

자궁내막암과 동시에 발생한 자궁천골인대의 자궁내막증에서 유래된 선암

고려대학교 의과대학 산부인과교실, *병리학교실
박현태 · 서동주 · 한지운 · 설현주 · 김인선* · 강재성

A Case of Simultaneous Presentation of Endometrial Carcinoma and Adenocarcinoma arising in Endometriosis at Uterosacral Ligament

Hyun Tae Park, M.D., Dong Joo Suh, M.D., Ji Woon Han, M.D., Hyun Ju Sul, M.D.,
In Sun Kim, M.D.*, Jae Seong Kang, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, and *Pathology, College of Medicine, Korea University,

The existence of malignancies arising in endometriosis has been appreciated since the early 1920's. The exact incidence is difficult to determine due to underreporting and failure to apply strict diagnostic criteria, but is thought to be in the range of 1-2% of patients with endometriosis.

A case of adenocarcinoma arising in endometriosis with simultaneous endometrial carcinoma is presented and the literatures are reviewed.

Key Words : Endometrium, Adenocarcinoma, Endometriosis

서 론

자궁내막증의 정의는 자궁내막 조직이 자궁내막 이외의 곳에 위치하는 것을 말한다.

Sampson에 의해서 체계적으로 처음 기술된 이래 부인과 영역에서 매우 중요한 질병 중의 하나로 인식되어 왔다. 1920년대 초반부터 자궁내막증의 악성 변화에 대해서 서술되었으며, 아직까지 정확한 빈도는 알려져 있지 않으나, 자궁내막증 환자의 1-2% 정도로 추측되고 있다. 이 중 난소의 자궁내막증의 경우가 가장 많으며, 약 25%에서는 성선 외(extragonadal) 조직에서 발생한다. 우리나라에서는 자궁선근증, 자궁근증, 자궁내막암 및 난소암과 동반된 보고가 있다.

저자 등은 고려대학교 안암의료원에 내원하여 치료 받은 자궁내막암과 동시에 발생한 자궁내막증에서 유래된 자궁장막의 선암 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

책임저자 : 강재성

증 례

환 자 : 이○자, 44세, 기혼

출산력 : 2-0-0-2

초진일 : 2002년 6월 10일

기왕력 : 2002년 5월 개인 산부인과 의원에서 질 출혈을 주소로 내원하여 자궁내막조직 검사상 분화가 좋은 자궁내막 선암으로 진단됨.

가족력 : 특이 사항 없음.

월경력 : 초경은 16세에 있었으며 월경주기는 비교적 규칙적이었고 월경량은 많은 편이었으며 월경지속 기간은 4-5일이며 월경통은 최근에 더 심해짐. 최종 월경일은 2002년 5월 10일이었다.

주소 및 현병력 : 내원 약 3개월 전부터 월경량이 생리양이 많아지고 불규칙하여 개인 산부인과 의원을 방문하여 시행한 자궁내막조직 검사상 분화가 좋은 자궁내막 선암으로 진단되어 본원 산부인과로 전원 되

었다.

이학적 소견 : 초진시 체중은 55 kg, 키는 156 cm, 체격은 중등도, 혈압은 110/90, 맥박수 82회/분, 호흡수 18회/분, 체온 36.8℃로 정상 범위였으며, 두부, 경부 진찰과 흉부 청진 및 심장소견, 사지골격 및 신경 검사상 이상 소견이 없었다.

부인과적 내진 소견 : 자궁은 전굴 상태로 거위알 크기였으며, 양측 부속기에는 특이 소견 없었다.

초음파 소견 : 자궁 크기는 9주 정도의 크기로 자궁 체부에 2×2 cm 정도의 종괴가 관찰되었고, 자궁내막의 두께는 0.7 cm로 종괴는 관찰되지 않았다.

입원시 검사 소견 : 혈액검사에서 혈색소는 10.3%, 적혈구용적 32.4, 백혈구 수 6300/mm³ 출혈 시간 2분, prothrombin time 12.8초, 96.3%였다. 그 외 뇨 검사와 간 기능검사는 정상 범위였고, 흉부 방사선과 심전도에는 특별한 이상이 없었다. 종양 지표인 CA125는 9.5 U/ml, CA 19-9는 24.7 U/ml, CEA는 1.8 ng/ml로 정상 범위였다. 수술 전 시행한 골반 MRI상 자궁내부에 342.5 cm의 종괴가 자궁 내막쪽으로 보이며, 자궁근의 반 이상의 침범이 의심되었다.

