

# 근치적 외음부절제술 및 둔대퇴피판을 이용하여 외음부재건술로 치료한 외음부의 파제트병 1예

성균관대학교 의과대학 삼성제일병원 산부인과교실<sup>1</sup>, 병리학교실<sup>2</sup>  
이금정<sup>1</sup> · 조혜진<sup>1</sup> · 김민형<sup>1</sup> · 김의정<sup>2</sup> · 이기현<sup>1</sup> · 박종택<sup>1</sup>

=Abstract=

## Extramammary Paget's Disease of the Vulva, Underwent Radical Vulvectomy with Gluteal Thigh Flap

Keum Jung Lee, M.D.<sup>1</sup>, Hye Jin Cho, M.D.<sup>1</sup>, Min Hyoun Kim, M.D.<sup>1</sup>,  
Yee Jeong Kim, M.D.<sup>2</sup>, Ki Heon Lee, M.D.<sup>1</sup>, Chong Taik Park, M.D.<sup>1</sup>

Department of Obstetrics and Gynecology<sup>1</sup>, Department of Pathology<sup>2</sup>, Samsung Cheil Hospital and  
Women's Healthcare Center, Sungkyunkwan University School of Medicine

Extramammary Paget's disease of the vulva is a rare intraepithelial neoplasm which is most commonly seen in postmenopausal Caucasian females. The most common presenting complaint is pruritis, vulvar pain, red eczematoid skin change.

Treatment of Paget's disease of the vulva requires wide local excision and if there is an underlying adenocarcinoma, radical vulvectomy with ipsilateral inguinal femoral lymphadenectomy is required.

We experienced a case of extramammary Paget's disease of the vulva, underwent radical vulvectomy with gluteal thigh flap and present with a brief review of literature.

**Key Words:** Paget's disease, Vulvar cancer, Gluteal thigh flap

## 서 론

파제트병은 한선이 있는 신체 어느 부위에나 생길 수 있으며 비교적 느리게 진행되는 상피내 종양이다. 특히 외음부에 발생하는 파제트병은 매우 드문 질환으로 외음부에 생기는 종양의 1-5%를 차지하는 것으로 보고되고 있으며 전 세계적으로 수백에 정도가 보고되었고 국내에서도 몇몇 증례보고만이 있다.<sup>1</sup>

대부분 폐경기이후의 백인 여성에 호발하며 소양감, 통증이 있고 치료후 재발율이 높아 추적관찰이 중요하다. 외음부 파제트병은 대개 상피내에만 국

한되지만 전암이 동반되기도 하며, 비뇨생식기계, 유방 그리고 피부에 암이 동반되기에 진단시 다른 장기의 종양유무를 주의 깊게 검사해야 한다.<sup>2</sup> 치료는 상피내 파제트병인 경우에는 광범위 국소 절제술 (wide local excision)을 시행하고, 전암이 동반된 경우는 근치적 외음부절제술 (radical vulvectomy)과 동측 서혜부 림프절절제술 (ipsilateral inguinal lymphadenectomy)을 시행하며, 육안적으로 정상으로 보이는 부위에서도 파제트세포가 관찰되는 경우가 많아 비교적 광범위한 절제연을 두어야 하며 수술중 안전한 절제연 확보를 위해 동결절편을 이용하기도 하지만 절제연의 파제트세포의 유무와 재발 여부에 관해서는 아직 논란이 많아 수술 범위나 방

법에 대해서는 아직까지 정립된 방법이 없다.

저자들은 최근 본원에서 외음부에 발생한 파제트병 1예를 근치적 외음부절제술(**radical vulvectomy**) 및 둔대퇴피판(**gluteal thigh flap**)을 이용하여 회음부재건술로 치료하였기에 이에 대한 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

## 증 례

환 자 : 김 O 회, 74세.

가족력 : 특이사항 없음.

기왕력 :

1995년 오른쪽 고관절치환술 시행.

1995년 고혈압 진단 후 현재 약물치료중.

