

최근 10년간 충남대학교병원 부인암 등록 환자의 분석

충남대학교 의과대학 산부인과학교실
노홍태 · 이윤이 · 손성경

Analysis of Gynecologic Cancer Registry in Chungnam National University Hospital for 10 years

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

Objectives : This study was undertaken to analyze the clinical features, histological types and the mode of treatment of gynecologic cancers.

Methods : Medical records of 941 patients with gynecologic cancers treated in department of Obstetric and Gynecology, Chungnam National University Hospital from Jan. 1. 1993 to Dec. 31. 2002 were reviewed. We analysed clinical characteristics, stage, histopathologic type and treatment modality of cervical, ovarian and uterine cancer.

Results & Conclusion : Of 941 cases, 755(80.2%) cases were cervical cancer, 110(11.7%) cases were ovarian cancer and 76(8.1%) cases were uterine cancer. The mean age of cervix cancer is 48.4 ± 12.0 years, ovarian cancer is 50.1 ± 15.9 years and uterine cancer is 53.9 ± 11.1 years. The FIGO stage distribution was 68.4% for stage I, 20.6% for stage II, 8.5% for stage III, 2.5% for stage IV. Squamous cell carcinoma (91.8%) was the most common histologic type of cervical cancer. Serous carcinoma (43.6%) was the most common histologic type of ovarian cancer. Endometrioid carcinoma (85.9%) was the most common histologic type of endometrial cancer. The main treatment modality of cervical and uterine cancer were surgery followed radiotherapy and that of ovarian cancer was surgery plus adjuvant chemotherapy.

Key Words : Gynecologic cancer, Cervical cancer, Ovarian cancer, Uterine cancer

서 론

우리나라 여성에서 발생하는 암중 자궁경부암, 난소암, 자궁내막암을 비롯한 부인암이 전체 여성암의 약 1/3을 차지하고 있으며, 특히 자궁경부암의 발생빈도가 아직도 높은 빈도를 보이고 있고, 난소암, 자궁내막암의 발생빈도도 최근 높게 보고되고 있는 실정이다.¹

자궁경부암의 경우 전 세계적으로는 두 번째로 흔한 악성 종양이며,² 특히 우리나라에서는 그 상대적인 빈도가 최근 20여년간 감소하는 추세이긴 하지만 최근까지 여전히 여성암중 높은 빈도를 보이는 악성 종

양으로 전체 여성암의 20%정도를 차지하고 있다.³ 난소암의 경우 미국에서는 매년 25,000명 이상이 새로 진단되며 여성 생식기 암중 20-25%를 차지하고 있고,⁴ 국내의 경우는 매년 600-800명의 신환이 발생하여 자궁경부암 다음으로 발생빈도가 높고, 전체 부인암의 약 17%정도를 차지하고 있다. 자궁내막암의 경우 국내에서의 발생빈도가 1993년 162명에서 1998년 264명으로 증가한 양상을 보였으며,⁵ 미국의 경우 매년 35,000명의 신환이 발생하여 여성 생식기 암중 가장 높은 발생빈도를 보이고 있는 실정으로,⁶ 이는 점차 서구화되고 있는 생활형태, 호르몬 영향 및 노령인구의 증가로 인하여 발생빈도가 증가하고 있다고 알려

져 있다.¹

1989년부터는 대한산부인과학회 산하에 부인종양 위원회가 설립되었고, 사업계획으로 우리나라 여성에서 발생하는 부인암에 대하여 발생빈도, 조직학적 분류 및 병기, 치료방법 등 매우 다양한 각도에서 연구를 시작하였으며, 1991년도부터 한국 부인암 등록사업 조사를 시작하여 현재까지 이르고 있다. 이러한 암 등록사업은 한 나라의 암 발생 빈도뿐만 아니라 암 발생 추이에 대한 다양한 통계자료를 얻음으로써 암의 예방과 치료, 나아가서는 국민복지에 많은 도움을 주리라고 판단된다.¹

이에 저자들은 1993년부터 2002년까지 충남대학교병원에서 진단 및 일차치료를 시행한 부인암 등록환자를 자궁경부암, 난소암, 자궁암으로 분류하여 등록빈도, 조직병리학적 특징, 병기에 따른 치료방법 등을 조사함으로써 좀 더 나은 부인암 환자의 처치를 얻고자 이 분석을 시행하였다.

