

요막관 선암 1례

고신대학교 의학부 비뇨기과학교실

이창규 · 최 성 · 김종철 · 류현열

A Case of Urachal Adenocarcinoma

Chang Kyu Lee · Seong Choi · Jong Chul Kim · Hyun Yul Rhew

Department of Urology, Kosin Medical College, Pusan 602-702, Korea

= Abstract =

A case of urachal adenocarcinoma is herein presented in a 54 year-old male. The patient complained intermittent total painless gross hematuria for four months and diagnosis was made by pelvis CT and cystoscopic biopsy. Radical cystectomy with removal of urachus was made. A brief review of literature was made.

Key Words : Bladder tumor, Adenocarcinoma, urachus.

요막관 선암은 방광종양의 대단히 드문형으로 1963년 Hue등이 처음 처음 보고한 이래 국내외에서 다수의 보고가 있으나 그 예후가 불량하다고 한다.

본교실에서는 최근 수개월동안에 급속히 진행한 요막관 선암 1례에 대해 근치적 방광전적출술 및 FAM 항암요법을 시행한 1례를 치험하였기에 보고하는 바이다.

증 례

본 환자는 54세된 남자 환자로 4개월간의 간헐적인 무통성 육안적 혈뇨를 주소로 내원하였다. 과거력과 가족력에서는 특이사항 없었으며 입원당시 환자는 비교적 건강한 상태였다. 이학적 검사에서도 특이사항 없었다.

검사실 소견 : Hb 12.1gm %, Hct 35.5gm %,

백혈구 7400/mm³이었다. 요검사에서 백혈구 10~15개, 적혈구는 다수로 나타났으나 점액 분비는 없었고 균은 동정되지 않았다. 혈액화학적 검사는 모두 정상범위였다.

방광경 소견 : 방광 정부에서 방광내로 돌출되는 결절성 종물을 발견하였고 괴사는 볼 수 없었으며 조직생검을 시행한 결과 선암으로 판명되었다.

방사선 검사소견 : 흉부와 단순복부 사진은 정상이었으며 경정맥성 신우조영술도 정상이었다(Fig. 1). 전신단층촬영에서 방광정부에 3×4 cm 크기의 결절성 종물이 보였으며 이는 방광벽에서 방광내로 돌출되는 양상이었고 임파절 비대는 보이지 않았고(Fig. 2) 골주사 동위원소 검사에서는 정상소견을 보였으나(Fig. 3) 치료를 하지않은 상태로 퇴원후 전신적인 동통을 주소로 1개월후 재입원시 시행한 전신단층 촬영

영에서 종물의 크기가 증가되었으나 골반임파절 증대는 없었다. 위장관선암의 전이유무를 알기 위해 시행한 위내시경, Barium enema, 직장경 검사상 정상으로 나타났다.

수술소견 : 이상과 같은 소견을 종합하여 요막관에서 발생한 원발성 방광선암이란 임상진단하에 근치적 방광절제술을 시행하였고 수술시야에서 종물은 요막관과 연결되어 방광으로 돌출되는 양상이었고(Fig. 4) 전신단층촬영에서 보이지 않았던 골반임파절의 비후소견을 볼 수 있었다.

병리학적 소견 : 요세포학적 검사에서 악성 종양세포가 발견되었고 술전 방광경하 조직생검에서 선암으로 나타났다. 술중 비후된 골반임파절에서 종양세포의 전이소견이 있었고 술후 조직검사에서 종물은 다양한 분화를 보이는 선암종세포로 거의 전층이 침범되었고 부분적으로 방광내면을 피복하는 이행상피는 잘 유지되어 있었다(Fig. 5). 심한 역형성을 보이는 인환세포(signet ring cell)가 대부분을 차지하였고 일부에서 분명한 선구조를 형성하는 분화가 좋은 선암종의 소견을 보였다. 그러나 어떠한 부위에서도 이행상피 암종의 증거는 찾을 수 없었다.

수술경과 및 추적조사 : 술후 환자는 FAM 화학요법을 시행한 후 퇴원하였다. 퇴원후 FAM 화학요법을 1회 더 시행받았으며 술후 6개월째 사망하였다.

