

노인 위암 환자에서 수술이 생존율을 증가시키는가?

조수정

국립암센터 위암센터

Does Surgical Resection Improve the Survival in Elderly Patients with Gastric Cancer?

Soo-Jeong Cho

Cancer for Gastric Cancer, National Cancer Center, Goyang, Korea

Article: Clinicopathological characteristics of gastric cancer and survival improvement by surgical treatment in the elderly (Korean J Gastroenterol 2011;58:9-19)

전세계적으로 위암 발생률은 감소 추세이나, 아직도 우리나라에서는 위암이 전체 암 발생 원인 중 1위를 차지한다.¹ 우리나라는 물론 전세계적으로도 매우 급속도로 인구 고령화가 진행되고 있다. 우리나라에 앞서 인구 고령화가 시작된 일본의 경우, 위암 연령표준화발생률과 사망률은 수십 년에 걸쳐 감소하였지만, 인구의 고령화로 인해 환자의 절대수는 오히려 증가하였다.² 우리나라도 빠르게 고령화되어 가고 있으며, 일본의 경우처럼 위암 환자수의 절대적 증가와 더불어 노인 위암환자의 비율이 크게 늘어날 것으로 보인다. 그러나, 국내 노인 위암 환자에 대한 연구는 매우 부족하여 이번 호에 게재된 Choi 등³의 연구가 매우 시의적절하며, 큰 도움이 되리라 생각한다.

75세 이상의 노인에서는 일상생활에 지장을 주는 동반질환의 비율이 급격히 높아진다.⁴ 이번 연구³에서도 65세 이상 고령군의 약 반수에서 동반질환을 가지고 있으며, 그 1/3에서는 두 개 이상이었다. 위아전 또는 전절제술은 수술 자체로 단기 또는 장기간의 합병증 및 사망률을 가진다.⁵ 그러나, 노인 위암에서 수술적 절제에 관한 몇 개의 이전 연구에서, 위절제술은 노인 위암 환자에서도 높은 근치절제율을 보였고 장년 위암 환자와 비슷한 합병증 비율이 보고된 바 있다.^{6,7} 수술적 절제의 근치율에 관해, 이번 연구에서 D2 이상 림프절 광청술

의 비율이 장년층에서 95.0%, 노년층에서 95.0%로 차이가 없었으며, 최근의 국내 연구에서도 D2 림프절 광청술에 있어서 고령 자체가 독립적 위험 인자가 아니고, 전신상태가 양호하며 기저질환이 없는 평균 수명 이상의 고령 환자에서는 안전하게 시행될 수 있다고 보고된 바 있다.⁸ 수술 합병증에서도, 이번 연구³는 노년층에서 6.7%, 장년층에서 9.9%로 나타나 유의한 차이는 없었으며, 수술시간, 입원기간이나 병기에서도 차이가 없었다. 노년층 환자에서 생존기간과 관련된 인자는 tumor-node-metastasis (TNM) 병기와 수술시행 여부였으며, 수술을 받으면 보존치료만 받은 환자에 비해 생존기간이 연장되었다. 따라서 저자들은 고령의 환자에서도 적극적으로 수술 치료를 고려해야 한다고 주장하였다.

이번 연구³에서 검진을 통해 위암으로 진단받은 예는 장년층의 15.6%에 비해 노년층에서 9.1%로 적은 경향을 보였다. 우리나라에서 국가암조기검진사업으로 위암사업을 시작한지 10여 년이 지났고 연령대별로는 50대와 60대의 수검률이 가장 높은 것으로 볼 때,⁹ 상대적으로 노년층에서 국가암사업의 혜택이 미치지 못하는 것으로 보이며, 노년층의 정기적 검진에 대한 홍보가 더 필요할 것으로 보인다. 특히 이번 연구³에서 보듯이 장년층에 비해 어지러움, 구역, 피로 등 비특이적 증상이 많으므로, 정기적 검진의 필요성이 강조되어야 한다고

© This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

교신저자: 조수정, 410-769, 고양시 일산동구 마두 1동 809, 국립암센터 위암센터

Correspondence to: Soo-Jeong Cho, Center for Gastric Cancer, National Cancer Center, 809, Madu 1-dong, Ilsandong-gu, Goyang 411-769, Korea. Tel: +82-31-920-1604, Fax: +82-31-920-1289, E-mail: crystal522@ncc.re.kr

Financial support: None. Conflict of interest: None.

본다.

하지만, 이번 연구³의 제한점으로 저자가 지적했듯이, 후향적인 연구로 인해 각 치료군을 동일한 조건으로 조절하는 것이 불가능하였다. 특히, 65세 이상 노년층의 경우 전신상태가 불량한 경우에 검사나 치료를 중단하고 퇴원하여 연구대상에서 제외되고, 비교적 전신상태가 양호하고 초기병변환자가 수술을 받았을 가능성이 높아 결과에 영향을 주었을 가능성이 크다. 65세 미만의 장년층의 경우 전신상태가 나쁘거나 병기가 진행되었어도 노년층에 비해 보다 더 적극적으로 수술을 고려했을 가능성도 배제할 수 없다. 따라서, 같은 TNM 병기라도 장년층에 비해 노년층의 생존율이 더 좋게 나왔을 가능성이 있다.

