



담낭암의 병리 육안적 형태, 병기에 따른 생존 분석 및 임상적 고찰

Survival Analysis of Gallbladder Cancer according to the Pathologic Type and Staging

저자 (Authors)	김현철, 황경규, 김용훈, 강구정, 임태진 Hyun-Chul Kim, Kyung-Kyu Hwang, Yong-Hoon Kim, Koo-Jeong Kang, Tae-Jin Lim
출처 (Source)	한국간담췌외과학회지 6(1) , 2002.6, 67-72 (6 pages) Korean Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery 6(1) , 2002.6, 67-72 (6 pages)
발행처 (Publisher)	한국간담췌외과학회 The Korean Association of HBP Surgery
URL	http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE01992875
APA Style	김현철, 황경규, 김용훈, 강구정, 임태진 (2002). 담낭암의 병리 육안적 형태, 병기에 따른 생존 분석 및 임상적 고찰. 한국간담췌외과학회지 , 6(1), 67-72.
이용정보 (Accessed)	계명대학교 114.71.5.213 2016/07/04 16:57 (KST)

저작권 안내

DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다.

이 자료를 원저작자와의 협의 없이 무단게재 할 경우, 저작권법 및 관련법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information

The copyright of all works provided by DBpia belongs to the original author(s). Nurimedia is not responsible for contents of each work. Nor does it guarantee the contents.

You might take civil and criminal liabilities according to copyright and other relevant laws if you publish the contents without consultation with the original author(s).

담낭암의 병리 육안적 형태, 병기에 따른 생존 분석 및 임상적 고찰

계명대학교 의과대학 외과학교실

김현철 · 황경규 · 김용훈 · 강구정 · 임태진

Survival Analysis of Gallbladder Cancer according to the Pathologic Type and Staging

Hyun-Chul Kim, M.D., Kyung-Kyu Hwang, M.D., Yong-Hoon Kim, M.D., Koo-Jeong Kang, M.D. and Tae-Jin Lim, M.D.

Department of Surgery, Keimyung University College of Medicine, Daegu, Korea

Background/Aims: The gallbladder cancer shows highly malignant potential and very poor prognosis. Most of patients who have gallbladder cancer are asymptomatic and have far advanced stage when it was diagnosed. Recently early detection rate of gallbladder disease was increased by common use of screening ultrasonography. For the patients with early staged cancer, we can achieve cure of the disease even with laparoscopic cholecystectomy. Instead, for the patients with advanced stage of gallbladder cancer, extended surgery is required for increased survival rate.

Methods: The authors analyzed the clinical manifestation, diagnosis, therapeutic modality and survival rate for the patients of gallbladder cancer who were treated with surgical resection. From 1993 to 2001, we analysed 55 patients who had gallbladder cancer that was proven pathologically.

Results: The mean age of 55 patients was 62.6 years old. The clinical manifestations were RUQ abdominal pain (50.9%),

jaundice (12.7%), anorexia (10.9%), epigastric discomfort, palpable mass, ascites and so on. Seven (12.7%) of the patients were asymptomatic. For diagnostic modalities, ultrasonography was used for all of the patients, abdominal CT, MRI and ERCP were used selectively. Among 55 patients, 18 patients were diagnosed as benign lesion preoperatively. The sensitivity rate of detecting malignancy was 67.3%.

The operative procedure included laparoscopic cholecystectomy, open cholecystectomy, cholecystectomy with regional lymph node dissection, cholecystectomy with combined hepatectomy and hepatopancreatoduodenectomy (HPD). Pathologic findings showed infiltrating type in 27 patients (49.1%) and fungating type in 28 patients (50.1%). Three and five year survival rate of each type were 39.8%, 14.2% and 62.1%, 48.3%. Three and five year survival rates of patients who had negative lymph nodes metastasis were 60.7% and 23.2%, instead positive lymph nodes metastasis were 18.3% and 0%.

Conclusion: In order to get better survival rate of the patients with gallbladder cancer, early detection and appropriate operative procedures are important, so that minimal invasive surgery for early cancer and extended surgery for advanced stages. (Korean J HBP Surg 2002;6:67-72)

Key Words: Gallbladder cancer, Survival rate

중심 단어: 담낭암, 생존율

서 론

담낭암은 고령에서 호발하는 악성도가 높은 종양으로서 상당히 진행되기 전까지는 증상이 없기 때문에 진단 당시 이미 절제 불가능할 정도로 진전되어 있는 경우가 많다. 그러나 근래에 초음파검사를 기본으로 하는 건강 검진이 보편화되면서 조기에 진단되어 심지어 복강경 담낭절제술로도 완치를 기대할 수 있고, 광범위한 절제를 동반하여 치

유도를 높이는 경우도 있어 그 진단과 치료 양상이 변화되어 가고 있다. 이에 저자들은 담낭암의 진단과 임상양상 및 치료에 따른 예후를 후향적으로 분석하였다.

