

바르톨린선의 선양낭포성암 1예

이화여자대학교 의과대학 산부인과학 교실
김미경 · 신은경 · 이시원 · 전선희 · 안정자 · 김종일 · 김승철

A Case of Adenoid Cystic Carcinoma of the Bartholin's Gland

Mi Kyoung Kim, M.D. Eun Kyoung Shin, M.D. Si Won Lee, M.D. Seon Hui Jeon, M.D.
Jung Ja Ahn, M.D. Jong Il Kim, M.D. Seung Cheol Kim, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, College of Medicine,
Ewha Women's University, Seoul, Korea

Adenoid cystic carcinoma of the Bartholin's gland is a rare malignant tumor comprising less than 1% of all female genital tract tumors. Because of low incidence, knowledge of management and factors influencing the clinical outcome of patients is limited and there is no consensus regarding the most optimal treatment. We report a case of 73-year-old woman with adenoid cystic carcinoma of the Bartholin's gland.

Key Words : Adenoid cystic carcinoma, Bartholin's gland

서 론

외음부 종양의 90% 이상은 편평세포암종이며 나머지 10% 이하는 악성 흑색종, 바르톨린선의 선암종 및 파제트병 등으로 이루어진다. 바르톨린선은 Duverney에 의해 소에서 처음으로 명명되었으며 Caspar Bartholin에 의해 1675년 인류에게 개념이 도입되었다.¹

바르톨린선 종양은 일반적으로 외음부 후하방의 무통성 종괴로 나타난다. 바르톨린선암 환자의 평균 연령은 60세이며(33-93세),^{2,4} 소양증, 출혈 등이 동반될 수 있고, 드물지만 통증이 있을 수 있다. 이전에 보고된 증례들을 보면 이러한 증상은 수주에서 17개월까지 증상이 나타나는 것으로 보고되고 있다.^{1,4}

바르톨린선 선암은 Klob에 의해 1864년 처음 보고되었으며,⁵ 모든 여성암의 0.001%,⁶ 생식기종양의 1% 미만, 외음부 종양의 2-7%를 차지한다. 바르톨린선의 선양낭포성암은 문헌상 50예 이하로 보고된 매우 드문 질환으로 모든 바르톨린선암의 10-15% 정도로 보고되고 있다.⁷ 이처럼 낮은 발병률 때문에 최적의 치

료 방법은 아직까지 정립된 바가 없으며 다양한 방법이 제안되었다.

저자들은 바르톨린선에 발생한 선양낭포성암 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환 자 : 김○희, 73세, 가정주부.

주 소 : 간헐적인 좌측 외음부 통증 및 종괴 촉진
월경력 : 폐경은 56세에 있었다.

산과력 : 1-0-0-1

가족력 및 기왕력 : 53세에 고혈압 진단받았고, 70세에 당뇨 진단받았으며, 혈압약 및 당뇨약 복용 중이었다.

현병력 : 본 환자는 63세경부터 좌측 질 입구 후하방에 종괴가 만져져 왔으며, 내원 1년 전부터 외음부 가려움증으로 개인 산부인과의원을 방문하였으나 바르톨린선의 염증성 질환으로 의심하여 약물치료를 하면서 경과를 관찰하였다. 그러나 2003년 12월부터는

간헐적으로 작열감과 통증이 발생하여 2004년 3월 29일 바르톨린선의 염증성 낭종이라는 임상 진단 하에 개인 병원에서 낭종절제술을 시행하였다. 당시 직경 1.5 cm 정도의 종괴를 제거하였으며 수술 후 병리조직학적 검사 상 바르톨린선의 선양낭포성암으로 진단되어 2004년 4월 7일 본원으로 전원 되었다.

