

Glassy Cell Carcinoma 1예

고려대학교 의과대학 산부인과학교실
정윤돈 · 최준식 · 이은영 · 최안나 · 이 찬 · 이규완

= Abstract =

A Case of Glassy Cell Carcinoma of the Uterine Cervix

YD Jeong, M. D., JS Choi, M. D., EY Lee, M. D.,
AN Choi, M. D., C Lee, M. D., KW Lee, M. D.

*Department of Obstetrics and Gynecology, College of Medicine,
Korea University, Seoul, Korea.*

Glassy cell carcinoma is an uncommon, aggressive type of adenosquamous carcinoma of the uterine cervix, which is considered to originate from the subcylindrical reserve cells of the cervix. Histologically glassy cell carcinoma is composed of nests of large cells with ground glass cytoplasm and large vesicular nuclei with prominent nucleoli. This infrequent pathologic subtype is an aggressive biologic tumor associated with a rapid clinical course and poor outcome with conventional treatment modalities in the majority of disease. We present a case of Glassy cell carcinoma of uterine cervix with brief review of literature.

Key Words : Glassy cell carcinoma.

I. 서 론

Glassy cell carcinoma(이하 GCC로 약함)는 1956년 Glucksmann과 Cherry(1956)에 의하여 자궁경부 혼합형 암의 미분화형으로 처음 보고된 이래 1976년 Littman 등(1976)이 추가로 13예의 GCC를 발표하면서 이 종양은 임상-병리학적으로 다른 자궁경부암과 분명히 구분되는 종양이라고 주장하기 전까지는 잘 알려져 있지 않았다. 이는 분화도가 나쁜 형태의 adenosquamous carcinoma로 각 세포는 풍부한 호산구성 과립상과 ground-glass 형태의 세포 질 및 큰 원형의 핵을 포함하고 있으며 기질은 다

수의 림파구, 형질세포 및 호산구를 함유하고 있다(Maier & Norris, 1982). 이런 GCC는 진단이 지연되는 경우가 많으며, 방사선이나 수술적 치료 등에 잘 반응하지 않는 예후가 불량한 종양으로 알려지고 있다(Glucksmann & Cherry, 1956).

본 병원에 26세 여성이 질 출혈을 주소로 내원 후 시행한 조직생검에서 glassy cell carcinoma로 진단되어 광범위 자궁적출술 및 양측 림파선 절제술을 시행한 1예를 경험하였기에 간단한 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

II. 증 례

환 자 : 최○○, 26세, 여자.

초 진 : 1995년 10월 2일.

가족력 : 특이사항 없음.

과거력 : 특이사항 없음.

월경력 : 초경은 14세였고, 월경주기는 규칙적이었으며, 월경기간은 5일, 월경량은 중등도이며 월경통은 없었다.

산과력 : 0-0-4-0.

현병력 : 환자는 내원 2개월 전부터 약간의 질 출혈이 지속되어 개인 병원 통해 본원 산부인과로 전원되었음.

초진 소견 : 내원 당시 환자의 전신 상태는 외견상 특이사항 없었으며, 혈압은 100/60mmHg, 맥박은 84회/min, 체온은 36.5°로 정상 범위였으며, 체중은 47Kg였다. 안두부, 경부, 흉부, 그리고 복부 등에는 이상소견이 없었고, 경부, 액와부, 서혜부 임파절 증대 등도 관찰되지 않았다.

골반 진찰 소견 : 자궁은 정상 크기였으며, 단단하고 유동성이며 압통은 없었다. 질경검사상 자궁경부에 4×3.1cm 크기의 돌출된 암성조직이 있었으며, 접촉성 출혈 또한 보이고 있었다. 수지 직장검사상 양측 자궁방 결합조직으로의 침윤은 촉진되지 않았다. 양측 부속기 내진시에도 특이사항 없었다.

검사 소견 : 혈액검사 소견은 백혈구수 8,700/mm³, 혈색소 13.2g/dl, 헤마토크리트 38.3% 및 혈소판수 352,000/mm³로 정상이었다. 응고시간, 출혈시간, 간 및 신기능, 요검사는 정상이었다. 종양표지물질인 carcino embryonic antigen(CEA) 값은 2.9

ng/ml, squamous cell carcinoma antigen(SCC) 값은 0.7ng/ml, CA 19-9 값은 6.1U/ml로 정상 범위였고, CA 125 경우 47U/ml로 약간 증가된 소견 보였다. 질세포진검사는 Class V로 질 확대경하에서 조직생검을 한 결과 GCC로 나왔다. 흉부 X-선검사는 정상이었으며, 경정맥 신우조영술상 좌측 원위 요관 결석을 의심하는 소견을 보였고, 골반 자기공명영상 촬영검사상, 자궁경부에서 질벽으로 돌출된 분엽의 종괴를 보였고, 자궁 주위로 약간의 복수 소견도 보였으며 그 외 임파절 증대 등의 소견은 보이지 않았다.