연구 대상 및 방법

1993년 1월 1일부터 2002년 12월 31일까지 본 병원에서 부인암으로 진단을 받고 일차치료를 시행한 환자 941명을 대상으로 후향적 의무기록 분석을 시행하였다. 타 병원에서 진단 및 일차치료를 시행 후 내원한 경우와 본 병원에서 진단후 타 병원으로 전원된 예는 분석에서 제외하였다.

위 941예를 자궁경부암, 난소암, 자궁암으로 분류하여 일반적 특징, 조직학적 특징과 병기, 각 병기에 따른 치료방법 등을 검토하였다.

각 부인암의 병기는 FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) staging을 사용하였으며 자궁암과 난소암은 수술적 병기를 적용하였다.

결 과

1. 부인암 환자의 일반적 특징

총 대상환자는 941예로 자궁경부암은 755예(80.2%), 난소암은 110예(11.7%), 자궁암은 76예(8.1%)였다. 병기로는 I기가 644예(68.4%)로 가장 많았으며, II기가 194예(20.6%), III기가 80예(8.5%), IV기가 23예(2.5%)를 나타내었다.

총 대상 환자의 평균 연령은 49.0±13.2세였으며, 자궁경부암은 48.4±12.0세, 난소암은 50.1±15.9세, 자궁

암은 53.9±11.1세로 자궁암이 가장 높은 평균 연령을 보였다. 분만 횟수는 자궁경부암이 3.0±1.6회, 난소암이 2.0±2.0회, 자궁암이 2.8±1.8회로 나타났다. (Table 1)

Table 1. General characteristics of patients with malignant gynecologic tumor

	Cervix(%)	Ovary(%)	Uterine(%)	total(%)
stage				
I	543(71.9)	41(37.3)	60(78.9)	644(68.4)
II	176(23.3)	16(14.5)	2(2.6)	194(20.6)
III	26(3.5)	41(37.3)	13(17.2)	80(8.5)
IV	10(1.3)	12(10.9)	1(1.3)	23(2.5)
Total	755(100)	110(100)	76(100)	941(100)
mean age(yr)	48.4±12.0	50.1±15.9	53.9±11.1	
delivery(No)	3.0±1.6	2.0±2.0	2.8±1.8	

* yr; years, No; Number

2. 자궁경부암

자궁경부암의 병기별 빈도는 I기 543예(71.9%), II기 176예(23.3%), III기 26예(3.4%), IV기 10예(1.3%)로 나타났다.

자궁경부암의 조직학적 특징은 편평상피암이 693예로(91.8%) 가장 많은 조직학적 소견을 나타내었으며, 선암이 50예(6.6%), 선편평세포암이 6예(0.8%), 소세포암이 3예(0.4%) 나타내었다. (Table 2-A)

치료방법은 병기에 따라 개별화하여 시행되었다. 병기 Ia1기는 334예에서 수술을 시행받았으며, 수술방법은 Wertheim type I 자궁적출술이 326예에서 시행되었다. 병기 Ia2기는 수술만 시행한 경우가 10예, 수술 후 방사선 치료를 시행한 경우가 5예였다.

병기 Ib기는 수술만 시행한 경우가 70예였으며, 방사선 치료만 시행한 경우가 34예였고, 수술과 항암요법을 같이 시행한 경우가 28예, 수술과 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 20예, 항암제와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 7예, 수술후 항암제와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 15예, 선행화학요법후 수술을 시행한 경우가 10예였다. 수술은 Wertheim type III 자궁적출술이 시행되었다.

병기 IIa기는 수술만 시행한 경우가 10예였으며, 방사선 치료만 시행한 경우가 11예였고, 수술과 항암요법을 같이 시행한 경우가 4예, 수술과 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 2예, 항암제와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 5예, 수술후 항암제와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 3예, 선행화학요법후 수술을

Table 2. Characteristics of carcinoma of the uterine cervix

A. Staging and histologic type

Stage	Histologic type				Total
	SCC	ADCA	ADSCCA	Other	
I a1	327	6	1	0	334
I a2	14	1	0	0	15
I b	159	28	4	3	194
II a	35	3	0	1	39
II b	127	8	1	1	137
III	23	3	0	0	26
IV	8	1	0	1	10
Total	693(91.8%)	50(6.6%)	6(0.8%)	6(0.8%)	755(100%)

