

자궁경부의 선양기저암 1예

동국대학교 의과대학 산부인과학교실 · 병리학교실*

황진석 · 김도균 · 김승만 · 도은형 · 최석철 · 양희생 · 배철성 · 윤혜원 · 심재철 · 김정란*

= Abstract =

A Case of Adenoid Basal Carcinoma of the Cervix

Jin Seok Hwang, M. D., Do Gyun Kim, M. D., Seung Man Kim, M. D., Eun Hyung Doh, M. D.,
Seok Chul Choi, M. D., Hoe Saeng Yang, M. D., Cheol Seong Bae, M. D.,
Hae Won Yoon M. D., Jae Chul Sim, M. D., Jung Ran Kim, M.D.*

*Department of Obstetrics and Gynecology, Department of Pathology, College of Medicine
Dongguk University, Kyongju, Korea*

Adenoid basal carcinoma of the cervix is very rare tumor. It is slow-growing and locally invasive tumor amenable to simply hysterectomy.

It is common to be associated with severe dysplasia and carcinoma in situ(CIS) of cervix Occasionally, concomitant microinvasive squamous cell carcinoma or adenocarcinoma may also be seen.

Differential diagnosis includes adenoid cystic carcinoma, which is more aggressive tumor associated with regional lymph node involvement and late pulmonary metastasis.

We have recently experienced a case of adenoid basal carcinoma of the cervix in 61 years-old woman, which is presented with a brief review of the literature.

Key words : Adenoid basal carcinoma, Adenoid cystic carcinoma, Uterine cervix

I. 서 론

자궁경부의 선양기저암은 매우 드문 종양으로 주로 고연령층에 발생하며 주된 임상 증상으로는 폐경 후 질출혈과 골반통이다(Dinh et al., 1985 ; Ferry et al., 1988).^{1,2)}

치료에는 동반된 병변 즉 자궁경부의 상피내암, 악성 선암종, 침윤성 편평상피세포암에 따라서 달라지겠지만 일반적으로 단순자궁적출술만으로 치료가

가능하고 그의 방사선치료나 전이가 있는 경우에 복합 항암치료를 함으로써 예후를 좋게 할 수 있다(Ferry et al., 1988).²⁾

감별을 요하는 질환으로는 조직학적 특징, 예후, 치료 등이 매우 상이한 선양낭성암이 있다(Ferry et al., 1988).²⁾

이에 저자들은 63세 여자 환자에서 발생한 자궁경부의 선양기저암 1예를 경험하였기에 이 종양의 희유성과 선양낭성암과의 감별이 중요한 점을 들어

문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

II. 증 례

환 자 : 이○순, 63세

월경력 : 초경은 17세부터 시작되었으며 폐경은 47세였다.

산과력 : 5-0-1-5

가족력 : 특이사항 없음

과거력 : 특이사항 없음

현병력 : 내원 5개월 전부터 질출혈과 하복통이 있어 개인 의원을 방문하여 조직생검상 중증자궁경부 이형성증(CIN III)으로 진단받고 본원으로 전원되었다.

이학적소견 : 신장155cm, 체중45kg이었고 영양상태는 양호 하였다. 혈압 110/70mmHg, 맥박 74회/, 체온 37℃였다. 내진 소견상 자궁은 후굴, 정상 크기였으며 양측 부속기에 종괴는 만져지지 않았으며 자궁경부는 이전에 시행된 조직생검부위가 관찰되었다.

검사소견 : 혈액검사항 혈색소 13.0g/dl, 적혈구구용적 39.8%, 백혈구수 WBC18500/mm³, 혈소판 PLT 207000/mm³ 이었고 출혈 및 응고시간, 간기능검사, 신기능검사, 심전도 검사, 흉 부 X-검사 등은 정상이었으며 질식초음파상 이상소견은 보이지 않았다.

수술소견 : 전신마취하에 전자궁적출술 및 양측부속기 절제술을 시행하였다. 복강내 유착이나 복수의 소견은 보이지 않았으며 자궁과 양측 부속기에

는 특이 소견이 보이지 않았다.

병리소견 : 자궁은 30gm으로 위축되어 있었으며 자궁경부의 후벽의 작은 미란이 관찰되었고 자궁체부 후벽에 0.9cm×0.6cm의 자궁근종이 관찰되었다. 현미경 소견상 자궁경부에서 몇 개의 침윤성의 작고 규칙적인 난원형 또는 원형의 세포소가 관찰되었으며(Fig. 1) 자궁경 부벽의 1/3을 침범하고 있었다. 세포소를 이루는 개개의 세포는 작고 난원형이며, 핵은 과염색상을 보였고 세포질은 거의 관찰되지 않았다. 일부 세포소에서는 작은 내강이 관찰되었고, 내강은 호산성의 유리상 물질로 차있으며 유사분열은 관찰되지 않았다(Fig. 2). 기질에 염증세포의 침윤 등 기질반응은 관찰되지 않았으며, 편평상피로의 분화, 이형성 상피내암, 침윤암 등의 동반도 없었다. 이들 세포소들은 면역화학염색상 S100 단 백이 음성이었다.

