

부인과 다발성 원발성 악성종양의 임상적 분석

충남대학교 의과대학 산부인과학교실
노홍태 · 이윤이 · 손성경

Clinical Analysis of Multiple Primary Carcinoma Associated with Gynecologic Malignancies

Heung Tae Noh, M.D., Yun Ee Rhee, M.D., Sung Kyong Son, M.D.
*Department of Obstetric and Gynecology, College of Medicine,
Chungnam National University Hospital, Daejeon Korea*

Objective : The frequency of multiple primary carcinoma is increasing as a result of the lengthening average lifetime, progress in cancer screening technique, and improved cancer therapy. The purpose of this study was to investigate the clinicopathologic findings, treatment modalities and outcomes of patients with multiple primary carcinoma.

Methods : From Jan. 1991 to Dec. 2003, 27 patients with multiple primary carcinoma managed in the department of obstetrics and gynecology of Chungnam National University Hospital were evaluated for their clinical profiles and survival.

Results : The mean age of patients with multiple primary carcinoma was 48.6 years. The most common presenting symptom was abnormal uterine bleeding. In multiple primary carcinoma, 13 out of 27 cases showed synchronous type, 14 cases indicated metachronous type. 12 patients showed multiple primary carcinoma including ovarian carcinoma which is the most prevalent case. 12 out of 27 cases demonstrated identical pathology, while 15 cases indicated different pathology.

Surgery, adjuvant radiotherapy and chemotherapy were used as the treatment methods. During follow up period, 20 of 27 cases were survived, 8 cases have been followed up without any prove of recurrence and metastasis and 7 out of them died.

Conclusion : Since the number of the patients with multiple primary carcinoma tend to increase, when the patients with malignant tumor are founded, the diagnosis process to find out another tumor and close management for the patients are necessary.

Key Words : Multiple primary carcinoma

서 론

최근 평균 수명의 연장, 암 진단 및 치료 기술의 발전으로 자연적 또는 치료와 관련된 다발성 원발성 악성종양의 빈도가 증가하고 있다. 다발성 원발성 악성종양이란 한 개체에 서로 종속 관계가 없는 두 개 이상의 다른 암이 동시에 혹은 서로 시간을 달리하여 발생하는 경우를 말한다. 제 1암이 진단된 후 제

2암이 진단되기까지 일정기간(6개월 혹은 1년) 이내 일 경우 동시성(synchronous), 그 이상이면 이시성(metachronous)으로 분류한다.¹

다발성 원발성 악성종양은 전체 악성종양의 약 3.3-6.8%이며, 여성생식기의 다발성 원발성 악성종양은 전체 다발성 원발성 악성종양의 약 1-6%로 알려져 있다.² 부인암은 신체의 어느 부위의 원발성 암과도 연관될 수 있으며 자궁내막암과 동시에 발생하는 전체

생식기 종양 중 가장 빈도가 높은 것은 난소암이다.³ 그러나 자궁경부암이 유방, 난소, 질, 및 폐 등 신체 타 부위의 원발성 암과 관련된 경우는 자궁체부암에 비해 매우 드물다.

이러한 다발성 종양이 발생했을 때 두 종양의 조직형이 서로 상이하다면 전이성이 아닌 동시성으로 진단하는 것이 어렵지 않으나 조직형이 같은 경우 아직까지 명확한 진단기준이 없는 것이 사실이다. 여러 연구에 따르면 단일암이 전이암보다 덜 침습적이며, 예후가 좋다고 알려져 있다.^{2,4} 따라서 이 둘을 구별하는 것은 병변의 침습성, 치료적 접근, 예후를 판단하는데 있어서 도움을 줄 것이다.

이에 저자들은 1991년 1월부터 2003년 12월까지 충남대학교병원에서 다발성 원발성 악성종양으로 진단 받은 환자를 대상으로 임상병리학적 인자, 치료방법, 치료결과 등에 대한 고찰을 통하여 다발성 원발성 악성종양의 조기발견 및 치료방침에 대해 알아보기 위해 본 연구를 시행하였다.