* SCC; squamous cell carcinoma, ADCA; adenocarcinoma ADSCCA; adenosquamous carcinoma

B. Staging and treatment modality

Stage	Treatment modality									Total
	S	C	R	SC	SR	CR	SCR	NCSR	O	
I a1	329	0	0	0	4	0	0	1	0	334
I a2	10	0	0	0	5	0	0	0	0	15
I b	70	1	34	28	20	7	15	10	10	194
II a	10	0	11	4	2	5	3	2	2	39
II b	9	2	80	3	4	24	2	1	12	137
III	1	0	19	0	0	6	0	0	0	26
IV	1	0	2	0	0	2	0	0	5	10
Total	429	3	146	34	35	44	20	14	29	755

* S; surgery only, C; chemotherapy only, R; radiation therapy only, SC; surgery+chemotherapy, SR; surgery+radiation therapy, CR; chemotherapy+radiation therapy, SCR; surgery+chemotherapy+radiation therapy, NCSR; neoadjuvant chemotherapy+surgery+/-radiation therapy, O; others.

시행한 경우가 2예였다. 수술은 Wertheim type III 자궁적출술이 시행되었다.

병기 IIb기는 수술만 시행한 경우가 9예였으며, 방사선 치료만 시행한 경우가 80예였고, 수술과 항암요법을 같이 시행한 경우가 3예, 수술과 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 4예, 항암제와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 24예, 수술후 항암제와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 2예였고, 선행화학요법후 수술을 시행한 경우가 1예였다.

병기 III기는 수술만 시행한 경우가 1예였으며, 방사선 치료만 시행한 경우가 19예였고, 항암제와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 6예였다.

병기 IV기는 수술만 시행한 경우가 1예였으며, 방

사선 치료만 시행한 경우가 2예였고, 항암제와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 2예였다. (Table 2-B)

3. 난소암

난소암의 병기별 빈도는 I기 41예(37.3%), II기 16예(14.5%), III기 41예(37.3%), IV기 12예(10.9%)로 나타났다.

난소암의 조직학적 분포는 장액성이 48예로(43.6%) 가장 많았으며, 점액성이 19예(17.3%), 자궁내막양이 10예(9.1%), 과립막세포종이 9예(8.2%), 투명세포암이 6예(5.5%), 미분화세포종이 5예(4.5%), 혼합형 생식세포종이 5예(4.5%), 내배엽동종양이 4예(3.6%), 미성숙기형종이 2예(1.8%)였다. (Table 3-A)

Table 3. Characteristics of ovarian cancer

A. Histologic type

	Mucin-ous	Serous	Endom- etrioid	Immature teratoma	Dysger- minoma	Squam- ous	EST*	Granulosa cell tumor	Clear cell	Mixed germ cell tumor
No. of patients	19	48	10	2	5	2	4	9	6	5

* EST; endodermal sinus tumor

B. Staging and treatment modality

Stage	Treatment modality		
	S only	S+C	S+C+R
I a	17	11	0
I b	0	3	0
I c	1	9	0
II a	0	1	0
II b	1	3	0
II c	1	10	0
III a	1	6	0
III b	0	3	0
III c	1	28	2
IV	2	9	1
Total	24	83	3

* S; surgery, C; chemotherapy, R; radiation therapy

수술은 복강내 세포진검사와 전자궁 적출술, 양측 난소난관 절제술, 대망절제술, 골반 임파절 절제술을 통한 수술적 병기설정 및 종괴 감소술을 시행하였다.

수술후 진단된 병기별 추가치료는 I기에서는 23예에서 항암치료가 추가되었고, II기에서는 14예에서 항암치료가 추가되었으며, III기에서는 37예에서 항암치료가 추가되었고, IV기에서는 9예에서 항암치료가 추가되었다. IIIc와 IV기의 3예에서는 수술후 항암치료 및 방사선치료가 추가되었다. (Table 3-B)

4. 자궁암

자궁암의 병기별 분포는 I기 60예(78.9%), II기 2예(2.6%), III기 13예(17.1%), IV기 1예(1.4%)로 나타났다. 자궁암은 총 76예중 자궁내막암이 64예(84.2%)였고, 자궁육종이 12예(15.8%)였다. 자궁내막암의 조직학적 분포는 자궁내막양성암이 55예로(85.9%) 가장 많았으며, 장액성암이 4예(6.3%), 혼합성암이 3예(4.8%), 소세포암이 1예(1.5%)였다. 자궁육종의 조직학적 분포는 평활근육종이 4예(33.3%)였고, 자궁내막간질성 육종,

선육종이 각각 3예(25.0%), 암육종이 2예(16.6%)였다. (Table 4-A)

수술은 전자궁적출술, 양측 난소난관 절제술, 복강내 세포진 검사를 기본으로 하였으며, 병기 및 분화도에 따라 골반 및 대동맥 주위 림프절 절제술을 추가로 시행하였다.