1998년 파제트병으로 단순외음절제술(**simple vulvectomy**) 시행

산과력 : G10 P4 L4 A6

월경력 : 초경은 18세, 폐경은 50세.

현병력 : 8년전부터 왼쪽 회음부에 가려움증이 있었으나 특별한 치료 없이 지내오다 1998년 증상 심해져 개인사인과 방문하여 조직생검상 유방외 파제트병으로 진단 받고 OO대학병원으로 전원되어 단순외음부절제술과 중간층피부이식술(**split thickness skin graft**)을 시행 받았다. 절제연에서 파제트병의 소견 보였으나 개인사정으로 특별한 치료 없이 지내오다 2000년 5월 수술부위가 붉은 색으로 변하며 소양감이 나타나기 시작하여 2001년 4월 본원 방문, **multiple vulva biopsy** 시행하여 외음부의 파제트병 진단 받음.

이학적 소견 : 2001년 7월 16일 수술 위해 입원.

전신 상태는 양호하였으며 발육 및 영양상태는 중등도였고 혈압은 140/80 mmHg, 맥박 76회/분, 호흡 18회/분, 체온 37.0도였고 다른 특이할 만한 이학적인 소견은 없었다. 외음부는 질부위를 중심으로 방추형으로 두꺼워진 회백색의 각질이 있는 병변이 불규칙한 변연부를 보이고 적색으로 변색되어 있었고, 미란이 동반되어 있었으며 질과 자궁경부는 위축되어 있었다.

검사소견 : 혈액검사항 백혈구  $5,740/\text{mm}^3$ , 혈색소  $11.3\text{g/dL}$ , 적혈구용적  $36.0\%$ , 혈소판  $251,000/\text{mm}^3$ 였으며, VDRL은 nonreactive이고, 혈액응고검사, 요

검사, 간기능검사, 심전도검사, 흉부 X선 검사는 모두 정상이었다.

수술소견 : 경막외마취하에 환자를 쇠석위자세로 눕히고 근치적 외음부절제술을 시행하였으며 수술중 시행한 절제연에 대한 동결절편조직검사상 절제연에서 양성소견을 보여 변연부에 대한 추가절제술을 시행하였다. 그리고 양쪽 둔대퇴피판을 이용하여 회음부재건술을 시행하였다. 이 때 치골결절(**ischial tuberosity**)은 대둔근 밑에 있고 그 안쪽으로 하둔동맥(**inferior gluteal artery**)이 주행하기에 경계표(**landmark**)로 이용된다. 우선 치골결절부터 무릎 중심으로 외음부결선에 맞춰서  $11\text{cm} \times 8\text{cm}$ 의 절제선을 만든 후 대둔근의 원위부를 가로로 자르고 원위부를 머리쪽으로 돌려 회음부를 재건하였다. 이때 피부판에 있는 신경혈관다발이 손상 받지 않도록 특히 주의하였다. 수술로 인한 결손부위는 일차봉합술로 접합하였다.(Fig 1. **Gluteal thigh flap**)

## 병리학적 소견

1) 육안적 소견 : 외음부 절제술로 얻어진 표본은  $10.5 \times 7.5\text{cm}$  크기였으며,  $9.5 \times 6.0\text{cm}$  크기의 피부로 덮여져 있었다. 질부위를 중심으로 방추형으로 두꺼워진 회백색의 각질이 있는 병변이 불규칙한 변연부를 보이면서 관찰되었다. 일부에서는 미란과 함께 적색으로 변색되어 있어서 피부습진과도 유사한 양상을 보였다. 병변은 요도 및 항문방향의 절제연까지 침범하고 있었다.(Fig 2. **Gross appearance: vulvar specimen ( $10.5 \times 7.5\text{ cm}$ )**)

