

## 재발성 자궁경부암의 임상양상에 관한 고찰

서울대학교 의과대학 산부인과학교실, 인제대학교 상계백병원 산부인과\*  
이철민\* · 김정화 · 김용범 · 김재원 · 박노현 · 송용상 · 강순범 · 이효표

=Abstract=

### Study on the Clinical Characteristics of Recurrent Cervical Carcinoma

Chul-Min Lee, MD.,\* Jeong-Hwa Kim, MD., Yong-Beom Kim, MD.,  
Jae-Weon Kim, MD., Noh-Hyun Park, MD., Yong-Sang Song, MD.,  
Soon-Beom Kang, MD., Hyo-Pyo Lee, MD.

*Department of Obstetrics and Gynecology, College of Medicine, Seoul National University,  
Department of Obstetrics and Gynecology, Inje University, Sanggye Paik Hospital, Seoul, Korea*

**Objective :** Cervical carcinoma can be adequately treated when diagnosed in early stage. However, the prognosis of recurrent cervical carcinoma remains poor. The objective of this study is to analyze the prognostic factors affecting survival of recurrent cervical carcinoma patients.

**Methods :** The clinical characteristics of eighty-three patients who were diagnosed as recurrent cervical carcinoma from Jan 1988 to Apr 1999 were retrospectively analyzed. The initial FIGO stage of II (67.5%) was the most predominant. There were 9.6% of adenocarcinoma, 9.6% of adenosquamous carcinoma, and 1.2% of small cell carcinoma other than squamous cell carcinoma (77.1%). Diagnosis of recurrence was made by histopathologic examination, CT/MRI, Chest X-ray, intravenous pyelography. The recurrence was detected on routine follow-up in 41.0%. Comparison of Kaplan-Meyer survival curve was made with log-rank test. P-value less than 0.05 was regarded as statistically significant.

**Results :** Overall 2-year survival rate was 37.3% and median survival was 17 [13-21, 95%CI] months. Four patients survived more than 5 years. There was no significant difference among survival rates of histopathologic types. Survival rates of patients with central recurrence were significantly higher than those of lateral and distant recurrence ( $P=0.009$ ). 13 patients who did not receive any treatment after recurrence survived only for 9 [7-11] months and the survival of those were significantly lower than the survival of patients who received treatment of any kind ( $P<0.001$ ). The treatment modalities after recurrence did not affect survival.

**Conclusion :** We conclude that regular follow-up of cervical carcinoma patients is very important in detecting recurrence and that treatment after recurrence does affect survival of patients.

**Key Words :** Recurrent cervical carcinoma, Clinical characteristics, Survival

---

책임저자 : 이효표

## I. 서 론

자궁경부암은 우리나라에서는 전체 여성 생식기의 악성 종양 중 가장 흔한 종양으로 1997년 보건복지부의 한국인 암등록 조사자료 분석보고서에 의하면 자궁경부암이 전체 여성 암의 21%를 차지하고 있다. 자궁경부암은 정기적인 세포진 검사, 방사선 치료의 발달, 수술적 치료를 위한 세심한 환자의 선택 등으로 인하여 일차치료의 성공률이 높아지는 추세이며 초기에 치료가 가능한 암으로 인식되고 있다. 자궁 경부암의 치료방법으로는 수술 요법, 방사선 요법, 수술과 방사선의 병용 요법, 항암화학요법 등이 사용되고 있으며 초기에 치료하는 경우 높은 치료성적을 보이고 있지만, 일단 재발하는 경우 1년 생존율은 15%, 5년 생존율은 5% 미만으로 보고되고 있다(Chung 등, 1983).<sup>1</sup> 그러나 재발성 자궁경부암 환자의 생존자 중 대부분이 정기적인 추적검사에 의한 조기발견 및 조기치료의 결과이며 재발이 비교적 초기에 발견된 경우 완치까지도 기대할 수 있다는 보고도 있어 자궁경부암 환자의 치료 후 정기적인 추적검사는 중요한 의미를 갖는다 하겠다. 본 교실에서는 1979년 1월부터 1987년 5월까지 재발성 자궁경부암으로 진단된 78례의 임상기록에 대해 보고한 적이 있는 바 최근 약 10년간의 재발성 자궁경부암 환자의 임상양상을 분석하여 그 변화를 알아보고자 본 연구를 수행하였다.