병기별 치료방법은 병기 I기는 수술만 시행한 경우가 30예, 수술후 방사선 치료를 시행한 경우가 21예, 수술후 항암치료와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 3예, 수술후 항암치료만 시행한 경우가 6예였다. 병기 II기는 수술후 방사선 치료를 시행한 경우가 1예, 수술후 항암치료만 시행한 경우가 1예였다. 병기 III기는 수술만 시행한 경우가 2예, 수술후 방사선 치료를 시행한 경우가 4예, 수술후 항암치료와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 3예, 수술후 항암치료만 시행한 경우가 4예였다. 병기 IV기에서는 수술후 항암치료와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 1예였다. (Table 4-B)

Table 4. Characteristics of Uterine cancer

A. Staging and histologic type

Stage	Histologic type									Total
	Endometrioid	Carcino sarcoma	Leiomyosarcoma	Endometrial stromal sarcoma	Adeno sarcoma	Xantho granuloma	Small cell	Serous	Mixed	
I	44	2	3	2	3	1	1	2	2	60
II	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
III	9	0	1	1	0	0	0	2	0	13
IV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	55	2	4	3	3	1	1	4	3	76

B. Staging and treatment modality

Stage	Treatment modality				Total
	S	SR	SCR	SC	
I	30	21	3	6	60
II	0	1	0	1	2
III	2	4	3	4	13
IV	0	0	1	0	1
Total	32	26	7	11	76

* S; surgery only, SR; surgery+radiation therapy.

SCR; surgery+chemotherapy+radiation therapy

SC; surgery+chemotherapy.

고 찰

우리나라의 여성암 중 부인암은 약 1/3을 차지하고 있으며, 특히 자궁경부암은 세계적으로 감소하는 추세에 있는 것이 사실이지만 최근까지 여전히 여성암 중 수위를 차지하고 있다.⁷ 최근에 들어 경제적 성장과 함께 제반 사회적인 여건이 호전되고 자궁경부암의 선별검사가 일반화됨에 따라 1980년대 초까지만 해도 전체 여성암의 30% 이상을 차지했던 것이 20% 내외로 많이 낮아지기는 했지만,³ 아직까지 국가적 차원에서 조기발견, 진단 및 치료를 위한 조직적인 체계가 없어 아쉬운 실정이다. 자궁경부암은 1996년 우리나라에서 보고된 전체 여성암의 22.1%를 차지하고 있으며 이환된 절대 환자 수는 7,000명을 넘어서고 있어 여전히 그 임상적 의의는 크다 하겠다.¹

난소암은 국내의 경우 자궁경부암 다음으로 발생빈도가 높고 전체 부인암의 17% 정도를 차지하고 있으며,¹ 대개의 경우 증상이 늦게 발현되어 진단시 이미 진행성인 경우가 많고 예후가 불량하다고 알려져 있

으나, 우리나라에서의 난소암에 대한 연구보고는 그리 많지 않은 실정이다. 자궁내막암은 폐경기 이후의 여성에서 주로 발생하며 국내에서도 발생빈도가 증가하고 있다. 자궁내막암 환자의 진단시 70-80% 정도는 병변이 자궁에 국한된 초기에 발견되나 자궁내막암의 전체 사망률은 자궁경부암에 의한 사망률을 초과하여 그 임상적 의의는 높다.⁶

최근 대한산부인과 학회 산하에 부인종양위원회가 설립되어 우리나라 여성에서 발생하는 부인암의 발생빈도, 산과적 특징, 조직학적 분류, 병기, 치료방법 등 다양한 조사가 진행중이며 이로 인하여 부인암의 효율적인 연구가 이루어지고 있다.¹ 따라서 이번 연구에서는 10년간 본원에서 경험한 부인암 환자를 대상으로 그간 부인암 환자의 진단 및 치료에 대한 보고와 문제점 및 보안방법을 조사하려고 하였다.

