

원발성 난관암 2예

한양대학교 의과대학 산부인과학교실, 내과학교실*

라명재 · 신중식 · 최중섭 · 나영정 · 황정혜 · 김승룡 · 문영진 · 안명주*

= Abstract =

Two Cases of Primary Carcinoma in the Fallopian Tube

Myung Jae Ra, M. D., Joong Sik Shin, M. D., Joong Sub Choi, M. D., Young Jeong Na, M. D.,
Jung Hye Hwang, M. D., Seung Ryong Kim, M. D., Young Jin Moon, M. D.,
Myung Ju Ahn, M. D.*

Department of Obstetrics and Gynecology, Department of Internal Medicine,
School of Medicine, Hanyang University, Seoul, Korea*

Primary carcinoma of the fallopian tube is an extremely rare malignancy of the female genital tract.

We have experienced two cases of primary carcinoma in the fallopian tube. One case with huge mass which was diagnosed incidentally on the basis of the biopsy findings, and the other case of the 3 years follow-up. We reported the cases with a brief review of the concerned literatures.

Key words : Fallopian tube carcinoma

I. 서 론

난관암은 부인과 암 중 가장 드문 암으로 조직학적 성상이나 임상 양상 등이 난소암과 유사하다. 보통 원발성인 경우는 드물고 대부분 난소암이나 자궁내막암 또는 소화기암, 간혹 1차성 복막암이나 유방암에서 2차적으로 동반된다.

대부분 상피성이나 드물게 육종이나 내막암, 유리세포종이 보고되기도 하였다.

호발 연령은 50-60대로 원발 병소가 작기 때문에 자궁근종이나 난소종양 수술중과 수술 후 현미경 소견에서 우연히 발견되는 경우가 많다.

본 교실에서는 1974년과 1993년도에 원발성 난관암 1예를 각각 보고한 바 있다.^{2,3)} 이번에 다시 35세 환자의 우측 난관에서 발생한 원발성 거대 난관암 1예를 경험하여, 이전 중례의 추적 관찰한 결과와 함께 문헌 고찰하여 보고한다.

II. 증 례

< 증 례 1 >

환 자 : 권○화, 35세의 기혼 여성

주소 및 현병력 : 96년 1월에 변비와 간헐적 하복

부 통증을 주소로 본원 소화기 내과에 내원하였으나 특이 소견 없어 투약 후 지내다가 96년 5월경부터 심해진 복부 팽만과 변비를 주소로 다시 본원 소화기내과에서 검사 후 복수를 동반한 우측 난소암이 의심되어 본과로 전과되었다.

월경력 : 초경은 16세였고 월경주기는 30일로 규칙적이었으며 기간은 4-5일이었다. 마지막 생리는 96년 5월15일이었다.

임신력 : G₆P₃L₃D₀A₃

23세에 결혼하여 23세와 25세, 27세때 정상분만하였고 22세와 28세, 29세에 임신 초기 인공중절 수술을 시행받았다.

과거력 및 가족력 : 환자는 전자기기 공장에 취업해 있었으며 다른 과거력과 가족력상 특이사항 없었다.

진찰 소견 : 내원 당시 환자의 전신상태는 비교적 양호하였으며 신장 153cm 체중 63.5kg, 혈압은 110/70mmHg, 맥박은 100/m, 체온은 36.5℃였다. 이학적 소견상 우하복부에 경계가 명확하지 않은 단단한 종괴가 촉진되었고 중등도 이상의 복수가 동반되어 있었다.

내진 소견 : 자궁은 전굴위로 정상 크기였으며, 우측 부속기에 표면이 매끈하지 않은 성인 주먹 크기의 종괴가 촉진되었으나 압통은 없었다. 자궁과 부속기의 운동성은 좋았다. 자궁 경부에 내원 일주일 전 개인의원에서 삽입한 자궁내 피임장치 꼬리가 보였으나 염증 소견 등은 없었다. Cul de sac에 촉진되는 것 없었고, 직장이나 외음부 검사 역시 특이 소견 없었다.

