

활동성 난관결핵과 동반된 원발성 난관암 1례*

계명대학교 의과대학 산부인과학교실

O| 두 통·육 상 수

=Abstract=

A Case of Primary Tubal Malignancy Combined with Active Tubal Tuberculosis

Du Ryong Lee, MD; Sang Soo Yuk, MD

Department of Obstetrics and Gynecology, Keimyung University
School of Medicine, Taegu, Korea

Primary tubal malignancy is the rare tumor of the female genital organs. We experienced a case of tubal malignancy combined with active tubal tuberculosis. We present this case with brief review of literature.

서 론

원발성 난관암은 산부인과영역의 모든 종양중 매우 희귀하며, 따라서 원인, 진단, 증상, 치료 등 여러면에서 논란이 많은 예후가 좋지 않은 악성의 종양이다. 이번 계명대학교 의과대학 산부인과학교실에서 활동성 난관결핵과 동반된 희귀한 예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는바이다.

증 록

환자: 진 ○분, 46세

월경력: 초경 16세, 폐경 45세

결혼력: 22세

피임력: 없음

출산력: 0-0-0-0

가족력: 임양 2명, 남편은 소화성 궤양으로 15년 전 사망. 양가친척 모두에서 종양성, 유전성 질병을 가진사실 없음.

과거력: 특이 사항 없음.

주 소: 약 10일간의 간헐적 우하복부 두통과 15

일간의 좌측하지 통통을 호소.

현병력: 87년 9월 20일경 부터 상기의 주소로 87년 10월 5일 본원 내과외래를 방문하여 단순복부촬영 소견에서 특정한 형태가 없는 다발성의 석회화 음영과 종괴양의 음영이 골반강내에 있어 산부인과로 이송되었다. 산부인과진찰후 자궁부속기종양으로 진단받고 수술하기위해 87년 10월 12일 외래를 통하여 입원하였다.

입원시 이학적소견 혈 내진소견: 신장 160cm, 체중 52kg 이었고 영양상내는 중등도로 만성질병을 가진듯한 외양이었다. 빈혈, 황달은 없었고 청진상에서 심장과 폐는 정상이 있고 복부진찰시 제와하부에 압통이 있는 종괴가 있었으며 사지에 부종을 포함한 비정상적 소견은 없었고 전신의 입과절도 축지되지 않았다. 내진소견상 외음부는 정상소견을 보였고 질의 위축, 전이 등이 없이 깨끗했으며, 자궁경부도 약간의 위축 외에는 미란 등의 소견없이 폐쇄되어 있었다. 자궁은 정상크기로 약간 점굴되어 있었다. 양측부속기 축진시에도 이상소견은 전혀 없었으나, 후질월개 진찰시 암통이 있는 태아두부 크기의 낭종성 종괴가 있었으며, 이동성이 있었다.

검사소견: 혈색소 12.0gm/dl, 배혈구 9000/mm³,

* 이 논문은 1988년도 계명대학교 윤종연구비 및 동산의료원 조사연구비로 이루어졌음.

혈구혈장비 36.2%, 혈소판 224,000/mm³, 소변검사는 정상이었으며, BT 2분, CT 7분, PT 11.5 초, VDRL에는 반응이 없었고, 혈액형 A(+), 생화학적 검사(SMA-IIc)는 모두 정상범위였고, 혈청전해질은 $\text{Na}^+ 138\text{mEq/L}$, $\text{K}^+ 3.5\text{mEq/L}$, $\text{Cl}^- 106\text{mEq/L}$, 단순흉부사진은 정상, 단순복부사진에서 특정한 형태가 없는 수개의 석회화음영과 종괴양의 음영이 골반강내에 있었으며 초음파검사에서는, 경계가 불명확한 음영이, 다른 질감과 혼합되어 후진원개에 있었고, 둥글고, 다발성이며 고형성분이 섞인 낭종성의 초음파통과성 종괴가 양측부속기 모두에 있었으며, 액체성 물질이 골반내의 최저위치에 고여있는 소견을 보았다.

