

만성 결핵성 치루에서 발생한 항문주위 선암 1예

경희대학교 의과대학 외과학교실, ¹해부학교실, ²송도병원 외과

김준호 · 이석환 · 고영관 · 윤 충 · 임성직¹
양문호¹ · 유정준² · 이기형

= Abstract =

A Case of Perianal Adenocarcinoma Developing in Chronic Tuberculous Anal Fistula

Joon-Ho Kim, M.D., Seok-Hwan Lee, M.D., Young-Gwan Ko, M.D.
Choong Yoon, M.D., Sung-Jig Lim, M.D.¹, Moon-Ho Yang, M.D.¹
Jung-Joon Yoo, M.D.² and Kee-Hyung Lee, M.D.

*Departments of Surgery, and ¹Pathology, Kyung-Hee University Hospital
and ²Department of Surgery, Song-Do Colorectal Hospital*

Mucinous adenocarcinomas of the anal region constitute only 2% of anal cancer and adenocarcinoma developing in a chronic tuberculous anal fistula is extremely rare. In most cases, its origin is difficult to ascertain because the primary sites have already been destroyed before any diagnosis of malignancy is made. We experienced a case of perianal adenocarcinoma developing in chronic tuberculous anal fistula, which was treated by abdominoperineal resection with preoperative chemo-irradiation. We reported a case and reviewed the related literatures.

Key Words: Perianal adenocarcinoma, Chronic tuberculous fistula

서 론

항문 주위에 생기는 악성 종양은 미국의 경우 전체 결장암의 1~2%를 차지하고 항문 직장암의 3.9%를 차지하며, 이들 중 대부분은 외배엽성 암이고 선암은 드물다.³ 특히 치루와 동반된 선암의 보고는 세계적으로 200에 미만이다. 만성 치루와

관계된 선암의 경우 종양의 이차적 형태로 치루가 형성되는지, 혹은 만성 치루에서 나타나는 만성 염증에 이은 반흔에 대한 반응으로 종양이 발생하는지에 대하여서는 아직도 논란의 여지가 많다. 결핵과 선암과의 관계는 분명하지는 않으나 폐암의 경우를 보면 폐결핵 등에 의한 반흔으로부터 선암이 발생할 수 있다고 보고되고 있어서 만성 결핵성 치루에서도 그 반흔에 의해 선암이 발생할 수 있을 것으로 여겨진다.¹

저자들은 40년 전 폐결핵을 진단받고 치료받은 후, 35년 전 항문주위 농양으로 수술받았고, 그

책임저자 : 이기형, 서울시 동대문구 회기동 1번지
경희의대 부속병원 외과(우편번호: 130-702)
(Tel: 02-958-8266, Fax: 02-966-9366)

이후 치루 형태로 재발되었으나 보존적 요법으로만 치료하다가 3년 전부터 시작된 배변장애와 간헐적 혈변을 주소로 내원한 60세 남자 환자에게서 발견된 항문주위 점액성 선암에 대해 술전 방사선화학요법 후 복회음절제술을 시행한 증례를 지칭하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증례

환자: 문○○, 남자 60세

주소: 배변 장애 및 간헐적 혈변

병력: 40년 전 폐결핵으로 진단받고 약 1년 6개월간 항결핵제 투여 후 완치 판정 받은 과거력이 있고, 35년 전 항문주위 농양으로 수술 받은 과거력이 있으며, 그 이후 치루 형태로 재발하여 보존적 요법으로 치료하고 병원에 방문하지는 않았다. 3년 전부터 배변 장애와 간헐적인 혈변이 있었으나 치료 안하고 지내다가 최근 증상 심해져서 병원 방문하였다.

이학적 소견: 내원 당시 체온은 36.5°C, 호흡수는 20회/분, 맥박은 90회/분, 혈압은 150/90 mmHg이었다. 비교적 건강하였고 항문부 시진상 6시 방향에 종괴가 보이고, 5시와 9시방향에 2개의 치루

외공이 있었다(Fig. 1). 직장수지검사상 항문연부터 2~3 cm정도 상부까지 궤양을 동반한 종괴가 촉지되었으며, 서혜부의 림프결 종대는 없었다.

검사소견: 혈액검사는 정상이었으며 혈중 CEA는 2.1 ng/ml, Ca19-9은 0.1 U/ml, AFP은 1.9 ng/ml으로 정상이었다. 흉부 X선 검사에서는 비활동성 결핵이 좌상엽에서 관찰되었다. 내시경검사에서는 결장에 다른 종괴는 관찰되지 않았고 항문강 내에 궤양을 동반한 종괴가 관찰되었다. 조직검사상 점액성 선암의 소견을 보였다.