임상적 병기 : FIGO Ib.

임상적 경과 : 1995년 10월 10일 광범위 자궁적출술 및 골반림파선 절제술을 시행하였고 후에, 특별한 합병증 소견은 보이지 않았다.

수술 소견 : 자궁은 육안적으로 정상 크기였고, 표면은 매끈하였다. 주위 조직과의 유착 또한 보이지 않았다. 자궁경부는 전면부에 4×3cm 크기의 고형종괴를 보였다. 우측 난소는 정상이었으며 우측 난관은 약 2×1.5cm 크기 종괴의 자궁의 임신소견을 보였으며 약 150cc 가량의 혈복강 소견 또한 보였다.

좌측 난소, 난관은 정상 소견을 보였다. 양측 폐쇄 임파절(left & right obturator lymph node), 양측 내외측 장골 임파절(left & right external, internal iliac lymph node), 총장골동맥임파절(common iliac lymph node)은 특별히 증대 소견은 보이지 않았다.

병리조직 검사 소견 : 수술 후 시행한 병리조직 소견으로는 종양세포 군집은 호산구를 비롯한 염증세포들로 침윤되어 있는 섬유성 간질조직 내에서 소엽이나 육주상 배열을 형성하고 있었다(Fig. 1).

Fig. 1. A moderate amount of cytoplasm is lacy and gives a ground glass appearance. A prominent inflammatory infiltrate rich in eosinophils is regularly seen in the adjacent stroma, and this may be accompanied by peripheral blood eosinophilia.

고배율상 각각의 종양세포들은 크기가 크며, 명확한 세포막, 풍부한 세포질과 미세한 과립상을 지닌 ground-glass 양상을 보였으며, 핵 또한 크기가 크고 둥글며 뚜렷한 핵소체를 가지고 있었으며 유사분열이 자주 관찰되었다(Fig. 2).

수술 후 경과 : 수술 후 경과는 양호하여 제10일 만에 퇴원하였으며 현재는 방사선 치료중임.

III. 고 찰

Glassy cell carcinoma는 1956년 Glucksmann과 Cherry(1956)에 의하여 자궁경부 혼합 암의 미분화 형으로 처음 보고되었으며, 그 후 1976년 Littman 등(1976)이 추가로 13예의 GCC를 보고하면서 이 종양은 임상-병리학적으로 다른 자궁경부암과 분명히 구분되는 종양으로 매우 드문 질환이다.

GCC의 발생빈도는 여러 저자 등에 따라 차이를 보이고 있으나 전체 자궁경부암의 1.2~1.6%(2% 이하)로 보고되고 있다(Glucksmann & Cherry, 1956 ; Littman et al., 1976 ; Pak et al., 1983 ; Seltzer et al., 1979 ; Tamimi et al., 1988).

GCC의 평균 발생 연령을 보면, Tamimi 등(1988)은 평균 31세로 보고하였는데 이는 같은 병기의 large cell, non-keratinizing type의 자궁경부암보다 10년 정도 낮다고 보고하였다.

Ulbright와 Gersell(1983)이 보고한 GCC의 특징적인 전자현미경 및 광학현미경적 소견으로는 1) 종양세포는 풍부한 ground-glass 또는 미세한 호산구성 과립상의 세포질을 가지며, 2) 원형의 큰 핵을

포함하며, 3) eosin 또는 PAS로 염색되는 뚜렷한 세포막을 가지며, 세포는 대체로 크며, 기질에도 다수의 임파구, 형질세포, 및 호산구를 함유한다. 그 외 GCC의 병리학적 소견(Maier & Norris, 1982)으로는, 하나 또는 그 이상의 두드러진 핵과 커다란 소포성의 핵을 가지는 과립상의 ground-glass 형태를 특징으로 보이고, 종종 유사분열의 형상(mitotic figures)을 나타낸다. 세포질과 핵의 비는 2~3:1 정도를 보이며, 다핵의 세포 또한 종종 존재하기도 한다.