수술소견 : 자궁은 정상, 좌측난관은 $8 \times 4 \times 3\text{cm}$ 으로 커져있었고 표면은 미끄러웠으며 단순낭종성상의 좌측난소와 견고하게 유착되어 있었고, 우측난소와 난관은 심한 유착으로 잘 구별할 수 없었다.



Fig. 1. 확장되고, 끌어막힌 좌측난관의 결단면으로 견고하고 국소적인 유두상 형태가 출혈, 괴사와 함께 보인다.

자궁과 부속기들은 골반강파의 유착은 없었으며 옆은 갈색의 복수가 복강내에 약 1500ml 정도 있었고 횡경막, 간, 배장, 소장, 장간막, 위, 복벽, 임파절 등을 조사했으나 비정상적 소견을 보인 부분은 없었다. 양측 난관은 모두 끌 부분이 박혀있었고 좌측난관강은 출혈과 함께 부분적으로 유두상종양으로 인해커져 있었다(Fig. 1).

현미경적 소견 : 확장된 좌측난관의 단면에서, 퇴행성의 선증식(anaplastic glandular proliferation)이 있고(Fig. 2) 암조직이 난관절막에서부터 근층까지 침윤되어 인접난소까지 도달하여 있었다. 퇴행성세포들은 대부분 복합적인 선(gland)을 이루고 있었으며 경고(硬固)한 종식과 다핵의 질게 염색되는 부분이 있었고 임파선, 혈관침식은 볼 수 없었다. 다발의 육종성병변에는 중앙건각성(central caseous) 괴사가 있고 가장자리는 임파구 Langerhans 세포, 형질세포들이 있었으며(Fig. 3), AFB

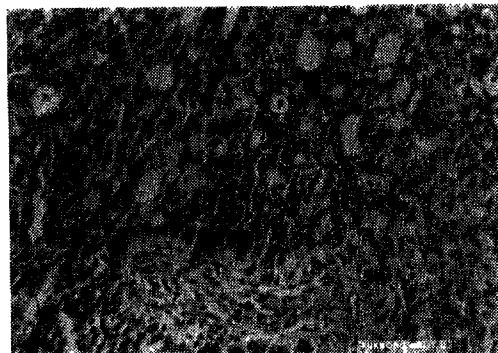


Fig. 2. 왕성한 종식기에 있는 퇴행성선(anaplastic gland)과 수많은 세포분열.



Fig. 3. 중앙건각성 괴사로 구성된 다발성 육아조직성 병변이 상피양(Epitheloid) 세포의 덩어리에 의해 둘러싸여져 있고 임파구, 형질세포 Langerhans 거래세포가 가장자리에 있다.



Fig. 4. AFB stain이 양성반응을 보인 적색의 간균(Arrow).

염색으로 쪽색의 간균을 증명하였다(Fig-4). 좌측 낭종성 난소는 장액성 낭선종이었고 좌측 난관으로부터 직접 종양세포가 확산되어 있었다.

수술후 경과와 치료: 87년 10월 13일 자궁전체출술과 양측 부속기질제출을 받았으며 수술후 8일째 날 비교적 양호한 전신상태로 퇴원했고 87년 11월 20일 내원케 하여 항암요법(CISPLATIN, EPIRUBICIN, M. P. A.)을 1회 시행하였다. 치료계획을 세울 당시, 난관암과 난관결핵의 동시치료시의 부작용을 감소시키기 위해 우선 항암요법을 실시한 후 항결핵치료를 하기로 하였다.

고 찰

원발성 난관암은 1847년 Renaud 와 Ricci, 1861년 Rokitansky에 의해 기술된 이래 정식문헌으로 발표된 것은 1888년 Orthmann에 의해서였다. 그 이후 현재까지 세계적으로 약 1100례 이상, 국내에서는 약 12례정도 보고된 드문 산부인과적 종양이며, 난관결핵과 합병된 경우의 증례보고는 문헌에서 아직 찾지 못하였고 Jones⁴⁾가 다른 보고자의 말을 인용하여 박연하게, 동반된 경우를 언급하였다.