Fig. 1. Ulcerating mass was noted at 6 O'clock direction on the anus.

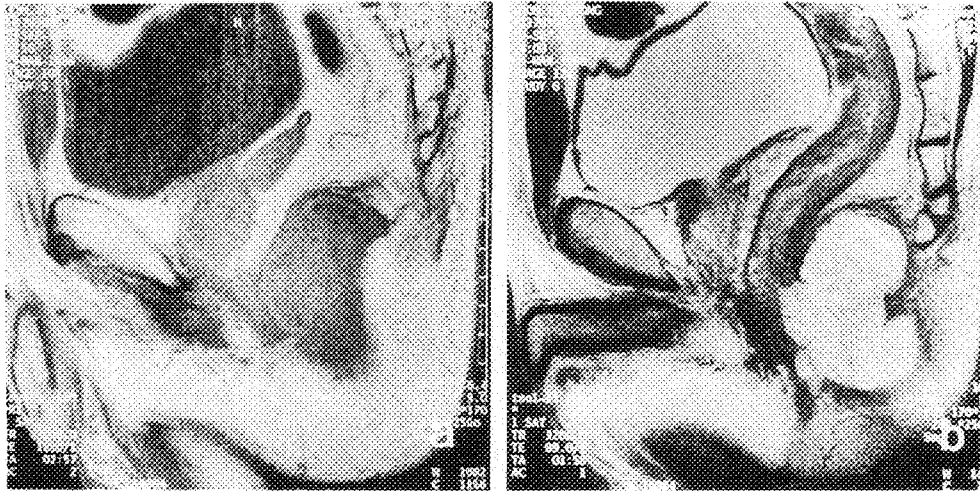


Fig. 2. 7×4×3.7 cm sized large lobulating mass was noted on posterior to distal rectum in MRI.(a) Low signal intensity was noted in T1W image. (b) High signal intensity was noted in T2W image.

방사선학적 검사: 대장 조영술에서는 결장에 다른 종괴는 관찰되지 않으며 골반강 자기공명촬영상 직장과 항문이 연하는 부위에 직장강 밖으로 자란 종괴가 7.0×4.0×3.7 cm으로 관찰되고 직장 주위 지방층으로 침윤이 있었으나 림프절 종대는 관찰되지 않았다(Fig. 2).

술전 방사선요법과 항암화학요법: 만성치루에 병발한 점액성 선암의 진단하에 술전 항암화학요법을 5-fluorouracil(이하 5-FU)과 leucovorin으로 1 cycle 시행하고 술전 방사선요법으로 4주간 총 골반강에 5,040 cGy, 양쪽 서혜부에 5,900 cGy를 조사 받았다.

수술 및 병리소견: 술전 방사선 요법을 마치고 4주에 복회음절제술을 시행하였다. 수술소견상 원격 전이나 림프절 전이는 없었고, 천골 전방의 지방조직은 술 전 방사선 치료에 의해 반흔화 되어 있었으며, 이는 수술중 냉동절편 조직검사를 시행하여 암세포가 없는 것을 확인하였다.

절제표본의 육안적 소견은 직장점막은 정상이고 항문직장 연결부의 점막에 궤양을 동반한 균상(fungating growth)으로 자란 종괴가 6×4×4 cm으로 관찰되고, 절단면은 젤라틴성으로 창백하고 얇은 갈색으로 관찰되었다. 2개의 치루가 관찰되고 종괴는 치루의 내공 주위에 있었다(Fig. 3). 병

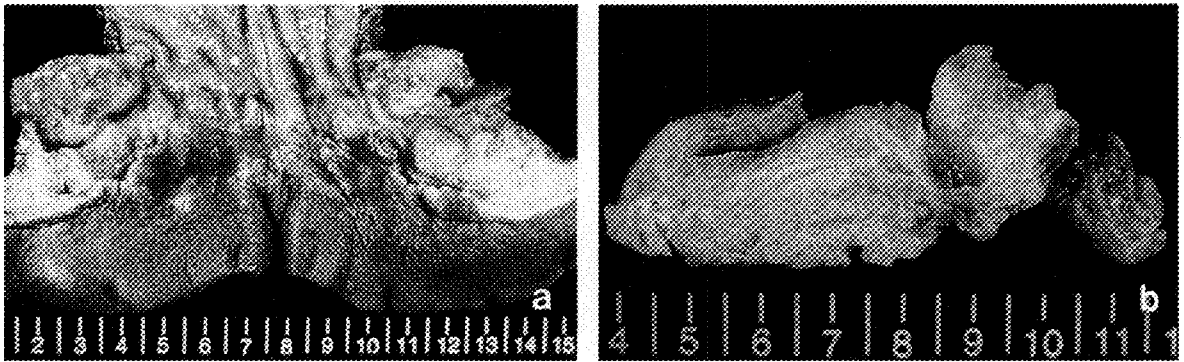


Fig. 3. Anorectal junction shows polypoid mass, measuring 6 × 4 × 4cm size. Cut surface shows gelatinous pale yellowish appearance. A few fistula tract was seen.