이화학적 검사 소견 : 혈액형은 A+였고, 백혈구 8310/mm³, 혈색소 10.5g/dl, 헤마토크리트 32.1%, 혈소판은 428,000/ μ l였다. 요검사, 혈액화학검사, 흉부 X선 검사 및 심전도 검사는 정상 범위였다. 자궁경부 세포진검사상 정상(class I)이었다. 종양표지물질 CA 125가 500U/ml(0-35) 이상으로 증가되어 있었고 Ca 19-9는 0.1U/ml(0-37) 이하, CEA는 1.04 ng/ml(0-4.6), α -FP은 1.44ng/ml(0-10)였다. 초음파 소견상 우측 자궁부속기에 약 15×10cm 가량의 유두상 돌기를 가진, 경계가 불명확한 종괴가 관찰되었고 다량의 복수가 동반되어 있었다. CT 소견상 다발성 장간막 임파결절과 복막강내 전이가 동반되고 다발성 방울 형상하고 있는 우측 난소 종양이 의심되었으며 바륨 장검사와 위내시경 검사는 정상 소견이었다(Fig. 1, 2).

Fig. 1. Sonographic finding of inhomogeneous echogenic mass in the right adnexa and ascites

Fig. 2. CT finding of huge solid pelvic mass with peritoneal carcinomatosis and mesenteric lymphadenopathy

임상 진단 : 복수가 동반된 진행된 우측 난소암의 진단하에 개복수술을 계획하였다.

수술 소견 : 전신마취 후 하복부 정중절개 하였다. 탁한 황색의 복수가 약 3000cc 있어 세포학적 검사를 위해 채취하였다. 우측 복강내 종물은 약 14×11×9cm로 우측 난관 팽대부에서 시작되어, 난관 끝부위에서 난관 장막 밖으로 유두상 돌기를 가진 종괴가 나팔꽃 모양으로 벌어진 형태를 하고 있었고 종괴 위로는 대망이 덮여 있었다. 종괴 아래의 우측 난소는 육안적 소견상 정상이었고 좌측 난소와 자궁에도 육안상 특이 소견 없었다.

수술중 자궁 후벽과 유착되어 있는 S자형 결장에서 약 4×2cm 크기의 종괴가 발견되어 절제 후 동결생검 시행한 결과 전이된 종양으로 확인되었으나 직장 장막 위에만 침범하여 직장절제는 시행하지 않았

다. 수술은 전자궁 적출술 및 양측 난소난관 적출술, 부분 대장 절제술과 충수돌기 절제술을 시행하였다. 양측 골반 임파절을 생검하였으나 종양은 없었다.

항후 복강내 항암화학요법을 위해 Port-a 관을 삽입하고 모든 술기를 마친 후 cis-platin 100mg을 복강내 투여하였다. 수술 소견상 병기는 S자형 결장 위의 병소가 확인되어 FIGO 분류에 따라 IIIc기로 정하였다.

병리학적 소견

1) 육안적 소견 : 우측 부속기의 종괴는 팽창되고 늘어난 난관 끝부위에 난관 내부에서 자라나는 잘 부스러지는 종양을 형성하며 많은 유두상 돌기를 가지고 있었고, 이는 난관 장막에 연결된 장막으로 잘 싸여 있었다. 끝 부분에선 대망이 둘러 싸고 있었고 여기서도 침윤이 확인되었다. 난관의 채부는 확인되지 않았다. 종양의 내부가 난관과 교통되는 것이 확인되었다. 좌측 난관은 7.5×0.6cm로 정상 소견이었다. 자궁은 9×6×4cm으로 근층과 내막, 경부에 특이 소견 없었다(Fig. 3).

Fig. 3. Gross finding of the dilated right salpingeal lumen which is filled by papillary or solid necrotic tumor

2) 현미경 소견 : 절제된 우측 난관에서는 팽대부의 정상 난관 내막으로부터 채부의 난관 내막 방향으로 유두상의 암이 전이되면서 자라나가는 것이 확인되었다. 자궁과 우측 난소는 정상 소견이었으나 좌측 난소는 2.5×2.3cm 의 낭종이 있었고 막은 깨끗하게 잘 유지되고 있었으나 현미경 소견상 우측 난관과 같은 장액성 암으로 확인되었다. 자궁내막과 경부는 정상이었다. 양측 골반 임파절 생검도 정상이었다.