총 941예중 자궁경부암이 755예(80.2%)로 가장 높은 빈도를 나타내었으며, 자궁경부암의 병기별 빈도는 I기 543예(71.9%), II기 176예(23.3%), III기 26예(3.4%), IV기 10예(1.3%)로, 부인종양위원회에서 발표

된 보고와 비슷한 병기별 분포를 보이고 있다.¹ 이는 1990년대 이전의 보고에 비해 상대적으로 I기가 차지하는 비율이 높아진 반면 III, IV기의 비율이 낮아졌음을 알 수가 있다. 외국도 비슷해 1970년대 Jiminez 등의 보고에서는 I기가 차지하는 비율이 31%에 그쳤지만 1995년 Shingleton 등은 I기가 58.4%를 차지함을 보고한 바 있다.¹⁹

자궁경부암의 조직학적 특징은 편평상피암이 693예로(91.8%) 가장 많은 조직학적 소견을 나타내었으며, 선암이 50예(6.6%), 선편평세포암이 6예(0.8%), 소세포암이 3예를(0.4%) 나타내었다. 기존의 국내 보고와 비교해서는 분포의 큰 차이는 없으나,²⁰ 서구의 자료와 비교할 때 상대적으로 선암의 비율이 낮은 것으로 나타났다. 선암은 서구에서 전체 자궁경부암에서 차지하는 비중이 증가하는 추세에 있으며 특히 편평상피세포암과 비교해 35세를 전후한 젊은 환자들에 많이 발생하는 것으로 알려져 있다.²⁷

병기별 치료방법에 있어서는 병기 Ia1기는 전자궁적출술을 시행한 경우가 대부분을 차지하였으며,^{8,9} 3예에서는 원추생검만을 시행하였다. 병기 Ia2기는 단순 전자궁적출술만으로는 재발율이 높아 Wertheim type II 또는 III 광범위자궁적출술과 골반 임파절 절제술을 시행하였으며, 조직학 소견과 임파절 병리소견에 따라 5예에서 방사선 치료가 추가로 시행되었다.

병기 Ib는 일차적 수술을 시행한 경우가 133예였으며, 방사선치료를 추가한 경우가 20예, 항암치료를 추가한 경우가 28예, 항암제와 방사선치료를 함께 추가한 경우가 15예였다. 추가치료의 적응증은 암종괴의 크기, 임파절 전이, 암세포의 자궁방조직에 침윤, 암세포의 임파관 및 혈관내 침윤, 절단면 침윤, 자궁경부 침윤 깊이가 총 자궁경부의 1/2을 넘는 경우는 나쁜 예후인자로 판단하여 시행하였다.¹⁰⁻¹³ 방사선 치료를 일차적으로 시행한 경우가 34예였고, 방사선 치료와 항암치료를 병합한 경우가 7예였다. 종괴의 크기가 4cm 이상인 경우에는 cisplatin, vinblastin, bleomycin을 이용한 선행화학요법 후 수술이 좋은 결과를 보인다는 Kim등의 보고와 같이 10예에서 시행되었다.¹⁴ 선행화학요법은 특히 병기 I기와 II기에 효과적으로 22-44% 정도의 완전관해율이 보고된바 있으며, 골반내 림프절 전이를 줄이고 3년 무병 생존율을 증가시킨다는 주장도 있다.

진행된 병기 II기는 방사선 치료를 일차적으로 시행한 경우가 91예였고, 방사선 치료와 항암치료를 병합

한 경우가 29예였다.¹⁵ 선행화학요법후 수술과 방사선 치료를 시행한 경우는 3예였다.

