

원발성 난관암: 2예보고 선암과 융모막암종¹

김 선 희 · 윤 숙 자 · 윤 용 규

원발성 난관암은 매우 드문 질환으로 주로 50-60대에서 호발한다. 대부분이 선암이며 드물게 선편평암, 육종, 선극세포종, 자궁내막양성암, 융모막암종 등이 있다. 저자는 난관에서 발생한 1례의 선암과 융모막암종 1예를 경험하였기에 영상소견과 함께 보고하고자 한다.

원발성 난관암은 매우 드문 질환으로 부인과 악성암종의 0.3%-1.1% 정도를 차지하고, 주로 50-60대의 폐경기후의 여성에서 발생한다(1, 2). 조직학적으로는 대부분 선암이며 그외 드물게 선편평암, 육종, 선극세포종, 자궁내막양성암, 융모막암종 등이 있다(3). 임상 증상은 복부 동통, 질 출혈과 질 분비물로 비특이적이며, 질 세포진 검사에서도 자주 음성으로 나와 수술 전 진단이 어렵고(4-6), 병의 회귀성과 정확한 진단의 지연으로 인해 질병의 예후는 아주 나쁘다(7). 저자들은 각 1예의 원발성 난관의 선암과 융모막암종을 경험하였기에 초음파검사, 전산화단층촬영영상, 및 자기공명영상 소견을 보고 하고자 한다.

는 복부 동통과 간헐적인 질 출혈을 주소로 내원하였다. 내진상 우측 부속기에 호도알 크기의 종괴가 촉진되어 질 초음파를 시행하였다. 그 결과 약 4×25cm 크기의 고형성 종괴가 관찰되었고 그 내부에 수많은 작은 낭종이 관찰되었다(Fig. 2A). 전산화단층촬영에서 동맥기에 종괴의 주변부에 불규칙한 강한 조영증강을 보였고 내부는 저음영으로 관찰되었다(Fig. 2B). 지연기에서 내부는 여전히 저음영인 반면 주변부는 자궁근층과 동일한 정도의 음영으로 보였다(Fig. 2C). 우측난관 절제술을 시행하였으며 종괴는 5×6cm 크기의 갈색 고형 종괴가 우측 난관에서 생긴 융모막암종으로 진단되었다(Fig. 2D).

증례 보고

증례 1

53세 여자환자가 약 4개월간의 지속적인 하복부 동통을 주소로 내원하였다. 골반 내진상 성인 주먹크기의 종괴가 촉진되어 질 초음파검사를 시행하였다. 질 초음파검사서 우측 자궁 부속기에 10×8×7cm 크기의 소세지모양의 낭성 종괴가 있었고 그 내부에 내중격과 유두형의 고형결절이 관찰되었고(Fig. 1A, Fig. 1B) 양쪽 난소는 관찰되지 않았다. 자기공명영상의 T1강조영상에서는 저신호강도를, T2강조영상에서는 고신호강도를 보이는 낭성 종괴였고 내부의 고형결절은 자궁근층과 같은 정도의 신호강도를 보였다(Fig. 1C). 조영증강후 고형 결절은 강한 조영증강을 보였다(Fig. 1D). 난관 절제술을 시행하였는데 우측 난관은 8cm으로 늘어나 있었고 그 내부에 각 5cm과 3cm 크기의 두개의 고형종괴가 난관에 붙어 있었다. 병리학적으로 유두상 선암종임이 확인되었다(Fig. 1E).

증례 2

34세 여자 환자가 내원 3개월 전 소파수술을 받은 후 지속되

고 찰

원발성 난관암의 주증상은 질 출혈, 하복부 동통, 및 대하로 자궁경부염이나 질염과 비슷한 증상을 보여 간단한 염증 질환으로 오인하기 쉽고, 초기 선암인 경우 종괴가 비교적 작아 진찰시나 초음파검사서 놓칠 수 있다(8).