대상 및 방법

1993년 4월부터 2001년 4월까지 계명대학교 동산병원 외과에서 담낭질환으로 담낭절제술 후 병리학적으로 악성 종양으로 진단되었던 환자 중 추적조사가 가능했던 55예에 대해 술 전 환자의 임상적 특성, 진단 및 이에 따른 수술방법을 분석하고 수술 후 조직학적 형태 및 병기에 따른 생존율을 분석하여 형태학적 혹은 병기에 따른 적절한 치료방침을 제시하고자 하였다. 담낭암의 병기는 AJCC (American

책임저자 : 김현철, 대구시 중구 동산동 194번지
☎ 700-712, 계명대학교 동산의료원 외과
Tel: 053-250-7322, Fax: 053-250-7322
E-mail: hck92@freechal.com

Joint Committee on Cancer)에 따른 분류를 사용하였으며 자료의 분석 및 처리는 SPSS 통계프로그램을 이용하였다. 누적 생존율은 Kaplan-Meier Method로 산출하였으며 병리조직학적 형태 및 병기에 따른 누적 생존율을 구하고 통계학적 유의도를 검정하였다. 유의도는 Log-Rank test로 검정하였고 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

1. 연령 및 성별 분포

전체 55예의 연령 분포는 41세에서 87세였고, 평균 연령은 62.6세였으며 60대에서 다른 연령군보다 많은 발생률(45.5%)을 보였고, 남자 25예, 여자 30예로 남녀비는 1 : 1.2이었다.

2. 임상증상

주증상은 상복부 동통이 28예(50.9%)로 가장 많았고, 황달이 7예(12.7%), 식욕 감퇴 6예(10.9%), 소화 불량 4예(7.3%), 종괴 촉진 2예(3.6%) 그리고 복수 1예(1.8%)의 순으로 나타났으며 이외에 무증상이었던 경우가 7예(12.7%)였다.

3. 술 전 진단

술 전 진단 방법으로 모든 예에서 복부초음파를 시행하였고 그 외 선택적으로 복부 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 내시경적 역행성 췌담관 조영술(ERCP)을 시행하여 술 전에 담낭암으로 진단되었던 경우는 37예(67.3%)였으며, 단순 담낭염 혹은 화농성 담낭염으로 진단되었던 경우가 8예(14.5%), 단순 담낭용종으로 진단되었던 환자가 5예(9.1%)이었고, 담석증으로 진단되었던 환자 5예(9.1%)에서는 술 후 담낭암으로 진단되었다.

4. 술식

술식은 술 전에 담낭암으로 진단되었던 37예(67.3%)에 대해서는 개복을 원칙으로 하였고, 이 중 수술소견상 주위 장기나 림프절 전이의 유무, 의심 부위의 동결절편의 결과에 따라 수술 범위를 결정하였다. 술 전에 양성 질환으로 진단되었던 18예(32.7%)는 복강경하 담낭절제술 및 개복하 담낭절제술이 주가 되었으며, 이 중 3예에서는 수술 소견상 주위 림프절 전이가 확인되어 림프절 광청술을 병행하였다. 복강경하 담낭절제술이 5예(9.1%), 개복하 담낭절제술이 28예(50.9%), 개복하 담낭절제술 및 주위 림프절 광청술을 시행했던 경우가 7예(12.7%), 개복하 담낭절제술, 림프절 광청술을 같이 시행하고, 육안적으로 담낭암의 간침범이 의심되어 약 2 cm 깊이의 간상(wedge)간절제술까지 시행한 경우가 9예(16.4%), 간췌십이지장절제술(HPD)이 3예(5.5%), 병변을 절제하지 못한 경우가 3예(5.5%)로 나타났다.

5. 담석증의 동반여부

전체 55예 중 담석증을 동반했던 경우가 21예(38.2%)였고 동반하지 않은 경우가 34예(61.8%)로 담석증을 동반하지 않은 경우가 더 많았다.

6. 병리 육안소견

담낭암의 병리학적인 육안 소견에 따라 종괴를 형성한 균 주 팽창형(fungating type)이 28예(50.9%)였고, 종괴의 형성 없이 전반적인 담낭벽의 비후 주 침윤형(infiltrating type)이 27예(49.1%)였다. 팽창형에서 종괴의 평균 크기는 26.6 mm였고, 크기가 1 cm 미만인 경우가 4예(7.8%), 1~3 cm인 경우가 11예(21.5%), 3~5 cm인 경우가 10예(18.2%), 5 cm 이상인 경우가 2예(3.6%)였다.