최근 일본에서 조기위암으로 내시경 절제술을 받은 75세 이상의 고령 환자에서 불완전 절제가 되었을 때, 위절제 수술이 필요한가에 대한 연구가 있었다.¹⁰ 대개 내시경 절제술이 근치적이지 않은 경우에는 대부분의 환자에서 수술적 절제가 추천되지만,¹¹ 위절제술의 장·단기적 합병증으로 인해 실제 임상에서는 고령의 환자에서 수술하지 않는 경우가 드물지 않다. 내시경 절제술로 완전절제가 된 군(308명), 불완전 절제되어 수술한 군(38명), 불완전 절제되었으나 수술하지 않은 군(82명)으로 나누어 비교하였을 때, 5년 생존율은 각각 85%, 92%, 63%로, 완전절제군(hazard ratio [HR], 1.00)이나 수술 받은 불완전 절제군(HR, 0.70; 95% confidence interval [CI], 0.16-2.98)에 비해 수술받지 않은 불완전 절제군(HR, 1.89; 95% CI, 1.08-3.28)이 낮은 전체 생존률을 보였다.¹⁰ 이에 저자들은 75세 이상의 고령 환자라도 불완전 절제된 조기 위암에서 적극적으로 수술을 고려해야 하며, 특히 불완전 절제 후 수술을 시행받지 않은 이유가 대개 주관적 판단이라고 해석하였다.¹⁰

이처럼 국내와 국외의 몇몇 후향적 연구를 종합해 볼 때 노인 위암 환자에서 적극적인 수술적 치료가 좋은 결과를 가져올 수 있음을 알 수 있다. 노인 위암 환자에서 수술 치료를 받지 않는 가장 큰 이유 중 하나가 기대 여명이 얼마 남지 않았다는 환자나 의료진의 주관적 판단이라는 사실을 고려해 볼 때 이번 연구에서 제시한 결과는 노인 위암 환자에서도 적극적으로 수술적 치료를 고려해야 한다는 좋은 근거를 제시

하였다고 생각된다. 다만 후향 연구라는 한계가 있으므로 향후 전향적 생존분석이나 다기관 연구 등 좀 더 대규모의 체계적인 연구를 통하여 이를 확인할 필요가 있겠다.

REFERENCES

1. Right information about cancer/ Right understanding cancer [Internet]. Goyang (Korea): National Cancer Information Center, Ministry of Health & Welfare National Cancer Center; 2010 [cited 2011 Apr 10]. Available from: <http://www.cancer.go.kr/cms/statics/incidence/index.html#1>.
2. Inoue M, Tsugane S. Epidemiology of gastric cancer in Japan. *Postgrad Med J* 2005;81:419-424.
3. Choi JY, Shim KN, Roh SH, et al. Clinicopathological characteristics and survival improvement after surgical treatment of gastric cancer in the elderly. *Korean J Gastroenterol* 2011;58:9-19.
4. From the Centers for Disease Control and Prevention. Public health and aging: trends in aging-United States and worldwide. *JAMA* 2003;289:1371-1373.
5. Davies J, Johnston D, Sue-Ling H, et al. Total or subtotal gastrectomy for gastric carcinoma? A study of quality of life. *World J Surg* 1998;22:1048-1055.
6. Katai H, Sasako M, Sano T, Fukagawa T. Gastric cancer surgery in the elderly without operative mortality. *Surg Oncol* 2004;13:235-238.
7. Kim YJ, Lee CH, Paik WH, et al. Clinical and pathologic characteristics of gastric cancer in elderly Korean patients in Korea. *Korean J Med* 2007;72:256-265.
8. Kang WS, Cheong O, Jeong MR, et al. Evaluation of the safety and feasibility of D2 lymphadenectomy in elderly patients with gastric cancer. *J Korean Gastric Cancer Assoc* 2008;8:85-90.
9. Choi KS, Kwak MS, Lee HY, Jun JK, Hahm MI, Park EC. Screening for gastric cancer in Korea: population-based preferences for endoscopy versus upper gastrointestinal series. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18:1390-1398.
10. Kusano C, Iwasaki M, Kaltenbach T, Conlin A, Oda I, Gotoda T. Should elderly patients undergo additional surgery after non-curative endoscopic resection for early gastric cancer? Long-term comparative outcomes. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1064-1069.
11. Ryu KW, Choi IJ, Doh YW, et al. Surgical indication for non-curative endoscopic resection in early gastric cancer. *Ann Surg Oncol* 2007;14:3428-3434.