고 안

요막관은 총배설강으로부터 기원하고, 방광의 상부가 제대 위치에서 요막관과 합치게 될 때, 이 부분의 방광이 좁아져서 형성되는 것으로서, 성인에서 그 길이는 5~5.5cm이고, 가장 원위부는 방광첨부로부터 3cm 가량 상부에 위치하며, 점막내 부분, 근육내 부분, 방광 상부 등의 3부분으로 구성된다. 요막관의 정상 내부상피는 이행성 세포인데 비하여 요막관 암의 약 95%는 점액을 분비하는 선암이며, 이는 metaplastic

transformation으로 설명하고 있다.⁵⁾

요막관 선암은 남성에서 1.5-4:1로 호발하며, 호발연령은 40~70세이다.²⁾

요막관 선암은 방광밖에서 기원하므로 초기 증상은 명확하지 않을 수 있으나 일단 진행되어 방광점막을 침윤한 경우에는 문헌에 나타난 대부분의 경우에서 무통성의 혈뇨가 있었다.¹⁾ 그외, 치골 상부의 동통성 종물촉지나 제부로 부터의 점액 분비등의 증후가 있을 수 있고, 소변의 육안적 혹은 현미경 검사로 약 25%에서 점액이 발견된다고 하였으나 본 예에서는 발견되지 않았다.⁶⁾

요막관 선암의 약 88%는 방광경 검사로 확인되며 기타 유두상 혹은 폴립상의 종괴, 궤양, 모세관 확장증, 방광 천정부에 보이는 출혈성 중심을 가진 유두상의 병변, 편평종물등의 소견이 나타난다.^{4, 6)} 그외 초음파검사, 방광 조영술, 배설성 요로조영술 등도 진단에 도움을 주는데, 흔히 볼 수 있는 방사선학적 소견으로는 방광정부의 충만결손 혹은 점막석회화이고, 기타 요세포학 검사나, TUR 생검 등도 진단에 도움을 준다.⁷⁾ 최근에는 전산화 단층촬영이 보편화되면서 진단 및 치료에 많은 도움을 주고 있으며,³⁾ 위 장관계의 전이에 의한 선암과 감별이 요하므로 UGI, Barium enema, 직장경 검사 등이 필요하며⁵⁾ 본예에서는 모두 정상소견이었다.

방광선암의 약 15%가 방광의 정부에서 발생하고, 원발성 및 전이성 방광선암과 요막관 선암간에는 예후의 차이가 있으므로 감별진단이 필요한데, Mostofi에 따른 진단기준을 보면 1) 종양이 방광의 정부에 위치할 것, 2) 낭포성 방광염이 없을 것, 3) 종양이 정상 혹은 궤양이 있는 상피를 가지며 근육층이나 심부조직을 침범할 것, 4) 요막관의 흔적이 있을 것, 5) 치골상부에 종괴가 있거나 촉진될 것, 6) 종양과 상피층사이에 뚜렷한 경계가 있을 것, 7) 방광벽에 종양의 가지가 있고 Retzius space, 전복벽 혹은 제부로의 확장이 있을 것, 8) 방광이외의 곳에 원발성 종양이 없을 것 등인데 본례에서는

7번을 제외한 모든 진단기준에 적합하여 요막관에서 발생한 선암으로 진단하였다.⁵⁾ 그러나 역시 방광선암의 근원을 규명하는 데는 어려움이 있으므로, 방광경 시술자는 전방이나 방광정부의 어떤 병변에 대해서도 의심을 가져야 하며, 이에 위치한 모든 종양은 요막관 종양으로 생각하고 치료하는 것이 좋다.

요막관 선암에서, 대개는 국소침윤 성향으로 인하여 병이 진행되며, 전이는 우선적으로 국소 임파선에 일어나므로, 종양의 국소조절이 치료 성공의 관건이 된다. 지금까지 수술적 치료와 방사선 치료가 사용되어져 왔으나, 전자가 더 효과적인 것으로 알려져 있다.⁷⁾

치료는 경요도적 절제술, 부분 방광절제술, 근치적 방광절제술 등을 시행하나 Whitehead 등(1971)에 의하면 치료방법에 따른 큰 차이가 없다.⁸⁾ 약 7%에서는 재부를 침범하므로 재부 절제를 주장하기도 하나 논란의 여지가 있으며 본례에서는 시행치 않았다. 부분 방광절제술 후에는 약 38%에서 재발한다고 하며 원칙적으로 초기에 근치적 방광절제술 및 요로전환술을 시행하는 것이 일반적인 추세이다.⁶⁾ 방사선 요법이나 화학요법은 대부분 효과가 없으나 수술적 요법과 병행시 부분적인 효과가 있다고 한다. 본례에서는 수술요법 후 FAM 화학요법을 부가적으로 시행하였다.

예후는 5년 생존율이 6.5~15%로 극히 불량한데 이는 종양이 방광외부 요막관이나 방광근육내 깊숙이 위치하고 방광벽내 완전한 피막이 형성되지 않아서 방광벽을 쉽게 침윤하기 때문이다.^{5, 6)}

요막관 선암의 병기는 다음과 같다.

Stage I : No invasion beyond the urachal mucosa.

Stage II : Invasion confined to the urachus.

Stage IIIa : Local extension into the bladder.

Stage IIIb : Local extension into the abdominal wall.

Stage IIIc : Local extension into the peritoneum.

Stage IIId : Local extension into the viscera other than the bladder.

Stage IVa : Metastasis to the regional lymph node

Stage IVb : Distant metastasis.