## II. 연구 대상 및 방법

1988년 1월부터 1999년 4월까지 서울대학교병원 산부인과에서 재발성 자궁경부암으로 진단되어 치료 받은 83명의 환자를 대상으로 하였다. 재발암의 정의는 일차치료에서 완전관해를 보인 환자 중 재발까지의 기간이 적어도 6개월 이상인 경우로 하였으며, 재발까지의 기간이 6개월 미만이었던 환자는 지속성 암으로 간주하여 연구대상에서 제외하였다. 환자의 임상기록을 중심으로 최초 임상병기, 병리 조직학적 형태, 재발부위, 재발성 자궁경부암의 치료, 재발의 증상, 재발 후 누적 생존율 등의 임상적 변수를 후향적으로 조사하였다. 재발의 확진 방법

으로는 펀치 생검을 시행한 경우가 35례(42.2%), 림프절 및 기타부위의 조직검사를 시행한 경우가 25례(30.1%), 개복술을 시행한 경우가 3례(3.6%)로 조직학적 검사를 통하여 확진된 경우가 전체의 75.9%를 차지하였으며, 골반부의 단층촬영 또는 자기공명영상 17례(20.5%), 흉부방사선 촬영 2례(2.4%), 경정맥요로조영술 1례(1.2%)를 통하여 임상적으로 의심된 경우에도 재발로 진단하였다.

생존곡선은 Kaplan-Meyer법으로 얻은 후 평균오차를 Greenwood 공식으로 계산하였다. 위험인자에 따른 생존곡선의 비교에는 log-rank test를 이용하였으며 P-value는 0.05 이하인 경우 통계적으로 유의한 것으로 판정하였다.

## III. 결 과

### 1. 재발성 자궁경부암 환자의 임상기별 분포와 연령 및 병리 조직학적 형태

1988년 1월부터 1998년 4월까지 재발성 자궁경부암으로 진단되어 치료 받은 환자는 83명이었다. 재발암 환자의 연령은 50대가 32.5%로 가장 많았고 40대가 30.1%, 60대가 24.1%, 30대가 10.8%, 70대는 2.4% 순이었다. 임상병기별 분포는 Ia기가 4례(4.8%), Ib기가 19례(22.9%), IIa기가 36례(43.4%), IIb기가 20례(24.1%), III기가 3례(3.6%), IV기가 1례(1.2%)이었다. 병리조직학적 형태별 분포는 편평상피암이 77.1%, 선암 9.6%, 선상피암 9.6%, 소세포암 1.2% 이었다(Table 1).

### 2. 재발의 증상

83례 중 34례(41.0%)가 증상 없이 정기추적 검사(세포진검사)에서 발견되었으며 동통을 호소한 경우가 17례(20.5%)였으며 질 출혈을 호소한 경우가 14례(16.9%), 폐쇄성요증상 등을 나타낸 경우가 10례(12%), 종괴가 만져진 경우가 5례(6.0%), 이외 쇄골상와림프절 비대 4례(4.8%) 서혜부 림프절 비대 2례(2.4%) 그 밖에 다른 증상이 3례(3.6%) 있었다(Table 1).

### 3. 재발암 환자의 일차치료

재발성 자궁경부암으로 진단된 83명의 환자 중

일차치료로서 수술과 방사선치료를 병행하여 시행한 경우가 33례(39.8%), 방사선 단독치료를 시행한 경우가 22례(26.5%), 수술만 시행한 경우는 18례(21.7%) 있었으며, 그 외 수술전 항암화학요법후 수술 받은 경우 4례(4.8%), 항암화학요법후 방사선치료 받은 경우 3례(3.6%), 수술 후 항암화학요법 받은

경우가 2례(2.4%), 수술 후 항암화학요법 뒤 방사선 치료 받은 경우가 1례(1.2%) 있었다(Table 1).

#### 4. 재발부위

재발부위 분포는 중앙골반재발 39례(47.0%), 원격재발 40례(48.2%), 골반측벽재발 4례(4.8%)이었다. 가장 흔한 원격재발장소는 골반외 림프절로서 16례였으며 그 외 폐(10례), 골(9례), 복벽(4례), 간(1례) 등의 순으로 있었다(Table 2).