연구 대상 및 방법

1991년 1월부터 2003년 12월까지 충남대학교병원 산부인과에서 치료받은 자궁경부암 환자 75명, 난소암 환자 110명, 자궁체부암 환자 76명을 포함한 부인암 환자중 조직학적으로 확진된 27예를 대상으로 후향적 분석을 시행하였다. 환자들의 나이, 가입력, 위험인자에의 노출, 주 증상, 치료와 추후 관찰 상태 등의 임상적 정보는 환자의 의무기록을 근거로 하였고, 조직학적 진단기준은 Sheu와 Lin 등⁵의 기준에 의했으며, 병기의 설정은 1988년 FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics)의 기준을 따랐다. 환자의 생존확인 은 의무기록상 최종 방문일로 하였고, 최종 방문일로부터 3개월이 경과한 경우는 전화로 생존여부와 질병유무를 확인하였다. 조직학적 형태, 분화도, 자궁근층의 침범범위, 이환된 난소, 골반강 내 림프절 전이 등에 따라 병리학적 소견을 분류하였다.

결 과

1. 임상특성

환자군의 평균나이는 48.6세였으며, 연령별 분포는

32세에서 64세까지였고, 41-50세가 12명(44.4%)으로 가장 많았다. 평균 분만력은 2.5회였고, 분만력이 없는 환자가 3명이었다. 16명이 폐경이 된 상태였고, 이 중 여성호르몬 치료를 받고 있는 환자는 5명이었다. 환자들의 평균 체 지표(Kg/m²)는 23.8이었다(Table 1).

동시성 암을 가진 환자들의 임상적 증상은 비정상 질출혈이 16명(59.2%)으로 가장 많았으며, 복부 종괴로 내원한 경우가 5명(18.5%)이었고, 하복부 통증이 3명(11.1%), 비정상 자궁경부 세포진 검사로 내원한 경우가 2명(7.4%), 발열을 주소로 온 경우가 1명(3.7%)이었다.

다발성 원발성 악성종양 중 13예(48.1%)에서 synchronous 유형이, 14예(51.8%)에서 metachronous 유형이 발생하였다. Synchronous 유형 중 11예(40.7%)에서 동시에 진단이 되었고, metachronous 유형의 일차암 발생 후 또 다른 원발성 악성종양의 발생기간은 33개월에서 243개월로 나타났으며, 평균 74.5개월이었다(Table 2).

다발성 원발성 악성종양 중 난소암과 합병하고 있는 악성종양은 12예(44.4%)로 가장 많았고, 자궁경부암과 합병하고 있는 악성종양은 11예(40.7%), 자궁내막암과 합병하고 있는 악성종양은 10예(37.0%)였으며, 자궁경부암은 모두 제 1암에서 발견되었다.

2. 병리조직학적 소견

전체 27예 중 동일한 조직형을 보이는 경우가 12예(44.4%)였고, 상이한 조직형을 보이는 경우가 15예(55.5%)였다. 동일한 조직형을 보이는 경우 선암이 9예(33.3%)였고, 편평상피암이 2예(7.4%), 미분화 세포암이 1예(3.7%)였다(Table 1).

3. 치료와 결과

치료방법으로는 전자궁적출술, 양측 부속기절제술, 골반강내 림프절제술 등 수술요법과 항암화학요법, 방사선요법이 이용되었으며, 수술을 받지 않은 경우는 제 1암에서 3예(11.1%), 제 2암에서 4예(14.8%)가 있었다. 수술 후 항암치료를 받은 경우가 제 1암과 제 2암에서 각각 15예(55.5%)가 있었고, 수술만 시행 받은 경우도 제 1암과 제 2암에서 각각 6예(22.2%)가 있었다. 추적관찰기간동안 27명의 환자 중 20명(74.0%)이 생존해 있었고 그 중 8명(29.6%)이 재발이나 전이의 증거 없이 추적관찰 중에 있다. 7명(25.9%)의 환자는 추적관찰 도중 사망하였다(Table 2).

