 및 이형성 세포가 관찰되었다 (Fig 2-2). 난소 주위 유착조직에서도 편평 세포암 침윤조직이 일부 관찰되었으며, 좌측 난소 또한 자궁내막증 소견과 일부에서 편평세포암으로의 이행이 관찰되었다. 유착이 있었던 전복벽과 후맹낭에서는 편평 세포암세포가 발견되었으나, 대망에는 암세포는 관찰되지 않았다. 또한 채취한 복수에서도 암세포는 관찰되지 않았다.

수술 후 경과 : 환자는 수술(2000.6) 후 복합 항암요법(Paclitaxel- cisplatin)을 시작, 6차까지 시행받고 주기적으로 종양 표지 물질검사를 하였다. (CA125 18.69 U/ml - 8.93 U/ml - 11.62 U/ml - 10.29 U/ml) 6회 복합 항암요법 후 (2000.12) 시행한 복부 및 골반 컴퓨터 단층 촬영소견상 전이나 재발의 증거는 없었고, CA 125는 8.54 U/ml (2000.12) 으로 정상범위로 회복되어 항암제의 반응을 보였다.

3개월 이후 (2001.3) 환자는 우측 옆구리 통증을 호소하여 시행한 요로 정맥조영술에서 우측 근위부 요관협착으로 인한 수신증이 발견되어 비뇨기과에서 D-J stent를 삽입하였다. 요검사상 악성 세포는 발견되지 않았고, 부인과 추적 검사상 (2001.3) CA 125는 20.28 U/ml 로 상승되었다. 이후 환자는 본인의 의지하에 타병원으로 전원되었고, 당시 타병원에서 (2001.4) 시행한 복부 및 골반 컴퓨터 단층 촬영 소견상 후맹낭에 전이성 결절이 관찰되었고, S장 결장에 전이를 동반한 종양의 재발이 의심되었으며, 직장경 소견에서도 전이가 의심되었다. 이후 3회에 걸쳐 Cisplatin-Cyclophosphamide의 복합 항암

Fig. 1. The cystic ovary contains a yellowish tan nodular mass (←) and the cystic wall reveals diffuse congestion and smooth or finely granular internal lining (⇐)

Fig. 2-1. The cystic portion of the ovary is partially lined by endometrial mucosa accompanying focal squamous metaplasia ($\times 40$, H-E stain)

Fig. 2-2. In the squamous metaplastic epithelium of the cystic wall, there are atypical malignant changes showing hyperchromatic and pleomorphic nuclei with prominent nucleoli. ($\times 100$, H-E stain)

Fig. 3 Section from the nodular mass is composed of squamous cell carcinoma showing well keratinized cytoplasm. ($\times 200$, H-E stain)

요법을 시행하였고, 이후 (2001.6) 시행한 종양 표지 물질 검사는 SCCA: 14.0 ng/ml, CA 125: 35.4 U/ml이었으며 현 추적 감시중이다.

고 찰

난소암은 여성암 중 유병율에 비해 가장 높은 사망율을 나타내는 종양으로 미국에서는 연간 26,000명의, 국내에서는 연간 약 1,000-1,200 여명의 환자가 발생하는 것으로 알려져 있다.¹ 난소암은 초기에 자각 증상이 없는 경우가 대부분이고, 유용한 초기 진단 방법이 없기 때문에, 복부 종괴 촉진 등의 증상이 나타나 내원할 때는 이미 진행된 경우가 많아 예후가 매우 불량하다.

난소암은 크게 상피성 난소암과 생식 세포암(germ cell)으로 구분할 수 있으며, 치료는 진행도와 종류에 따라 차이가 있으나, 최대한의 종양 감축술 후 항암치료 혹은 방사선 치료를 필요로 하는 경우가 대부분이다.

원발성 난소 편평세포암은 매우 드문 질환으로 원발성 난소암의 1.8%를 차지한다.² 5년 평균 생존율이 35%인 전이성 난소 편평세포암에 비해 원발성 난소 편평세포암은 그 예후가 더 불량하다.³ 그럼에도 불구하고, 낮은 빈도로 인해 역학적 연구가 없는 실정이어서 위험인자나 원인에 대해서는 알려진 바가 없다.⁴

대부분 양성기형종에서 유래하며, 소수만이 자궁

내막증 혹은 Brenner 씨 종양과 연관이 있는 경우가 있는데, 이러한 경우가 Pure form 보다 많으므로 난소 편평세포암이 진단되어지면 조직학적으로 기형종, Brenner 씨 종양, 혹은 자궁내막증의 증거를 찾도록 노력해야 한다.⁵