#### 5. 재발성 자궁경부암의 치료

83명의 재발 환자 중 재발의 치료 목적으로 항암화학요법을 받은 경우가 43례(51.8%)로 중앙골반재발 19례, 원격재발 17례, 골반측벽재발 2례, 중앙골반재발과 원격재발이 동반된 경우가 5례였고 방사선 치료를 먼저 받은 뒤 항암화학요법을 병행한 경우가 11례(13.3%)로 중앙골반재발 5례, 골반측벽재발 2례, 중앙골반재발과 원격재발이 동반된 경우가 4례였다. 방사선 치료만 받은 경우는 6례(7.2%)로 중앙골반재발이 5례, 원격재발이 1례였으며 그 외 수술을 받거나 수술 후 항암화학요법을 병행한 경우가 각각 2례씩 있었으며 이 경우 4례 모두 중앙골반재발이었다. 또한 항암화학요법을 먼저 받은 뒤 방사선 치료를 한 경우가 4례 있었는데 이 중 한 환자는 뇌전이로 인해 뇌에 방사선 조사를 한 경우였다. 원격재발과 중앙골반재발이 동반된 1례에서 수술, 방사선치료, 항암화학요법을 동시에 하였으며 중앙골반재발이 있었던 1례에서는 골반장기적출술(pelvic exenteration)과 방사선 치료, 항암화학요법을 함께 하였다. 이외 치료를 거부한 경우도 12례(14.5%) 있었다(Table 3).

Table 1. Clinical characteristics of patients

	Number (%)
Age	52.1 [34-76]
FIGO stage	
Ia	4 (4.8)
Ib	19 (22.9)
IIa	36 (43.4)
IIb	20 (24.1)
III	3 (3.6)
IV	1 (1.2)
Histology	
Squamous	64 (77.1)
Adenocarcinoma	8 (9.6)
Adenosquamous	8 (9.6)
Small cell	1 (1.2)
Unknown	2 (2.4)
Symptoms	
No symptom	34 (41.0)
Pain	17 (20.5)
Vaginal bleeding	14 (16.9)
Obstructive uropathy	10 (12.0)
Palpable supraclavicular node	4 (4.8)
Palpable inguinal node	2 (2.4)
Leg edema	2 (2.4)
Diagnosis of Recurrence	
Histopathology	63 (75.9)
Punch biopsy	35
Biopsy in other sites	25
Laparotomy	3
CT/MRI	17 (20.5)
Chest X-ray	2 (2.4)
Intravenous pyelography	1 (1.2)
Primary treatment	
Surgery + RT	33 (39.8)
RT	22 (26.5)
Surgery	18 (21.7)
NAC + Surgery	4 (4.8)
Chemotherapy + RT	3 (3.6)
Surgery + Chemotherapy	2 (2.4)
Surgery + Chemotherapy + RT	1 (1.2)
Total	83

Table 2. Sites of Recurrence

	Number (%)
Central	39 (47.0)
Lateral	4 (4.8)
Distant	40 (48.2)
Extrapelvic lymph node	16 (40.0)
Lung	10 (25.0)
Bone	9 (22.5)
Abdominal wall	4 (10.0)
Liver	1 (2.5)
Total	83

## 6. 재발 후 누적 생존률

자궁경부암이 재발된 83명을 대상으로 Kaplan-Meier 방법으로 누적생존률을 산출하였다. 평균생존기간(median survival, [95% CI])은 17 [13-21]개월이었으며, 누적생존률은 재발 1년 후에 66.7%, 2년 후에 37.3%, 그리고 3년 후에 27.5%를 보였다. 5년 이상 생존한 경우는 4례였으며 5년 생존률은 20.1%이었다.

## 7. 재발암의 조직학적 특성에 따른 생존률 비교

편평상피암 64례의 평균생존기간은 17 [12-22]개월이었고, 선암 8례의 평균생존기간은 9 [8-10]개월이었으며, 선상피암 8례의 평균생존기간은 21 [3-39]개월이었다. 조직학적 특성에 따른 생존률의 차이는 발견되지 않았다(Fig. 1).