요막관 선암 발견당시 83%가 이미 병기 III 이상이라고 하며⁷⁾ 본예에서는 병기 IVa에 해당되었다.

결론

본 교실에서는 간헐적인 무통성 혈뇨를 주소를 입원한 54세 남자에서 요막관선암의 1례를 치험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

참고 문헌

- 1) 이영태 신동철, 이무상 : 요막관 선암 1례. 대한비뇨학회지 23 : 265-8, 1982.
- 2) Douglas EJ, Bryon GH, Fadi W. A-K, Alberto GA : Urachal carcinoma. Urol 26 : 218-21, 1985.
- 3) George DM, Norman LB, Herman MC, Michael I : Urachal carcinoma ; Diagnosis by computerized axial tomography. J Urol 123 : 275-7, 1980.
- 4) Loening SA, Hawtrey EJ, Culp DA : Adenocarcinoma of the Urachus J Urol 119 : 68-71, 1978.
- 5) Mostofi FK, Thomason RV, Dean AL : Mucous adenocarcinoma of the urinary bladder. Cancer 8 : 741-57, 1955.
- 6) Nadjmi B, Whitehead D, Mickel CF, Graf EC, Callahan OH : Carcinoma of the Urachus ; Report of two cases and review of the literature. J Urol 100 : 738-43, 1968.

- 7) Sheldom CA, Clayman RV, Gonsalez R, Williams DR, Fraleg EE : Malignant urachal lesions. J Urol 131 : 1~8, 1984.
- 8) Whitehead ED, Tessler AN : Carcinoma of the urachus. Brit J Urol 43 : 468~76, 1971.



Fig. 1. Preoperative IVP, 25 minute film reveals normal.

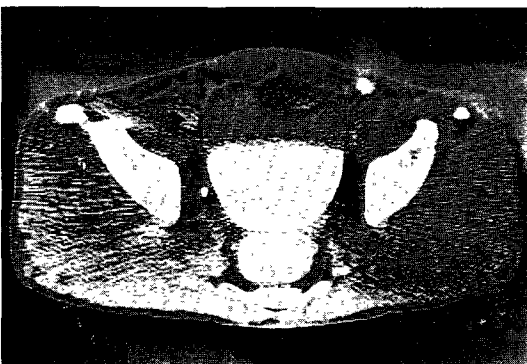


Fig. 2. Pelvis C-T shows that a sessile mass, 3×4cm in size, is seen on bladder dome area and no lymph node is enlarged.

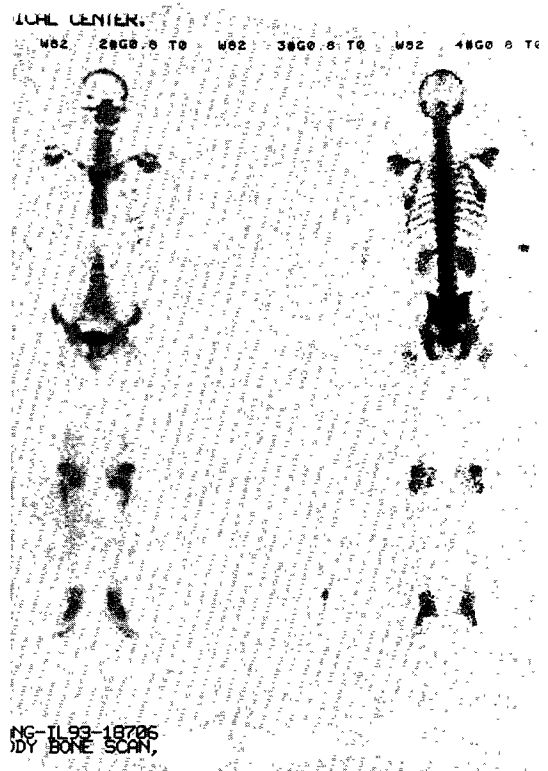


Fig. 3. Bone scan reveals no abnormally increased uptake of radioactivity in skeleton.



Fig. 4. The specimen shows sessile mass on bladder dome area and urachal remnant.

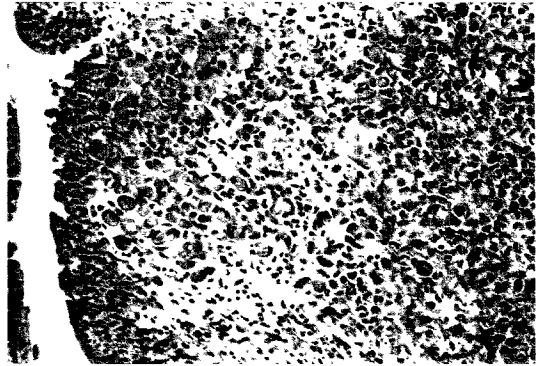


Fig. 5. Microscopic findings of sessile mass show that aggregates of abundant mucin containing signet ring cells are seen beneath the relatively intact urothelial epithelium(H & E. X 100).