

직장점막전이를 동반한 항문편평상피암과 S상결장선암의 동시성 암 1예

- 증례 보고 -

이화여자대학교 의과대학 외과학교실

류재현 · 심강섭 · 김광호 · 박응범

= Abstract =

Double Primary Cancer Patient with Sigmoid Colon Adenocarcinoma and Anal Squamous Cell Carcinoma with Rectal Mucosal Metastasis

- A case report -

Jai-Hyun Rhyou, M.D., Kang-Sup Shim, M.D., Kwang-Ho Kim, M.D.
and Eung-Bum Park, M.D.

Department of Surgery, College of Medicine, Ewha Womans University

Synchronous neoplasms are uncommon condition but the incidence is now being increased. The situation is rare when these tumors comes from different origin. We experienced the case with synchronous sigmoid colon cancer and anal squamous cell carcinoma with rectal mucosal metastasis. The patient was 61 years old male. He complained of intermittent hematochezia since 3~4 months ago. The patient underwent anterior resection for colon cancer and wide excision for anal squamous cell carcinoma. After surgical operation, postoperative adjuvant chemotherapy (5-FU + Leucovorin) and radiotherapy were done. In this case, we could preserve the anal sphincter using combined therapy. We think that this type of management may be useful treatment in patients with colon cancer and anal squamous cell cancer simultaneously.

Key Words: Double primary cancer, Colon cancer, Anal squamous cell carcinoma

서 론

다발성 원발성 악성종양(multiple primary malign

책임저자 : 류재현, 서울시 양천구 목동 911-1, 이화의대
목동병원 일반외과(우편번호: 158-050)
(Tel: 650-5273, Fax: 644-7984)

nant neoplasia)은 한 환자에서 조직학적으로 서로 다른 원발성의 암이 2개 이상 존재하는 것을 말하는 데, 그 발생원인이나 빈도, 예후 등에 대해 아직 정확히 알려지지 않았으나 그 발생 빈도가 점차 증가하고 있는 상황이다.²⁰ 이중 다발성 대장 직장암의 빈도는 5% 내외이고, 대장외의 다른 장기에서 암을 동반하는 경우도 5% 내외로 알려져

있으며, 이에 대한 최근의 보고 또한 증가되는 추세이다. 그리고 항문암은 모든 항문 및 직장암중 1~6% 정도로 빈도가 낮으며,²¹ 그중 편평상피암이 항문 악성종양의 80%를 차지하고 있다.³

최근 저자들은 이화여자대학교 목동병원에서 S상결장의 선암과 동시에 발생한 직장점막으로의 전이를 동반한 항문의 편평상피암을 가진 동시암을 저위전방절제술과 광범위 국소 절제술을 시행함으로써 복회음 절제술을 피하고, 수술후 항암제 투여 및 방사선 치료를 병행하여 항문 괄약근 보존술식으로 치료하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

총 례

61세된 남자환자로 약 3~4개월 전부터 시작된 혈변을 주소로 내원하였다. 환자는 과거력상 89년 뇌출혈로 인해 경도의 우측 마비가 있는 상태였고, 90년에 B형간염 보균자로 진단받았다. 또한 94년에는 복수를 주소로 내원하여 간경화증 및 식도정맥류로 본원내과에서 입원치료를 받았고, 95년에는 일차복막염으로 치료받았다.

가족력상에는 특이사항이 없었다. 이학적 검사 상 복부는 약간 팽대되어 있었고, 석해부에 촉진되는 림프절은 없었고, 우측 상완과 하지에 정도의 운동성마비가 있었고, 직장 수지검사상 촉진되는 종괴는 없었다.

혈액 검사상 Hgb 10.5 gm/dl, Hct 32.4%, 혈소판 60×10^3 , 백혈구 7,200이었고, 생화학 검사상 AST/ALT가 44/44로 약간 증가되어 있었으나 다른소견은 정상범위에 있었으며, PT가 14.8초(77%, INR: 1.20)였다. CEA는 5.0 ng/ml, AFP은 28.4 ng/ml로 증가되어 있었다.

흉부 및 복부의 단순 방사선 검사상 정상 소견 보였으며, 외래에서 실시한 대장내시경 검사상 직장에 3개의 용종으로 의심되는 종괴가 있었고, anal verge 약 15 cm 상방에 약 3 cm 크기의 돌출된 종괴로 쉽게 출혈되는 경향을 보여 조직검사를 실시하여 증등분화의 선암종으로 진단받았고,