난관암은 난관내의 발생위치와 수난관의 동반 유무에 따라 낭성 종괴부터 고형 종괴로 다양하게 보일 수 있다. 초음파검사서 난관암은 초기에는 고형 종괴로 보이고 종괴가 자라면서 난관을 막아 수난관이 동반되면 낭성 부속기종괴로 보이거나 내부에 유두돌기를 가지는 소세지모양의 낭성종으로 보인다(9). 그리고 초음파검사 중 난관 종괴로부터 자궁강내로 이동하는 유체를 관찰 함으로써 난관암의 진단에 도움이 된다(9). 전산화 단층촬영과 자기공명영상에서 난관암이 수난관을 동반하지 않을 때는 작은 분엽의 고형종괴로 보이고 자궁 근층 정도의 음영과 신호강도를 보여 T2 강조영상에서 고신호강도로 관찰되며(10) 조영증강시 균일하게 조영증강이 된다. 한편 난관암이 수난관을 동반할 때는 전체 종괴는 고형과 낭성이 섞인 큰 종괴로 보이고, 그모양은 방추상 혹은 소세지모양을 가진다(10). 저자들의 난관선암의 증례도 여기에 속한다. 그리고 종괴 이외에 자궁강내 액체 집적, 병변 주위의 복수 와 수난관이 방

¹울지외과대학 노원율지병원 진단방사선과
이 논문은 1998년 5월 2일 접수하여 1998년 7월 15일에 채택되었음.

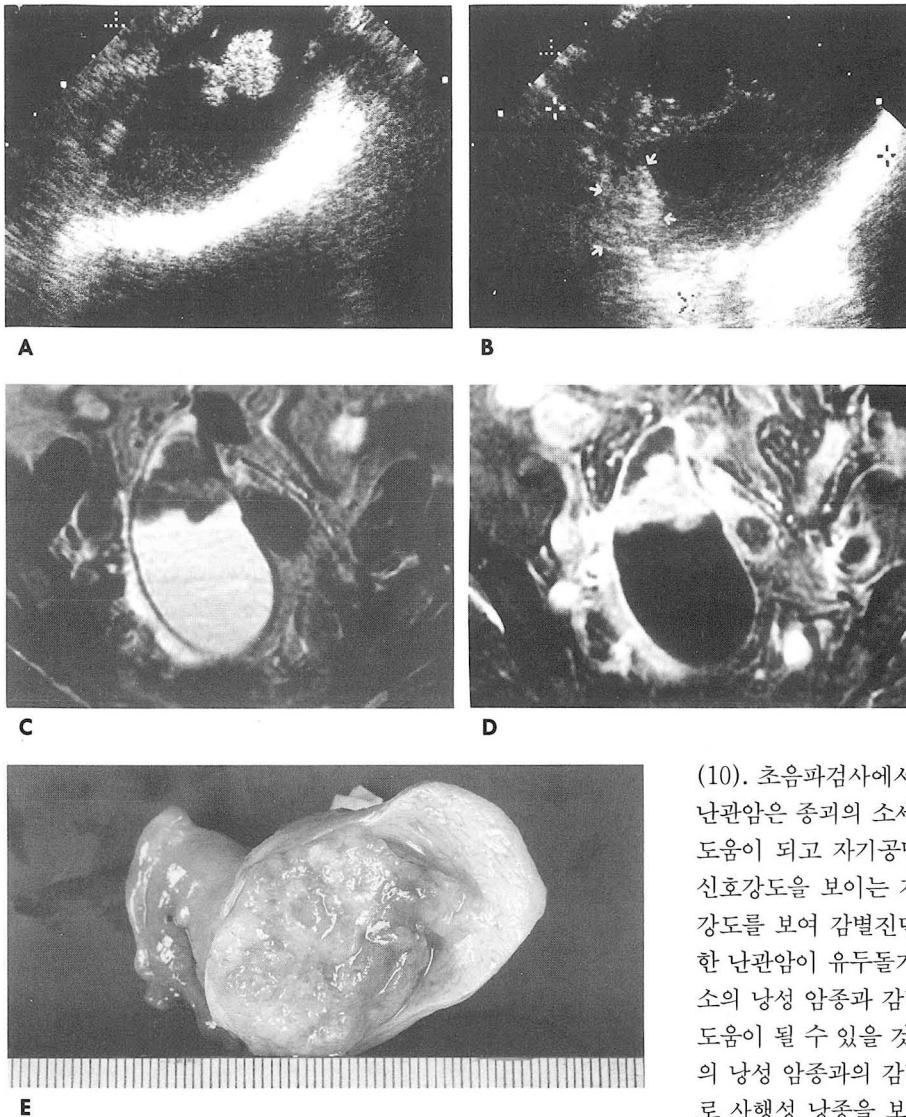
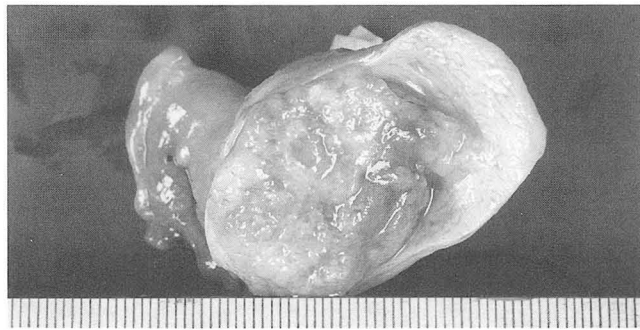