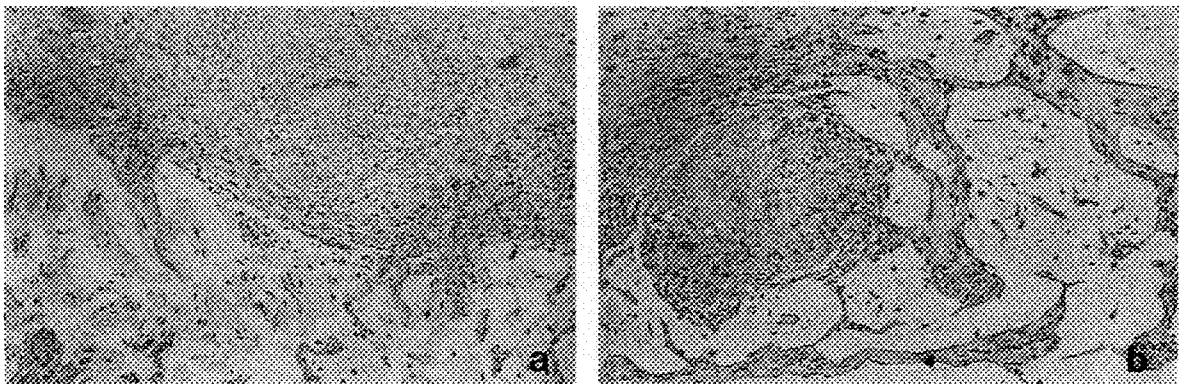


Fig. 4. Microscopic findings (a) Granulomas with Langhans' giant cells and caseous necrosis was seen under the tumor base (×100). (b) Polypoid mass was consisted of mucin pool and mucin-contained epithelial cells (×200).

리 조직학적 소견은 항문관의 점액성 선암으로서 근육층까지 침습하였으며, 원위 절단면에 암세포는 관찰되지 않았다. 치루 주위에는 랑그한스 거 세포와 치즈양상의 괴사조직으로 구성된 육아종이 관찰되었고 림프절 전이는 없었다(Fig. 4). TNM 병기는 T₃ N₀ M₀로 stage II였다.

수술후 경과: 환자는 수술후 미골부위 창상 치유 지연이 있어서 보존적 치료로 창상 치유되어서 술후 20일째 퇴원하였고, 현재는 수술후 2개월로 외래 추적 관찰중이다.

고 찰

원발성 항문주위 선암은 항문에서 유래된 항문 점막상피나 항문관벽 및 그 주위로 자라는 선암인 항문주위 점액성 선암과 항문선암으로 구분된다.⁵ 항문주위 선암의 대부분은 직장에서 항문관 쪽으로 이행된 선암이고, 원발성으로 발생한 선암은 극히 드물다. 특히 만성치루와 동반된 선암은 더욱 드물어서 세계적으로 200에 미만으로 보고되었으며, 이 중 결핵성 치루와 관련 있는 것은 더욱 드물다.⁶ 1926년 Moon⁶은 처음으로 만성 결핵성 농양에 동반된 선암을 보고하였고 1934년 Rosser⁸는 처음으로 만성 치루에 동반된 암을 기술하였다. 항문선암이라 함은 정상 점막 상피를 가지고 있고, 항문루, 점막, 말단 후장(terminal hind gut)의 중복에서 기원하지 말아야 하며 정상 항문선에서 암으로 이행되는 부위를 제시하거나 이행성 상피가 증명되어야 한다.⁴ 이런 조건에 맞는 항문선암은 거의 없을 뿐만 아니라 항문주위 점액선암의 병리학적인 특징을 가지나 항문선 기원으로 보이는 경우가 있기 때문에 항문선암과 점액성 선암을 모두 항문주위 선암으로 구분한 것으로 여겨진다. 항문주위 점액성 선암은 특징적으로 오래된 치루의 과거력이 있고, 배변시에 불편감을 갖는 통증이 심한 종괴와, 경우에 따라서는 투명한 아교질의 분비물을 내기도 한다. 직장암에서 흔히 볼 수 있는 혈변, 배변 습관의 변화 등의 증상은 흔하지 않으며 종양에 의한 폐쇄 천공 등