7. 생존 분석

1) 병리육안적 형태별 누적 생존율: 종괴를 형성한 팽창형암의 3년, 5년 생존율은 각각 62.1%, 48.3%였고, 종괴의 형성 없이 전반적인 담낭벽의 비후를 보인 침윤형암의 3년, 5년 생존율은 각각 39.8%, 14.2%로 종괴를 형성한 균(팽창형)에서 생존율이 더 좋은 것으로 나타났으나 통계적 유의성은 없었다($p=0.06$) (Table 1, Fig. 1).

2) 림프절 전이에 따른 누적 생존율: 림프절 전이가 없었

Table 1. Survival rate

	Number (%)	3-yr survival	5-yr survival	Median survival (mo)	p-value
Tumor type					
Fungating	28 (50.9)	62.1	48.3	39	0.06
Infiltrating	27 (49.1)	39.8	14.2	17	
Lymph node status (LN)					
LN (-)	42 (76.0)	60.7	23.2	39	0.06
LN (+)	13 (24.0)	18.3	0	22	
Depth of invasion					
m	2 (3.6)	100	100	65	0.002
pm	22 (40)	69.6	61.4	62	
se	21 (38, 2)	45.2	15.3	22	
si	9 (16.4)	0	0	14	
Stage (AJCC)					
Stage I	2 (3.6)	100	100	65	0.00
Stage II	19 (34.5)	72.4	61.4	57	
Stage III	23 (41.8)	45.2	15.3	27	
Stage IV	9 (16.4)	0	0	14	

m = mucosal cancer; pm = muscularis; se = extends to serosa; si = invade to adjacent tissue

던 경우가 42예(76.0%)였고 3년, 5년 생존율은 각각 60.7%, 23.2%였으며 림프절 전이가 있었던 경우가 13예(24.0%)로 3년, 5년 생존율이 각각 18.3%, 0%였다($p=0.06$) (Table 1, Fig. 2).

3) 담낭암의 심달도에 따른 생존분석: 담낭암이 점막에만 국한되었던 경우가 2예(3.6%)였고 3년, 5년 생존율은 각각 100%였으며, 이 중 1예는 술 후 65개월에 사망한 것으로 나타나는데 이것은 사고사로 밝혀졌다. 담낭암이 근층까지 침범한 경우는 22예(40.0%)였고 3년, 5년 생존율은 69.6%, 61.4%로 나타났다. 담낭암이 장막까지 침범한 경우는 21예(38.2%)로 3년, 5년 생존율은 45.2%, 15.3%였고, 장막을 통과하여 주위조직이나 장기까지 침범한 경우는 9예(16.4%)로 3년, 5년 생존율 모두 0%로 나타나 심달도가 깊을수록 생존율은 낮게 나타났다($p=0.002$) (Table 1, Fig. 3).

4) 병기별 생존분석: AJCC (American Joint Committee on

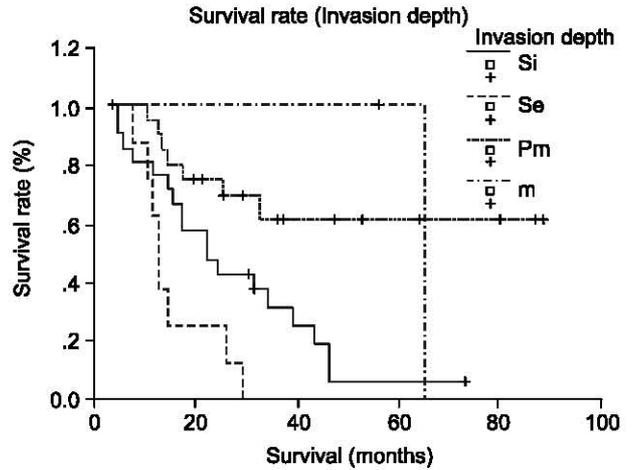


Fig. 3. Invasion depth and survival rate. m = mucosa; pm = muscularis; se = subserosa; si = invasion to adjacent tissue or organ.