조직학적으로 우측 난관의 원발성 장액 유두상 선암과 좌측 난소 및 대망, 직장 옆 연부 조직의 전

이성 선암으로 진단되었다. 복수에서 세포검사한 결과도 전이성 선암으로 확인되었다(Fig. 4).

Fig. 4. Microscopic finding of right salpingeal mass show serous carcinoma with papillary or solid patterns and focal in situ or dysplastic lesion in the tubal mucosa

수술 후 경과 : 수술 후 복강내 투여한 cis-platin으로 오심, 구토를 호소한 것 외에 환자의 상태는 전반적으로 양호하였으며 오심, 구토도 약물에 의해 조절되었다. 수술 후 특별한 합병증없이 1주 후 발사하였고 CA 125는 수술 전(5월18일) 500U/ml 이상에서 수술 후(6월13일) 119U/ml로 떨어졌다. 수술 후 4주 뒤(6월17일-18일) cisplatin 75mg/m² + taxol 135mg/m²으로 항암화학요법을 시작하여 96년 9월 4일 3회의 항암요법을 마쳤으며, CA 125는 1차 항암요법 후 17.2U/ml로 정상 범위를 나타내었고 3차 항암요법 후에는 8.0U/ml로 완전 관해됨을 나타내었다.

< 증 례 2 >

환 자 : 김○순, 55세의 기혼 여성

주 소 및 현병력 : 내원 10여 일 전부터 하복부 불편감 및 빈뇨를 주소로 개인 산부인과 들러 본원에 내원하였다. 월경력상 특이사항 없었고 20세에 결혼하여 20세와 21세에 인공유산과 자연유산 이후 불임 상태였다. 과거력상 특이사항 없었고 가족력상 동생이 자궁내막암으로 치료중인 것 외에 특이사항 없었다.

내원 당시 진찰 소견상 좌측 부속기에 태아두대 크기의 표면이 비교적 평활하고 고정된 낭성 종괴가 촉진되었으나 압통은 없었다. 검사 소견상 종양 표지물질 CA 125가 500U/ml(0-35) 이상으로 증가되어 있었고 Ca19-9는 10.5U/ml(0-37) 이하, CEA는

0.9ng/ml(0-4.6)였다.

93년 1월에 좌측 난소종양의 진단하에 개복수술 중 좌측 난관의 원발성 난관암으로 확인되어 전자궁적출술과 양측 부속기 절제술, 대망의 부분절제술을 시행하였다. 조직 검사상 병기 IIa의 원발성 난관 유두양 선암으로 진단되었다.

수술 후 경과: 수술 후 환자의 상태는 전반적으로 양호하였으며 암기 IIa로 항암 화학요법의 추가 실시를 시행하였다. 수술 후 11일째부터 PAC 병합 화학요법(cisplatin 50mg/m² adriamycin 50mg, cyclophosphamide 200mg)을 10회 실시하고 경구 Melphalan 투여하면서 추적 관찰해 오고 있다.

첫 번째 화학요법이 끝난 후 CA 125는 46.8U/ml로 감소하였고, 두 번째 화학요법 후에는 7.3U/ml로 정상 수준이 되었으며 그 후 10회에 걸친 화학요법을 시행받는 동안 계속 정상 범위를 나타내었다(Fig. 5). 화학요법 도중에는 특별한 합병증없이 잘 견뎠으나 마지막 10회 치료 후 백혈구 감소증으로 한 차례 입원, G-CSF 등으로 치료받았다. 96년 9월 현재까지 경구 melphalan 투여하며 외래에서 추적 관찰 중이며 96년 9월 8일 마지막 검사한 CA 125는 4.4U/ml로 완전관해 이후 기타 진찰 소견상 재발의 증거는 없다.

IV. 고 찰

1847년 Renaud에 의해 처음 보고된 이래 난관암은 모든 여성 생식기암의 약 0.1-0.5%로 보고되는 매우 드문 암이다.^{18,20)}

세계적으로 약 1200예, 국내에선 지금까지 약 30예가 보고되었다. 대부분이 선암이며 원발성 난관암인 경우보다 전이성인 경우가 80-90% 정도로 대부분을 차지하므로 이의 구별이 중요하다. 원발성 난관암을 감별하기 위해서는 종양이 육안적으로 난관 내막에서 시작하고, 난소나 자궁내막 그리고 주위 골반장기 내에 악성병변이 없어야 하며 만약 악성병변이 있을 경우 난관의 병변이 가장 커야 한다. 또한 난관 점막이 병변에 포함되어야 하며 난관상피가 양성에서 악성으로 전환되는 부위가 확인되어야 한다.²⁰⁾

첫 번째 증례의 경우 병변이 난관 이외에 모두 포함되어 있으며, 반대쪽 난소와 직장에 악성병변이 확인되었으나 난관의 주병변이 월등히 컸다. 난관점막의 상피가 양성에서 악성으로 전환되는 부위도 확인이 되었다.