발생빈도는 총 원발성 여성생식기 암의 0.15—1.8%³⁾로서 50세에서 70세 사이의 폐경기 여성에서 많으며 50세이하에서도 약 20%의 발생율이 있다고 했고³⁾, 또 출산력이 낮은 여성에서 많았으며,^{1,9,16)} 특히 미산부에서 월등히 많았고⁵⁾, Sedlis⁶⁾는 50%를 보고하였다. 호발연령은 18세부터 80세까지 보고되어 있고 최다 호발연령은 48세에서 57세 사이의^{2,5,6,9,16,21)} 주로 폐경기 여성에서였다.

호발부위는 난관의 중간부와 끝 1/3이며^{7,16)} 양측성은 17%에서 39% 사이이며^{2,8,18)} 좌우발생빈도 차이는 없었다²¹⁾.

악성 원발성 난관암의 종류는 95%이상인 선암과 육종, 용모성암, 선극세포종, 선평평암, 이행성세포암 등이 매우 드물게 있다.

원인은 불분명하나 만성난관염과 난관결핵이 판계가 있다고 했으며^{9,14)}, Hu¹¹⁾의 보고에서도 매우 흔히 동반되며 다발성유착을 만든다고 했다. 반면 Novak⁷⁾, Sedlis⁶⁾ 등은 이들과 판계가 없고 임자체가 염증성변화를 일으켜 난관의 복강단을 폐쇄시키며 만성염증소견에서 보는 난관수종 등의 양상을 보인다고 했다.

이하학적 소견과 증상은 거의 모든 예에서 종괴를 만질 수 있었고 다음으로 하복부동통이었으며,

최초의 증상은 질출혈, 질분비물을 혼히보는 증상이라고 했으며 *Hydrops tubae profluens*는 특정적 증상은 아니라고 했다¹⁾. 1915년 Latzko는 급작스런 수성폐하가 있으면서 동통과 종괴가 소실되는 것을 경험하여 이 증상군을 “*Hydrops tubae profluens*”라 명하고, 혼한증상은 질출혈과 내하라고 하였다. Kneale⁶⁾는 난관암의 자가용해와 분비로인해 대량의 황색수성분비물이 있어 노실증으로 오인할 수도 있다고 했고, Dodson²⁾은 약 70%에서 종괴가 있었고 자궁출혈과 동통이 주증상이라고 하고 특히, 폐경기 출혈이 자궁소파출로 호전이 없을 때 한번쯤 난관암을 의심해보라고 하였다. Benson¹⁷⁾은 난관내의 확장, 출혈, 고임, 난관종괴에 의한 주위조직압박 등으로 동통이 생긴다고 하였다. Sedlis⁶⁾는 오랫동안 무증상이며 진행된 시기에 나타나는 증상으로 질출혈, 동통, 내하를 들었다. Wechsler²⁴⁾는 동통이 있으면 전이를 의심해야 한다고 했고 약 10%에서 복수를 동반한다고 했다.

전이는 Sedlis⁶⁾에 의하면 복강전이 35%, 난소 22%, 자궁 11%, 장관 4%, 질 4%, 임파절 3%, 간 2%, 범발성전이가 4%라고 했으며, 복막전이가 있어도 난관근증침식은 드물다고 했다. 또, Parsons는 총 난관암의 30%에서 전이가 있으며 난관의 복강단을 통한 복막, 난소, 자궁으로의 직접과급이 주요전이 경로라고 했다. Hisham²²⁾은 임파관을 통해 주로 대동맥주위임파절로 전이되며, 병변이 난관에 국한되었더라도 대동맥 주위임파절과 장풀, 요부임파절 등에 전이된다고 했다. Boutselis¹⁰⁾는 점탁표면을 따라 전이되나 복강단이 거의 막히기 때문에 광범위한 복막전이는 드물다고 했고 Kistner¹⁶⁾는 혈행성 또는 원인내를 통해서도 전이된다고 하였다.