입원 시 이학적 소견 : 전신 상태는 양호하였으며, 혈압은 140/90 mmHg로 약간 높은 소견이었고 맥박 88회/분, 체온은 36.8℃로 정상 범위였다. 골반 내진 소견 상 자궁은 작은 크기였으며 양측 부속기에는 이상 소견 없었다. 외음부 소견에서는 좌측 질 입구 후하방에 수술로 인한 상처와 봉합사가 보였다. 서혜부, 대퇴부, 액와부, 경부의 림프절 모두 비대 된 소견은 보이지 않았다.

검사소견 : 혈액학적검사, 뇨검사, 일반화학검사, 혈액응고검사 모두 정상이었다. 심전도는 우측 심실 비후 및 좌측 심방 비대소견이었고 흉부 X선은 정상 소견을 보였다. 종양표지물검사로 CEA, CA125, CA19-9, SCCAg 시행하였으며 모두 정상 범위였다. 골반 컴퓨터단층촬영(CT) 소견에서 바르톨린낭종의 수술 부위로 생각되는 위치 및 골반 림프절에 이상 소견이 보이지 않았다. 복부 CT에서는 오른쪽 부신에 소엽 상으로 비대 된 종괴, 임상적으로 의미가 없는 간 낭종 및 신장 낭종이 관찰되었으며, 대동맥 주위 및 양측 서혜부 림프절도 비대된 이상 소견을 보이지 않았다. 부신 종괴에 대한 내분비학적 검사 상 비기능성 부신종괴로 진단되었다. 방사선 핵 뼈스캔에서도 특이 소견은 없었다. 전신 양전자방출단층촬영술(PET)상 좌측 갑상선, 좌측 경부 림프절 및 우측과 좌측 대장에 과대사성(hypermetsbolic) 병변이 관찰되었으나, 외음부를 포함한 신체 다른 모든 곳에서는 이상 소견이 관찰되지 않았다. 갑상선 초음파에서 좌측 갑상선과 협부에 경계가 불분명한 결절 및 좌측 경부와 좌측 이하선 내부에 림프절로 생각되는 등근 종괴가 보였으나, 이들 좌측 갑상선 결절과 이하선에 위치한 종괴에서 각각 미세침흡인생검술 시행하였으나 암전이 등과 같은 이상 소견은 없었다. 대장내시경 결과 3개의 대장 용종이 발견되어 용종절제술 시행하여 병리조직검사 상 관용모성 선종으로 진단되었다. 외부 병원의 조직 슬라이드를 재판독한 결과 바르톨린선의 선양낭포성암으로 확인되었으며, 절제 면에 국소적으로 종양 양성 소견을 보였다.

병리학적 소견 : 외부 병원에서 보내온 조직 절편의

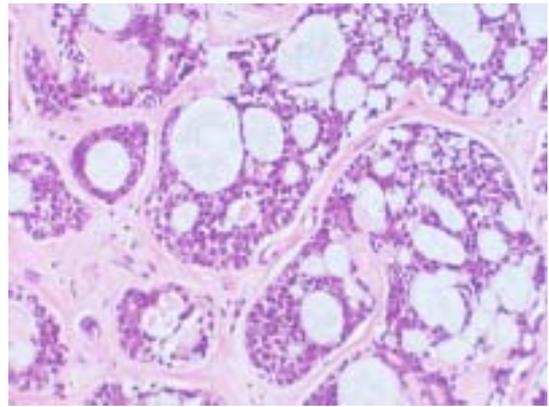


Fig. 1. Microscopic appearance of the tumor with a cribriform pattern consistent with adenoid cystic carcinoma of Bartholin's gland (H&E x200).

현미경적 소견 상, 체와형 형상(cribriform)으로 암세포들이 관찰되었고, 이 세포들이 서로 문합하여 세포 대를 형성하며, 무정형의 호염기성 물질로 차 있는 가성 낭종(pseudocyst)을 이루기도 하였다. 또한 부분적으로는 이 종양의 특징으로 알려진 신경초 침윤이 일부 관찰되었다(Fig 1).