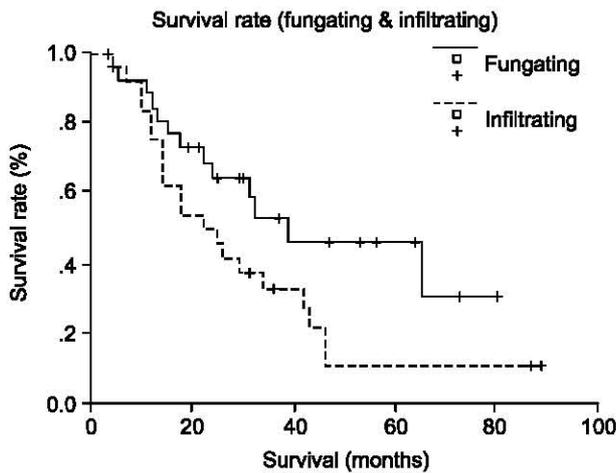


Fig. 1. Tumor type and survival rate.

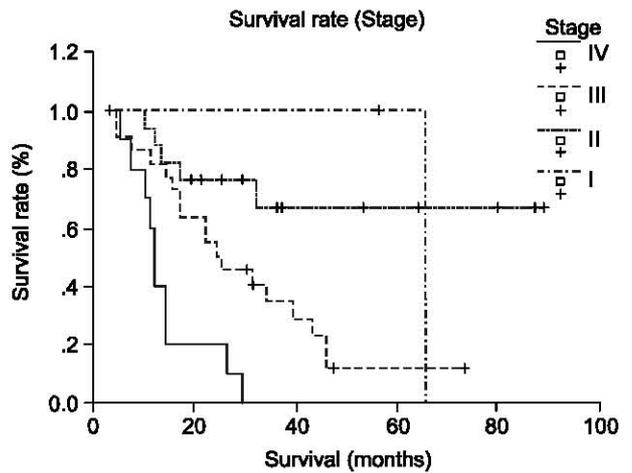


Fig. 4. Stage and survival rate.

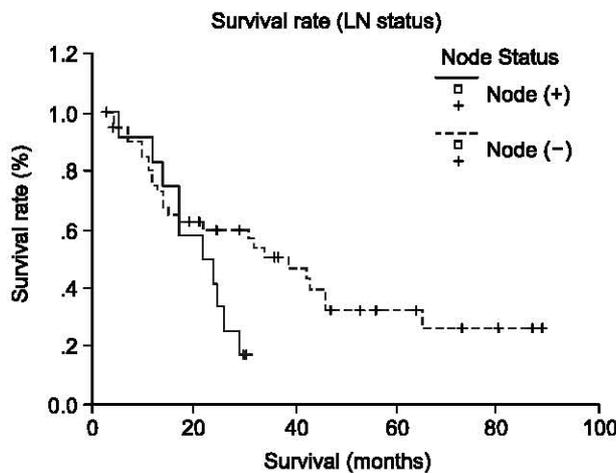


Fig. 2. Lymph node status and survival rate.

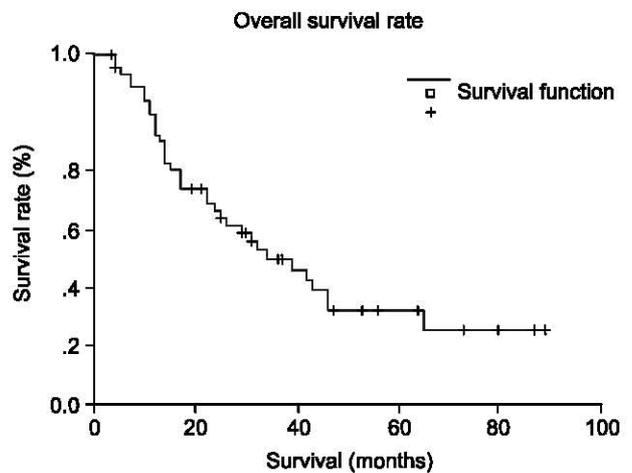


Fig. 5. Overall survival rate of gallbladder cancer.

Cancer)에 따른 병기별 분류로 볼 때 1기는 2예(3.6%)였고 3년, 5년 생존율은 모두 100.0%였으며, 2기는 19예(34.5%)로 3년, 5년 생존율은 72.4%, 61.4%였고, 3기는 23예(41.8%)로 3년, 5년 생존율은 45.2%, 15.3%였으며, 4기는 9예(16.4%)로 3년, 5년 생존율 모두 0%였다(Fig. 4). 병기에 구분 없이 전체 3년 생존율은 38.6%였고, 5년 생존율은 23.2%였다(Table 1, Fig. 5).