수술 소견 : 2002년 6월 12일, 전신마취 하에 개복술을 시행하였다. 자궁은 10.5×10×4cm 크기로 단단하였으며 자궁표면은 매끄러웠다. 특별히 유착 소견은 보이지 않았고 양측 부속기도 특이 소견이 관찰되지 않았으나 자궁 후하부 장막에 1×0.5 cm의 괴사된 작은 종괴가 관찰되었다. 또한 만저지는 임파선은 없었고, 자궁절제술 후 수술실에서 자궁내막을 육안적으로 관찰하였으나 특이 소견이 관찰되지 않았다. 이와 같은 소견으로 전자궁절제술과 양측 자궁부속기절제술, 골반 임파선절제술을 시행하였다.

병리학적 소견

현미경적 소견 : 자궁내막은 내막에 국한된 분화도가 좋은 자궁내막양 선암(Fig. 1), 자궁 후하부 장막의 종괴에선 자궁내막증에서 유래된 선암이(Fig. 2) 관찰되었다.

수술 후 경과 : 수술 후 경과는 양호하여 퇴원한 이후 6500 cGy의 질단부 방사선치료를 시행하였다. 방사선치료 중 특별한 합병증은 없었으며 방사선치료 후 2003년 2월 14일 시행한 CA 125는 14.7 U/ml로 현재 외래 추적 관찰 중이다.

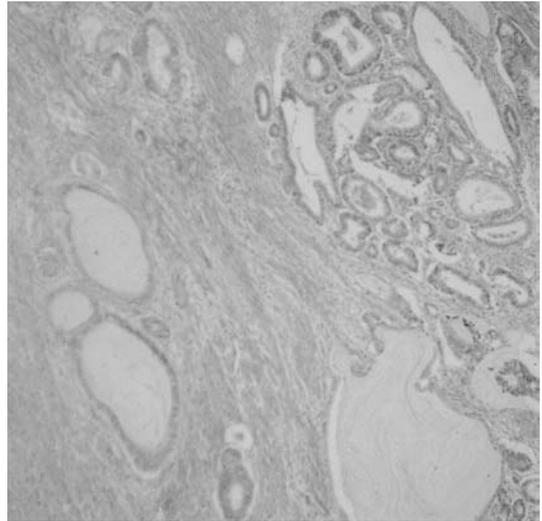


Fig. 1. Well differentiated endometrioid adenocarcinoma, endometrium (×100, H-E stain).

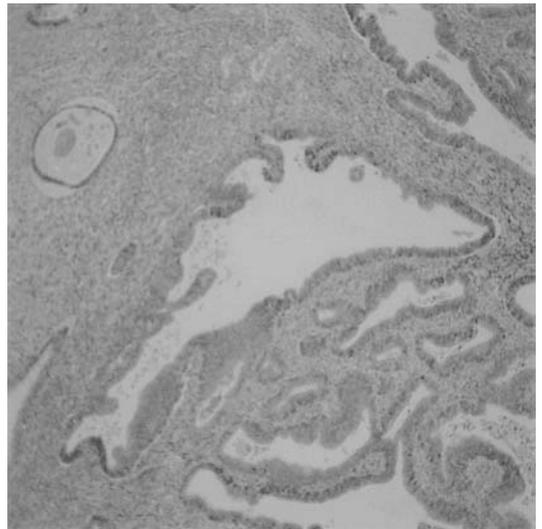


Fig. 2. Adenocarcinoma arising in endometriosis at uterosacral ligament (×200, H-E stain).