난소암의 병기별 빈도는 I기 41예(37.3%), II기 16예(14.5%), III기 41예(37.3%), IV기 12예(10.9%)로 III, IV기 환자가 48.2%를 차지하였는데, 이전의 Pettersson의 연구 결과에 비해 I기는 더 높게 나타났고 III, IV기는 다소 낮게 나타났다.²¹ 이는 원 등이 발표한 기존의 국내 연구결과와 비슷하게 우리나라 난소암 환자 분포에서 비교적 I기가 높은 빈도를 보이는 특징을 보여주고 있다.²²

난소암의 조직학적 특징은 장액성이 48예(43.6%)로 가장 많았으며, 점액성이 19예(17.3%), 자궁내막양이 10예(9.1%), 과립막세포종이 9예(8.2%)였다. Massi 등은 장액성 상피암이 점액성 상피암보다 약 1.5배 더 많은 비율을 차지한다고 하였으며,²³ 문 등은 217예의 상피성난소암 연구에서 장액성 상피암이 1.4배 더 많다고 하였으나,²⁴ 박 등은 점액성 상피암이 1.5배 더 많다고 보고하는 등 다양하게 보고되고 있다.²⁵ 본 연구에서는 장액성 상피암이 점액성보다 2.5배 많은 분포를 보여주었다.

치료방법은 Ia기에서는 수술만 시행한 경우가 17예, 수술후 항암치료를 추가한 경우가 11예였고, Ib기에서는 수술후 항암치료를 추가한 경우가 3예였으며, Ic기에서는 수술만 시행한 경우가 1예, 수술후 항암치료를 추가한 경우가 9예였다. II기에서는 14예에서 항암치료가 추가되었으며, III기에서는 37예에서 항암치료가 추가되었고, IV기에서는 9예에서 항암치료가 추가되었다. IIIc와 IV기의 3예에서는 수술후 항암치료 및 방사선치료가 추가되었다. 수술후 보조적 항암화학요법은 Cisplatin, Carboplatin, Cyclophosphamide, Adriamycin, Paclitaxel, Topotecan 등 복합요법을 이용하여 3주 간격으로 6회 시행하였다. 상피성 난소암은 조기발견의 어려움으로 인하여 진단 당시 3기 이상의 진행된 상태로 발견되어 적극적인 치료에도 불구하고 그 예후가 불량하여 5년 생존율이 31-48%로 낮게 보고되고 있으며 1970년대부터 사용된 적극적인 수술과 Cisplatin, Paclitaxel을 포함하는 항암화학요법에 의하여 상피성 난소암 환자의 단기 생존율은 나아지고 있지만 장기 생존율은 향상되지 않다고 보고되고 있는 실정이다.²⁸

자궁암은 총 76예중 자궁내막암이 64예(84.2%)였고, 자궁육종이 12예(15.8%)로, 자궁육종이 Harlow등이 보고한 2-6%보다 높은 빈도를 보였다.¹⁶ 자궁암의 병기별 분포는 I기 60예(78.9%), II기 2예(2.6%), III기 13예

(17.1%), IV기 1예(1.4%)로 I기가 가장 높게 나타났다. 자궁내막암의 조직학적 분포는 자궁내막양성암이 55예로(85.9%) 가장 많았으며, 장액성암이 4예(6.3%), 혼합성암이 3예(4.8%), 소세포암이 1예(1.5%)로 이전의 다른 국내 연구결과에서 보여준 자궁내막양성암이 82-96%, 유두상 장액성암이 4-14%와 유사한 결과를 보였다.²⁶ 자궁육종의 조직학적 분포는 평활근육종이 4예(33.3%)였고, 자궁내막간질성 육종, 선육종이 각각 3예(25.0%), 암육종이 2예(16.6%)였다.

자궁내막암의 치료는 수술적 치료와 방사선 치료 그리고 수술 및 방사선 치료의 병합요법이 시행되며, 그 외 항암제나 호르몬 치료를 시행하기도 한다. 본 연구에서 병기별 치료방법은 병기 I기는 수술만 시행한 경우가 30예, 수술후 방사선 치료를 시행한 경우가 21예, 수술후 항암치료와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 3예, 수술후 항암치료만 시행한 경우가 6예였다. 수술후 방사선 치료를 추가한 경우는 DiSaia가 보고한 것과 같이 조직학적 소견이 병기 Ib, 분화도 Grade 2 이상인 3예에서 시행하였다.¹⁷

자궁육종인 평활근 육종에서는 Omura의 보고에서처럼 doxorubicin based 항암화학요법을 시행하였으며,¹⁸ 병기 II기는 수술후 방사선 치료를 시행한 경우가 1예, 수술후 항암치료만 시행한 경우가 1예였다. 병기 III기는 수술만 시행한 경우가 2예, 수술후 방사선 치료를 시행한 경우가 4예, 수술후 항암치료와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 3예, 수술후 항암치료만 시행한 경우가 4예였다. 병기 IV기에서는 수술후 항암치료와 방사선 치료를 같이 시행한 경우가 1예였다.