2) 현미경적 소견 : 상피세포층은 매우 두꺼워져

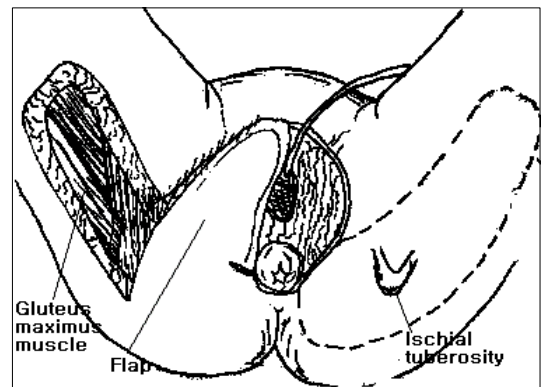


Fig 1. **Gluteal thigh flap**



Fig 2. Gross appearance; vulvar specimen (10.5 x 7.5cm)

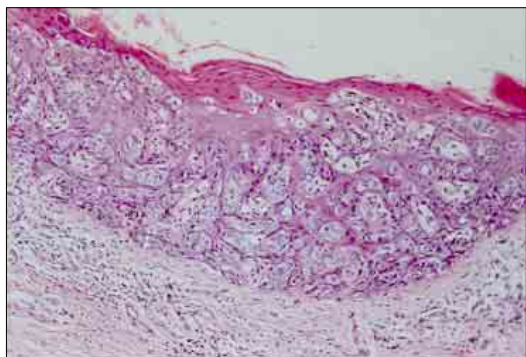


Fig 3. Hematoxylin-eosin, x 100

있으며 과각화증, 이상각화증을 보이고 있었는데, 기저부에 각화세포보다 큰 세포들이 날개 또는 군집으로 모여있었다. 이들 세포들은 Hematoxylin-eosin 염색에서 투명하거나 연한 청색으로 염색되는 세포질을 가지고 있었으며 핵은 크고 둥그나 염색질은 균일하고 한 개의 핵소체를 가지고 있는 특징적인 파제트세포였다(Fig 3. Hematoxylin-eosin, x 100). 이들 세포질은 산성 점액성 다당체에 대한

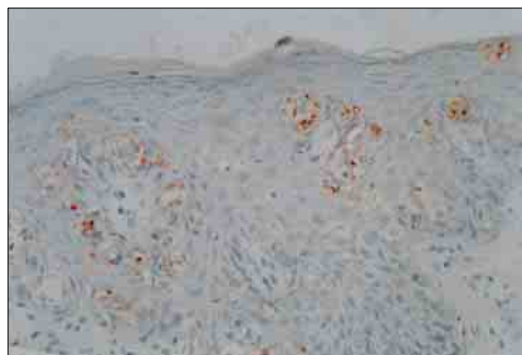


Fig 4. Carcinoembryonic antigen, x 200



Fig 5. Healing state after operation 2 months.

alcian blue 염색에서 연한 청색으로 염색되었으며, carcinoembryonic antigen에 대한 면역조직화학적 염색에서도 양성으로 염색되었다(Fig 4. Carcinoembryonic antigen,  $\times 200$ ). 이러한 파제트세포들은 모낭과 같은 피부부속기에도 침범되어 있었으나 상피하 간질내로의 침습은 없어서 상피내 파제트병으로 진단되었다. 그 외에 진피층에 혈관주변으로 심한 만성염증세포의 침윤이 있었고, 표피의 미란도 관찰되었다.

수술후 경과 : 환자는 수술후 13일째부터 38.4도의 열이 발생하여 이학적 검사결과 회음부에 농양(abscess)이 발견되었다. 농양배액(abscess drainage)과 항생제 치료 뒤에는 비교적 양호한 경과를 보였으며 수술후 33 일째 다른 합병증 없이 퇴원하였다. 그림은 환자의 수술후 60일째 상태로 이상소견이 발견되지 않았다.(Fig 5. Healing state after operation 2 months.)