발생 연령은 18세에서 94세까지 다양하나 호발 연령은 46-57세로 내막암(61세)보다 난소암(58세)의 호발 연령과 유사하다.¹⁹⁾

원인은 확실하지 않으나 Sedlis는 불임의 빈도가 높았다는 점을 들어 난관의 만성 염증성 변화나 난관결핵이 유발요인일 것으로 추측하였고 Podratz 등도 골반염, 성병, 자궁내막증, 골반결핵 등을 유발요인으로 거론하였다.¹⁸⁾

난관암 환자들의 출산력은 다양하나, 출산경험이 없었던 환자가 21-71%로 더 많은 것으로 보고하고 있다.¹⁵⁾

난관의 어느 부위에서나 발생할 수 있으나 난관의 중양부 및 외측부가 호발 부위로 알려져 있다. 양측 난관의 발생 비율은 비슷하여 McMurray 등이 보고

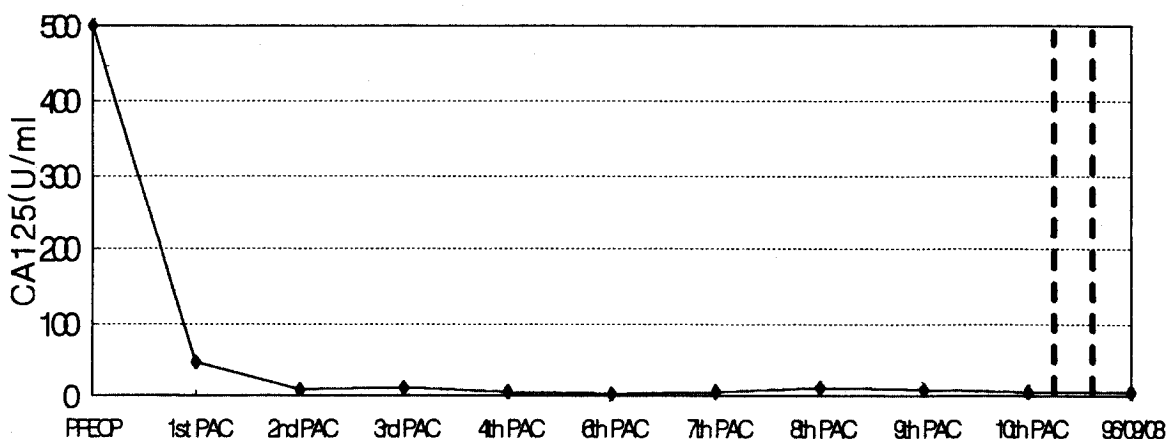


Fig. 5. The follow-up of Ca125 levels in case-2 reveals normal range after 2nd KUR chemotherapy with PAC.

한 바에 의하면 좌측 난관에 43% 우측 난관에 33%로 보고하고 있다.¹⁵⁾ 양측성인 경우는 약 17-33%로 보고되었으며²²⁾ 전이보다는 다발성으로 발생하는 양상에 의한 것으로 여겨진다.²⁰⁾

난관암의 증상은 질 출혈 또는 부정 자궁 출혈이 가장 흔하여 50% 이상에서 호소하고 있고, 복부 통증, 질 분비물, 복부 팽만감 등 여러 가지 증상이 복합되어 나타나지만 특징적인 것은 없다. 질 출혈은 난관 내의 출혈이 자궁강을 통해 배출됨으로써 나타난다.