Fig. 1. Serous papillary adenocarcinoma.

TVS (A, B) shows a sausage shaped cystic mass with papillary projections (arrow) from inner surface of the mass. Axial T2-weighted MR image (C) shows a tubular mass with mixed cystic and solid components. The solid portion representing the tumor, shows homogeneous, relatively hyperintense signal intensity. Axial T1-weighted MR images with enhancement (D) shows homogeneous enhancement of the solid, similar to that of myometrium. On histologic section (E), a whitish papillary tumor attached to the inner mucosa of the dilated salpinx was noted.



E

사선헌적 검사에서 관찰할 수 있다.

난관암이 난관의 근위 부위에서 생기면 자궁 근종과 감별이 어렵고 말단 부위에서 자라면 난소암과의 감별이 필요하다

(10). 초음파검사서 자궁 근종과 감별이 어려운 고풍의 근위 난관암은 종괴의 소세지모양이나 병변주위의 복수 등이 감별에 도움이 되고 자기공명영상에서 특히 T2 강조영상에서 다양한 신호강도를 보이는 자궁 근종과는 달리 난관암에서는 고 신호강도를 보여 감별진단에 도움이 될 것이다. 말단부위에서 발생한 난관암이 유두돌기를 가진 낭성의 부속기 종괴로 보일 때 난소의 낭성 암종과 감별을 하여야 하는데, 종괴의 모양이 감별에 도움이 될 수 있을 것이다. 저자들의 난관선암의 레에서도 난소의 낭성 암종과의 감별에서, 종괴의 모양이 늘어난 난관 모양으로 사행성 낭종을 보여 감별 진단에 도움이 되었다. 고풍의 종괴로 보일 때는 난소의 섬유암을 감별하여야 하는데 자기공명영상의 신호강도가 감별에 도움이 된다. 즉 T2강조영상에서 난관암은 고 신호강도를 보이는 반면 섬유암은 저 신호강도로 관찰된다.

