

유두선종

분당서울대학교병원 ¹외과, ²병리과, ³영상의학과, ⁴서울대학교 의과대학 외과학교실
강은영¹ · 한상아¹ · 이희은² · 박소연² · 김선미³ · 장미정³ · 김성원^{1,4}

Adenoma of the Nipple

Eunyoung Kang, M.D.¹, Sang Ah Han, M.D., Ph.D.¹, Hee Eun Lee, M.D., Ph.D.², So Yeon Park, M.D., Ph.D.²,
Sun Mi Kim, M.D.³, Mijung Jang, M.D.³, Sung-Won Kim, M.D., Ph.D.^{1,4}

Departments of ¹Surgery, ²Pathology, and ³Radiology, Seoul National University Bundang Hospital, Seongnam,
⁴Department of Surgery, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

Adenoma of the nipple (AN) is an uncommon benign tumor of the breast. This tumor usually arises from the lactiferous ducts of the nipple. The common clinical findings are unilateral serosanguinous discharge with crust and a palpable nodule in the nipple. The symptoms and signs of AN are similar to those of Paget's disease and this confusion sometimes leads to unnecessary mastectomy. Thus performing careful clinical and histological examinations along with radiologic investigations are very important for the proper management of AN. This tumor is usually treated by total excision of the nipple. We report here on two cases of AN in two women who presented with red swelling, serosanguinous discharge and erosion of the nipple. We successfully managed them with partial excision or total excision along with reconstruction. Although AN is a relatively rare disease, surgeons should keep the diagnosis in mind for the proper management of this disease. (J Korean Surg Soc 2009;77:134-137)

Key Words: Adenoma, Breast, Nipple

중심 단어: 선종, 유방, 유두

서론

유두선종은 유두에 발생하는 드문 양성 종양으로 1955년 Jones(I)에 의해 개화성 유두종증(florid papillomatosis)으로 처음 소개되었으며, 1959년 LeGal 등(2)은 유두미란과 유관의 선종성 증식을 보이는 이 질환의 특징 때문에 미란성 유두선종증(erosive adenomatosis of nipple, EAN)으로 기술하였다. 이 외에도 유두에 발생하는 선종(adenoma), 유두종(papilloma), 유두상 선종(papillary adenoma) 등의 다양한 용어로 보고되었으며, 그 임상양상이 Paget씨 병과 유사하여

적절한 치료를 위해서는 감별진단이 무엇보다 중요하다.

저자들은 유두선종으로 진단된 2명의 환자에 대해 유두 보존국소절제, 유두완전절제 후 즉시 유두재건술을 통하여 성공적으로 치료하였기에 상기 질환의 고찰과 함께 증례를 보고하는 바이다.

증례

증례 1

44세 여성으로 6년 전부터 시작된 좌측 유두의 홍반성 변화와 유두 종괴를 주소로 내원하였다(Fig. 1A). 환자는 폐경기 여성으로 폐결핵으로 치료 받은 적이 있고 양성 유방질환에 대해 조직 검사를 시행 받은 기왕력이 있었다. 아버지가 후두암으로 사망하였고 유방암이나 난소암의 과거력이나 가족력은 없었다. 이학적 검사 상 좌측 유두 6시 방향에

책임저자: 김성원, 경기도 성남시 분당구 구미동 300번지
☎ 463-707, 분당서울대학교병원 외과
Tel: 031-787-7099, Fax: 031-787-4055
E-mail: brcakorea@gmail.com