통증은 두 번째로 흔한 증상인데 난관벽의 혈성 종창으로 연동 운동을 자극함으로써 나타난다. 매우 많이 진행된 거대 종양이거나 복수가 동반된 경우 무지근함(heaviness)과 압박감 또는 복부 팽만감을 느끼게 된다. 질 분비물은 수성, 장액성, 혈성 또는 유액성으로 이러한 분비물 증가는 흔히 환자들이 요실금이라고 호소하기도 한다. 가장 흔한 세 가지 주 증상은 위의 질 출혈, 복부 통증, 질 분비물 증가이나 단지 5% 미만에서만 나타나는 것으로 알려져 있다.²⁰⁾

난관암의 특징적인 소견으로 "hydrops tubae profluens"가 있다. 하복부 급성 선통이 있다가 질 분비물이 쏟아지면서 증상이 소실되는데, 통증과 동반된 종물이 골반 내진중 질 분비물의 갑작스런 증가와 함께 크기가 줄어드는 것으로 촉진되기도 한다. 이는 압 조직에서 분비된 분비물들이 난관을 팽창시키면서 증상을 일으키는 것으로 설명되지만 실제 이러한 특징적인 소견은 드물게 나타난다.²⁰⁾

Tamimi 등이 보고한 바에 의하면 가장 흔한 증상은 비정상적 질 출혈, 특히 폐경기 이후의 이상 질 출혈이었고 젊은 연령에서는 생리간 출혈로 나타나고 있다.²²⁾ 폐경 전후의 여성에서 비정상적인 설명할 수 없는 질 분비물이 증가할 경우 혈성 분비물이 아니라도 난관암의 가능성을 생각 해야 한다.²⁰⁾

Marie 등에 의하면 23%의 환자에서 변비와 장폐색등 장기능 이상이 있었고 그 밖에 일반적인 암증상인 체중 감소와 식욕 부진 등도 흔하게 나타났다고 보고 하였다.¹³⁾

첫 번째 증례의 환자는 평소 생리통 등 생리와 연관된 증상은 다소 있었으나 질 분비물의 증가는 감지하지 못하였다고 한다. "hydrops tubae profluens"의 소견도 없었다. 1996년 1월 처음 내원 당시 하복부 동통과 변비를 주소로 하였으나 소화기

계통의 검사 후 이상이 없어 기능성 소화기 장애로 치료 받았다.

5월 재차 내원 당시의 주소는 며칠 사이에 갑자기 심해진 복부 팽만을 동반한 복부종물 촉진으로 내원 하였는데 몇 달 사이 병변이 급속히 진행된 것인지 1월 내원 당시에도 소화기 증상을 유발할 정도로 진행되어 있었는지는 확인할 수 없었다.

난관암이 수술 전에 진단되는 경우는 매우 드물고 증상이 없었으나 골반강내 다른 병변으로 전자궁적출술이나 부속기 적출술 시행시에 우연히 발견되는 경우가 흔하다.²⁰⁾ 심지어 불임수술 뒤에 우연히 발견된 경우도 있었다.¹⁵⁾

난관암은 조직학적 특성, 증상, 전이 양상, 치료 등 여러 가지 면에서 같은 Mullerian 발생인 자궁체부암 보다는 난소암과 유사하며¹⁹⁾ 상피성 난소암과 마찬가지로 혈중 CA 125가 증가한다. 여러 보고에서 치료 전 CA 125가 상승 하였으나 치료 후 빠른 감소를 보였고 재발 때 다시 상승하여 CA 125가 난관암의 추적 관찰에 유용하다고 보고를 하였고 병소의 진행과 복강 내로의 삼출이나 전이가 CA 125의 상승과 관련이 있을 것이라고 보고하고 있다.^{12,23)}

영상진단 방법으로는 초음파를 사용해 종양의 경계를 볼 수 있고 바륨 대장 조영술이나 경정맥 요로 조영술을 통해 소화기계나 비뇨생식기계에서 발생한 종양인지 확인 할 수 있다. 난관 조영술을 통해 종양을 확인할 수도 있으나 조영제 투여시 난관 내에 국한되어 있던 종양 세포가 복강 내로 확산될 것을 우려해 일반적으로는 시행하지 않는다.