진단은 증상의 비특이성, 회귀성 등으로 조기발견이 어렵다. Kneale⁶⁾는 난관수종이 있을 때, Kinzel³⁾은 폐경기여성에서 복부종괴가 있을 때 복강경검사와 컴퓨터단층촬영을 권하며, 질도밀검사에 대해 Sedlis⁶⁾는 종양이 크고, 복강단폐쇄, 자궁구개방시 약 60%의 양성을 보이며 Boutselis¹⁰⁾는 80—100% 양성이었고, 이에대해 회의적인 겸해도 있다^{2,19,20)}. Fogh⁸⁾ 등은 질도밀검사가 양성, 자궁소파출과 생검을 모두 음성이면 난관암이 의심이 된다고 하였다. 다른 진단방법으로서는 후질벽절개술^{6,15)}, 복강경검사⁹⁾, 자궁난관활엽술⁴⁾, 후질원개천자술, 후질원개경등이 있고 이런 치치시에 전이의 우려가 있다고 하였다. 폐경기 후에는 난소암으로, 폐경기전에는 자궁근종, 자궁내막증, 골반복막염 등으로 생

각하기 때문에 발견이 어렵다고도 하며, 세심한 주의로 감별진단이 필요하다고 하였다.

H.¹¹)는 이차성이 아닌 원발성의 조건을 ① 육안적으로 주된 종양이 난관내에 있고, ② 양측난소와 자궁은 병변이 없고 ③ 조직학적으로 난관점막이 주로 침식되고, 유두상 구조를 볼 수 있어야 하며, ④ 악성과 정상상피 사이에 이행부위가 있어야 하며, 세포는 난관점막의 세포와 같아야 하고, ⑤ 난관결핵과는 반드시 구별되어야 한다고 정의하였다.

난관암의 치료와 예후판정을 위한 분류에 있어서 Schiller¹²⁾는,

I기 : 난관점막에 국한

I 기 : 장막표면은 침범되지 않고 점막하 또는 근총으로 확장.

II기 : 장막까지 확장

III기 : 난소나 자궁내막으로 전이

IV기 : 생식기 이외 부위로 전이

또 Dodson²⁾은,

I기 : 난관에 국한

I_a기 : 일측난관에 국한되고 복수가 없다.

I_b기 : 양측난관에 있고 복수가 없다.

I_c기 : 일측 혹은 양측난관에 있으며 복수내에 악성종양세포가 있다.

II기 : 일측 또는 양측난관에 있으며 골반내 장기에 전이되어 있다.

II_a기 : 자궁 또는 난소에 전이

II_b기 : 자궁 또는 난소이외에까지 전이되어 있다.

III기 : 단측 혹은 양측난관에 국한되어 있고 복강내로 넓게 전이되어 있다.

IV기 : 단측 혹은 양측난관에 국한되어 있으며 복강이외로 전이

Hu¹¹)는 조직학적 성숙도에 따라, 1) Grade I : Papillary type 2) Grade II : Papillary-Alveolar type 3) Grade III : Alveolar-medullary type 으로 분류하였다.

원발성 난관암에서의 치료는 전자궁적출술 및 양측부속기 절제술을 원칙으로 하고 보조요법에 대해서는 의견이 많다. Hershey¹³⁾, Kinzel¹⁴⁾, Sedlis⁵⁾, Engstrom, Ross¹⁹⁾ 등은 술후 방사선치료로 좋은 효과를 얻었다고 했고, Kneale⁶⁾, Hanton²⁰⁾, Kistner¹⁶⁾, Dodson²⁾은 상질부나 자궁내막전이시 근처적 자궁적출술과 골반입파절제거술, 그리고 보조요법이 도움이 된다고 하였다. 그러나 Novak⁷⁾, Israel, Momtazee¹²⁾, Hanton²⁰⁾, Telinde²⁵⁾ 등은 보조요법이 예후와는 무관하다고 했고, Boronow¹¹⁾, Hur-

Ibutt¹⁵⁾는 약물요법이 상당히 효과가 있다고 하였다.

예후는 난관암 자체로 악성도가 높고 또, 상당히 진행된 후 발견되게 되므로 역시 예후가 나쁘다.