## 고 찰

파제트병은 1874년 James Paget이 처음으로 유방의 파제트병을 보고하였고 1889년 Crocker가 고환과 음경에서 발생한 유방의 파제트병을 보고하였으며 1901년 Dubreuilh가 여성외음부의 파제트병을 처음으로 보고하였다. 외음부의 파제트병은 유방의 파제트병과 그 양상이 비슷하다고 하여 이러한 병명을 가지게 되었다. 외음부의 파제트병의 정확한 발생빈도는 알려져 있지 않으나 전 세계적으로 수백 예 정도가 보고되었을 정도로 매우 드물어 1999년 Piura 등은 외음부에 생기는 악성종양의 2.5%, 여성에서 생기는 종양의 약 0.02%를 차지한다고 보고하였다.<sup>3</sup>

파제트병의 임상특징은 백인여성에게 많고 폐경기 이후의 노령(평균 67.5세)에서 주로 호발하며 드물게 젊은 연령에서도 생길 수 있으나 젊은 여성에서 생긴 경우는 대개 외음부의 편평상피암과 동반된다.<sup>2</sup> 가장 많은 증상은 소양감(72.4%), 통증, 피부색의 변화로 증상의 발현에서 진단까지의 기간은 평균 1.8년 정도이고 환자는 오진으로 스테로이드나 진균제의 치료를 경험하기도 한다.<sup>4</sup> 병변은 대개 한쪽 외음부만(47%)을 침범하나, 드물게 외음부의 전체 상피를 침범하는 경우도 있으며 항문주위(19%), 음핵(7%), 그 외 드물게 둔부, 서혜부 등을 침범한다.<sup>2</sup> 병변의 육안적 소견은 다양한 크기의 경계가 비교적 명확한 인설을 동반한 적색의 융기된 궤양성 병변으로 관찰되며 종종 백반증으로 잘못 진단되기도 한다. 육안적으로 보이는 병변보다 실제적인 파제트병의 범위가 더 크기 때문에 수술중 절제된 조직변연으로부터 동결절편을 시행하기도 한다. 촉진상 병변의 두께가 두껍거나 종양이 만져지는 경우는 동반된 선암의 가능성을 염두에 두어야하고 진단은 생검에 의한 병리조직학적 소견에 의하며 진단을 위한 조직생검은 미세흡인침생검 (fine needle aspiration biopsy)을 주로 사용하며 촉진으로 병변의 깊이가 깊은 곳이나 종양이 형성되어 있는 부위를 생검한다.

파제트병의 발생기전은 아직까지 논란의 대상으로 일부학자는 상피내 생식세포간세포(intraepidermal germinative stem cell) 혹은 한관의 소공부위

(poral portion of sweat duct)로부터의 기원을 주장하는 반면에 다른 학자들은 하부의 한선암(underlying sweat gland carcinoma)으로부터 상피로의 세포이주를 주장하기도 한다.<sup>5,6,7</sup> 재발이 잦고 다발성이며 진피내로의 침투가 드문 특징 때문에 바이러스와의 연관성이 제기되기도 하였으나, Bornstein 등은 인유두종바이러스(human papillomavirus)와는 관련이 없다고 하였다.<sup>8</sup> 외음부를 제외한 다른 곳의 파제트병이 대부분 선암과 동반되는 것에 비해 외음부의 파제트병은 상대적으로 선암과의 연관성이 적다.<sup>9</sup>

외음부의 파제트병은 크게 상피내 파제트병만 있는 경우와 파제트병양 변화에 선암이 동반되어 있는 두 가지로 나뉜다. 이 두 병변은 예후와 치료방법에 있어서 많은 차이가 있기 때문에 두 병변을 정확히 구분하는 것이 매우 중요하다. 2000년 Parker 등은 파제트병을 1) 상피내 파제트병(intraepithelial Paget's disease) 2) 침윤성 파제트병 (invasive Paget's disease) 3) 선암이 동반된 파제트병 (intraepithelial Paget's disease with underlying adenocarcinoma) 4) 다른 암이 동반된 파제트병 (intraepithelial Paget's disease with a coexisting cancer) 등 네 가지로 분류하였으나 생존율과 치료에선 두 가지로 나눈 분류와 차이가 없었다.<sup>2</sup>