자궁내막이나 부속기종물에 병변이 없으면서 자궁경부세포진검사상 선암이 발견되는 것에 주목하고 있다. Takashina 등이 1917년에서 1982년까지 128예를 조사한 결과 수술 전 세포진 양성인 예가 45.9%로 세포진검사는 경부와 내막에서 모두 시행하였는데 내막의 침윤 없이도 경부에선 37.9%, 내막에선 80%에서 양성이었다고 하였다.²¹⁾ 그러므로 경부와 내막 검사에서 악성종양의 증거없이 세포진검사가 계속 양성일 경우 난관암을 의심해야 한다고 한 사람도 있었다.²⁰⁾ 현재까지 난관암에 대한 특별한 증상이나 진단 방법이 없기 때문에 주의 깊은 세포진검사는 종양표지 물질과 초음파 등과 함께 의미있는 일차 진단 도구로 여겨진다.

난관암의 전이는 상피성 난소암과 거의 같은 양상을 보이는데, 복막강을 따라 탈락된 세포가 침식

하여 진행된 환자의 80%에서 진단 당시 복막강 내에 국한된 전이가 확인된다고 하고 있다.¹⁸⁾ Sedlis는 가장 흔한 전이 부위가 복막, 난소, 자궁이라고 하였다.²⁰⁾

또한 난관에 풍부한 임파선들이 분포하고 특히 난관의 주된 임파선이 대동맥 임파절로 유입되기 때문에 Tamimi 등에 의하면 모든 병기의 53%에서 임파절 전이가 있었고 대동맥 임파절로의 전이도 33%에서 있어 난관암의 주된 전이 방법 중 하나가 임파선을 통한 것이라고 보고하였다.²²⁾ Marie 등은 종종 후복막과 횡격막하 임파절까지 조기 임파절 전이가 일어나기 때문에, 진단 당시 이미 암의 확산이 일어나 있는 경우가 흔하다고 하였다.¹³⁾

조직학적으로 난관암은 여러 가지 형태가 있다. 가장 흔한 유형은 장액성이고⁷⁾ 그밖에 선극세포종,¹⁰⁾ 악성 혼합 Müller씨 종양,⁶⁾ 자궁내막양종,⁷⁾ 유리세포암,⁹⁾ 선편평암종 등¹¹⁾이 보고되기도 했다. 난관은 상부 생식기와 같은 발생장기이므로 난소나 자궁 등에서 발견되는 종양들과 유사한 종양들이 모두 발생할 수 있는 것으로 보인다.

난관암의 병기는 난관이 근육층을 가진 공동성 장기(hollow viscus)인 점에 착안해 대장암 병기인 Duke씨 분류법을 사용하기도 하고 그와 유사한 병기를 만들어 사용하기도¹⁰⁾ 했으나 대부분 별도로 정하지 않고 난소암의 병기를 차용하고 있다.^{15,18)} 병기는 수술 소견에 의거해 결정하게 되는데 난소암에 비해 질 출혈 및 질 분비물 증가 등의 증상이 일찍 나타나 발견 당시의 진행 정도가 낮다고 한다.¹⁵⁾

Hu 등은 현미경 소견에 따라 조직학적 분화도를 세 단계로 나누었다. 순수한 유두상(papillary type)의 암조직이 난관강에 국한되어 있는 경우 분화도 I로, 유두상 봉과암(papillary-alveolar type)으로 선형성이 있고 난관벽에 침윤이 있는 경우는 II, 봉과수양(alveolar-medullary)암으로 유두돌기가 없고 임파선 침식이 확실한 경우는 III으로 하여 분화도가 나뉠수록 생존율이 감소한다고 하였다.¹¹⁾

난관암의 치료는 각 병기마다 정해진 방법은 없으나 상피성 난소암과 유사하다.¹⁵⁾ 병기 결정과 1차 병소 및 전이병소 제거를 위해 수술이 필요하고, 수술시엔 양측성으로 오는 경우도 있고 자궁강 내로 전이 될 수도 있으므로 전자궁적출술과 반대쪽 난소난관을 모두 함께 제거해야 한다. Sedlis에 의하면 난소암의 전이는 상피성 난소암과 같이 직접 전