접수일 : 2009년 2월 11일, 게재승인일 : 2009년 2월 25일

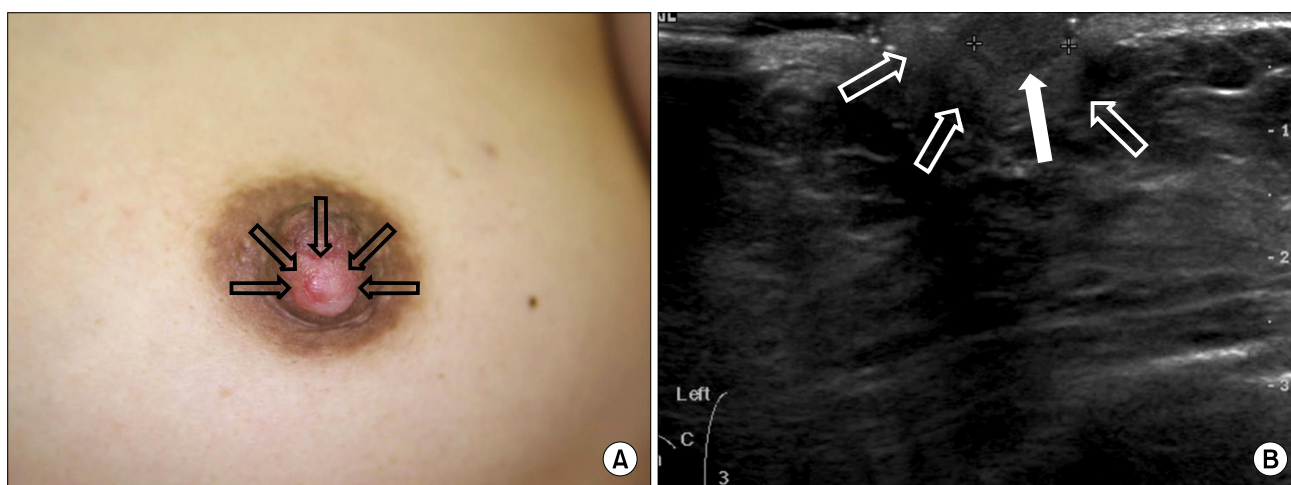


Fig. 1. (A) Preoperative appearance of the left nipple. Swelling of the left nipple with mild erythema (blank arrows) was observed. (B) Breast ultrasonographic finding. Ultrasonography shows a circumscribed oval hypoechoic mass (white arrow) in the nipple (blank arrows).

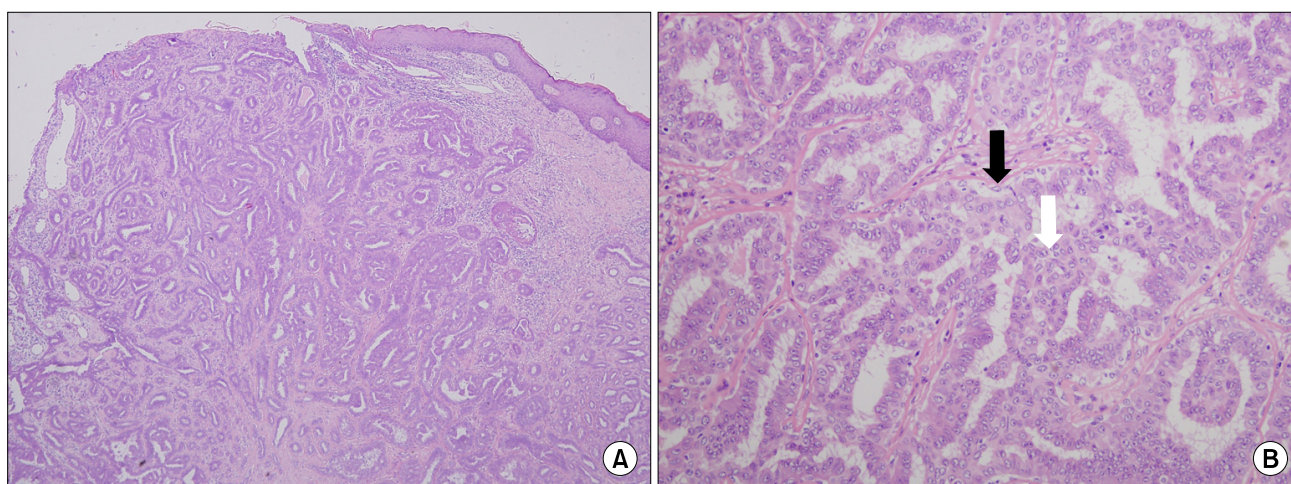


Fig. 2. (A) Low power view of the specimen. Histologic section shows a tumor in the nipple with areas of adenosis and ductal epithelial hyperplasia. Ulceration of the nipple skin is present (H&E stain, $\times 40$). (B) Higher magnification of the specimen. Histologic section shows foci of ductal epithelial hyperplasia (white arrow) with a prominent myoepithelial layer (black arrow) (H&E stain, $\times 200$).