상피내 파제트병만 있는 경우는 병변의 경과가 비교적 느리며 재발이 잦기는 하나 예후는 좋고 선암이 동반된 경우는 질병의 경과가 훨씬 빠르며 주변 림프절이나 다른 장기로의 전이도 가능하고 예후가 나빠 두 질환이 같은 질환의 다른 표현형이라기보다는 전혀 다른 질환으로 생각되고 있다. 피부부속기에 선암이 동반되는 경우는 17%정도이고 비뇨생식기계, 유방 그리고 피부에 암이 동반되는 경우는 11%정도이다.<sup>2</sup> 따라서 파제트병을 가진 환자에서는 치료 전에 다른 장기에 동반된 악성종양이 있는지 면밀한 검사를 해야 한다. 본 증례에선 다른 장기의 종양이 관찰되지 않았다.

병리학적으로 파제트병에서는 표피내에 파제트세포가 산재 또는 밀집되어 나타나는데, 파제트세포는 표피세포보다 크고 둥글며 세포질은 연하게 염색되고 큰 핵을 가진다. 중등도의 극세포증이 있으며 진피에는 만성염증세포 침윤을 나타낸다. 파제트세포는 세포질내에 중성과 산성점액이 증명되는데, 때로는 멜라닌파립을 볼 수 있으나 DOPA반

응은 음성이다. 감별해야 할 질환으로는 편평세포암, 기저세포암, 회음부의 Bowen 병, 배설강의 암(cloacogenic carcinoma), 흑색종, 완선등이 있다. Mucicarmin과 alcian blue에 파제트세포는 양성이나 Bowen 병과 흑색종은 음성이며, immunoperoxidase 염색에서 파제트세포는 carcinoembryonic 항원에 양성이나 흑색종은 HMB-45에 양성이다. 세포간교(intercellular bridge)가 없는 점으로 편평세포암과 감별할 수 있다.

치료는 병변의 조직생검검사를 하여 상피내에만 국한되어 있는 경우는 조기에 광범위 국소절제술(wide local excision)을 하는 것으로 충분하다.<sup>2</sup> 그러나 육안적으로는 정상으로 보이는 피부 조직까지도 파제트세포가 존재하기 때문에 비교적 안전한 절제연을 두는 것을 권장한다. 그리고 파제트병의 재발율이 높기 때문에 수술 후 추적관찰이 매우 중요하다. 광범위 절제술을 시행하여 절제된 병변의 범위가 큰 경우에는 이로 인한 합병증, 특히 창상감염, 정신적 장애 및 성기능장애가 심각하므로 재건성형술이 필요하다. 재건성형술에는 중간층피부이식술(split thickness skin graft)과 둔대퇴피판(gluteal thigh flap)을 이용한 수술이 흔히 사용된다. DiSaia 등은 중간층피부이식술 후 이식편내에 병변이 재발한 경우를 보고하였는데 그 원인으로 절제연에 남아 있던 파제트세포가 retrodissemination한 것으로 설명하였다.<sup>10</sup> 그리고 Achauer 등은 둔대퇴피판을 이용하여 근치적 외음부절제술로 인한 피부결손 등의 합병증을 예방하였다고 보고하였다.<sup>11</sup> 이 수술은 회음부, 외음부, 질 그리고 천골부위 등 큰 결손부위의 재건술로 많이 사용되는데 이 피판을 하둔동맥(inferior gluteal artery)의 공급을 받기에 넓이는 대략 12cm만으로도 슬와(popliteal fossa)까지 만들 수 있다. 한편 Ewing 등은 병변의 절제후 CO<sub>2</sub>레이저를 사용하여 피부이식의 번거로움과 광범위 절제술을 피할 수 있다고 하였으나 선암의 가능성을 배제할 수 없기 때문에 일차적인 치료로서 사용하기에는 제한점이 있다.<sup>12</sup>

높은 재발율과 절제연의 상태에 관해서 Stancy 등은 절제연이 양성인 경우 재발이 더 잦았다는 보고를 한 반면 Curtin 등은 절제연의 상태와 재발에는 연관성이 없었다고 보고하는 등 아직까지 논란이 되고 있다.<sup>13,14</sup> Baehrendtz 등은 절제연이 음성인