고 찰

담낭암은 1771년 처음 기술된⁵⁾ 이래 최근의 의학발전에도 불구하고 그 원인 규명 및 조기 진단이 어려우며 대부분의 경우 무증상으로 시작하여 증상 발현 당시 이미 상당히 진행된 병기에 진단이 되고, 조기에 전이가 잘되어 절제할 수 없는 경우가 많기 때문에 생존율이 다른 소화기 암에 비하여 예후가 불량한 것으로 알려져 있다.⁶⁾ 그 빈도에 있어서도 각기 다른 견해가 많아 1508년 Courvoisier⁷⁾가 기술한 후 지역에 따라 빈도의 차이를 보이고 있으나 일반적으로 1.1~3%의 빈도로 보고되고 있고, 소화기계 암 중 다섯 번째로 많다는 보고도 있다.^{1,2)}

담낭암의 원인으로는 확실히 규명된 요인은 아직 없으나 담석증, 췌양성 대장염, 만성담낭염, 도제담낭(porcelain), 담즙산의 대사물과 유사한 methylcholanthrene, dimethylnitrosamine, -aminoazotoluen 같은 발암 물질, 췌담관 합류 이상, 담낭선종이나 이형성, 담도계 기생충 감염 등이 알려져 있다.¹³⁾

담낭암의 연령 분포는 서구의 경우 62.5~68.2세로 보고되고 있고, 국내의 경우 평균 56세로 다소 낮은 연령 분포를 보였으나 저자의 경우 평균 연령 62.6세를 나타내었다.^{2,13)} 성별분포에 있어서 여성이 남성보다 2~3배 많은 것으로 알려져 있고²⁾ 저자들의 경우 1:1.2로 여성에서 약간 높은 비율을 보였다.

담낭암의 증상은 일반적으로 염증이 나 출혈 등의 합병증이 없다면 무증상으로 진행하거나 증상이 있다해도 비특이적인 경우가 많아 진단이 어렵고,²⁴⁾ 증상이 있을 때에는 담낭암이 상당히 진행되거나 주위 장기로 전이된 경우가 많고,³⁾ 담석이 동반될 경우 담낭염의 증상으로 나타나므로 양성 질환과의 구별이 쉽지 않다.

방사선학적 진단방법으로 먼저 단순복부촬영에서 담낭의 석회화가 나타날 경우 담낭암의 동반 가능성을 의심할 수 있다고 하나²⁴⁾ 특이적인 소견은 아니며, 경구 담낭 조영술 및 방사성 핵종 주사법은 초기 담낭암의 경우 거의 정상적 기능을 보여 의미가 없고, 진행된 경우에도 담낭의 비특이적 이상기능을 보일 뿐이며 또한 경피경간담관 조영술이나 내시경적 역행성 췌담관조영술의 경우도 상당히 진행된 이후에나 이상소견을 나타낸다고 보고하고 있다. 일반적으로 현재 사용되는 방사선학적 진단방법으로 초음파, 복부

컴퓨터단층촬영, 내시경적 역행성 췌담관조영술, 자기공명영상 등이 사용되는데, 담낭암의 초음파 진단소견으로 조기에는 담낭벽의 불규칙한 윤곽을, 진행 시는 담낭내강에 에코를 동반하는 종괴를 보인다고 하였고, 균상으로 자라나는 종양, 침윤성 종괴에 의한 비후된 담낭벽을 이차 부소견으로 담석, 담낭내 농양, 후복막 또는 췌장주변의 종괴, 담관 확장증 등이 특징적이다. 초음파 진단으로 수술전 종양의 크기, 전이 등의 술 전 정보를 얻을 수 있다고 하나 복부 컴퓨터단층촬영으로 환자의 70%에서 진단이 가능하여 가장 좋은 방법이라 할수 있겠다. 문헌에 의하면 전체 담낭암의 술 전 진단율은, 9%에서 13%이었다는 보고가 있고 술 전에 한 예도 진단하지 못했다는 보고도 있다.²⁴⁾ 저자들의 경우 모든 예에서 복부 초음파를 시행했고 선택적으로 복부 컴퓨터단층촬영, 자기공명영상, 내시경적 역행성 췌담관조영술을 시행하였고, 술전 진단율은 67.3%로 나타났다. 후향적 조사 결과 이것은 한 가지 진단방법이 아닌 여러가지 진단방법을 동시에 시행함으로써 진단율을 향상시킨 것으로 생각된다.