은 보고된 바가 거의 없다. 그리고 환자의 약 15% 정도에서는 증상이 없다.⁷ 술전 오진으로 인한 불충분한 수술에 의해 재발된 예에서 서혜부 림프절 전이가 나타난다고 한다. 병리학적으로는 직장 점막의 침윤이 없고, 분화가 좋은 세포로 구성되어 있고, 풍부한 점액낭(mucin pool)을 갖고 있다.¹²

만성 치루에서 보이는 만성 염증 및 반흔 조직에 대한 반응으로 암종이 발생하는지에 관하여는 논란이 있지만, 오래된 상처반흔, 모소동, 만성 염증성 조직에서 악성 종양이 발생할 수 있다는 것은 널리 알려져 있다.² 저자들이 경험한 결핵성 만성치루에 동반된 항문주위 점액성 선암은 결핵과의 직접적인 관계를 설명하기는 힘드나 결핵에 의한 만성 염증으로 인한 치루와 그 반흔조직에서 기인 하였을 것으로 추정된다.

Nelson등¹⁰은 나이가 많은 환자에서 항문주위 농양이나 치루가 있을 때 악성종양이 존재할 수 있고, 정확한 진단을 위해서는 수술적 검진과 조직검사가 모든 항문주위 농양과 치루에서 필요하고 악성종양이 발생한 만성 항문주위 질환이 있는 환자들은, 종양이 진단되기 전에 평균 13.6년의 양성 항문 질환의 병력이 있으므로 항문주위 질환, 치루, 한선염 등에 대한 조기에 명확한 치료를 함으로써 암발생을 예방할 수 있다고 주장하였다.

조직 검사시 치루 외공 부근에서의 생검은 오진의 위험성이 높으므로 내공 주위의 경화된 종괴를 포함한 조직 검사를 시행해야 한다.¹²

항문주위 선암의 치료는 직장의 선암과 비슷하여 술 전 방사선치료와 항암 화학요법을 병행한 후 수술을 시행하는 경향이다.⁹

항암요법제로는 leucovorin 또는 levamisole과 5-FU의 병합요법이 5-FU 단독요법보다 효과가 더 좋다고하며¹¹ 본 증례는 leucovorin과 5-FU 병합요법과 방사선 요법을 시행하고 수술적 치료를 시행하였다.

결 론

오랜 병력의 만성적인 치루를 치료할 때에는

반드시 생검과 결핵균에 대한 배양 검사를 하여 동반된 결핵의 유무를 확인하고 동반된 암의 가능성을 배제하여야 한다.

저자들은 60세 남자 환자의 만성 결핵성 치루에서 발생한 항문주위 선암에 대해 방사선-항암요법후 수술적 치료로 복회음절제술을 시행하여 치험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. Bennett JC, Plum F. Cecil Text book of medicine, 20th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996, p 438.
2. Bowers RF, Young JM. Carcinoma arising in scars, osteomyelitis and fistulae. Arch Surg 1960; 80: 564.
3. DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer: Principles and practice of oncology, 5th ed. Lippincott-Raven, Philadelphia, New York, 1997, p1234.
4. Fenger C, Filipe MI. Patholgy of the anal glands with special reference to their mucin histochemistry. Acta Pathol Microbiol Sand Sect A 1977; 85: 273.
5. Fenger C. Anal neoplasia and its precursors: Facts and controversies. Semin Diagn Pathol 1991; 8: 190.
6. Flint FB, Passaro E Jr. Carcinoma associated with tuberculous anorectal fistula. Am J Surg 1970; 120: 3, 397.
7. Kline RJ, Spencer RJ, Harrison EG. Carcinoma associated with fistula-in-ano. Arch Surg 1964; 89: 989.
8. Lee SH, Marjorie Z, Tatsuo S: Primary adenocarcinoma of an anal gland with secondary perianal fistulas. Hum Pathol 1981; 12(11): 1034.
9. Myerson RJ, Karnell LH, Menck HR. The national cancer data base report on carcinoma of the anus. Cancer 1997; 80(4): 805.
10. Nelson RL, Prasad ML, Abcarian H. Anal carcinoma presentinf as a perirectal abscess or fistula. Arch Surg 1985; 120: 632.
11. O'Connell M, Maillard J, MacDonald J. An intergroup trial of intensive course 5FU and lowdose leucovorin as surgical adjuvant therapy for high risk colon cancer. J Clin Oncol 1993; 12: 190.
12. Prioleau PG, Allen MS Jr., Roberts T. Perianal mucinous adenocarcinoma. Cancer 1977; 39: 1295.