Table 1. Clinical features of the patients with multiple primary carcinoma

Case	Age	parity	Menopause	HRT*	BMI [†]	Presenting Sx	Histologic type1	Histologic type2
1	63	7	+	0	22.2	abnormal PAP	SCC	SCC
2	41	2	0	0	21.2	vag bleeding	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma
3	53	3	+	+	26.4	abd discomfort	Undifferented carcinoma	Undifferented carcinoma
4	51	2	+	0	23.8	pelvic mass	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma
5	48	1	+	0	19.0	abd distension	Adenocarcinoma	Mucinous adenocarcinoma
6	55	1	0	0	28.3	vag spotting	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma
7	53	0	+	0	32.1	vag spotting	Adenocarcinoma	SCC
8	39	2	0	0	24.5	palpable abd mass	Endometroid carcinoma	Endometroid adenocarcinoma
9	36	2	0	0	21.0	vag discharge	SCC	Transional cell carcinoma
10	57	4	+	+	18.9	vag bleeding	Invasive ductal carcinoma	Leiomyosarcoma
11	49	3	0	0	26.1	vag bleeding	SCC	SCC
12	46	2	0	0	20.2	palpable abd mass	Papillary serous cystadenocarcinoma	Invasive ductal carcinoma
13	62	4	+	0	20.8	vag bleeding	SCC	Papillary serous cystadenocarcinoma
14	40	5	+	0	28.9	abd discomfort	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma
15	47	3	+	0	29.8	vag bleeding	Endometroid carcinoma	Adenocarcinoma
16	62	4	+	0	19.6	fever	Adenocarcinoma	Clear cell carcinoma
17	58	3	+	0	24.6	abnormal PAP	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma
18	43	3	0	0	22.5	vag bleeding	Papillary serous cystadenocarcinoma	Papillary serous cystadenocarcinoma
19	32	2	0	0	24.9	vag bleeding	SCC	Invasive ductal carcinoma
20	45	3	+	0	30.3	vag bleeding	Papillary serous cystadenocarcinoma	Serous carcinoma
21	43	0	0	++	19.4	vag bleeding	Adenocarcinoma	Endometioid carcinoma
22	35	1	0	0	27.1	vag discharge	SCC	Adenocarcinoma
23	40	2	0	0	22.1	vag spotting	SCC	Adenocarcinoma
24	41	2	+	+	21.9	vag spotting	Invasive ductal carcinoma	Endometroid carcinoma
25	60	0	+	0	20.0	abd pain, wt loss	Clear cell carcinoma	Endometroid carcinoma
26	64	5	+	0	25.2	vag spotting	SCC	Adenocarcinoma
27	49	3	+	+	21.5	palpable abd mass	Invasive ductal carcinoma	Papillary serous cystadenocarcinoma

* 0; None, +: Tamoxifen, ++: Provera

[†] BMI=Body weight / Height² (kg/m²)