담석증의 동반은 서양의 경우 54~100%에서 동반된다고 보고되어 있다.^{16,24)} 서양의 경우 55.8%에서 담석이 동반된다고 하였고 그중 약 50%에서 콜레스테롤 담석이었다고 보고하였다.⁸⁾ 국내의 여러 가지 보고²³⁾에 의하면 서구나 일본의 경우보다 다소 낮아 담석의 동반율은 20~40%였고 저자들의 연구에서는 38.2%에서 담석을 동반하였다. 1931년 Graham 등¹⁴⁾은 담석을 가진 환자에서 예방적 담낭절제술을 제안한 이래로 많은 사람이 의하여 이의 효용이 체정되어졌으나 가끔 담낭절제술의 수술 이환율과 사망률이 담낭암의 위험보다 높을 수도 있다고 하여 논쟁이 되기도 했다. Lund 등¹⁹⁾은 5~20년간 526명의 환자를 추적조사하여 약 1/3에서 심한 증상과 합병증이 나타난다고 보고하면서 무증상 담낭담석증을 가진 고령의 여자에서 수술위험도가 낮은 경우 예방적 담낭절제술을 권하였다. 그러나 무증상 담석증을 가진 환자의 추적조사에서 한 예도 암으로 진행되는 것을 발견하지 못했다는 보고도 있다.¹³⁾ 담석증의 담낭암으로의 진행위험도는 1~3%이라는 보고가 있고, 담낭담석의 수와 담낭암의 발생에는 관계가 없으나 크기에 관계가 있어 담석이 1 cm 이하에서보다 3 cm 이상인 경우 담낭암으로 진행될 위험이 10배나 높다는 보고도 있다.⁸⁾ 현재까지의 보고에 의하면 담석증과 담낭암의 인과관계는 분명하지 않다고 생각된다.

담낭암의 병리육안적 소견은 보통 침윤형과 팽창형의 두 가지 형태로 나누며 담낭암의 호발부위는 기저부와 경부이며 약 20%에서 측벽에서도 발생하며 드물게 담낭관에서도 발생한다. 담낭암의 가장 흔한 조직학적 형태는 선암으로 약 80~85%를 차지하고 비분화암은 7%, 편평상피세포암은 3%, 그 외 혼합형, 악성 임파종, 평활근 육종 등이 있다. 저자들의 연구에서는 선암이 90%를 차지하며 팽창형과 침윤

암은 각각 비슷한 비율을 보였다.

담낭암의 치료원칙은 근치적 절제술이며 그외 방사선 요법, 항암요법, 면역요법 등이 사용되고 있으나 그리 효과적이지 못하다.¹⁰⁾ 현재 담낭암의 병기분류로 Nevin²⁰⁾분류법, TNM분류법(AJCC, 1992) 등이 주로 이용되고 있으며 저자들의 경우 TNM분류법을 이용하였다. Nevin²⁰⁾은 종양의 침윤 정도에 따라 5단계로 분류하였고 일본담도 외과연구회의 담도암 취급규정은 임파절 전이, 장막 침윤, 복막전이, 간전이, 간내직접 침윤 및 담관 침윤에 따라 4단계로 분류하고 있다. 과거 대부분은 Nevin²⁰⁾의 분류법을 주로 사용하였으나 담낭암은 장막층의 침범 없이도 간이나 임파절에 전이되기도 하고, 담낭은 간에 접촉하고 있어 간에 침범한 깊이에 따라 치료방법을 달리하는 것이 합당하며 간에 침범이 있지만 그 깊이가 2 cm을 경계로 하여 T3와 T4를 구분하는 TNM방식이 더욱 유용할 것으로 생각된다. 수술방법은 병기에 의해 결정되며 Ogura 등²¹⁾은 단순담낭절제술만으로도 점막 및 근육층까지 침범된 경우에 5년 생존율이 70~80%에 이르고, 적극적 수술은 침범 정도에 따라 결정되는데 술 전 진단율이 낮으므로 수술 중에 의심 부위가 있으면 동결절편을 시행하여 점막층 이상 침범하면 주변 림프절 절제술 및 간상절제술을 시행해야 하며, 확대 담낭절제술이 필요할 수도 있다.¹²⁾ 진행된 암의 경우 상기 수술 외에도 전이가 췌두부후방 림프절에 국한되며 십이지장 혹은 췌장에 미세침범이 있는 경우에 췌십이지장절제술이 시행되고, 광범위간우엽절제술은 간침범이 더 진행된 경우에 시행되며,¹⁷⁾ 광범위간우엽절제술 및 췌십이지장절제술은 슬식 자체에 의한 치명률이 매우 높아 70세 이하의 영양상태가 좋은 환자에서만 시행될 수 있다.¹⁷⁾ 반면 진행된 암에서 간엽절제술 등의 적극적 수술로서 생존율의 개선이 없었으며 차라리 고식적 수술 및 보조적 항암요법의 적용을 주장한 보고도 있다.¹⁵⁾ 최근 담석증의 수술 방법으로 복강경하 담낭절제술이 많이 행해지고 있으며 이러한 단순 담낭절제술 후 우연히 담낭암이 발견되었을 때 담낭절제술 후의 치료에 대한 의견이 분분하다. 담낭암의 단순 담낭절제술 후 점막층에 국한된 경우 재수술이 필요없으며,²⁵⁾ 점막층에 국한된 담낭암에서 재수술을 시행하지 않았으나 점막층 이상이 침범되어 재수술을 시행한 11예 중 5예에서 장막층의 침범 없이도 임파절이나 간 전이가 발견되어 재수술을 하였다.⁴⁾ 우연히 발견된 담낭암에서 2차적 수술 시행한 후에 잔존암이 발견된 경우가 있어 확대 담낭절제술이 필요하다는 보고도 있다.^{22,26)}