경우 재발기간이 5.4년이고 양성인 경우 1.6년으로 보고하며 안전한 절제연을 두고 수술하는 것을 권장하였다.<sup>15</sup> 본 예도 단순 외음부절제술시 절제연이 양성인 상태에서 2년만에 재발된 경우이다. 수술중 동결절편은 수술시간과 비용효과면에서 어려움이 있고 동결절편상 음성이었지만 영구절편검색결과 43%에서 양성이라는 보고가 있을 만큼 정확도에도 문제가 있어 널리 이용되지는 않는다.<sup>4,16</sup> 우리나라에서는 임 등이 절제연과 질병의 재발과는 연관성이 없다고 하였지만 증거가 너무 적어 좀 더 대규모 연구가 필요할 것으로 사료된다.<sup>17</sup> 파제트병의 재발을 예측하기 위해 종양표지자(tumor marker)에 대한 연구가 진행되었으나 파제트병은 상피내종양이기에 종양표지자를 찾지 못한 상태이다.<sup>18</sup>

또한 수술후 재발된 환자와 수술이 불가능한 환자의 경우 화학적 항암치료로 1) CAP(cyclophosphamide, adriamycin and cisplatin), 2) cisplatin and 5-fluorouracil, 3) carboplatin and 5-fluorouracil, 4) vincristine and cisplatin, 5) 5-fluorouracil 단독요법 등이 있다.<sup>9,19</sup> 한편, Besa 등은 50-55Gy의 방사선치료를 시도하여, 수술만 시행한 경우는 25%에서 재발한 반면 수술후 방사선 치료를 받은 군에서는 한 명도 재발하지 않았으며 수술적 치료 없이 방사선 치료만을 받은 환자군에서도 병변이 상피내에만 국한되어 있었던 3명 모두에서 재발 없이 60개월까지 추적조사하여 방사선치료의 효과를 주장하였다.<sup>20</sup>

선암을 동반한 파제트병의 경우 대개 근치적 외음부절제술(radical vulvectomy)과 동측 서혜부 림프절절제술(ipsilateral inguinal lymphadenectomy)을 시행한다. 림프절에 침범이 있는 경우는 예후가 좋지 않아 추가로 방사선치료나 항암제치료를 시도하지만 이에 대한 효과는 아직 확실치 않다.

예후인자는 침윤정도, 피하 피부부속기 선암의 동반 여부, 질병의 위치 그리고 림프절의 전이 유무 등이다.<sup>3</sup> Parker 등은 파제트병이 음핵을 침범하는 경우 생존율이 감소하였기에 이의 경우 적극적인 치료를 권유하였다.<sup>2</sup>

저자들은 최근 본원에서 외음부에 발생한 파제트병 1예를 광범위 외음부절제술 및 둔대퇴피판을 이용한 회음부재건술로 치료하였기에 간단한 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