Table 2. The Characteristics of multiple primary carcinoma

Case	First tumor	Tx	Second tumor	Tx	Interval (Mon)	Outcome
1	Cervix	OP	Vagina	RT	37	NED*
2	Cervix	OP	Ovary	OP&CM	Synchronous	DBD [†]
3	Breast	OP&CM	Ovary	OP&CM	64	AWD [‡]
4	Ovary	OP&CM	Pancreas	OP&CM	Synchronous	DBD [†]
5	Cervix	OP&CM	Ovary	OP&CM	Synchronous	NED*
6	Endometrium	OP&CM	Ovary	OP&CM	Synchronous	AWD [‡]
7	Endometrium	OP&RT	Vagina	OP&CM	Synchronous	AWD [‡]
8	Ovary	OP&CM	Endometrium	OP&CM	Synchronous	NED*
9	Cervix	OP&CM	Bladder	OP	110	NED*
10	Breast	OP&CM	Myometrium	OP&CM&RT	116	DBD [†]
11	Cervix	OP&RT	Vertebrae	CM	97	AWD [‡]
12	Ovary	OP&CM	Breast	OP&CM	33	NED*
13	Cervix	CM&RT	Lung	OP&RT	Synchronous	DBD [†]
14	Stomach	OP&CM	Ovary	OP&CM	243	NED*
15	Endometrium	OP	Stomach	OP&CM	46	NED*
16	Breast	OP	Endometrium	OP	68	DBD [†]
17	Cervix	OP	Endometrium	OP	Synchronous	NED*
18	Tube	OP	Ovary	OP	Synchronous	AWD [‡]
19	Cervix	RT&CM	Breast	OP&CM	Synchronous	DBD [†]
20	Ovary	OP&CM	Tube	OP&CM	Synchronous	AWD [‡]
21	Rectum	OP&CM	Endometrium	OP	Synchronous	AWD [‡]
22	Cervix	OP&CM	Lung	CM	64	AWD [‡]
23	Cervix	OP&RT	Lung	CM	42	DBD [†]
24	Breast	OP&CM	Endometrium	OP	38	AWD [‡]
25	Ovary	OP&CM	Endometrium	OP&CM	Synchronous	AWD [‡]
26	Cervix	RT	Lung	OP	47	AWD [‡]
27	Breast	OP&CM	Ovary	OP&CM	38	AWD [‡]

[†]; DBD; Death by disease

*; NED; No evidence of disease

[‡]; AWD; Alive with disease

OP; Operation, CM;Chemotherapy, RT; Radiation therapy

고 찰

다발성 원발성 악성종양의 존재에 대해서 처음으로 보고된 것은 1889년 Billroth 등⁶에 의해 제시되었고, 그 진단기준은 1) 개개의 암이 악성의 병리 조직학적 확증이 있어야 하고, 2) 조직학적으로 그 양상이 상이하거나, 3) 조직학적 양상이 같을 경우 개개의 암이 원발 장기에 국한되고 종양사이에 직접적인 연결이 없으며, 림프 혈관공간 내에 종양색전이 없으며, 자궁근층의 침범이 없거나 표면침범만 있어야 하고, 원격전이 없어야 한다고 하였다. 이후 여러 저자들에 의해 여러 형태의 다발성 원발성 악성종양이 보고되었으며 그 발생 빈도는 점차 증가하였다.⁷

Moertel 등⁸은 수술 또는 부검에서 37580예의 악성종양환자에서 2.8%를 다발성 원발 악성 종양으로 진단했고, Mayo clinic에 있어서의 다발성 원발성 악성종양의 발생이 20년간에 2.5배로 증가하고 있는 것을 나타냈다. Buchler⁹는 치료환자를 대상으로 하여 자궁경부암 872예 중 78예(8.9%), 자궁체부암 764예 중 59예(7.7%), 난소암 664예 중 62예(9.3%)가 다발성 원발성 악성종양이었다고 보고하였다. Takeda 등¹⁰은 1,044명의 부인암 환자들을 조사한 결과 45명(4.3%)에서 다발성 원발성 악성종양이 있었으며, 그 중 자궁내막암 환자의 경우 8.6%, 난소암은 9.8%, 자궁경부암의 경우는 약 1.7%로 자궁경부암과 관련된 것이 난소암과 자궁내막암 보다 현저히 낮다고 보고하였다. 본 연구에서는 자궁경부암 환자 755명 중 11명(1.5%), 난소암 환자 110명 중 12명(10.9%), 자궁체부암 환자 76명 중 10명이(13.1%) 다발성 원발성 악성종양으로 나타나 Takeda 등이 보고한 바와 같이 자궁경부암과 관련된 것이 난소암과 자궁내막암 보다 현저히 낮게 나타났다.