담낭암의 5년 생존율은 대체로 10~30%로 예후가 매우 불량한 것으로 보고되어 있으나²⁰⁾ 유두성종양은 다른 형태의 종양에 비해 비교적 예후가 좋아서 5년 생존율이 50%까지 높게 보고되고 있다. 예후인자로서 진단 당시의 병기, 담낭벽의 침윤도와 암세포의 분화도가 중요하며²⁰⁾ 저자의 경우 림프절전이를 포함한 병기가 예후 인자로서 가장 중요

한 것으로 나타났다.

요 약

목적: 담낭암은 고령에서 호발하는 악성도가 높은 종양으로서 상당히 진행되기 전까지는 증상이 없기 때문에 진단 당시 이미 절제 불가능할 정도로 진단되어 있는 경우가 많다. 그러나 근래에 조기에 진단되어 심지어 복강경 담낭절제술로도 완치를 기대할 수 있고, 광범위한 절제를 동반하여 치유도를 높이는 경우도 있어 그 진단과 치료양상이 변화되어 가고 있는 것으로 여겨진다.

대상 및 방법: 1993년 4월부터 2001년 4월까지 계명대학교 동산병원 외과에서 담낭질환으로 담낭절제술 후 병리학적 소견상 악성종양으로 진단되었던 환자 중 추적조사가 가능했던 55예에 대해 후향적 연구 및 조사를 하였다.

결과: 1) 전체 55예의 연령분포는 41세에서 87세였고, 평균연령은 62.6세였으며 60대에서 다른 연령군보다 많은 발생률(45.5%)을 보였고, 남자 25예, 여자 30예로 남녀비는 1 : 1.2이었다.

2) 병리 육안소견: 담낭암의 병리학적인 육안 소견에 따라 팽창형이 28예(50.9%)였고, 침윤형이 27예(49.1%)였으며 팽창형에서 종괴의 평균크기는 26.6 mm였다.

3) 생존분석

(1) 병리학적 형태별 누적 생존율; 팽창형암의 3년, 5년 생존율은 각각 62.1%, 48.3%였고, 침윤형암의 3년, 5년 생존율은 각각 39.8%, 14.2%로 종괴를 형성한 군(팽창형)에서 생존율이 더 좋은 것으로 나타났으나 통계학적 유의성은 없었다($p=0.06$).

(2) 임파절 전이, 심달도, 병기별 생존율; 임파절 전이가 있는 군, 병변의 심달도가 깊을수록, 그리고 병기가 높을수록 각각의 3년 및 5년 생존율이 낮았다.

결론적으로 담낭암은 조기진단 및 적절한 수술술식의 선택이 무엇보다 중요하며, 건강검진에서 초음파검사를 통하여 우연히 발견되는 5~15 mm 정도의 폴립형 종양의 경우에도 그 악성빈도가 상당히 높은 것으로 나타나 이런 경우 반드시 수술적 접근을 통해 그 병리조직학적 결과를 확인해 볼 필요가 있다고 생각하며, 복강경을 통한 단순 담낭절제술을 시행 후 악성으로 나타났을 경우 그 심달도에 따라 근층 이상을 침범했을 경우는 2차적 수술 즉 주위 임파절 광범위 절제술, 간엽절제술 및 간췌십이지장 절제술 등의 광범위한 절제도 필요하다고 생각한다.