- 참고문헌 -

1. Tsai CW, Lin HH, Chang DY, Hung SC. Paget's disease of the vulva : report of five cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:946-9.
2. Lynn P. Parker, M.D., Tohn R. Parker, M.D. Paget's disease of the Vulva : Pathology, Pattern of Involvement, and Prognosis. *Gynecologic Oncology* 2000;77: 183-9.
3. Piura B, Rabinovich A. Dgani R. Extramammary Paget's disease of the vulva : report of five cases and review of the literature. *Gynecologic Oncology* 1999;20(2):98-101.
4. David A. Fishman, M.D., Setsuko K. Chambers, M.D. Extramammary Paget's disease of the Vulva. *Gynecologic Oncology* 1995; 56:266-70.
5. Guarner J, Cohen C, DeRose PB. Histogenesis of extramammary and mammary Paget's cells. An immunohistochemical study. *Am J Dermatopathol* 1989; 11: 313-6.
6. Nadji M, Morales. AR, Girtanner RE, Ziegels-Weissman J, Penneys NS. Paget's disease of the skin: a unifying concept of histogenesis. *Cancer* 1982;50:2203-6.
7. Berardi RS, See S, Chen HP. Perianal extramammary Paget's disease. *Surg Gynecol Obstet* 1988;167:359-66.
8. Bornstein J, Kaufman RH, Adam E, Burek J, Storthz KA. Paget's disease of the vulva : Search for Herpes Simplex virus antigens and human Papillomavirus antigen and DNA. *Gynecologic Oncology* 1988;31:384-8.
9. Sitakalin, C., and Ackerman, A.B. Mammary and extramammary Paget's disease, *Amer. J. Dermatopathol.* 1995;7:335-40.
10. DiSaia PJ, Creasman WT. *Clinical Gynecologic Oncology*. 5th ed. St.Louis : Mosby ; 1997; 57:109-12.
11. Auchauer BM, Braly P, Berman ML, DiSaia PJ: Immediate vaginal reconstruction following resection for malignancy using the gluteal thigh flap. *Gynecologic Oncology*. 1984;19:79.
12. Ewing TL. Paget's disease of the vulva treated by combined surgery and laser. *Gynecologic Oncology*. 1991; 43: 137-40.
13. Stancy D, Burrell MO, Franklin EW III. Extramammary Paget's disease of the vulva and anus : use of intraoperative frozen-section margins. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 519-23.
14. Curtin JP, Rubin SC, Jones WB, Hoskins WJ, Lewis JL. Paget's disease of the vulva. *Gynecologic Oncology* 1990; 39: 374-7.
15. Bahrendtz, H., Einhorn, N., Pettersson, F., and Silfversward, C. Paget's disease of the vulva: The Radiumhemmet series 1975-1990. *Int. J. Gynecol. Cancer* 1994; 4:1-6.
16. Bergen, S., DiSaia, P.J., Liao, S. Y., and Berman, M. L. Conservative management of extramammary Paget's disease of the vulva, *Gynecologic Oncology*. 1989; 33: 151-156.
17. 임경실, 박노현, 이철민, 김용범, 김재원, 송용상 등. 외음부에 발생한 파제트병 4예. *대한산부회지*. 1999; 42:1127-33.
18. Schwartz, P. E., Chambers, S.K., Chambers, J. T., Gutmann, J., Tatopodis, N., and Foemmel, R. Circulating tumor markers in the monitoring of gynecologic malignancies, *Cancer* 1987;60:353-7.
19. 김승용, 최영길, 고성균, 조현진, 정태범, 전현아 등. 외음부에 발생한 파제트병 1예 대한부인종양, 콜포스코피학회. 2000;11:91-6.
20. Besa P, Rich Ta, Delclos L, Edward CL, Ota DM, Wharton JT. Extramammary Paget's disease of the perineal skin : Role of radiotherapy. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 1992;24:73-8.

## = 국문 초록 =

파제트병은 한선이 있는 신체 어느 부위에나 생길 수 있으며 비교적 느리게 진행되는 상피내 종양이다. 특히 외음부에 발생하는 파제트병은 매우 드문 질환으로 전 세계적으로 수백 예 정도가 보고되었다. 대부분 폐경기이후의 백인 여성에 호발하며 소양감, 통증이 있고 치료후 재발율이 높아 추적 관찰이 중요하다. 외음부 파제트병은 대개 상피내에만 국한되지만 선암이 동반되기도 하며, 비뇨생식기계, 유방 그리고 피부에 암이 동반되기에 진단시 다른 장기의 종양유무를 주의깊게 검사해야 한다. 치료는 상피내 파제트병인 경우에 광범위 국소 절제술 (wide local excision)을 시행하고, 선암이 동반된 경우는 근치적 외음부절제술 (radical vulvectomy)과 동측 서혜부 림프절절제술 (ipsilateral inguinal lymphadenectomy)을 시행하며, 방사선치료와 항암제가 이용되기도 한다.

저자들은 최근 본원에서 외음부에 발생한 파제트병 1예를 근치적 외음부절제술 및 둔대퇴피관을 이용하여 회음부재건술로 치료하였기에 이에 대한 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

**중심단어** : 파제트병, 외음부암, 둔대퇴피관