다발성 원발성 악성종양은 첫 보고 이래로 점차 발병율이 증가되어 왔는데, 빈도증가의 원인으로서는 암환자의 등록 및 통계가 정확해졌고, 암치료법의 발전에 의하여 수명이 연장되었으며, 진단방법의 개선으로 이차암의 발견빈도가 높아졌음을 들 수 있다. 또한 평균수명의 연장에 의한 인구의 증가, 항암관련 약제 및 면역억제제의 투여, 방사선 조사에 의한 발암 효과 등도 다발성 원발성 악성종양의 발생을 증가시켰을 것이며, 최근 발암성 물질의 노출증가와 발암제에 대한 감수성의 증가 등도 그 이유가 될 것으로 생각된다. 한 개인에서 동시에 여러 개의 악성종양을 갖는다는 것은 어려운 일이며, 원인이나 병리는 잘 알려져 있지 않으나 일

반적으로 이 질환의 발생에는 유전적 인자, 면역학적 인자, 내분비학적 인자 등이 관여하고 있는 것으로 생각되며, 그 해석에는 다 방면의 연구가 필요하다고 본다. 다발성 원발성 악성종양의 발생은 첫째, 공통된 환경인자에 의하여 발생할 수 있다.¹¹ 흡연이나 음주와 같은 위험인자는 폐, 후두, 식도, 구강점막, 인두부위에 상피성 암을 공통적으로 유발할 수 있으며, 이러한 부위에 일차암을 가진 환자는 향후 같은 조직이나 인접 조직에 새로운 이차 상피암의 발생위험이 증가하게 된다. 또한 자궁체부, 유방, 난소에서는 동시에 악성종양이 유발될 수 있으며 이것은 호르몬의 영향 때문이라고 추측할 수 있다. 둘째, 환자의 유전적 불안정성에 의하여 발생할 수 있다. 예컨대 망막아세포종 환자에서 추적관찰시 골육종의 발생은 환자의 Rb 유전자의 결함에 의한 유전자적 불안정성에 의한 경우이며 p53 돌연변이나 DNA mismatch 복구유전자 혹은 BRCA1 유전자 결함에 의한 난소암, 유방암, 자궁체암, 직장암 등의 다발성 원발성 악성종양의 발생과 같은 경우이다.¹² 셋째, 일차암의 치료에 따른 부작용으로 생길 수 있는데, Hodgkin씨병 혹은 일측 유방암의 방사선 치료 후에 폐암이나 반대측의 유방암이 발생할 수 있고, 난소암, 유방암, 악성 림프종, 다발성 골수종의 항암화학 약물 치료 후에 백혈병이 발생할 수 있다.¹¹ 본원에서의 경우 항암제 투여와 방사선 치료에 의한 이차암의 발생증거는 없었다. 그래도 일차암 치료 후에는 항상 추적 과정에서 다발성 원발성 악성종양의 발생 가능성을 고려하여 암 발생인자에 대한 노출을 피하도록 하며 다발성 원발성 악성종양의 조기진단에 노력을 기울여 생존율을 증가시키도록 해야 할 것이다.

여성상부 생식기에서 악성종양이 동시에 발견되는 경우는 자궁내막과 난소에서 동시에 발생하는 것이 가장 흔한 것으로 보고되고 있는데 Annegers 등¹³은 자궁체암 환자의 2%에서 난소암이 동시에 발생하였다고 하였으며, Silverman 등¹⁴은 3.8%에서 난소암과 자궁체암이 동시에 발견되었다고 보고하였다. Eisner 등³은 여성 생식기 종양환자의 0.7%에서 중복암이 발생하였는데 그 중 난소암과 자궁내막암이 0.3%로 가장 빈도가 높았으며 이들은 대부분 초기 병기이며 좋은 분화를 보였으며 예후가 좋았다고 보고하였다. 동시성 난소-자궁내막암의 주증상은 이상 자궁출혈이라는 보고가 있는데, Eifel 등⁴은 상기증상이 80%에서, Eisner 등³은 86%에서 나타난다고 하였다. 본 연구에서 자궁내막과 난소에서 동시에 발생하는 경우는 3예가 있었

으며, 모두 동시성 유형을 보였다. 증상은 이상자궁출혈, 골반중괴, 복통의 다양한 주 증상을 보였다.