## 8. 재발부위에 따른 생존률 비교

중앙골반재발 39례의 경우 재발 후 6개월에 91.9%, 1년에 82.7%, 2년에 54.7%, 3년에 40.7%, 5년

에 27.9%의 생존률을 보였다. 골반측벽재발의 4례의 경우 2년에 50.0%의 생존률을 보였으며 원격재발 40례의 경우 6개월에 89.0%, 1년에 47.5%, 2년에 18.3%, 3년에 12.1%를 보여서 중앙골반재발의 경우 골반측벽재발 및 원격재발의 경우에 비해 유의하게 높은 생존율을 보였다( $P=0.009$ )(Fig. 2).

## 9. 재발후 치료방법에 따른 생존률 비교

재발 후 치료를 받지 않았던 13례에서는 1년 생존률이 27.2%, 평균생존기간이 9 [7-11]개월에 불과하여 치료를 받은 환자에 비하여 유의하게 생존율이 낮았다( $P<0.001$ ). 재발 후 방사선 치료를 받은 21례의 평균생존기간이 21 [9-33]개월, 2년 생존율은 42.9%였고, 항암화학요법만을 시행받은 43례의 평균생존기간은 15 [13-17]개월, 2년 생존율은 28.4%였으며 수술만 받은 경우와 수술과 방사선치료를 병행한 경우, 수술과 항암화학요법을 병행한 경우는 각각 2례씩 있었는데 각각의 평균생존기간은 수술만 받은 경우는 추적가능했던 5개월, 32개월에 2례 모두 생존해 있었으며 다른 두 경우는 11개월, 17개월이었다. 그러나 재발 후 치료방법에 따른 생존율의 차이는 없었다(Fig. 3).

Table 3. Treatment modalities after recurrence of cervical cancer

	Number (%)
Chemotherapy only	43 (51.8)
RT with/without Chemotherapy	21 (25.3)
Surgery	6 (7.2)
No treatment	13 (15.7)
Total	83

## IV. 고 찰

자궁경부암은 세포진 선별검사가 널리 사용되어 오면서 조기 발견 및 치료가 가능하게 되어 사망률

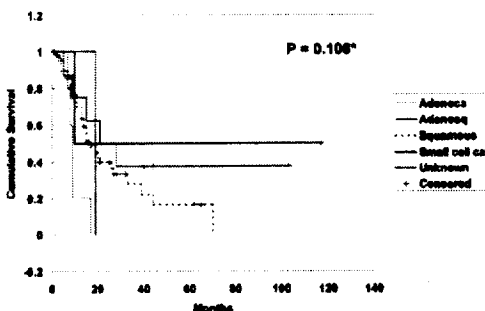


Fig. 1. Kaplan-Meier survival curves according to histologic types.

\* Log-rank test.

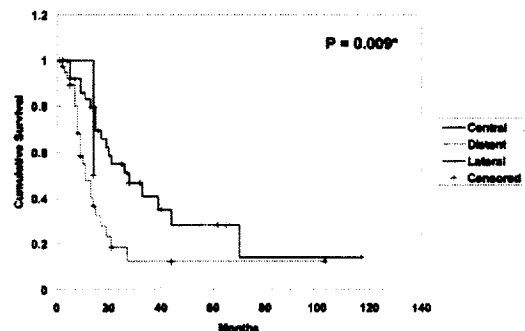


Fig. 2. Kaplan-Meier survival curves according to sites of recurrence.

\* Log-rank test.

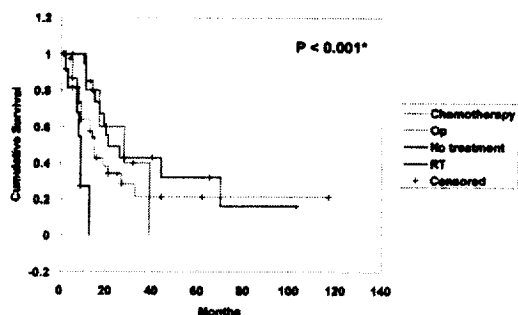


Fig. 3. Kaplan-Meier survival curves according to the treatment modalities after recurrence of cervical carcinoma.

\* Log-rank test.

이 점차 감소되어 왔다. 그러나 진행된 자궁경부암과 재발성 자궁경부암의 경우에는 최근 수십년간 생존율의 증가가 뚜렷하지 않다.