이번 조사의 총 대상이 941예로 1993년부터 2002년까지의 부인암 환자를 조사하였으며, 자궁경부암, 난소암, 자궁암의 임상병리적 특징을 분석하였다. 최근까지의 등록환자를 대상으로 조사함에 따라 생존율등 어떠한 통계를 구하는 데에는 어려움이 있었으며 앞으로 좀더 많은 수의 대상과 기간으로 부가적인 연구가 이루어져야 하리라 사료된다.

참고문헌

1. 대한산부인과학회 부인종양위원회. 한국부인암 등록사업 조사보고서(2002.1.1-2002.12.31). 대한산부회지 2004; 47: 1029-70.
2. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. Int J Cancer 1993; 54: 594-606.

3. 한국 중앙 암 등록 본부, 보건 복지부. 한국 중앙 암 등록 사업 연례보고서(1997.1-1997.12) 보건 복지부, 1999.
4. American Cancer Society. Cancer facts and figures 1996. American Cancer Society(1996).
5. 한국인 암등록 조사자료(1993-1997). 대한민국 보건사회부.
6. Parker SL, Tong T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics. 1996. CA Cancer J Clin 1996; 46: 5-27.
7. 대한민국 보건복지부. 한국인 암등록 조사자료 분석보고서. 1995.
8. Benedet JL, Bender H, Jones H 3rd, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Int J Gynecol Obstet. 2000 Aug; 70(2): 209-62.
9. Olstad P. Follow-up of 232 patients with stage Ia1 and 411 patients Ia2 squamous cell carcinoma of the cervix (microinvasive carcinoma). Gynecol Oncol. 1955; 33: 265-72.
10. Rotman M, John M, Boyce J. Prognostic factors in cervical carcinoma. Cancer 1981 Jul 15; 48(2): 560-7.
11. Chung CK, Nahhas WA, Stryker JA, Curry SL, Abt AB, Mortel R. Analysis of factors contributing to treatment failures in stage Ib and IIa carcinoma of cervix. Am J Obstet Gynecol. 1980 Nov 1; 138(5): 550-6.
12. Baltzer J, Lohe KJ, Kopcke W, Zander J. Histological criteria for the prognosis in patients with operated squamous cell carcinoma of the cervix. Gynecol Oncol. 1982 Apr; 13(2): 184-94.
13. Gauthier P, Gore I, Shingleton HM, Soong SJ, Orr JW Jr, Hatch KD. Identification of histopathologic risk groups in stage Ib squamous cell carcinoma of the cervix. Obstet Gynecol. 1985 Oct; 66(4): 569-74.
14. Kim DS, Moon H, Kim KT, Hwang YY, CHO SH, Kim SR. Two-year survival: preoperative adjuvant chemotherapy in the treatment of cervical cancer stage Ib and II with bulky tumor. Gynecol Oncol 1989; 33: 225-30.
15. Choo YC, Choy TK, Wong LC, Ma HK. Potentiation of radiotherapy by cis-dichlorodiammine platinum(II) in advanced cervical carcinoma. Gynecol Oncol 1986; 23: 94-100.
16. Harlow BL, Weiss NS, Lofton S. The epidemiology of sarcomas of the uterus. J Natl Cancer Inst 1985; 76: 399-402.
17. DiSaia PJ, Creasman WT. Management of endometrial adenocarcinoma stage I with surgical staging followed by tailored adjuvant radiation therapy. Clin Obstet Gynecol. 1986 Dec; 13(4): 751-65.
18. Omura GA, Major FJ, Blessing JA, Sedlacek TV, Thigpen JT, Creasman WT, et al. A randomized study of adriamycin with and without dimethyl triazenoimidazole carboxamide in advanced uterine sarcomas. Cancer 1983 Aug 15;