세포내 교소체 다리(intracellular desmosomal bridges) 또한 볼 수도 있으며, 섬유성 기질 내에는 형질세포와 호산구가 포함된 염증세포의 침윤을 보여준다. 그리고 자궁경부 선암의 최근 분류에 맞게, 더 발전된 GCC의 정의를 내리기 위해선 세포 내 1) mucin 생성량과, 2) 편평 이행성(squamous metaplasia)의 존재와 정도, 3) 선 형성(glandular formation)의 정도, 4) 투명세포(clear cell) 분화의 존재 등을 연구하여야 할 것이다.

GCC의 주요 증상을 보면(Tamimi et al., 1988 ; Maier & Norris, 1982) 비정상 질 출혈이 가장 많았고 그 외 질 분비물 등이 있었다. 그리고 Maier 등(1982)은 산과력에 있어서 미산부보다는 다산부에게 발생률이 더 높은 것으로 보고하였다. 한편, GCC는 빠른 성장과 함께 골반의 장기로의 조기전이를 하는데, 이는 GCC의 예후가 매우 불량함을 나타낸다.

치료방법으로는 다른 자궁경부암과 마찬가지로 수술적 요법, 방사선 요법, 항암 요법 등이 있으나 대부분은 이들 치료법에 잘 반응하지 않고 재발도 치료 후 첫 1년에서 잘 발생하였고, Tamimi 등

Fig. 2. The tumor cells have a moderate amount of cytoplasm with a ground-glass or finely granular appearance, a prominent eosinophilic and PAS-positive cell wall, and large nuclei with prominent nucleoli. Mitoses are numerous.

(1988)에 의하면 45%의 재발률을 보인 환자들 대부분의 재발 부위는 질 첨단부(vaginal apex)가 가장 많았고 그 외, 골반외벽, 전이된 병소로 척추 등도 보고하였다.

GCC의 생존율에 대한 여러 연구자의 통계(Littman et al., 1976 ; Maier & Norris, 1982 ; Ulbright & Gersell, 1983 ; Wheelless et al., 1970)를 보면 4년 추적 검사 후 전체적으로 41% 정도되는 것으로 보고되어 졌고, Pak 등(1983)은 5년 생존율 28%로, Lotocki 등(1992)은 광범위 자궁적출술을 시행한 임상적 병기 Ib의 5년 생존율을 45%로 보고하고 있다.

이와 같이 GCC는 예후가 불량한 질환임을 인식하고 이에 대한 정확한 진단과 조기발견을 위한 노력이 이루어져야 할 것으로 사료된다.

IV. 결 론

저자들은 1995년 10월 2일 자궁경부에 발생한 Glassy cell carcinoma(FIGO Ib)로 진단되어 광범위 자궁적출술을 시행 후 방사선 요법을 시행한 환자 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

- References -

1. Glucksmann A, Cherry CP : Incidence, histology and response to radiation of mixed carcinomas(adenocarcinomas) of the uterine cervix. *Cancer* 1956;9:971.
2. Hurt W, Silverberg S, Frable W, et al. : Adenocarcinoma of the cervix : Histopathologic and clinical features. *Am J Obstet Gynecol* 1977;129:304.
3. Littman P, Clement PB, Henriksen B, et al. : Glassy cell carcinoma of the cervix. *Cancer* 1976;37:2238.
4. Lotocki RJ, Krepart GV, Paraskevas M, Vadas G, Heywood M, Fung KF : Glassy cell carcinoma of the cervix : A Bimodal treatment strategy. *Gynecol Oncol* 1992;44:254.
5. Maier R, Norris H : Glassy cell carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1982;60:219, 220
6. Pak HY, Yokota SB, Paladugu RR, et al. : Glassy cell carcinoma of the cervix : Cytologic and clinicopathologic analysis. *Cancer* 1983;52:307.
7. Rutledge F, Galakatos A, Wharton T, et al. : Adenocarcinoma of the uterine cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1975;122:236.
8. Seltzer V, Sanford S, Castadot MU, et al. : Glassy cell cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1979;8:141.
9. Tamimi HK, Ek M, Hesla J, et al. : Glassy cell carcinoma of the cervix redefined. *Obstet Gynecol* 1988;71:837-839.
10. Ulbright TM and Gersell DJ : Glassy cell carcinoma of the uterine cervix : A light and electron microscopic study of five cases. *Cancer* 1983;51:2255.
11. Wheelless F, Galakatos A, Wharton T, et al. : Prognosis and treatment of adenoepidermoid carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1970;35:928.