또한, 원발성 난소 편평세포암 환자에게 있어서 자궁경부의 편평세포암과 연관되어 있는 증례가 보고되어 있으므로, 난소의 편평세포암환자에게 있어서 자궁경부를 주의 깊게 확인하는 것이 필요하다.⁹

양성기형종의 악성 변성은 약 1-2%로 알려져 있으며, 악성 변성 중 약 75%가 편평 세포암으로 발전한다고 알려져 있다.⁶ 양성 양성기형종의 10-17%는 양측성이나, 양측 양성기형종의 악성 변성은 극히 드물다.⁷ 양성 양성기형종에는 3개의 배아 세포층에서 유래한 여러가지 조직들이 존재하는데, 외배엽에서 주로 악성 변성이 일어난다고 보여진다.⁶ 양성기형종 같은 생식 세포암은 주로 젊은 여성에게 나타나나, 악성 변성은 주로는 폐경 후 나타나는 경우가 많으며, 대부분 크기가 비교적 크고, 혈성 전이가 더 잘 된다. 자궁벽을 따라 거의 차단(Obliteration)할 정도로 자궁 내막을 침범한 경우도 있으며, 광인대 혹은 질 등 인접 장기로의 전이도 가능하다.⁸

현재 자궁내막증에서 유래한 원발성 난소 편평세포암 20례가 보고되었으며,¹⁰ 이 중 일부는 자궁경부의 이형 또한 발견할 수 있었다고 한다.³ 이 종류의 편평 세포암은 자궁내막(endometrial type) 상피(epithelium)의 편평 세포로의 변성으로 생각되어지고 있으며, 주로는 자궁내막양(Endometrioid type)이나 투명 세포(Clear cell)에서의 변성도 보고된바 있다.¹¹ 난소의 편평세포는 상피(Epidermal origin)에서 이형(Dysplasia)되거나, 원주상피(Columnar epithelium)에서 화생(Squamous metaplasia)되는 두가지 유형이 있을 수 있다.³ Sampson은 종양 주위에 자궁내막증 조직이 있으며 다른 원발 조직에서의 전이의 가능성을 배제할 수 있어야 자궁내막증에서 기인한 악성종양으로 진단할 수 있다 하였고,¹² 일부 저자들은 자궁내막증에서 유래된 원발성 난소 편평세포암으로 진단하려면, 양성 자궁내막증에서 확인한 악성 종양으로 변성되는 이행조직을 관찰할 수 있어야 한다고 주장하였다. 그러나 Oga-wa 등은 자궁내막증에서 유래한 악성종양 127례중 22명만이 전형적 자궁내막증조직에서 비정형성 조

직으로 변성되는 이행 조직을 관찰할 수 있었다고 보고하였다.¹³

환자들은 막연한 하복부 불편감을 주소로 병원을 찾은 경우가 대부분이며, 보고된 증례들에서는 최근 몇 주전 증상이 나타나는 경우가 많다. 일부에서는 질출혈, 체중감소, 위장관 장애, 발열을 호소하는 경우도 있다.¹⁴ 본 증례의 환자도 비교적 근래에 시작된 하복부 불편감과 우측 옆구리 통증을 주소로 내원하였다.

Fathalla 등은 418명의 난소 자궁내막증 환자 52례에서 자궁 내막과 유사한 조직학적 소견을 보이는 악성 종양을 관찰하였다. 이중 25례는 선극세포종, 25례의 선암, 1례의 편평세포암, 그리고 1례의 암육종이었다. 자궁내막증에서 악성종양으로 변성된 52례에서 통증이 가장 흔한 증상이었으며, 복부 팽만감, 자궁출혈, 비뇨기 증상이 나타날 수 있으며 전혀 증상이 없는 경우도 있다.¹⁵ 통증은 양성 자궁내막증시 나타나는 생리주기와 연관된 통증과는 비교적 다른 지속적 양상이었다. 자궁내막증 환자에게 있어 주기적 통증양상이 변한다거나, 강도가 갑자기 증가한다거나 혹은 폐경 후 통증이 시작된다면 악성 변성을 의심해 봐야 할 것이다.