- 52(4): 626-32.
19. Shingleton HM, Orr JW Jr. Cancer of cervix. Lippincott, Philadelphia, 1995.
20. 이효표, 박진완, 서대식, 하성환, 박찬일, 최영민 등. 자궁경부암 환자의 임상적 양상 및 치료 후 5년 생존율. 대한산부인과학회지 1993; 36: 854-62.
21. Pettersson F. International Federation of Gynecology and Obstetrics Report. FIGO. Stockholm Sweden 1991; 7: 127-34.
22. 원재연, 박일수, 황순구. 난소암 환자 78예에 대한 화학요법의 치료성적 및 독성에 대한 고찰. 대부종콜포회지 1996; 7: 135-44.
23. Massi D, Susini T, Savino L, Boddi V, Amunni G, Colafranceschi M. Epithelial ovarian tumors in the reproductive age group: age is not an independent prognostic factor. Cancer 1996; 77: 1131-6.
24. 문을주, 전우진, 이재규, 윤병선, 유상영, 김종훈 등. 상피성 난소암 217예의 임상병리적 특징과 생존율 분석. 대한산부인과학회지 2000; 43: 1604-10.
25. 박일수, 이윤순, 황순구, 이민석. 난소암 78예의 임상적 고찰. 대부종콜포회지 1996; 7: 29-36.
26. 김원규, 김현, 박은동. 자궁내막암의 임상병리학적 고찰. 대한산부인과학회지 1994; 37(11): 2263-79.
27. Parazzini IF, LaVecchia C. Epidemiology of adenocarcinoma of the cervix. Gynecol Oncol 39:4, 1990.
28. Disaia PJ, Cresman WT. Clinical Gynecologic Oncology. 6th edition. 323-4.

국문초록

목적 : 본 연구는 부인암 등록환자를 자궁경부암, 난소암, 자궁암으로 분류하여 등록빈도, 조직병리학적 특징, 병기에 따른 치료방법 등을 조사함으로써 좀 더 나은 부인암 환자의 처치를 얻고자 이 분석을 시행하였다.

연구방법 : 1993년 1월 1일부터 2002년 12월 31일까지 충남대 병원에서 부인암으로 진단을 받고 일차치료를 시행한 환자 941명을 대상으로 후향적 의무기록 분석을 시행하였다. 타 병원에서 진단 및 일차치료를 시행 후 내원한 경우와 본 병원에서 진단 후 타 병원으로 전원된 예는 분석에서 제외하였다. 위 941예를 자궁경부암, 난소암, 자궁암으로 분류하여 일반적 특징, 조직학적 특징과 병기, 각 병기에 따른 치료방법 등을 검토하였다. 각 부인암의 병기는 FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) staging을 사용하였으며 자궁암과 난소암은 수술적 병기를 적용하였다.

결과 및 결론 : 총 대상환자는 941로 자궁경부암은 755예(80.2%), 난소암은 110예(11.7%), 자궁암은 76예(8.1%)였다. 병기로는 I기가 644예(68.4%)로 가장 많았으며, II기가 194예(20.6%), III기가 80명(8.5%), IV기가 23명(2.5%)을 나타내었다. 총 대상 환자의 평균 연령은 49.0±13.2세였으며, 자궁경부암은 48.4±12.0세, 난소암은 50.1±15.9세, 자궁암은 53.9±11.1세로 자궁암이 가장 높은 평균 연령을 보였다. 분만 횟수는 자궁경부암이 3.0±1.6회, 난소암이 2.0±2.0회, 자궁암이 2.8±1.8회로 나타났다. 자궁경부암의 조직학적 특징은 편평상피암이 693예로(91.8%) 가장 많은 조직학적 소견을 나타내었으며, 난소암의 조직학적 분포는 장액성이 48예로(43.6%) 가장 많았다. 자궁암은 총 76예중 자궁내막암이 64예(84.2%)였고, 자궁육종이 12예(15.8%)였다. 자궁내막암의 조직학적 분포는 자궁내막양성선암이 55예로(85.9%) 가장 많았으며, 자궁육종의 조직학적 분포는 평활근육종이 4예(33.3%)로 가장 많은 조직학적 소견을 나타내었다. 자궁경부암 환자에서는 병기에 따라 단독 수술적 처치, 단독 방사선 치료 혹은 수술적 처치 후 방사선 치료나 항암치료를 시행하였고, 난소암 환자의 대부분은 단독 수술적 처치 혹은 수술적 처치 후 복합 항암 치료를 시행하였다. 자궁암 환자에서는 병기에 따라 단독 수술적 처치 혹은 수술적 처치 후 방사선 치료나 항암치료를 시행하였다.

중심단어 : 부인암, 자궁경부암, 난소암, 자궁암