본 연구에서 재발성 자궁경부암 환자의 연령 분포는 50대가 32.5%로 가장 높았다. 이는 40대가 43.6%로 가장 많았다는 강 등(1990)의 보고에 비하여 증가한 것이며, 자궁경부암의 자연경과에 기인한다고 사료된다.<sup>2</sup> 세포 형태별로는 편평상피암이 77.1%, 선암이 9.6%, 선상피암이 9.6%로서, 이는 강 등(1990)의 각각 92.3%, 5.1%, 2.6%에 비해서는 선암과 선상피암에서의 재발이 늘어난 결과이다.

재발부위별 분포에서는 중앙골반재발이 47.0%, 원격재발이 48.2%, 골반측벽재발이 4.8%로 나타났으며 본 연구에서는 일차치료방법이 각각 달랐으나, 일차치료로서 근치적 자궁적출술 및 골반내 림프절제술을 시행한 경우 Larson 등(1988)은 중앙골반재발이 26%, 골반측벽재발과 원격전이 37%로 같았다고 보고하였고 Krebs 등(1982)은 중앙골반재발이 28%, 골반측벽재발 37%, 원격전이가 35%라고 하였다.<sup>3,4</sup> 원격전이가 가장 빈번히 일어난 곳은 골반외 림프절로서 그 외 폐, 골 순이었으며 이는 Carlson 등(1967)과 Munnell 등(1961)의 보고와 일치한다.<sup>5,6</sup>

자궁경부암의 재발의 증상으로는 많은 예에서 별 뚜렷한 증상을 보이지 않으므로 정기적인 추적검사가 중요하다고 볼 수 있는데 Munnell 등(1961)은 250례 중 증상이 없었던 경우가 101례, 통증이 76례, 질 출혈이 26례, 폐쇄성 요로증이 25례로 본 연구결

과와 유사하게 정기 추적검사에서 재발이 발견되었다고 보고하였다.<sup>6</sup> 재발성 자궁경부암에서도 역시 조기진단의 중요성을 생각할 때 지속성 또는 재발성 암은 난치성 통증이나 출혈, 분비물, 그리고 누공 등과 함께 발견되며 자궁경부 세포진검사로 진단되는 경우는 중앙골반재발이 있을 경우에 한하므로 드문 것이 사실이나 본 연구 결과와 같이 자궁경부 세포진검사가 종종 재발암의 첫번째 증거로 발견되므로 자궁경부 세포진검사는 재발의 발견에 중요한 역할을 할 수 있다고 하겠다.<sup>1,4</sup> Soisson 등(1990)은 재발암의 발견을 위한 세포진검사의 민감도는 13%, 특이도는 100%이며 부인과적 검진 및 신체 검진의 민감도는 58%, 특이도는 96%, 증후나 증상의 민감도는 71%, 특이도는 95%이어서 재발의 진단에 있어서 자궁경부 세포진검사의 민감도는 상대적으로 낮다고 보고하였다.<sup>7</sup> 한편, Photopulous 등(1977)은 재발암의 조기진단을 위해 경정맥신우조영술, 흉부 방사선 촬영, 방광경검사, 직장경 검사, 바륨 관장검사, 골주사등의 검사를 시행한 결과 경정맥 신우 조영술과 흉부 방사선 촬영이 재발암의 발견에 유용하다고 보고하면서 이의 정기적인 사용을 주장하였다.<sup>8</sup> 재발암의 조직학적 특성에 따른 생존율에 관하여 최근 Wang 등(1999)은 선암과 선상피암의 경우 예후가 좋지 않다고 보고하였는데, 본 연구에서는 선상피암의 예후가 좋은 것으로 나타나 상반된 결과를 보이고 있다.<sup>9</sup>

재발성 자궁경부암의 치료로는 수술적 방법, 방사선치료, 항암화학요법 및 이들의 병용요법이 시행되며 면역치료 등의 최신요법이 선별된 환자에서 적용될 수 있다. 수술적 방법으로는 골반장기적출술이 시행될 수 있으며 을 생각해 볼 수 있는데 이의 치료성공률은 5년 생존율을 보면 32.3%(Summoned 등, 1975)에서 61.8%(Averette 등, 1984)까지 다양하게 보고되고 있다.<sup>10,11</sup> 대개 골반장기적출술의 대상이 되는 환자들은 일차치료로 방사선 치료를 한 뒤 중앙골반재발로 방광이나 직장을 침범한 경우로서 방대동맥 림프절 침범이나 복강 내 전이의 증거가 없어야 하고 골반외벽에 재발암이 없는 부위가 있어 재발암을 완전히 들어낼 수 있어야 하는 경우에 한하여 왔다. Zeisler 등(1997)은 골반장기적출술 시행 전에 방광과 직장 침범여부를 판단하기 위한 검사로 방광경, 경정맥요조영술, 컴퓨터 단층촬영,