치료 : 2004년 4월29일부터 2004년 6월20일까지 골반과 외음부영역에 6120 cGy(34 fraction)로 방사선 치료하였으며 현재 외래에서 추적검사 중이다.

고 찰

바르톨린선의 선양낭포성암은 바르톨린선에 통증과 소양증이 동반된 고형 종괴가 특징적 소견이다.^{5,7} 진단 평균연령은 49세(25-80세)이며 증상과 징후로 통증, 출혈, 종괴, 성교통, 소양감, 농양 배농 등이 동반될 수 있다.⁶ 경계 침윤이 없는 경우에도 국소 재발하는 성향이 있으며 신경초를 따라서 자라는 경향이 있다.⁸ 진행이 느린 종양으로 뼈, 폐, 간 등으로 혈행성 전이는 질환 말기에 발생하며 국소 재발이 선행한다. 종양의 원격 전이가 없다면 림프절 전이는 드물다.^{8,9} 신경초 침윤은 종괴가 만져지기 전에 선행하는 소양증 및 작열감과 관련된다.^{5,6} Weelock 등은 처음 증상이 나타났을 때와 정확한 진단이 내려질 때까지 3.3개월이 소요된다고 보고하였다.¹⁰ 원격 전이는 처음 진단 후 16년 정도 지나서 나타나는 것으로 보고되고 있다.⁸

정확한 기원은 알려진 바 없지만 근상피성 기원으

로 생각되고 있으며, 인유두종바이러스는 드물게 바르톨린선암에서 발견되는데 발병 원인으로 생각되지는 않으며, 선양낭포성암과 무관한 것으로 생각된다.¹¹

폐경이후의 여성에서는 바르톨린선의 종괴는 확진 전까지 악성일 가능성을 고려해야 한다. 일부 저자들은 암 가능성을 배제하기 위하여 초기 치료로 절제술을 시행하여야 한다고 제안하였다. 그러나 Anthony 등은 발생률이 폐경 전에는 0.023/10만 명, 폐경 후에는 0.114/10만 명으로 폐경 후 여성에서 약간 많지만 매우 드물고 바르톨린낭종 절제와 관련된 출혈, 혈중, 흉터, 성교통과 같은 합병증의 이환율과 사망률을 고려할 때 배액과 선택적 생검만으로도 충분하다고 하였다.¹² 바르톨린선의 종양은 샘파리(acini)의 점액을 분비하는 원주형 상피세포(40%) 또는 관의 전정 구멍의 편평상피세포(40%)에서 발생한다.⁷ 선암은 세포질 내 점액을 포함한 세포로 이루어져 있고 유두상으로 보이기도 한다.¹² 편평세포암은 각질형 진주형성(keratin pearl)과 세포간교로 이루어진다. 선암과 편평상피암은 CEA를 표출한다.

대부분의 바르톨린선의 종괴는 바르톨린선의 양성 낭종이나 농양으로 진단된다. Leuchter 등의 90 예의 바르톨린선암의 관찰에 의하면 7.8% 환자에서 이전의 염증이나 감염의 과거력이 보고되고 있다.⁴ 양성 질환의 전형적인 증상과 징후가 있는 젊은 여성의 경우 그에 준해서 치료하면 되지만 적당한 치료에도 호전이 없거나 낭종성 종괴가 괴사성 물질을 포함하고 있다면 악성의 가능성을 의심해야 한다. 정상 피부로 덮여 있는 고형 종괴가 있을 때도 악성의 가능성을 생각해야 한다.^{1,2,13}