고 찰

자궁내막증의 일반인구에서의 빈도는 1%, 불임여성에서는 많게는 30%까지 보고되고 있다. 이러한 자궁내막증은 골반내 장기의 국소병변에서부터 난소난

관의 해부학적 변형과 장, 방광 또는 요관을 포함한 광범위한 유착을 초래할 수 있는 난소의 거대한 낭종성 자궁내막증까지 다양하게 나타난다. 자궁내막증은 심한 월경통을 유발하고 불임증과도 깊은 관계가 갖고 있으며 최근 그 빈도가 증가하고 있기 때문에 이에 대한 많은 연구가 진행되고 있지만 이 질환에 대한 원인, 치료, 예방법이 정립되어 있지 않다. 자궁내막증의 원인은 정확히 알려진 것은 없으나, 난관을 통한 월경혈의 역류, 자궁 림프관을 통해, 또는 체강상피로부터 유래되는 골반 복막의 비정상 분화로 인한 체강상피화생설(coelomic metaplasia)의 복합설로 설명되고 있다. 이렇듯 자궁내막증은 유전학적, 호르몬 계통의, 면역학적인 여러 복합적인 요인에 의해 특징지워지는 질병군으로 이러한 자궁내막 조직이 정상 자궁내막과 마찬가지로 생리기간 중 호르몬 변화에 반응하여 결과적으로 고형성증(hyperplasia), 비정상적 고형성 변화(atypically hyperplastic changes)를 초래하게 되고 이러한 변화가 종양의 발생과도 연관되어 자궁내막증에서 악성 변화의 근거가 되고 있다.

자궁내막증에서 유래된 암과의 관계는 1920년대 초반 Sampson에 의해 기술된 이후로 300건의 보고가 있어왔으며, 정확한 빈도는 알려져 있지 않으나 자궁내막증 환자의 1-2% 정도로 추산된다. 이 중 약 10%에서 unopposed estrogen에 노출되었거나, 에스트로젠 분비성 난소종양의 경우로 과에스트로젠혈증(hyperestrogenism)과 악성 변화에 대하여 연구가 진행되고 있다.

자궁내막증에서 유래된 악성 변화로 진단하기 위해서는 병리학적 소견으로 Sampson 등에 의하면 (1) 다른 primary malignant site가 존재하지 않으며 (2) 자궁내막과 유사한 조직학적 병변을 갖고 (3) 종양과 인접하여 자궁내막증이 존재할 때 진단이 가능하다. 조직학적으로 자궁내막양 선암(endometrioid adenocarcinoma)이 가장 흔하며, 투명세포암(clear cell carcinoma), 드물게는 장액성암(serous carcinoma)과도 관계가 있으며, 자궁내막증의 간질세포에서의 악성화로 인한 간질육종(stroma sarcoma)도 가능하다. 대부분의 종양은 난소에서 발생되며 25%에서는 성선 외(extragonadal) 조직에서도 발생한다. 다른 부위로는 직장-질 중격(rectovaginal septum), 장측 복막(peritoneum), 흉막(pleura), 배꼽(umbilicus), 원인대(round ligament)

및 대망(omentum)이 보고된 바 있다. 대부분의 환자들은 복부 팽만감 및 복수, 골반 종괴 등과 같은 난소나 원발성 복막암 등과 같은 증상이나 징후를 보인다. 이외에 종괴의 위치에 따라서 직장-질 중격의 경우 장운동에 따르는 통증, 질의 경우 질 출혈, 흉막의 경우 흉부 통증 등의 증상이 있을 수 있다. 진단은 컴퓨터단층촬영(CT)이나 자기공명촬영(MRI), 초음파(ultrasonography)와 같은 검사가 도움이 될 수 있으나 자궁내막증에서 유래된 악성종양의 진단은 조직학적 검사를 통해서만 가능하다.

치료는 다각적으로 접근이 필요하며 첫번째 단계는 수술적 절제로 병변의 완전절제와 정확한 진단의 확인이 필요하고 수술적 접근의 단계로는 병변 부위의 절제와 복막 암종의 경우 debulking surgery가 필요하며 수술 후 항암화학요법, 방사선요법 또는 호르몬요법 등과 같은 보조적 치료가 필요할 수도 있다. 광범위 복막 내 암종의 경우 수술 후 병합화학요법이 필요하며 화학요법제로는 paclitaxel, cisplatin, carboplatin, adriamycin, cyclophosphamide 등이 있으며 이 중 일차 치료요법으로는 paclitaxel과 platinum 계열의 항암제 병합요법이 주가 된다.