직장경의 민감도와 특이도를 조사하여 이 검사 모두를 사용했을 경우 방광침범은 77.8%, 직장 침범은 50% 발견되며 이 검사들은 서로 상보적이므로 수술이 고식적인 치료가 되지 않게 하기 위해서는 반드시 이 검사 모두를 시행할 것을 제의하였다.<sup>12</sup> 골반강내 림프절에 전이가 있는 재발암의 경우 수술적 치료가 적합할 것인가에 대해서는 여러가지 의견이 있어왔으며 Barber 등(1971)은 5년 생존율이 5.1%에 불과하므로 골반강내 림프절 전이가 있는 경우는 수술의 금기가 된다고 하였으나 Stanhope 등(1985)은 23%라고 주장하면서 수술의 금기가 아니라고 하였다.<sup>13,14</sup> 그러나 대개 골반강내 림프절 전이가 있는 경우 고식적인 골반장기적출술은 수술의 금기로 생각되고 있으며, 반면 재발암의 증거가 없는 경우에도 광범위한 방사선치료 후 괴사로 인한 통증, 또는 재발의 증거가 없이 장이나 방광의 누공이 생긴 경우엔 수술의 적응증이 되어왔다.<sup>15</sup> 골반장기적출술을 하는 경우 결장조루술(colostomy)과 요로전환술(urinary diversion)로 인하여 삶의 질의 저하를 가져올 수 있는바, Penaver 등(1996)은 영구적인 결장조루술 보다는 하부 대장직장문합술(low colorectal anastomosis)과 마이아미 낭(Miami pouch)을 이용한 비실금형(continent) 요로전환술이 환자의 삶의 질을 높일 수 있다고 하였다.<sup>16</sup> 항암화학요법에 있어서는 여러가지 세포 독성을 나타내는 약물들의 종양감축작용(tumor regression)에 힘입어 초기에 항암제를 사용하는 추세로 가고 있다. 그러나 현재까지 어떤 항암제도 만족할 만한 효과를 보이진 않았다. Park 등(1993)은 38가지의 단독 항암화학요법과 복합 항암화학요법의 치료성과에 관한 보고에서 단독요법보다 더 효과적인 복합요법이 없었다고 보고하였으며 상대적으로 높은 반응율을 보였던 cisplatin, ifosfamide, dibromodulcitol에서도 부분관해와 완전관해를 이 각각 23%, 22%, 22%에 그쳤다고 보고하였다.<sup>17</sup> Niguyn 등(1999) 또한 cisplatin과 ifosfamide복합 요법시 반응율은 33%였으나 생존율의 증가는 없었다고 보고하였으며, Omura 등(1996)도 현재까지 자궁경부상피세포암에 가장 효과가 좋은 것으로 알려진 cisplatin의 관해율이 50mg/m<sup>2</sup>의 용량으로 썼을 경우 18-21%에 불과하다고 하였으며 용량을 100mg/m<sup>2</sup>으로 올린 경우에도 생존율의 증가와는 관련이 없다고 하였다.<sup>18,19</sup> 또한 carboplatin과 ifospa-