바르톨린선암의 임상적 진단기준은 1887년 Honan에 의해 처음 제시되었는데, 병변이 바르톨린선에 위치하며, 덮고 있는 피부가 이상이 없고, 종양이 대음순 깊숙이 위치하며, 조직학적검사 상 정상 선조직이 존재하여야 한다고 주장하였다. 그러나 이러한 엄격한 기준은 말기암에서 피부 궤양이 동반되고 종양이 커서 정상 조직을 모두 대체한 경우 등이 포함되지 않는 문제점이 있었다. 이에 1972년 Armed Forces Institute of Pathology에 의해 새 진단기준이 제안되었고 Copeland 등에 의하여 추천되었다. 정상에서 종양 조직으로 변하는 명백한 이행부위가 있고, 조직학적으로 종양 형태가 바르톨린선 기원과 부합되며, 다른 원발 부위가 없어야 한다고 하였다.^{14,15}

Frable과 Goplerud는 수술전 확진을 위해 미세침흡

인세포검사법이 유용함을 증명하였다.¹⁶ Dodson 등은 바르톨린선의 종괴가 있는 40세 이상의 여성에서 수술에 앞서 세포검사를 시행할 것을 제안하였다. Copeland 등에 의하면 42세 이하의 모든 환자의 50%가 임신과 연관되어 진단되었으며, 이 종양들은 면역과산화효소염색에 의하여 프로게스테론 수용체 양성, 에스트로겐 수용체 음성으로 나타났다. 따라서 임신과 종양의 연관성 및 호르몬 감수성의 중요성에 대한 추론이 가능하다고 하였다.⁹

선양낭포성암은 육안적으로는 침윤성 형상을 가진 고형 종괴이나 국한적일 수 있다. 주로 고형성으로 성장하나 일부에서는 관상의 성장 양상을 보이기도 한다. 관상과 고형성이 혼합된 경우는 매우 드물다.⁵ 선양낭포성암의 조직학적 특징은 타액선, 상기도, 비강 인두, 유방, 자궁경부, 뇌 등 다양한 부위에서 유사하며 가장 많이 발생하는 부위는 소타액선으로,¹² 균질한 호산성의 PAS 염색 양성 물질 또는 과립상으로 채워진 호염기성 물질로 채워진 가성낭종 주위에 동심원상으로 세포의 원주들이 분포하는 채와형 형상, 유리질화된 기저막형 물질로 채워진 선들로 이루어져 있다. S-100염색은 근육상피세포에 특이적이다.⁸

Cardosi 등은 절제가능한 일차성 종양이란 방광이나 직장과 같은 기관의 기능을 보존하면서 적절한 조직을 외과적으로 절제할 수 있을 때라고 정의하였다.³ 바르톨린선 암의 외과적 치료는 절제가능한 대부분의 경우 변형된 외음부 근치적절제술과 일측 혹은 양측 서혜부 및 대퇴부 림프절절제술이다.⁷ 절제 후 경계음성이 되기 위해서 좌골 직장와를 포함하여 항문거근, 비요생식동, 치골까지 하부, 질 또는 직장의 일부를 포함시켜야 하며 수술시 동결절편을 통해 경계부 음성을 확인할 수 있다.⁹ Duun은 림프절절제술이 국소 전이와 예후 판정 때문에 시행되어야 한다고 하였다.¹⁵ 서혜부 및 대퇴부 림프절절제술을 일측만 할 것인지 양측을 할 것인지 여부는 임상적으로 림프절 전이가 의심되지 않고 수술 후 방사선 치료를 하는 경우 Cardosi, Leucher 등은 양측절제술을,^{3,4} Copeland 등은 일측절제술을 제안하였다.⁹ Burger 등은 원발 종양의 크기나 범위에 따라 결정하여 원발 종양이 2cm이하로 작고 정중선에서 1cm이상 떨어져 있다면 일측 절제술이 가능하다고 하였다.⁷ Anaf 등이 43 예의 외음부 근치적절제술과 광범위 국소절제술을 비교 분석한 것에 따르면 각각의 시술 결과 절제 경계면 음성인 경우는 각각 55%, 23%였으며, 재발로 인하여 재수술을 하게