Pins 등은 자궁내막증의 악성 변성에서 유래한 원발성 난소 편평세포암은 낭성기형종에서 유래한 것보다 훨씬 예후가 불량하다고 보고하였다. 난소 기형종에서 유래한 난소 편평세포암의 경우 진행된 병기에서도 장기 생존환자의 레가 보고되었으나, 자궁 내막증에서 유래한 진행된 편평세포암의 경우 방사선 치료, Doxorubicin, Cyclophosphamide 그리고 carboplatin 의 복합 화학요법, 혹은 방사선 치료와 항암치료를 병행하였으나 2년이상 생존하지 못하였다.¹¹ 일부 보고에 따르면, 전이가 있는 경우는 수술 생존율이 평균 5개월이라 하였다.¹⁶

Miyazaki 등은 초기에 진단된 경우에는 그 예후가 더 좋으므로 조기진단이 중요하다고 주장하였다. 이들은 양성 난소기형종의 환자에 비해 악성변성된 환자의 편평세포암 표지 물질 (SCCA) 이 유의하게 높은 것을 발견하였으며, 수술 및 항암요법 중 빠르게 그 수치가 감소하는 것을 관찰하였다. 또한 재발의 증거가 없는 환자에게 있어서 편평세포암 표지물질은 상승없이 정상 범위에 있었다고 보고하였으며,¹⁷ 몇몇 저자들은 편평세포암표지 물질을 치

료 중 그리고 후에 추적 검사함으로 재발이나 전이를 조기에 발견할 수 있다 하였다.¹⁸

그러나, Suzuki 등은 종양의 부피가 500cm³ (직경 10cm, 너비 10cm) 일 때 그렇지 않은 경우에 비해 편평세포암 표지물질 수치가 2.0ng/ml 이상으로 증가되어 있는 것을 발견하였다. 즉, 혈중 편평세포암 표지물질 수치는 종양의 크기에 좌우된다고 보고하면서, 이 종양물질은 조기진단에 도움이 되나 비교적 크기가 큰 경우에 한하여 유용성이 있다고 주장하였다. 이 종양 표지 물질은 종양에 대한 특이도가 민감하다기 보다는 종양의 침윤 (Infiltrative) 특성에 그리고 조직학적 분화도에 영향을 받는다.²⁰ 그러나, 악성종양의 증거가 없는 환자에게 이 수치가 높은 경우도 있어 종양 표지 물질로서의 특이성이 떨어진다. 그러므로, 초음파 혹은 컴퓨터 단층 촬영 같은 방사선학적인 연구가 동반되어야 할 것이다.

본 증례의 환자에서 수술 후 CA 125가 급격히 감소하였으며, 항암 치료 후 재발이나 전이의 증거가 없었던 시기에는 CA 125가 정상 범위에 머물러 있었던 것을 관찰할 수 있었다. 다른 저자에 의하면 낭성 기형종에서 유래한 난소 편평세포암 37명의 환자를 대상으로 한 연구에서, 편평세포암 표지물질과 암성태아성항원 (CEA) 이 양성 기형종과 편평세포암과의 감별에 유용하다고 하였으며, 나이와 종양 크기 또한 감별에 도움이 될 수 있다고 보고하였다.¹⁹

드문 종양이므로 예후를 결정하는 인자들에 대해 확립된 것은 없으나, 혈관 침윤여부, 피막의 건재함의 여부, 침윤 방법 및 수술 후 존재하는 잔여 종양의 유무에 좌우된다고 하였다.¹⁹ 일부 저자들은 수술 도중 종양의 파괴로 인한 내용물의 복강내로의 유출여부도 중요한 예후인자로 꼽고 있다.¹⁶

종양 감축술과 여러회의 항암 치료에도 불구하고, 대부분의 난소 편평세포암 환자들은 몇 개월 내에 사망하는 경우가 대부분이다. 제 1기의 경우에는 수술 후 다른 치료 없이 보존적 일측 난소절제술만으로도 충분하다고 하는 이도 있으나,²¹ 병변이 진행된 경우에는 수술 cisplatin 을 기본으로한 복합 화학요법에도 불구하고 예후는 매우 불량하다.⁷