mide의 반응율이 각각 15%, 15%라고 하였고 역시 복합요법을 했을 경우 반응율의 증가는 있었으나 생존율의 증가는 없었다고 발표하였으며 질환의 위치에 따른 반응은 골반강외에 있는 경우 더 좋다고 하였다. Gonzales 등(1995)은 5-fluorouracil, cisplatin에 interferon-alpha를 복합하여 완전관해율 19%, 반응율 30%를 보고하여 이 분야에 대한 연구가 필요함을 역설하였다.<sup>20</sup> 한편 Kumar 등(1998)은 bleomycin, ifosfamide, cisplatin 복합요법이 cisplatin 단독요법의 반응율 29.4%에 비해 52.2%로 높았으나 역시 생존율의 유의한 증가는 없었다고 보고하였다.<sup>21</sup> 국내에서는 이 등(1992)이 cisplatin과 5-fluorouracil 복합요법시 반응율 63% (완전관해 22.3%, 부분관해 40.7%)를 보고하였다.<sup>22</sup> 항암화학요법에 대한 반응을 예측할 수 있는 인자로 Omura 등(1997)은 고령, 더 좋은 행동지표(performance status)등이 중요하다고 하였으며 Brader 등(1998)은 고령, 재발부위가 중요하다고 하였다.<sup>23,24</sup> 재발성 자궁경부암에서의 방사선 치료에 대해서 Ito 등(1997)은 중앙 골반 재발만 있는데 방사선 치료를 한 경우 종괴가 만지지 않았을 때, 3cm 미만의 종괴가 있었을 때, 3cm 이상의 종괴가 있었을 때 각각 10년 생존율이 72%, 48%, 0%라고 보고하여 재발암의 크기가 방사선 치료 후 여부를 결정짓는 인자임을 보고하였고 Ijaz 등(1998)은 중앙골반재발과 골반측벽재발이 있었던 경우 방사선 치료 후 5년 생존율이 전체적으로 33%이며, 이 중 골반측벽재발만 있었던 3명이 방사선 치료만으로 5년 이상 생존하였음을 보고하였다.<sup>25,26</sup> 또한 Lanciano 등(1996)은 원격전이 없는 국소 재발에 과거 방사선치료를 하지 않았던 경우 중앙 골반재발만 있다면 방사선 치료만으로 5년 무병생존율이 40-50%이므로 이 경우 우선적인 치료법으로 고려되어야 한다고 하였다.<sup>27</sup>

## V. 결 론

본 연구자들은 1988년 1월부터 1999년 4월까지 서울대학교병원 산부인과에서 재발성 자궁경부암으로 진단되어 치료 받은 83명의 환자의 임상양상을 분석하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 연령별 분포는 50대가 전체의 32.5%로 가장 빈도가 높았다.

2. 세포형태는 편평상피암이 77.1%로 가장 많았고 선암과 선상피암이 각각 9.6%, 소세포암이 1.2%였다.

3. 임상병기별 분포는 IIa기가 43.4%로 가장 많았고 IIb가 24.1%, Ib가 22.9%였다.

4. 재발부위는 중앙골반재발이 47.0%, 원격재발 48.2%, 골반측벽재발 4.8%이었다. 원격전이가 가장 빈번히 일어난 장기는 골반의 림프절이었다.

5. 재발환자의 누적생존률은 재발 후 6개월에 90.8%, 1년에 66.7%, 2년에 37.3%, 3년에 27.5%, 5년에 21.0%였다.

6. 조직학적 유형에 따른 누적 생존률은 선상피암이 1년 생존률 75%를 나타내 가장 높았으며 편평상피암과 선암의 1년 생존률은 각각 69.9%, 20.0%였다. 그러나 조직학적 유형에 따른 생존율의 차이는 없었다.

7. 재발부위에 따른 누적 생존률은 중앙골반재발이 2년 생존률 54.7%로 가장 높았으며( $P=0.009$ ) 원격재발, 측벽재발 각각의 2년 생존률은 29.4%, 50.0%였다.

8. 재발 후에 치료를 받지 않았던 13례에서는 평균생존기간이 9 [7-11]개월에 불과하여 치료를 받았던 군에 비하여 유의하게 낮은 생존율을 보였다( $P<0.001$ ). 치료를 받았던 군 중 치료방법에 따른 생존율의 차이는 없었다.

본 연구결과 재발성 자궁경부암 환자에서 꾸준한 정기 추적 검사와 재발 후 적절한 치료를 시행하는 것이 생존율을 높이는 데 중요하다고 생각되며, 향후 정기추적검사의 지속과 더 높은 생존률은 보일 수 있는 치료방법에 대한 연구가 필요하리라 사료된다.