병리조직 진단 : 자궁경부의 선양기저암종

수술 후 경과 : 수술 후 경과는 양호하여 수술 후 7일째 퇴원하여 추적 관찰중이다.

III. 고 찰

자궁경부의 선양기저암종은 Baggish and Woodruff(1966)³⁾가 처음으로 보고 한 매우 드문 종양이다.

선양기저암은 자궁경부 상피세포의 다기능적 기저 세포층과 저장세포층에서 유래 하였다고 생각하였고(Dinh et al., 1985),¹⁾ 이런 주장은 선양기저암이 자궁경부의 상피내암종, 악성선암종, 침윤성세포

Fig. 1. Several small round to oval solid nests of cells resembling those of basal cell carcinoma of the skin, with palisading of the cells at the periphery of the nests. H&E×200

Fig. 2. Numerous small nests of uniform basaloid cells, with formation of acini in the center of some nests. H&E×200

암과 밀접한 연관이 있다고 설명하는 근거가 되었다(Miles et al., 1971; prempree et al., 1980; Fowler et al., 1978; Shingleton et al., 1977).⁴⁻⁷⁾ 선양기저암종은 성장이 느리고 국소적으로 침윤하는 병변으로 자궁적출술로 치료 가능하며 예후가 좋은 종양이다(Dinh et al., 1985).¹⁾

Ferry 등(1988)²⁾은 임상적으로 선양기저암의 호발연령은 51~71세로 평균 64세이며 인종적 유병률의 차이는 없고 다산(multiparity)여성에서 주로 발생했으며 주된 임상 증상은 폐경 후 질출혈과 골반통이라 하였다. 또한 선양기저암종은 자궁경부의 상피내암종, 심한 이행성증, 침윤성 편평상피세포암종, 악성 선암종 등을 40~60%에서 동반한다고 보고하였다(Dinh et al., 1985; Ferry et al., 1966; Baggish et al., 1988).¹⁻³⁾ 본 증례는 63세의 다산부로 폐경 후 질출혈과 골반통으로 내원하였으며 생검에서 상피내암 III가 동반되어 있었다.

감별을 요하는 질환으로 각각의 조직학적 특징, 예후, 치료 등에 있어서 서로 다른 선양낭성암이 있다. 선양낭성암은 초기에 국소 골반임파절에 전이하며 그후 폐로 전이하는 비교적 예후가 좋지않은 종양으로(Dinh et al., 1985)¹⁾ 호발연령은 50~84세로 평균 72세인 점을 제외하고는 인종적 유병률, 산과력, 임상증상에서 선양기저암과 큰 차이는 없다(Ferry et al., 1988).²⁾ 그러나 자궁경부의 선양낭성암종은 다소 규칙적인 세포로 구성되어 있고 다양한 양의 세포질을 가지며 핵은 원형과 난형으로 핵의 염색정도와 크기 등에 약간의 다양성이 있다. 세포소의 주변을 이루는 세포는 일부 방책양 배열을 하며 세포소의 중앙에서 균일하고 투명한 다소 호

산성의 무세포질 물질 즉 유리체로 가득 찬 낭성이 관찰되기도 한다. 세포소는 다양하여 삭, 시트, 지주, 또는 소를 이루고 유사분열이 많이 관찰되며 유리질화, 점액양변성, 섬유모세포 증식 등의 기질변화가 있다. 이에 반하여 선양기저암은 피부에 생기는 기저세포암과 비슷하게 작고 둥글거나 난형의 세포소로 구성되고 세포소주변의 세포는 방책배열을 이룬다. 개개의 세포는 세포질이 거의 없으며 핵은 작고 과염색상을 보이고 규칙적으로 난형과 원형이다. 세포기질은 임파구침윤, 유리질화, 섬유모세포 증식 등의 기질반응은 잘 보이지 않는다(Dinh et al., 1985).¹⁾

자궁경부의 선양낭성암종은 분화가 좋지 않으며 흔히 치명적이고 공격적인 암종으로 타액선과 상기도에서 생기는 선양낭성암종과 유사한 조직학적 소견을 가지고 있다. 그러나 전자가 특징적으로 다소 큰 세포와 덜 규칙적이며 더 많은 유사분열과 괴사, 고형의 미분화 세포조직으로 구성되어 있다(Ferry et al., 1988).²⁾ 또 타액선이나 상기도에서 생기는 선양낭성암은 대부분 면역조직화학검사에서 S-100 항원을 가진 근상피세포에서 유래되었지만 자궁경부에서는 관찰되지 않는다(Kanh et al., 1985; Sato et al., 1984).^{8,9)} 이러한 차이점 때문에 자궁경부의 선양낭성종을 전통적인 타액선이나 상기도에서 유래하는 선양낭성종과 비교하여 선양낭성종을 담은 암으로 표현하기도 한다(Ferry et al., 1988).²⁾ 1995년 Peterson 등¹⁰⁾은 자궁경부의 선양기저암종을 다른 종류의 자궁경부암과 세포구조, 정상 중간편평세포와 비교한 핵의 크기, 정상 자궁경내막세포와 비교한 세포크기, 핵의 특징에 따른 감별법을 보고하였다.