자궁경부암 환자에서는 호흡기계 종양, 특히 폐암의 발생빈도가 증가함이 보고된 바 있으며,¹⁵ Newell 등¹⁶에 따르면 자궁경부암에 이환된 환자의 경우 암 진단 후 첫 5년 동안 인후암, 폐암, 방광암의 발생 위험율이 5배에서 6배 증가하며 그 후에는 더 이상 발생 위험이 증가하지 않는다고 하였다. 본 연구에서는 자궁경부암 치료 후 폐암이 발생한 경우가 4예 있었으며, 환자의 병력상 흡연의 과거력은 없었다. 또한 Schoenberg 등¹⁷은 자궁경부암의 발생후 직장암의 발생율이 2배정도 증가함을 보고하였으며, Newell 등¹⁶은 대장암의 발생위험이 증가하지는 않았으나 항문암과 직장암의 발생은 다소 증가한다고 하였다. Axelrod 등¹⁸의 보고에 의하면 자궁경부암 환자에서 발생한 다발성 원발성 악성종양들 중 이시성 유형은 폐암, 상부 소화기암, 직장암의 순이었고, 동시성 유형의 경우에는 난소암, 자궁체암, 신장암의 순이었다. 본 연구에서는 자궁경부암과 동반된 다발성 원발 악성종양들은 모두 1차암에서 발견되었으며 이시성의 유형은 7예가 있었고 그 중 3예에서 폐암과 동반되었으며, 동시성의 유형은 4예가 있었고 그중 2예에서 난소암과 동반되어 Axelrod 등¹⁸의 보고와 일치하였다.

다발성 원발성 악성종양의 치료는 각각의 일차성종양의 치료원칙에 크게 벗어나지 않으며, 각 암의 유형, 병기, 전이여부, 환자의 상태에 따라 적절한 치료를 결정해야 하나, 수술은 종양의 진단과 병기설정 및 치료에 필수적이므로 일차적 치료방법으로 권유되고 있고, 수술 후 효과를 증진시키기 위하여 추가적인 항암 화학요법이나 방사선 치료 등이 필요하다.

이상에서 보는바와 같이 다발성 원발성 악성종양은 그 빈도가 점차 증가하는 추세이므로 부인과 악성종양 환자가 발견되면 발견부위 이외에 또 다른 종양이 없는지 확인하기 위해 가슴 흉부사진, 초음파, 내시경, CT나 MRI, 종양표지물질 및 방사선 동위원소검사 등을 이용하여 폐, 유방, 위장관, 방광, 뼈 등의 정밀한 진단과정이 필요하며, 추적검사 기간에도 철저한 관리가 필요하리라 생각된다.