파에 의하고 임파절 전이가 확인되지 않아 임파절 절제술은 권장되지 않는다고 하였으나²⁰⁾ Tamimi 등에 의하면 난관암의 주된 전이경로 중 하나가 임파선을 통한 것이므로 치료가 골반강 내에 국한될 경우 불충분한 치료가 될 것임을 지적하고 대동맥 임파절을 포함한 임파절 절제술을 시행하도록 권하고 있다.²²⁾ 복막강내 세포진검사와 조직검사 및 부분 대망 절제술을 시행해야 한다. 전이병소가 있을 경우 가능한 충분하게 절제하도록 한다.²⁰⁾

수술 후엔 대부분 복합 항암화학요법을 사용하며, 최초 alkylating agent가 가장 많이 사용되어 완전 관해를 12.5%로 보고하였는데²²⁾ 최근에는 생존율을 보다 높일 수 있는 cis-platinum을 포함한 복합화학요법이 투여된다.¹⁸⁾ 여러 보고에서 단일 제제보다는 cis-platinum과 cyclophosphamide, adriamycin을 포함한 복합제제의 효과가 좋았다고 하며,^{8,16)} Morris 등은 완전 관해를 포함 53%의 반응도를 나타냈으며 중앙 생존기간을 81개월로 보고하였다.¹⁶⁾

Peters 등은 단일 제제를 사용했을 경우 9%의 반응도를, cis-platinum이 포함되지 않은 복합제제를 사용했을 경우엔 29%, cis-platinum 포함한 복합제제는 81%의 반응도를 보여 cis-platinum을 포함한 복합화학요법이 생존율을 향상시킬 수 있다고 보고하였다.¹⁷⁾

최근 상피성 난소암의 치료에 taxol과 cis-platinum의 복합 요법이 cis-platinum 복합화학요법에 비해 관해율과 생존율이 우수함이 보고되어,¹⁴⁾ 1차 약제로 권유되고 있다.⁵⁾

방사선 요법의 사용은 복강 내에 치료량의 방사선 요법을 할 경우 장, 간, 비장 등 주요 기관에 해가 올 수 있으므로 제한적이다.²⁰⁾ 그러나 병소가 골반강을 넘어 광범위 할 경우 복강내 방사선 동위원소(P₃₂) 투여를 포함한 화학요법을 하거나 상복부를 포함한 전복부 방사선 조사(3500-5500rad) 등의 추가 치료로 39개월간 재발없이 추적 관찰한 예를 보고하기도 하였다.¹⁸⁾

Podratz 등은 치료에도 불구하고 12-24개월 내에 재발하거나 악화되는 경우가 61-84%였다고 보고하였다. 치료 실패 후 재발하는 부위는 복막강 내가 88%로 가장 많았고 간, 질, 임파절, 폐, 피부 등의 복강 외 장기에서 재발하는 예도 있었다고 한다.¹⁸⁾

전체 난관암의 5년 생존율은 약 40%-50%로 예후가 매우 좋지 않다. 생존율은 병기와 밀접히 연관되어 병소가 골반강 내에 국한된 경우(stage I, II)

50%에서, 병소가 골반강 밖으로 퍼진 경우(stage III, IV) 33%의 생존율이 보고되었다.²²⁾ Podratz 등도 병소가 골반강 내에 국한된 1기, 2기의 5년 생존율이 64%와 60%인 반면 3기와 4기는 18%, 25%로 비슷한 결과를 보고하고 있다.¹⁸⁾

복강액 세포 검사에서 음성일 경우보다 양성일 경우 3년 생존율이 67%에서 20%로 낮아져 예후 판단에 중요하다는 보고도 있었다.¹⁸⁾ 그러므로 복강액 세포검사를 포함한 정확한 병기결정이 더욱 중요하다.

Hu 등은 조직학적 분화도가 나쁠수록 예후가 나쁘다고 하였으나¹¹⁾ McMurray 등은 관계가 없다고 보고하고 있어¹⁵⁾ 생존율과 조직학적 분화도와 관계는 명확하지 않다.