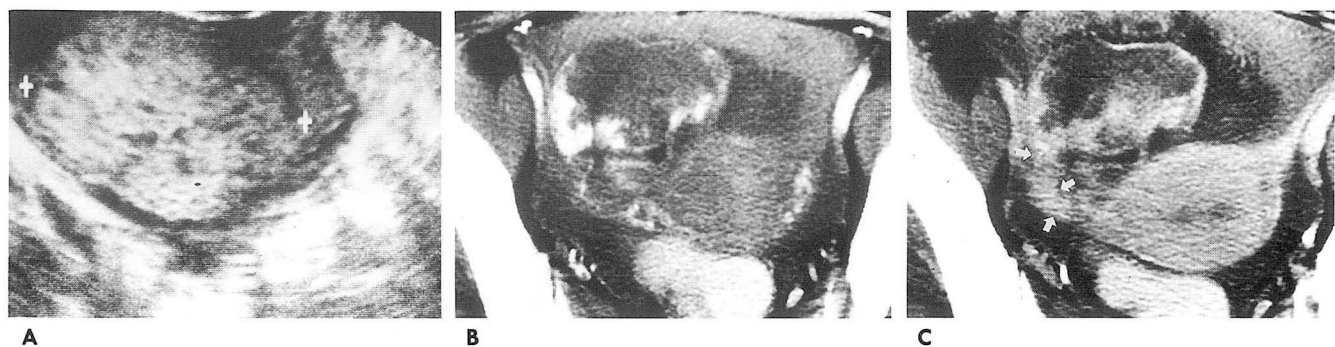


Fig. 2. Choriocarcinoma of the fallopian tube.

TVS(A) shows an echogenic solid mass having numerous small cystic spaces. Early phase(B) and delayed phase(C) spiral pelvis CT scan show early peripheral enhancement of the mass with central low attenuation in Rt. adnexa. This lesion was connected uterus (arrow).

난관의 용모막 암종은 매우 드물게 발생하고 용모막 암종 중 2.5-5%가 난관에서 기지한다(11). 발생기전은 명확하지 않지만 자궁외 임신이나 자궁내 임신이 난관을 통해 용모막암모가 색전성 운반으로 발생하거나, 임신과 관련없이 난관내에서 기형변화에 의해 생길 수 있다(11). Meyer(11)는 난관 임신에서 난이 난관의 상피세포에 착상하게 되면 혈관 공급이 불충분하게 되므로, 영양공급을 원활하게 하기 위해 용모가 현저히 증식하게 되고 이런요소가 결국은 용모막 암종을 일으킨다고 설명하였다. 임상 증상으로는 복부 동통, 질 출혈, 부속기 종괴의 촉진 등을 들 수 있고, 오심, 구토, 실신, 혹은 비뇨기 증상을 보일 수 있다(11, 12). 또한 난관 파열이나 누출로 인해 혈복강을 일으키기도 한다(11). 난관의 용모막 암종의 진단은 아주 어려운 데 자궁의 용모막 암종과 비슷한 초음파검사와 전산화단층촬영 소견을 보인다(12). 저자들의 증례에서도 초음파 검사에서 내부에 수많은 작은 낭종을 가진 고형 종괴로, 전산화단층촬영에서 주변의 풍부한 혈관으로 인해 동맥기에 강한 조영증강을 보였다.

이상에서, 난관에서 생기는 원발성 난관암의 임상소견과 초음파검사, 전산화단층촬영 및 자기공명영상의 소견들을 인지함으로써 향후 부속기 종괴의 감별진단 시 유사한 소견을 보이면 원발성 난관암을 감별 진단의 하나로 추가할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