된 경우는 각각 9%, 41%로 외음부 근치적절제술이 더 좋은 치료 결과를 보였다.⁵ DePasquale 등에 의한 문헌 분석에서도 광범위 국소절제술이 재발률 61%였고, 외음부 근치적절제술이 50%였으며, 병변이 작고 일측성이며 전방 또는 후방으로 정중선을 침범하지 않았다면 광범위 국소절제술을 시행하고, 병변이 크고 정중선을 침범하였다면 외음부 근치적절제술을 시행하는 것이 좋다고 제안하였다.⁶ 후방 골반직출술은 질 출혈이나 질 분비물, 통증이 심하지만 다른 일차 치료가 모두 실패한 말기암에서만 선택적 고식치료로 필요하며,¹⁰ 수술 후 외음부 결손이 큰 경우에는 복직근 근육 피판으로 덮게 된다. 치골경골근이나 둔근 피판은 대퇴부에 추가 절개가 필요하지만 복직근 피판은 공여부의 흉터가 복부 흉터와 연속적으로 덮이기 때문에 더 좋다.⁵ 수술 후 합병증으로 성기능 손실과 신체상의 변화가 크므로 정신적인 측면에서의 치료가 필요하다.

바르톨린선의 림프배액은 내음부 혈관을 통하여 골반림프절로 통하며, 바르톨린선암은 질 상부와 자궁 주위 또는 질 주위로 전이된다. 서혜부 및 대퇴부 림프절 양성인 경우 8%에서 골반림프절 양성이었다.¹³

방사선 치료는 서혜부 및 대퇴부 림프절을 침범하는 전이성 질환이 있거나 절제면 경계가 종양세포 양성이거나 인접한 경우, 국소 침윤이나 신경초 침윤이 있을 때 시행한다.⁶ 종양이 완전하게 절제된 경우 외음부, 서혜부 및 대퇴부 림프절, 골반에 4500-5000 cCy를 조사하는 수술 후 보조방사선요법이 추천된다. 경계가 양성이거나 병변이 큰 경우에는 6500-7000 cCy가 적당하다.² 서혜부 및 대퇴부 림프절 전이가 있다면 방사선 치료 영역에 골반을 포함시키는 것이 중요하다. 회음부와 서혜부에 4500-5000 cCy 조사 후, 추가로 복부에 6-9 MV 전자선 치료를 하거나 조직 내 이식물을 사용하는 것도 회음부와 서혜부 및 대퇴부 질환 치료에는 효과적이다.²⁷ Copeland 등과 Rogenberg 등은 수술 후 외부 방사선조사가 재발성인 경우 국소 조절에 좋다고 하였다.^{9,17} 그러나 53%에서 재발을 나타내었다.

종양 절제가 용이하지 않을 경우에는 우선 보조화학요법 후 절제가 가능하게 되면 수술을 할 수 있다.¹³ DePasquale 등에 의하면 5-fluorouracil, adriamycin, mitomycin C를 사용하여 이하선의 선양낭포성암에서 완전 관해를 보였다. 그러나, 바르톨린선의 선양낭포성암에서는 adriamycin으로 치료한 3예에서 2예는 추