참 고 문 헌

- 1) 권오형, 문철, 허경발. 원발성 담낭암. 대한외과학회지 1988; 34:261-268.
- 2) 김석구, 박홍길, 이찬영. 담낭암에 대한 임상적 고찰. 대한외과

- 학회지 1984;27:702-707.
- 3) 엄준원, 김광호, 김영철, 구범환. 담낭암 및 간의 담관암의 생존율에 관한 연구. 대한외과학회지 1995;48:531-541.
 - 4) de Aretxabala X, Roa I, Araya JC, Burgos L, Flores P, Huenchullan I, Miyazaki I. Operative findings in patients with early forms of gallbladder cancer. *Br J Surg* 1990;77:291-293.
 - 5) Arminski TC. Primary carcinoma of the gallbladder. A report of 78 cases. *Am J Surg* 1962;103:368.
 - 6) Bosset JF, Manton G, Gillet M, Pelissier E, Boulenger M, Malington P, Caribon O, Schrqub S. Primary carcinoma of the gallbladder. *Cancer* 1989;64:1843-1847.
 - 7) Courvoisier LG. Casuistisch-statistische beitrage zur pathologic and chirurgie der gallenwege. Leipzig: Vogel 1890.
 - 8) Csendes A, Becerra M, Rojas J, Medina E. Number and size of stones in patients with asymptomatic and symptomatic gallstones and gallbladder carcinoma; a prospective study of 592 cases. *J Gastrointestinal Surg* 2000;4:481-485.
 - 9) Fakim RB, Ferris DO, McDonald JR, Minn R. Carcinoma of the gallbladder; an appraisal of tis surgical treatment. *Arch Surg* 1988;86:176.
 - 10) Fong Y, Jarnagin W, Blumgart LH. Gallbladder cancer; comparison of patients presenting initially for definitive operation with those presenting after prior noncurative intervention. *Ann Surgery* 2000;232:557-569.
 - 11) Fujimoto T, Kato Y, Kitamura T, Hiratsuka T. Case report: hypochoic area as an ultrasound findings suggesting subserosal invasion in polypoid carcinoma of the gallbladder. *Br J Radiol* 2001;74:455-457.
 - 12) Fujisaki S, Saitoh Y, Tomita R, Fukuzawa M. Laparoscopic extended cholecystectomy. *J Laparoendoscopic & advanced Surgical Techniques-Part A* 2001;11:219-222.
 - 13) Gracie WA, Ransohoff DF. The natural history of silent gallstones: the innocent gallstone is not a myth. *N Engl J Med* 1982;307:798-800.
 - 14) Graham EA. Prevention of carcinoma of the gallbladder. *Ann Surg* 1931;93:317.
 - 15) Ishzaki M, Akiyama N, Tanaka S, Motegi M. Long-term survival of a patient with postoperative liver metastasis of stage IVa gallbladder cancer responding hepatic arterial infusion chemotherapy. *Japanese Journal of Cancer & Chemotherapy* 2001;28:395.
 - 16) Morris PJ, Malt RA. Oxford textbook of surgery. Oxford University Press, 1994, p1240.
 - 17) Kondo S, Nimura Y, Hayakawa N, Kamiya J, Nagino M, Uesaka K. Extensive surgery for carcinoma of the gallbladder. *Br J Surg* 2002;89:179-184.
 - 18) Kozuka S, Tsubone M, Yasui A, Hachisuka K. Relation of adenoma to carcinoma in the gallbladder. *Cancer* 1982;50:2226-2234.
 - 19) Lund J. Surgical indications in cholelithiasis; prophylactic cholecystectomy elucidated on the basis of long term follow up on 526 nonoperated cases. *Ann Surg* 1960;151:153.
 - 20) Nevin JE. Carcinoma of the gallbladder. *Cancer* 1976;37:141.
 - 21) Ogura Y, Mizumoto R, Isaji S, Kusuda T, Matsuda S, Tabata M. Radical operations for carcinoma of the gallbladder: present status in Japan. *World J Surg* 1991;15:337-343.
 - 22) Romano F, Franciosi C, Caprotti R, et al. Laparoscopic cholecystectomy and unsuspected gallbladder cancer. *Eur J Surg Oncol* 2001;27:225-228.
 - 23) 설병룡, 문상은. 원발성 담낭악성종양에 관한 임상적 고찰. 대한외과학회지 1987;32:49-58.
 - 24) Silk YN, Douglass HO Jr, Nava HR. Carcinoma of the gallbladder. The Roswell Park experiences. *Ann Surg* 1989;210:751-757.
 - 25) Waghlikar GD, Behari A, Krishnani N, et al. Early gallbladder cancer. *J Am Coll Surg* 2002;194:137-141.
 - 26) Wise PE, Shi YY, Washington MK, et al. Radical resection improves survival for patients with pT2 gallbladder carcinoma. *Am Surg* 2001;67:1041-1047.