Benedet²¹⁾는 142명을 modified Erez's classification으로 분류하고 각 기별에서의 5년생존율을 보고하였는데, I기에서 60%, II기에서 30%, III기에서 16%, IV기에서 2%로 평균 27%라고 하였다. 그리고 덧붙여 조직학적인 분화정도와 예후와의 관계는 관련이 없다고 하였다.

Hu¹¹, Anderson²⁴⁾, Kistner¹⁶⁾ 등은 조직학적으로 분화정도가 좋을수록 예후가 좋다고 했고 Green¹⁴⁾은 암세포의 침윤정도에 따라 예후가 다르다고 했다. 5년생존율은 보고자에 따라 25%~45%^{5,6,9)} 이었으며 Boutselis¹⁰⁾는 예후를 결정하는데 가장 중요한것은 치료시작시 임상적인 상태라고 하였다.

동반되는 질환으로는 난관염증, 자궁섬유증, 선근증, 난소낭종¹¹, 골반복막염, 자궁섬유증¹⁴⁾ 등을 보고했다.

요약

여성 생식기에서 매우 희귀하게 발생하는 난관암과 이에 동반된 활동성 난관결핵 1례를 경험하였기에 문헌적 고찰과 함께 보고하는 바이다.

참고문헌

- 1) Hu CY, Taymor ML, Hertig AT: Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1950; 59: 58.
- 2) Dodson MC: Clinical aspects of the fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol* 1970; 36: 935.
- 3) Kinzel GE: Primary carcinoma of the uterine tube. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 125: 816.
- 4) Jones OV: Primary carcinoma of the uterine tube. *Obstet Gynecol* 1965; 26: 122.
- 5) Sedlis A: Primary carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol Surv* 1961; 16: 209.
- 6) Kneale BLG: Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1966; 94: 840.
- 7) Novak ER: Carcinoma of the fallopian tube.

- Novak Textbook of Gynecology*, ed 10.
Baltimore, Williams and Wilkins Co, 1981,
p 496.
- 8) Fogh I: Primary carcinoma of the fallopian
tube. *Cancer* 1969; 23: 1332.
- 9) Hayden GF: Primary carcinoma of the
fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1960;
79: 24.
- 10) Boutsalis JR: Clinical aspects of primary
carcinoma of the fallopian tube. *Am J
Obstet Gynecol* 1971; 111: 98.
- 11) Boronow RC: Chemotherapy for disseminated
tubal carcinoma. *Obstet Gynecol* 1973;
41: 62.
- 12) Momtazee S: Primary adenocarcinoma of
the fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1968; 32
: 649.
- 13) Hershey DW: Primary carcinoma of the
fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 367.
- 14) Green TH: Tumors of the fallopian tube.
Clin Obstet Gynecol 1962; 5: 886.
- 15) Hurlbutt FR: Primary carcinoma of the
uterine tube. *Obstet Gynecol* 1963; 21: 730.
- 16) Kistner RW: Primary carcinoma of the
fallopian tube. *Gynecology*, ed 4. Chicago,
Yearbook Medical Publishers INC, 1986,
p 281.
- 71) Benson A: Malignant primary tumor of the
oviducts: *Current Obstet Gynecol Diagnosis
and Treatment*, California, Tange Medical
Publications, 1976, p 234.
- 18) Shiller HM: Staging and prognosis in pri-
mary carcinoma of the fallopian tube.
Cancer 1971; 28: 389.
- 19) Ross WM: Primary carcinoma of the
fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1962;
83: 425.
- 20) Hanton EM: Primary carcinoma of the
fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1966;
94: 832.
- 21) Benedet JL: Malignant tumor of the fallo-
pian tube: *Gynecol Oncol*, ed 1. 1881, p 621.
- 22) Hisham KT: Adenocarcinoma of the uterine
tube. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 14: 132.
- 23) Yoonesi M: Carcinoma of the fallopian tube.
Obstet Gynecol Surv 1979; 34: 257.
- 24) Anderson WAD: *Pathology*, ed 5. St Louis,
The CV Mosby Company, 1988, Vol 12,
p 1168.
- 25) Te Linde RW: *Operative Gynecology*, ed 5.
Philadelphia, JB Lippincott Company, 1977,
p 848.