1992년 Albores-Saavedra 등¹¹⁾은 폐경 후 여자 환자에서 자궁경부의 큰 궤양성 폴립양종괴와 질출혈을 보이는 자궁경부의 선양낭성암종의 고형의 아종(solid variant of adenoid cystic carcinoma of the cervix)을 보고 하였다. 이것은 전통적인 자궁경부 선양낭성암의 사상체모양과 다르게 작고 미분화된 암세포로 구성되어 자궁경부의 선양낭성암보다 더 악성으로 예후가 좋지 않다고 보고 하였다. 1985년 Dinh 등¹⁾은 선양기저암종은 5년 생존율이 거의 100%인 반면 선양낭성암종은 진단 당시 대부분 이미 전이되어 있으며 공존하는 다른 종류의 암종으로 인하여 5년 생존율이 77%였다고 보고하였다.

몇몇의 저자들은 자궁경부의 선양낭성암종은 더 잘 악성화하여 자궁경부의 악성선암종이나 상피내암보다 임파절침범, 골반내 재발, 폐로의 전이를 더 잘 한다고 하였다(Prempreet et al., 1980; Fowler et al., 1978; Shingleton et al., 1978).⁵⁻⁷⁾ 자궁경부의 선양낭성암종은 흔히 폐나 골격으로 전이가 되고 드물게 복막가성점액종과 동반된다는 보고도 있다(Ferry et al., 1988).²⁾

치료는 동반된 자궁경부 상피내암, 악성선암종, 침윤성편평상피세포암등에 따라서 다르지만 일반적으로 선양기저암종은 단순 자궁적출술이나 원추절제술로 치료가 가능하다. 그러나 선양낭성암종은 진단 당시 이미 진행된 경우가 많으므로 광범위 절제술 혹은 방사선치료를 시행하여야 하며 때로는 앞의 두 가지 치료를 병용하며 폐로 전이된 경우는 복합항암치료를 병행 함으로써 치료효과를 기대할 수 있다(Ferry et al., 1988).²⁾

IV. 결 론

저자들은 질출혈로 내원한 63세의 여자 환자에서 조직생검상 중증자궁경부이형성증(CIN III)으로 진단받고 전자궁적출술과 양측 난소난관절제술 후 조직검사상 자궁경부 선양기저암종을 확인하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

- References -

1. Van Dinh T, Woodruff JD : Adenoid cystic and adenoid basal carcinomas of the cervix. *Ostet Gynecol* 1985;65:705-8.
2. Ferry JA, Scully RE : Adenoid cystic carcinoma and adenoid basal carcinoma of the uterine cervix : A study of 28 cases. *Am J Surg Pathol* 1988;12: 134-144.
3. Baggish MS, Woodruff JD : Adenoid basal lesions of the cervix. *Obstet Gynecol* 1971;37:807-81.
4. Mile PA, Norris HJ : Adenoid cystic carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1971;38:103.
5. Prempreet T, Villasanta U, Tang CK : Management of adenoid cystic carcinoma of the uterine cervix (cylindroma). *Cancer* 1980;46:1631.
6. Fowler WC, Miles PA, Surwit EA, Edelman DA, Walton LA, Photopulos GJ : Adenoid cystic carcinoma of the cervix: Report of 9 cases and a reappraisal. *Obstet Gynecol* 1978;52:337-42.
7. Shingleton HM, Lawrence WD, Gore H : Cervix carcinoma with adenoid cystic pattern ; a light and electron microscopic study. *Cancer* 1977;40:1112-21.
8. Kanh HJ, Baumal R, Marks A, Dardick I, van Nostrand AWP : Myoepithelial cells in salivary gland tumor. *Arch Pathol Lab Med* 1985;109:190-5.
9. Sato M, Hayashi Y, Yoshida H, Wanagawa T, Yura Y, Nitta T : Search for specific marker of neoplastic epithelial duct and myoepithelial cell lines established from human salivary gland and characterization of their growth in vitro. *Cancer* 1984;54: 2959-67.
10. Peterson LS, Neumann AA : Cytologic features of adenoid basal carcinoma of the uterine cervix. *Acta-Cytol* 1995;39:563-8.
11. Albores Saavedra J, Manivel C, Nora A, Vuitch R, Milchgrub S, Gould E : The solid variant of adenoid cystic carcinoma of cervix. *Int J Gynecol-Pathol* 1992;11:2-10.