1차 수술 후 남아있는 병소 여부가 장기 생존율을 좌우하므로 가능한 많은 종양의 제거가 중요하다.¹⁸⁾ Barakat 등은 1차 수술과 화학요법 후 임상적 완전관해를 보인 환자들을 2차 추시 수술할 때에, 남아 있는 병소가 있을 경우 평균 생존기간이 25개월이었으며 이것이 생존율과 밀접한 관계가 있을 것이라고 보고하였다.⁴⁾

Rose 등도 생존율은 병기나 조직학적 분화도, 침윤의 깊이 등과는 별 연관이 없고 2차 추시수술의 소견과 밀접한 연관이 있다고 보고하였다.¹⁹⁾

V. 결 론

저자들은 본원에서 새로이 경험한, 진행된 원발성 난관선암 1예와 수술 및 항암화학요법으로 완전 관해된 원발성 난관선암의 3년 추적 예를 경험하여 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

- References -

1. 김태상, 장호성, 한동근, 김성림, 최영철 : 원발성 선관평난관암 1예. 대한산부회지 1994;37:1865.
2. 노대식, 이재익 : 원발성 난관암의 1예. 대한산부회지 1974;17:215.
3. 이기현, 신성수, 유주현, 유중배, 김경태, 황윤영, 이재익 : 원발성 난관선암 1예. 대부종결포회지 1993;4:88.
4. Barakat RR, Rubin SC, Saigo PE et al. : Second-look laparotomy in carcinoma of the fallopian tube.

Obstet Gynecol 1993;82:748.

5. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA : 12th Novak's Gynecology. Baltimore : Williams & Wilkins, 1996: 1172-1186.
6. Buchino JJ, Buchino JJ : Malignant mixed Mullerian tumor of the fallopian tube. Arch Pathol Lab Med 1987;111:386.
7. Daya D, Young RH, Scully RE : Endometrioid carcinoma of the fallopian tube resembling an adnexal tumor of provable Wolffian origin : A report of six cases. Int J Gynecol Pathol 1992;11:122.
8. Guthrie D, Cohen S : Carcinoma of the fallopian tube treated with a combination of surgery and cytotoxic chemotherapy. Br J Obstet Gynaecol 1981;88:1051.
9. Herbold DR, Axefrod JH, Bobowski SJ, et al. : Glassy cell carcinoma of the fallopian tube. Int J Gynecol Pathol 1988;7:384.
10. Hershey DW, Fennell RH, Major FJ : Primary carcinoma of the fallopian tube. Obstet Gynecol 1981;57:367.
11. Hu CY, Taymor ML, Hertig AT : Primary carcinoma of the fallopian tube. Am J Obstet Gynecol 1950;59:58.
12. Lootsma-Miklosova, Aalders JG, Willemse PHB, et al. : Levels of CA 125 in patients with recurrent carcinoma of the fallopian tube : two case histories. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol. 1987;24:231.
13. Marie-Madeleine Huber-Buchholz, Niels-Peter Buchholz, Jody Staehelin : Analysis of 23 cases of primary carcinoma of the fallopian tube over 50 years. J Obstet Gynecol Res 1996;22:193.
14. McGuire WP, Hoskins WJ, Brady MF et al. : Cyclophosphamide and Cisplatin compared with Paclitaxel and Cisplatin in patients with stage IV ovarian cancer. N Engl J Med 1996;334:1.
15. McMurray EH, Jacobs AJ, Perez CA, et al. : Carcinoma of the fallopian tube-management and sites of failure. Cancer 1986;58:2070.
16. Morris M, Gershenson DM, Burke TW : Treatment of fallopian tube carcinoma with Cisplatin, Doxorubicin, and Cyclophosphamide. Obstet Gynecol 1990; 76:1020.
17. Peters WA, Andersen WA, Hopkins MP : Results

- of chemotherapy in advanced carcinoma of the fallopian tube. *Cancer* 1989;63:836.
18. Podratz KC, Podczaski ES, Gaffey TA, et al : Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:1319.
 19. Rose PG, Piver MS, Tsukada Y : Fallopian tube cancer. *Cancer* 1990;66:2661.
 20. Sedlis A : Carcinoma of the fallopian tube. *Surg Clin North Am* 1978;58:121.
 21. Takashina T, Ito E, Kudo R : Cytologic diagnosis of primary tubal cancer. *Acta Cytol* 1985;29:367.
 22. Tamimi HK, Figge DC : Adenocarcinoma of the uterine tube : Potential for lymph node metastasis. *Am J Obstet Gynecol* 1981;141:132.
 23. Tokunaga T, Miyazaki K, Matsuyama S, et al : Serial measurement of CA 125 in patients with primary carcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol* 1990;36:335.
-