적 관찰이 이루어지지 않았고, 1예는 진행하여 사망하여 아직까지 그 유용성은 제한적이다.⁶

Massad 등은 2기와 3기 환자 2명에서 외음부, 서혜부, 골반에 4500-4600 cGy의 외부조사 방사선치료를 하면서 치료 첫째 주와 다섯째 주에 cisplatin 50 mg/m², 5-fluorouracil 1000 mg/m²/day(x 5 days) 항암치료를 시행하였다. 3기 환자는 완전관해를 보였고 2기 환자는 조직 내 이식물을 사용 후 완전관해를 보였다.¹³ Downs 등은 4기 환자에서 5248 cCy 회음부와 서혜부 림프절에 외부조사 하면서 치료 첫째 주와 다섯째 주에 cisplatin 50 mg/m², 5-fluorouracil 1000 mg/m²/day(x 5 days) 항암치료를 시행하여, 방사선조사로 인한 피부증상 외에 별다른 합병증 없이 완전관해를 보였다.¹⁸ 말기 바르톨린선암에서 항암방사선치료의 경우 병소가 남아있는지 여부가 중요한데 Moore 등은 항암방사선치료 후에도 외음부 종양이 영구적으로 남게 될 위험도는 최초 종양 부피, 세포 증식 속도, 방사선 저항성, 총 방사선용량, 치료 조사영역 선택, 분할 방식에 영향을 받는다고 하였다.¹⁹ 바르톨린선암은 선의 위치상 병변의 지속성이나 재발을 탐지하기 쉽지 않으므로 치료 후 최초 병소에서 종괴가 다시 축적된다면 국소 절제를 고려해야 한다. Krasevic 등은 타액선의 선양낭포성암에서 예후 판정을 위해 종양조직 내 고형성 형상의 비율이 얼마나 되는지에 따른 등급을 제안하였고, 관형 형상이 주로 분화도가 좋고 예후도 양호하다고 하였으며, 조직학적으로 성장형이 주로 고형성 형상인 경우 생존율이 낮다고 하였다. 바르톨린선 선양낭포성암의 가장 흔한 형태는 앞서 언급한 체외형 형상 또는 혼합형으로 타액선암의 성장형에 따른 예후에 부합되지는 않는다.²⁰ 유속세포분석법을 통한 세포주기 분석으로 DNA 함량과 SPF(S phase fraction)를 평가하였는데 SPF>4.45%인 경우 사망과 연관성이 높았고, 이배수체이면서 SPF가 낮은 5예에서 추적 관찰한 결과 2-13년간 재발이 없었다. SMA(smooth muscle actin), S-100 단백질, 사이토케라틴과 같은 면역조직화학검사 양성인 경우 근상피성과 관형 분화를 나타낸다. 이와 같은 반응은 관형 형상에서도 보인다.⁷ 바르톨린선 선양낭포성암의 예후와 조직학적 형상, DNA 함량과 SPF 등은 질병 재발 사이의 연관성은 아직 발견되지 않았으며, 호르몬 민감도는 아직까지 확실한 결론이 없다.¹⁹

선양낭포성암은 진행이 느리지만 진행된 경우 혈행성으로 폐, 간, 뼈 등으로 전이되므로 치료 효과를 판

정하는데 5년 생존율보다 10-15년 생존율을 평가하는 것이 더 현명하다.¹⁷ Copeland 등에 의하면 30세에서 무증상 기간과 32세에서 생존율을 분석하였는데 5년 무증상 기간은 47%, 5년 생존율은 71%였고, 10년은 각각 38%, 59%였으며 15년은 각각 13%, 51%였다.⁹ 예후는 치료한 경우 5년 생존율은 서혜부 림프절 전이가 없는 경우에는 52-89%, 다발성 림프절 전이가 있는 경우에는 18-20% 정도로 보고되고 있다.¹⁴