#### - 참고문헌 -

1. Chung CK, Nahhas WA, Stryker JA, et al.: Treatment outcome of recurrent cervical cancer. *J surg Oncol* 1983;24:5-10.
2. 강순범, 박만철, 안기범, 최영민, 이효표, 신면우: 근치적자궁적출술후 재발성 자궁경부암의 치료 및 예후에 관한 연구. *대한산부회지* 1990;30:613-25.
3. Larson DM, Copeland KJ, Stringer CA, et al.: Recurrent cervical carcinoma after radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1988;30:381-7.
4. Krebs HB, Helmkamp BF, Sevin BU, et al.: Recurrent cancer of the cervix following radical hysterectomy and pelvic lymph node dissection. *Obstet Gynecol* 1982;59:422-7.
5. Carlson V, Delos D, Fletcher GH: Distant metastasis in squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Radiology* 1967;88:961-6.
6. Munnell EW, Bonney WA: Critical points of failure in the therapy of cancer of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1961;81:521.
7. Soisson AP, Geszler G, Soper JT, et al.: A comparison of symptomatology, physical examination, and vaginal cytology in the detection of recurrent cervical carcinoma after radical hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1990;76: 106-9.
8. Photopoulos GJ, Shirley REL, Ansbacher R. Evaluation of conventional diagnostic tests for detection of recurrent carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 129:533-5.
9. Wang CJ, Lai CH, Huang HJ: Recurrent cervical carcinoma after primary radical surgery. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:518-24.
10. Symmonds RE, Pratt JH, Webb MJ: Exenterative operations: Experience with 198 patients. *Am J Obstet Gynecol* 1975;121:907-18.
11. Averette HE, Lichtinger M, Sevin B: Pelvic exenteration: A 15-year experience with 198 patients. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:179-84.
12. Zeisler H, Joura EA, Moeschl D, et al.: Preoperative evaluation of tumor extension in patients with recurrent cervical cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76: 474-7.
13. Barber HRK, Jones WB: Lymphadenectomy in pelvic exenteration for recurrent cervix cancer. *JAMA* 1971; 215:1945-9.
14. Stanhope CR, Symmonds RE: Palliative exenteration - What, when, and why? *Am J Obstet Gynecol* 1985;152 :12-6.
15. Jones WB: Surgical approaches for advanced or recurrent cancer of the cervix. *Cancer* 1987;60 Supp 1: 2094-103.
16. Penalver MA, Barreau G, Sevin BU, et al.: Surgery for the treatment of locally recurrent disease. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1996;21:117-22.
17. Park RC, Thigpen JT: Chemotherapy in advanced and

- recurrent cervical cancer. A review. *Cancer* 1993;71 Suppl 4:1446-50.
18. Nguyen HN, Nordquist SR: Chemotherapy of advanced and recurrent cervical carcinoma. *Semin Surg Oncol* 1999;16:247-50.
19. Omura GA: Chemotherapy for stage IVB or Recurrent cancer of the uterine cervix. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1996;21:123-6.
20. Gonzales LC, Lippman SM, Kudelka AP, et al.: Phase II study of cisplatin, 5-fluorouracil and interferon-alpha in recurrent carcinoma of the cervix. *Invest New Drugs* 1995;13:73-6.
21. Kumar L, Pokharel YH, Kumar S, et al.: single agent versus combination chemotherapy in recurrent cervical cancer. *J Obstet Gynecol Res* 1998;24:401-9.
22. 이태성, 조치흠, 서영옥: 지속성 및 재발성 자궁경부암에 대한 5-fluorouracil 5일간 지속주입과 Cis-platinum의 복합화학요법. *대한산부회지* 1992;35:751-5.
23. Omura GA, Blessin J, Vaccarello L, et al.: A randomized trial of cisplatin versus cisplatin plus mitolactol versus cisplatin plus ifosfamide in advanced squamous carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 1997;15:165-71.
24. Brader KR, Morris M, Levenback C, et al.: Chemotherapy for cervical carcinoma: factors determining response and implications for clinical trial design. *J Clin Oncol* 1998;16:1879-84.
25. Ito H, Shigematsu N, Kawada T, et al.: Radiotherapy for centrally recurrent cervical cancer of the vaginal stump following hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1997;67:154-61.
26. Ijaz T, Eifel PJ, Burke T, et al.: Radiation therapy of pelvic recurrence after radical hysterectomy for cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1998;70:241-6.
27. Lanciano R: Radiotherapy for the treatment of locally recurrent cervical cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1996;21:117-22.