자궁내막암과 마찬가지로 방사선 요법이 보조적 치료로 직장-질 중격, 질 측벽 등 전신적 치료가 필요치 않은, 골반에 국한된 병변의 경우 사용될 수 있다. 이런 경우 수술적 절제 후 일반적으로 전포발 방사선요법은 술 후 6주 정도에 시작하여 일일 150-180 cGy로 25-30회 조사하며 전체 4500-5400 cGy를 조사한다. 또한 방사선 요법은 수술적 절제 및 항암화학요법 후 국소적 재발 치료에도 사용된다. 그 외에 자궁내막암 치료에 사용되는 프로그스테론 제제를 사용하는 경우로 일반적으로 일차적 항암화학요법 치료 내지는 다른 치료가 불가능한 의학적 상태의 경우 사용될 수 있다. 일반적으로 자궁내막증에서 유래된 악성 병변의 경우 프로그스테론 제제의 사용은 생존률에 도움이 되는 것으로 알려져 있다.

결 론

자궁내막암과 동시에 발생한, 자궁내막증에서 유래된 자궁 장막의 선암 1예를 보고하고 이에 대한 문헌 고찰을 하였다.

참고문헌

1. American College of Obstetrics and Gynecology Technical Bulletin. Endometriosis 1993; 184: 1-6.
2. Punnonen R, Klemi PJ, Nikkanen V. Postmenopausal Endometriosis. J Obstet Gynecol Rep Biol 1980; 11: 195-200.
3. Brinton LA, Gridley G, Persson I, Baron J, Bergqvist A. Cancer risk after a hospital discharge diagnosis of endometriosis. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 572-9.
4. Schairer C, Persson I, Falkeborn M, Naessen T, Troisi R, Brinton C. Breast Cancer Risk Associated with Gynecologic Surgery and Indications for such Surgery. Int J Cancer 1997; 70: 150-4.
5. Kapadia SB, Russak RR, O'Donnell WF, Harris RN, Lecky JW. Postmenopausal ureteral endometriosis with atypical adenomatous hyperplasia following hysterectomy, bilateral oophorectomy and long-term estrogen therapy. Obstet Gynecol 1984; 64: 60-3.
6. Granai CO, Walters MD, Safaïi H, Helen I, Madoc-jones H, Moukhtart. Malignant transformation of vaginal endometriosis. Obstet Gynecol 1984; 64: 5925-32.
7. Brooks JJ, Wheeler JE. Malignancy arising in extragonadal endometriosis: a case report and summary of the world literature. Cancer 1977; 40: 3065-73.
8. Heaps JM, Nieberg RK, Berek JS. Malignant neoplasms arising in endometriosis. Obstet Gynecol 1990; 75: 1023-8.
9. DiSilvestro PA, Gold MA, Biscopink RJ, Mannel RS, Johnson GA, Walker JL. Significance of estrogen and progesterone receptor status in patients with malignancies arising in endometriosis: a case series(abstract). Gynecol Oncol 1998; 70: 309-15.
10. Gucer F, Pieber D, Arikan MG. Malignancy arising in extraovarian endometriosis during estrogen stimulation. Eur J Gynaec Oncol 1998; 19: 39-41.
11. Reimnitz C, Brand E, Nieberg RK, Hacker NF. Malignancy arising in endometriosis associated with unopposed estrogen replacement. Obstet Gynecol 1988; 71: 444-7.
12. Sampson JA. Endometrial carcinoma of the ovary arising in endometrial tissue of that organ. Arch Surg 1925; 10: 1-72.
13. Scott RB. Malignant changes in endometriosis. Obstet Gynecol 1953; 2: 283-9.
14. Scully RE, Richardson GS, Barlow JF. The development of malignancy in endometriosis. Clin Ob Gyn 1966; 9: 384-411.
15. DiSilvestro PA. Malignancies arising in endometriosis. Obstet Gynecol 1999; 6: 122-4.
15. Gerardo M, Zanetta, MD. Hyperestrogenism: A relevant risk factor for the development of cancer from endometriosis. Gyn Oncol 2000; 79: 18-22.

국문초록

1920년대 초반부터 자궁내막증에서 유래하는 악성 종양에 대하여 서술되고 있다. 불충분한 보고와 엄격한 진단 범주에의 적용 미숙으로 인하여 정확한 빈도는 알수 없지만 자궁내막증 환자의 1-2% 정도 정도로 추측되고 있다.

자궁 내막암과 동시에 발생한 자궁내막증에서 유래된 선암 1예가 있어 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

중심단어 : 자궁 내막, 선암, 자궁 내막증