경계가 좋은 붉은 색 작은 종괴가 관찰되었고 단단하게 촉진되었다. 분비물이나 가피, 습진성 병변은 보이지 않았으며 양측 유방과 액와부에도 이상 소견은 관찰되지 않았다. 유방촬영 결과 특이 사항은 없었으며 초음파에서 좌측 유두에 7 mm 크기의 경계가 좋은 저에코성 결절이 관찰되었다(Fig. 1B). 6시 방향 유두 종괴에 대해 유두보존국소절제를 시행하였으며 유두 결손 부위를 나일론 5-0으로 일차 봉합하였다. 육안상 절제된 종괴는 회백색 연부 조직으로 크기는 $0.8 \times 0.7 \times 0.7$ cm였으며 단면은 백색으로 균일하였다. 현미경학적 조직검사 결과 저배율에서 중앙 내 샘증(adenosis)과 유관의 상피성 증식을 관찰하였고 고배율에서 바깥쪽의 근상피세포층과 안쪽의 원주상피층으로 구성된 유관의 증식이 보여 유두 선종을 진단할 수 있었다.

증례 2

47세 여자 환자로 6개월 전부터 우측 유두에 종괴가 촉진되고 유두 미란과 장액성 또는 혈성 유두 분비물이 발생하였다. 외부 병원에서 유두 병변에 대해 췌기절제생검을 시행하였고 조직검사 결과 유두 선종을 진단받고 수술을 위해 내원하였다. 환자는 폐경 전 여성으로 친오빠가 40세에

직장암을 진단받았고 유방암이나 난소암의 병력과 가족력은 없었다. 종괴가 우측 유두 전반에 걸쳐 단단하게 촉진되었고 가피를 동반한 미란이 관찰되었다. 수술은 전신마취하에 진행되었으며 유두에 절개선을 가한 후 종괴를 포함한 유두전절제를 시행하였다. 유두의 6시 방향 피부를 일부 남길 수 있었으며, 유륜하 피하조직을 박리하여 지방관을 만들고 남아있는 유두 및 유륜 부위 피부를 이용하여 유두 모양을 만들어 주었다. 병리학적 육안소견상 절제된 유두 조직의 크기는 1.0×1.0×1.0 cm로 외견상 전체적으로 커져 있고 표면에서는 유두상 증식이 관찰되었다. 연속 단면을 내어 보았을 때 내부는 회백색의 비교적 균일한 종괴를 형성하고 있었으며 크기는 1.0×1.0×1.0 cm로 현미경학적으로 유두선종이 확인되었다(Fig. 2).

고 찰

유두선종은 유두에 발생하는 증식성 병변이며 비교적 작고 단단한 양성결절로 매우 드물게 발생한다. 하지만 증상과 이학적 소견이 Paget씨 병과 매우 유사하여 감별이 어렵고 때로는 유두암종으로 진단되어 유방절제와 같은 과도한 치료를 야기시킬 수 있어 임상적으로 중요한 질환이다. 일반적으로 유두선종은 편측 유방에 발생하며 대부분 여성 환자이지만 남성에서도 드물게 발생할 수 있다.(3,4) 임상적으로 유두가피, 장액성 혹은 혈성 분비물, 유두미란 등의 특징을 보이며 종괴가 만져지거나 통증, 가려움, 유두종창 등의 증세를 보이기도 한다.(5) 본 증례에서도 두 명의 환자는 촉진되는 결절, 유두 종창, 미란, 유두 분비물 등을 주소로 내원하였으며 증례 2의 경우 임상적으로 Paget씨 병과 매우 유사하였다. 유두선종은 Paget씨 병 외에도 유두에 발생하는 습진, 상피성종양(epithelial tumor), 각질가시세포종(keratoacanthoma), 지루각화증(seborrheic keratosis), 표피성 봉입낭종(epidermal inclusion cysts), 기저세포암종(basal cell carcinoma) 등의 질환과도 감별을 요한다.

유두선종은 크기가 작고 유두 내 위치하고 있으며 그 경계가 명확하지 않아 유방 촬영이나 초음파 검사에서 병변이 드러나지 않는 경우가 보통이며, Friedman 등(6)은 MR영상에서조차 정상 유두의 현저한 조영증강 때문에 유두병변을 간과할 수 있다고 보고하였다. 하지만 본 증례 1의 경우 유방초음파로 유두 종괴를 확인할 수 있었으며 수술 전 종괴의 범위를 확인함으로써 유두 국소 절제술을 계획할 수 있었다.