Hirakawa 등은 28명의 원발성 난소 편평암 환자의 5년 생존률은 평균 52% 로, 1기인 경우에는 77%, 2기 이상인 경우는 11%로 보고하였으며,²² Kashi-

mura 등은 1기는 50%, 2-4기는 12%로 보고하였다.²³

전이된 원발성 난소 편평세포암의 예후는 매우 불량해 종양감축술 후 평균생존기간은 약 5개월로 알려져 있다.¹⁴ 적절한 종양 감축술과 임상적 병기가 예후에 매우 중요하다. 또한 분화 정도 및 나이 또한 예후에 영향을 미친다. 보통 젊은 여성이 폐경된 여성보다 생존률이 나은 것으로 알려져 있으나, Tseng 등은 26명의 난소 기형종에서 유래한 난소 편평세포암 환자를 대상으로 한 연구에서 젊은 여성과 폐경기 이후의 여성의 2년 비진행 생존율 (Disease-free-survival rate) 에 통계학적인 차이가 없었다고 발표하면서, 나이가 예후에 영향을 미치지 않는다고 하였다. 그에 의하면, 난소 편평세포암 평균 생존률은 63.9개월이며 초기인 경우에는 종양 감축술만으로도 치료가 충분하며, 그 중 2명은 수술 성공적으로 임신하였다고 보고하면서, 제 Ia 병기인 미산부 (Nulliparous) 인 경우에는 일측 난소절제술만 시행할 수 있다 하였다. 그러나, 더 진행된 병기에 해당하는 환자는 종양 감축술 후 cisplatin 을 기본으로 한 항암요법을 권유하였다.¹⁸

조직학적으로 편평세포암은 방사선 치료에 반응한다고 알려져 있으며, 제 2병기의 편평세포암 환자에게 전 골반 방사선 치료 (Whole-pelvic RT) 로 효과를 보았다는 보고도 있지만,¹⁸ 수술 후 방사선 치료가 생존률을 향상시킨다는 증거는 없다.¹¹ 1984년 진행된 난소 편평세포암 환자를 Cisplatin로 치료하였다는 보고를 서두로 Cisplatin이 난소 편평세포암에 가장 효과적인 항암제로 알려져 왔다.¹⁸ 그러나 무엇보다도, 적절한 종양 감축술이 가장 중요한 치료 인자라는 것은 주지의 사실이다.

자궁내막증에서 발생한 원발성 난소 편평세포암의 치료로 방사선 치료, Cisplatin 을 기본으로한 복합 항암요법, 및 방사선 치료와 항암요법의 병용요법이 시도되어 왔다. 그러나, 극소수만이 치료에 반응했다고 보고되었으며, 이러한 치료가 장기간의 생존률에 미치는 영향에 대해선 정확히 알려진 바가 없다. 그러나 일부 저자들은 초기인 경우 근치적 절제술이 도움이 되며, 복합 화학요법이나 방사선 치료에 반응한다고 하였으나, 진행된 편평세포암의 경우 이러한 치료가 예후에 도움을 주지 않는다.

Eltabbackh 등은 Paclitaxel-cisplatin 을 사용한 복합 항암치료를 4주마다 6주기 시행하여 간에 전이

가 있는, 자궁내막증에서 발생한 난소편평세포암 3기 환자를 극적으로 치료하였다고 보고하였으며,¹⁰ Ohtani 등은 Paclitaxel-carboplatin 의 복합 항암요법을 1주마다 5회 시행함으로 빠르게 성장하는 난소 편평세포암을 성공적으로 치료하였으며, 주간 요법이 빠른 효과를 얻을 수 있는 Regimen 이라고 소개하였다.²⁴

방사선 혹은 항암치료 후 치료에 대한 반응성을 평가하기 위한 이차 개복술 (Second-look operation) 의 효용성에 대해서는 아직 논란의 여지가 있다. Platinum 항암 요법뿐 아니라 Paclitaxel 에 저항성이 있는 재발성 질환을 갖는 상피성 난소암 환자에서는 구제 화학 요법의 반응율이 극히 저조한 것으로 알려져 있다.

본 환자의 경우 본원에서 자궁내막증에서 유래한 양측 난소 편평세포암 제IIc기로 수술 후, Paclitaxel- cisplatin 조합을 24시간 regimen 으로 3주마다 6회 사용 후 반응을 보였으나, 추적 검사상 재발되었다.

- 참고문헌 -

1. 전혜숙, 허주엽, Taxol과 carboplatin으로 선행화학 요법을 시행한 진행된 상피성 난소암 1예. 대한 산부회지 2000; 43: 1874-1877
2. Petterson F: Annual Report of results of treatment in gynecological cancer. Stockholm, International Federation of Gynecology and Obstetrics, 1991
3. Campagnutta E, Sopracordevole F, Spolaor L. Squamous cell carcinoma in ovarian endometriosis J Reprod Med 1994; 39:557-560 ()
4. Macko MB. Primary squamous ovarian cancer . Cancer 1983; 52 : 1117-1119
5. Naresk KN, Ahuja VK, Rama Rao C. Squamous cell carcinoma arising in endometriosis of the ovary . J. Clin Pathol 1991; 44:958-959
6. Lim SC, Choi SJ, Suh CH. A case of small cell carcinoma arising in a mature cystic teratoma of the ovary . Pathol. international 1998; 48 : 834-839
7. Lawrence CH, Tang KF, Rosamond LC. Squamous cell carcinoma in a cystic teratoma of the ovary . Arch Gynecol 1984; 236 : 55- 59
8. Kaplan E. Squamous cell carcinoma arising in a