참고문헌

1. Rose PG, Herterick EE, Boutselis JG, Moeshberger M, Sachs L. Multiple primary gynecologic neoplasms. Am J Obstet Gynecol 1987; 157: 261-7.
2. Matlock DL, Salem FA, Charles EH, Save EW. Synchronous multiple primary neoplasms of the upper female genital tract. Gynecol Oncol 1982; 13: 271-7.
3. Eisner RF, Nieberg RK, Berek JS. Synchronous primary neoplasms of the female reproductive tract. Gynecol Oncol 1989; 33: 335-9.
4. Eifel P, Henricksen M, Ross W, Ballon S, Martinez A, Kempson R. Simultaneous presentation of carcinoma involving the ovary and the uterine corpus. Cancer 1982; 50: 163-70.
5. Sheu BC, Lin HH, Chen CK, Chao KH, Shun CT, Huang SC. Synchronous primary carcinoma of the endometrium and ovary. Int J Gynecol Obstet 1995; 51: 141-6.
6. Billroth T, von Winiwarter A. Die allgemeine Chirurgische Pathologie und Therapie in 51 Vorlesungen; ein Handbuch für Studierende und Aerzte. Verlag von Georg Reimer, Berlin, 1889.
7. Warren S, Gates O: Multiple primary malignant tumors. A survey of the literature and a statistical study. Am J Cancer 1932; 16: 1358-63.
8. Moertel CG, Dockerty MB, Baganstoss AH. Multiple primary malignant neoplasms. Cancer 1961; 14: 221-30.
9. Buchler DA. Multiple primaries and gynecologic malignancies. Am J Obstet Gynecol 1975; 123: 376-81.
10. Takeda T, Sagae S, Koizumi M, Terasawa K, Ishioka S, Takashima S, et al. Multiple primary malignancies in patients with gynecological cancer. Int J Gynecol Cancer 1995; 5: 34-9.
11. Travis LB, Curtis RE, Boice JD. Second malignant neoplasms among long term survivors of ovarian carcinoma. Cancer Res 1996; 56: 1564-9.
12. Eng C, Li FP, Abramson DH. Mortality from second tumors among long term survivors of retinoblastoma. J Natl Cancer Inst 1993; 85: 1121-5.
13. Annegers JF, Malkasian GD Jr. Patterns of other neoplasia in patients with endometrial carcinoma. Cancer 1981; 48: 856-9.
14. Silverman BB, O'neil RT, Mikuta JJ. Multiple malignant tumors associated with primary carcinoma of the ovary. Surg Gynecol Obstet 1972; 134: 243-8.
15. Bailer JC. The incidence of independent tumors among uterine cancer patients. Cancer 1963; 16: 842-7.
16. Newell GR, Kremenz ET. Multiple malignant neoplasms in the charity hospital of Louisiana Tumor Registry. Cancer 1977; 40: 1812-7.
17. Schoenberg BS, Greenberg RA, Eisenberg H. Occurrence of certain Multiple primary cancers in females. J Natl Cancer Inst 1969; 43: 15-9.
18. Alexrod JH, Fruchter R, Boyce JG. Multiple primaries among gynecologic malignancies. Gynecol Oncol 1984; 18: 359-63.

국문초록

목적 : 최근 평균 수명의 연장, 암 진단 및 치료 기술의 발전으로 자연적 또는 치료와 관련된 다발성 원발성 악성종양의 빈도가 증가하고 있다. 이에 저자들은 다발성 원발성 악성종양으로 진단 받은 환자들의 임상병리학적 인자, 치료방법, 치료결과 등에 대한 고찰을 통하여 다발성 원발성 악성종양의 조기발견 및 치료방침에 대해 알아보기 위해 본 연구를 시행하였다.

연구 방법 : 1991년 1월부터 2003년 12월까지 충남대학교병원 산부인과에서 다발성 원발성 악성종양으로 진단, 치료받은 27예를 대상으로 후향적 분석을 시행하였다.

결과 : 환자군의 평균나이는 48.6세였으며, 16명이 폐경이 된 상태였다. 동시성 암을 가진 환자들의 임상적 증상은 비정상 질출혈이 16명(59.2%)으로 가장 많았으며, 복부 종괴로 내원한 경우가 5명으로 그 다음으로 높은 빈도를 보였다. 다발성 원발 악성종양 중 13예에서 synchronous 유형이, 14예에서 metachronous 유형이 발생하였다. 난소암과 합병하고 있는 악성종양은 12예로 가장 많았고, 자궁경부암과 합병하고 있는 악성종양은 11예, 자궁 내막암과 합병하고 있는 악성종양은 10예였으며, 자궁경부암은 모두 제 1암에서 발견되었다. 전체 27예 중 동일한 조직형을 보이는 경우가 12예였고, 상이한 조직형을 보이는 경우가 15예였다.

치료방법으로는 전자궁적출술, 양측 부속기절제술, 골반강내 림프절절제술 등 수술요법과 항암화학요법, 방사선요법이 이용되었으며, 추적관찰기간동안 27명의 환자중 20명이 생존해 있었고 그 중 8명이 재발이나 전이의 증거 없이 추적관찰 중에 있다. 7명의 환자는 추적관찰 도중 사망하였다.

결론 : 다발성 원발성 악성종양은 그 빈도가 점차 증가하는 추세이므로 악성종양 환자가 발견되면 발견부위 이외에 또 다른 종양이 없는지 확인해보는 진단과정이 필요하겠고 추적검사 기간에도 철저한 관리가 필요하리라 생각된다.

중심 단어 : 다발성 원발성 악성종양