1. Ajimakov S, Bhamarapravati Y. Transvaginal ultrasound and the diagnosis of fallopian tubal carcinoma. *J Clin Ultrasound* 1991; 19: 116-119
2. Benedet JL, White GW. Malignant tumors of fallopian tube. In: Coppleson M, ed. *Gynecologic oncology*. London: Churchill Livingstone, 1981; 621-629
3. Rosai J. Fallopian tube carcinoma. In: Rossi J, ed. *Ackerman's surgical pathology 8th ed*. St Louis: Mosby 1996; 1455-1456
4. Pfeiffer P, Mogensen H, Amtrup F, Honore E. Primary carcinoma of the fallopian tube: a retrospective study of patients reported to Danish Cancer Registry in a five-year period. *Acta Oncol* 1989; 28: 7-11
5. Amendola BE, LaRouere J, Amendola MA, McClatchey KD, Han IH, Morley GW. Adenocarcinoma of the fallopian tube. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 157: 223-227
6. Eddy GL, Copeland LJ, Gershenson DM, Atkinson EN, Wharton JT, Rutledge FN. Fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 546-552
7. Novak ER, Woodruff JD. Tumors of the tube, parovarium, and uterine ligaments in: Novak ER, Woodruff JD, eds. *Novak's gynecologic and obstetric pathology with clinical and endocrine relations 8th ed*. Philadelphia: Saunders, 1979; 334-342
8. Raju KS, Barker GH, Wiltshaw E. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Br J Obstet Gynecol* 1981; 88: 1124-1129
9. Podobnik M, Singer Z, Ciglar S, Bulic M. Preoperative diagnosis of primary fallopian tube carcinoma by transvaginal ultrasound, cytological finding and CA-125. *Ultrasound Med Biol* 1993; 19: 587-591
10. Kawakami S, Togashi K, Kimura I, et al. Primary malignant tumor of the fallopian tube: appearance at CT and MRI imaging. *Radiology* 1993; 186: 503-508
11. Riggs JA, Wainer AS, Hahn GA, Farell DM. Extrauterine tubal choriocarcinoma: a case report and review of recent literature. *Am J Obstet Gynecol* 1964; 88: 637-641
12. Dekel A, Iddekinge BV, Isaacson C, Dicker D, Feldberg D, Goldman J. Primary choriocarcinoma of the fallopian tube. Report of a case with survival and postoperative delivery. Review of the literature. *Obstet Gynecol Surg* 1986; 41: 142-148

J Korean Radiol Soc 1998; 39: 789-791

Primary Malignant Tumor of the Fallopian Tube : 2 Cases Reports Papillary Carcinoma and Choriocarcinoma¹

Sun Hee Kim M.D., Sook Ja Yoon M.D., Yong-Kyu Yoon M.D.

¹Department of Diagnostic Radiology Nowon Eulji Hospital, Eulji Medical Collage

Primary fallopian tube carcinoma is a very rare gynecologic malignancy, occurring during the fifth or sixth decade of postmenopausal women. The most common histological type is adenocarcinoma; squamous carcinoma, sarcoma, mixed mullerian tumors, and choriocarcinoma, for example, are exceedingly rare. The author reports one case each of adenocarcinoma and choriocarcinoma of the fallopian tube both were demonstrated by US, CT, and MRI.

Index words: Fallopian tubes, neoplasms
Fallopian tubes, MRI
Fallopian tubes, US

Address reprint requests to: Sun Hee Kim, M.D., Department of Diagnostic Radiology, Nowon Eulji hospital, # 280 Hagye-Dong, Nowon-Gu, Seoul 139-231, Korea. Tel. 82-2-970-8375 Fax. 82-2-970-8346

입 회 신 청 서							
성 명	(한글) (한문)						
	(영문)						
생 년 월 일	19 년 월 일 (만 세)						
주민등록번호							
본 적		국적					
주 소	자택 : ☎ (전화:)						
근 무 처	(한글):					보	직
	(영문):					직	급
	주소(한글) : ☎ (전화:)					(영문) :	
최종학력	학 교 명		졸업년월일		전공분야		
	최종학위		수여대학		취득일자		
자 격	종류		기관명		자격번호		취득연월일
병 역	<input type="checkbox"/> 필 <input type="checkbox"/> 미 필 <input type="checkbox"/> 면 제						
E-Mail							
추 천 인	(성 명) (직 위)						
	(소 속)						
본인은 대한방사선의학회 초빙회원으로 입회하고자 첨부서류와 함께 신청합니다. ※ 첨부서류 - 이력서 1부. - 자기소개서 1부. - 입회비 및 연회비 <div style="text-align: right;">19 년 월 일</div> <div style="text-align: center;">신 청 인</div> <div style="text-align: right;">(인)</div>							