- Dermoid Cyst of the ovary . S Afr Med J 1977; 52, 1128
9. Shimamatysu K, Iemura A, Nakashima O. Squamous cell carcinoma of the ovary. The Kurume medical J 1994; 41:177-182
 10. Eltabbakh GH, Hempling RE, Recio FO. Remarkable response of primary squamous cell carcinoma of the ovary to paclitaxel and cisplatin. Obstet. Gynecol. 1998; 91:844-846
 11. Pins MR, Young RH, Daly WJ. Primary squamous cell carcinoma of the ovary Am J Surg Pathol 1996; 20(7) 823-833
 12. Sampson JA. Endometrioid cancer of ovary arising in endometrial tissue in that organ. Arc. Surg 1995; 10:1-72
 13. Ogawa S, Kahu T, Amada S. Ovarian endometriosis associated with ovarian carcinoma . Gynecol Oncol 2000; 77:298-304
 14. Chen RJ, Huang PT, Lin MC. Advanced stage squamous cell carcinoma arising from mature cystic teratoma of the ovary. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2001; 80: 84-86
 15. Fathalla MF. Malignant transformation in ovarian endometriosis J Obstet Gynaec Brit Cwlth 1967 ;Vol 74, 85-92
 16. Khanfar Nashat M. Squamous cell carcinoma in ovary of a 14-year-old girl. Mayo Clin Proc 1996; 71: 380-383
 17. Miyazaki K. Clinical usefulness of serum squamous cell carcinoma antigen for early detection of squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary. Obstet Gynecol 1991; 78:562
 18. Tseng CJ, Chou HH, Huang KG. Squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary . Gynecol Oncol 1996; 63:364-370
 19. Kikkawa F, Ishikawa H, Tamakoshi K. Squamous cell carcinoma arising from mature cystic teratoma of the ovary : A clinicopathologic analysis . Obstet Gynecol 1997; 89:1017-1022
 20. Suzuki M, Kobayashi H, Sekiguchi I. Clinical evaluation of squamous cell carcinoma antigen in squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary . Oncology 1995; 52: 287-290
 21. Yetman TJ, Dudzunski MR. Primary squamous carcinoma of the ovary : A case report and review of the literature. Gynecol Oncol 1989; 34 : 240-243
 22. Hirakawa T, Tsuneyoshi M, Enjoji M. Squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary: Am J Surg Path. 1989; 13:397
 23. Kashimura M, Shinohara M, Hirakawa J. Clinicopathologic study of squamous cell carcinoma of the ovary . Gynecol Oncol 1989; 34:75
 24. Ohtani K, Sakamoto H. A case of rapidly growing ovarian squamous cell carcinoma successfully controlled by weekly Paclitaxel-Carboplatin administration .Gynecol. Oncol. 2000; 79, 515-518

= 국문 초록 =

원발성 난소 편평세포암은 매우 드문 질환으로, 그 빈도는 전체 난소암의 약 1.8% 으로 보고된다. 주로 남성 기형종에서 유래하며, 자궁내막증이나 Brenner 씨 종양과 관련된 형태로도 드물게 보고되고 있다. 치료는 적절한 종양감축술 후 방사선 혹은 복합 화학요법을 시행하고 있으나, 정립된 치료법은 없으며 예후는 매우 불량한 것으로 알려져 있다. 특히 남성 기형종에서 유래한 종양보다 자궁내막증에서 유래한 형태가 치료에 저항성이 많고 반응하지 않아 생존율이 낮은 것으로 보고되고 있다.

저자들은 자궁내막증에서 유래한 양측 원발성 난소 편평세포암 제 IIc 기로, 전 자궁 적출술, 양측 부속기 절제술 및 부분 대방절제술을 시행받고 Paclitaxel-cisplatin 복합 항암요법 6회 시행받았으나 추적 관찰중 재발 및 전이가 된 사례를 경험하였기에 간단한 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

중심단어 : 난소 편평세포암, 자궁내막증