육안소견으로 종괴는 피막에 싸여 있지 않지만 비교적 경계가 명확하며 크기는 0.5~1.5 cm로 다양하다. 종괴를 절단하였을 때 단면은 균일하고 회백색 또는 황색을 띄며 조직학적으로 유관이 기질내에서 타원형 또는 불규칙한 모양으로 증식하고 있어 마치 기질을 침윤하고 있는 것으로 보여 선암과 혼동될 수 있다.(7) 유관은 두 층으로 안쪽의 원주상피와 바깥의 근상피세포층으로 구성되어 있으며, 각각의 세포는 핵의 모양이 일정하고 이형성은 보이지 않는다.(8) 이러한 조직학적 소견은 암종에서는 보이지 않기 때문에 유두선종을 암종과 구분하는 특징적 소견으로 중요한 의미를 가진다.

일반적인 치료 방법은 종괴를 완전히 절제하는 것이며, 종괴가 불완전하게 제거될 경우 재발할 가능성이 있다.(9) 병변을 완전히 제거하기 위해 유두 전체와 유두하 조직의 일부를 포함하여 절제하며 환자가 유두재건을 원할 경우 동시에 유두재건술을 시행할 수 있다. 국내의 Lee와 Chung(10)은 비교적 유두의 표면에 위치한 유두선종에 대해 모흐미세술식(Mohs micrographic surgery)으로 종괴를 포함한 유두의 일부만을 제거함으로써 해부학적 변형을 최소화한 사례를 보고하였으며, 저자들 또한 종괴의 유두 침범 범위에 따라 유두보존국소절제 또는 유두완전절제 후 즉시 유두재건술을 시행하여 해부학적 변형을 최소화하기 위해 노력하였다. 추적관찰 기간은 증례 1과 2에서 각각 15개월, 7개월 비교적 짧은 기간이었지만 임상적으로 재발의 증거는 보이지 않았다.

비록 유두선종은 매우 드물게 발생하는 양성질환이지만 이 질환에 대한 올바른 이해가 없다면 드물게 암으로 오인하여 과도한 치료를 하거나 습진성 피부 병변으로 판단하여 장기간 보존적 치료를 함으로써 환자의 불편을 지속시킬 수도 있을 것이다. 또한 유두선종의 진단에 있어 임상증상과 조직검사가 무엇보다 중요하지만 수술 전 유방 내 다른 병변의 확인과 유두선종의 범위를 확인하기 위해서 유방초음파와 같은 영상학적 진단 방법을 간과해서는 안될 것이다.

REFERENCES

- 1) Jones DB. Florid papillomatosis of the nipple ducts. Cancer 1955;8:315-9.
- 2) LeGal Y, Gros CM, Bader P. L'adenomatose erosive du mamelon. Ann Anat Pathol 1959;4:292-304.

- 3) Shapiro L, Karpas CM. Florid papillomatosis of the nipple. First reported case in a male. *Am J Clin Pathol* 1965;44:155-9.
- 4) Taylor HB, Robertson AG. Adenomas of the nipple. *Cancer* 1965;18:995-1002.
- 5) Montemarano AD, Sau P, James WD. Superficial papillary adenomatosis of the nipple: a case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:871-5.
- 6) Friedman EP, Hall-Craggs MA, Mumtaz H, Schneidau A. Breast MR and the appearance of the normal and abnormal nipple. *Clin Radiol* 1997;52:854-61.
- 7) Handley RS, Thackray AC. Adenoma of nipple. *Br J Cancer* 1962;16:187-94.
- 8) Brownstein MH, Phelps RG, Magnin PH. Papillary adenoma of the nipple: analysis of fifteen new cases. *J Am Acad Dermatol* 1985;12:707-15.
- 9) Perzin KH, Lattes R. Papillary adenoma of the nipple (florid papillomatosis, adenoma, adenomatosis). A clinicopathologic study. *Cancer* 1972;29:996-1009.
- 10) Lee HJ, Chung KY. Erosive adenomatosis of the nipple: Conservation of nipple by Mohs micrographic surgery. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:578-80.