참고문헌

1. Chamlian DL, Taylor HB. Primary carcinoma of Bartholin's gland. A report of 24 patients. *Obstet Gynecol* 1972; 39: 489-94.
2. Balat O, Edwards CL, Delclos L. Advanced primary carcinoma of the Bartholin gland: report of 18 patients. *Eur J Gynaecol Oncol* 2001; 22: 46-9.
3. Cardosi RJ, Speights A, Fiorica JV, Grendys EC Jr, Hakam A, Hoffman MS. Bartholin's gland carcinoma: a 15-year experience. *Gynecol Oncol* 2001; 82: 247-51.
4. Leuchter RS, Hacker NF, Voet RL, Berek JS, Townsend DE, Lagasse LD. Primary carcinoma of the Bartholin gland: a report of 14 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 361-8.
5. Anaf V, Buxant F, Rodesch F, Simon P, van de Stadt J, Noel JC, van Geertruyden J. Adenoid cystic carcinoma of Bartholin's gland: what is the optimal approach? *Eur J Surg Oncol* 1999; 25: 406-9.
6. DePasquale SE, McGuinness TB, Mangan CE, Husson M, Woodland MB. Adenoid Cystic Carcinoma of Bartholin's Gland: A Review of the Literature and Report of a Patient. *Gynecol Oncol* 1996; 61: 122-5.
7. Finan MA, Barre G. Bartholin's gland carcinoma, malignant melanoma and other rare tumours of the vulva. *Best Practice & Research Clinical Obstet Gynecol* 2003; 17: 609-33.
8. Lelle RJ, Davis KP, Roberts JA. Adenoid cystic carcinoma of the Bartholin's gland: the University of Michigan experience. *Int J Gynecol Ca* 1994; 4:145-9.
9. Copeland LJ, Sneige N, Gershenson DM, Saul PB, Stringer CA, Seski JC. Adenoid cystic carcinoma of Bartholin gland. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 115-20.
10. Paraskevaidis E, Zioga C, Chouliara S, Koliopoulos G, Tzioras S, Lolis D. Adenoid cystic carcinoma of Bartholin's gland: a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001; 28: 109-10.
11. Wheelock JB, Goplerud DR, Dunn LJ, Oates JF. Primary carcinoma of Bartholin's gland: A report of 10 cases. *Obstet Gynecol* 1984; 63 : 820-4.
12. Visco AG, Del Priore G. Postmenopausal Bartholin gland enlargement: a hospital-based cancer risk assessment. *Obstet Gynecol* 1996 ; 87:286-90.
13. Massad LS, De Geest K. Multimodality therapy for carcinoma of the Bartholin gland. *Gynecol Oncol* 1999; 75: 305-7.
14. Copeland LJ, Sneige N, Gershenson DM, McGuffee VB, Abdul-Karim F, Rutledge FN. Bartholin gland carcinoma. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 794-801.
15. Duun S. Adenoid cystic carcinoma of Bartholin's gland-a review of the literature and report of a patient. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 78-80.
16. Frable WJ, Goplerud DR. Adenoid cystic carcinoma of Bartholin's gland: Diagnoses by aspiration biopsy. *Acta Cytol* 1975; 19:152-3.
17. Rosenberg P, Simonsen E, Risberg B. Adenoid cystic carcinoma of Bartholin's gland: A report of 5 new cases treated with surgery and radiotherapy. *Gynecol Oncol* 1989; 34: 145-7.
18. Downs LS, Ghosh K, Dusenbery KE, Cosin JA. Stage IV carcinoma of the Bartholin gland managed with primary chemoradiation. *Gynecol Oncol* 2002; 87:210-2.
19. Moore DH, Thomas GM, Montana GS, Saxer A, Gallup DG, Olt G. Preoperative chemoradiation for advanced vulvar cancer: a phase II study of the Gynecologic Oncology Group. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998 Aug 1;42(1):79-85.
20. Krasevic M, Haller H, Iternicka Z, Valstelic I, Matejic N. Adenoid cystic carcinoma of Bartholin gland: A case report. *Eur J Gynaecol Oncol* 2001; 22: 213-4.

국문초록

바르톨린선에 발생한 선양낭포성암은 모든 여성 생식기 종양의 1% 이하 정도를 차지하는 드문 질환이다. 낮은 발병율 때문에 환자의 임상 양상에 영향을 주는 치료 방식은 제한적이며 최적의 치료에 대해서도 아직까지 정해진 바가 없다. 저자들은 바르톨린선에 발생한 선양낭포성암 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다. 본 증례의 환자는 외음부의 국소절제술 후 절단면 종양 양성으로 수술 후 방사선치료를 시행하였으며 현재 외래 추적관찰 중이다.

중심단어 : 선양낭포성암, 바르톨린선