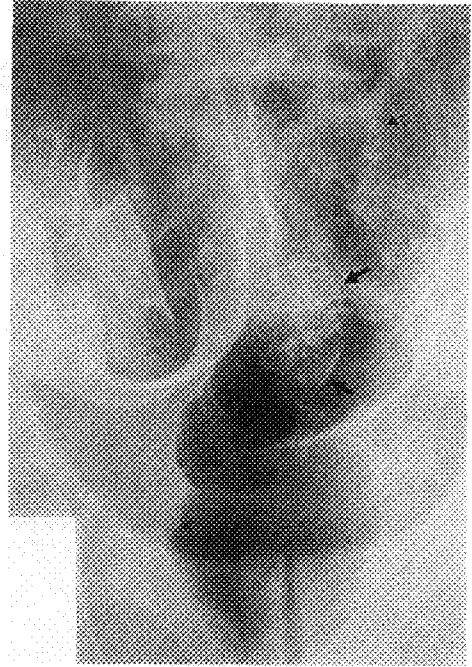


Fig. 1. Barium enema shows the sigmoid colon cancer and other polypoid lesions.

입원하여 대장조영술을 시행하였는데, 항문연에서 약 12 cm 상방에 약 3 cm 크기의 돌출된 종괴가 있었고, 이 종괴의 중앙부에는 궤양이 있었으며, 약 3 cm정도 올라가 종괴로 의심되는 형상이 하나 더 있었으며, 항문연 약 5 cm 상방의 직장에서 약 1 cm 크기의 둥근모양의 종괴가 발견되었다(Fig. 1). 전산화 단층촬영상 S상결장과 상부직장에 비특이적으로 창관벽이 두꺼워져 있었고, 직장주위로 작은 림프절이 있었고, 간의 표면은 간경화에 합당한 소견을 보였다.

이로써 저자들은 원위부 S상결장에 발생한 선암종과 S상결장과 직장에 걸쳐 발생한 용종의 진단하에 저위전방절제술(low anterior resection)을 계획하여 수술에 들어갔다. 수술 소견상 S상결장암은 대장주위 연조적으로의 육안적 침범은 발견되지 않았다. 항문검사상 항문연부터 항문강에 연하여 약 2 cm 크기의 둥근모양을 가진 종괴가 발견되어 조직 동결검사상 편평상피암으로 판명되었다. 항문암에 대하여는 광범위 절제술을 시행

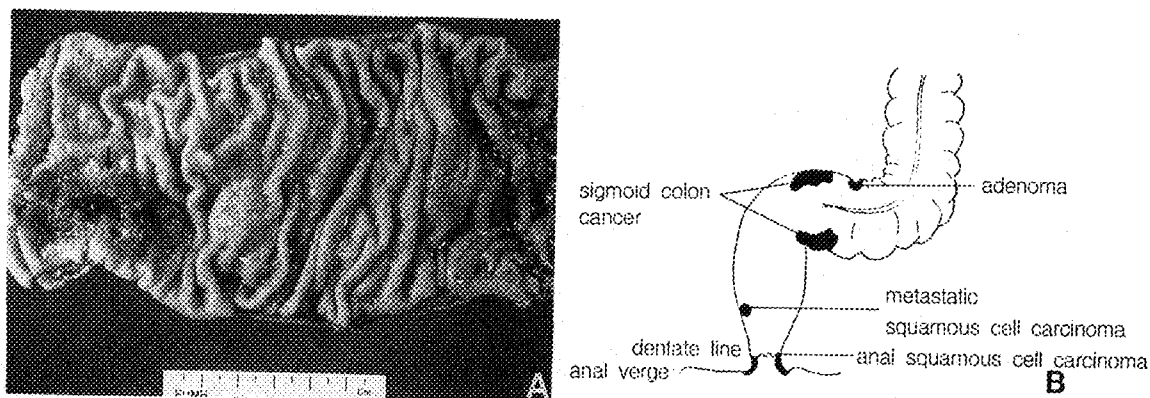


Fig. 2. A) Gross finding of the sigmoid colon cancer and benign polyp of the colon. B) Schematic representation of the lesions.

하였고, 항문연 5 cm 상방에 위치한 약 0.7 cm 크기의 종괴도 전이성 편평상피암으로 밝혀져 동시에 제거되었으며, 저위전방절제술을 함께 실시하였다.

병리 조직학 검사 소견상 S상결장암은 직장주위 연조직까지 침범하고, 직장주위 림프절은 침범되지 않은 Dukes stage B₂였고, 항문연 약 15 cm 상방에 위치하고 있던 종괴는 선종으로 밝혀졌다 (Fig. 2A, B).

환자는 수술 후 6일째 항문출혈로 수혈 등 보편적 치료 후 회복되었으며, 수술 후 방사선치료, 면역요법 및 항암화학요법(5-FU + Leucovorin) 치료를 시행받았고, 현재까지 18개월간 재발없이 외래 추적관찰중이다.

고 찰

다발성 원발성 악성종양(multiple primary malignant neoplasia)는 한 환자에서 조직학적으로 서로 다른 원발성암이 2개 이상 존재하는 것을 말하며, 1889년 Billroth가 처음으로 증례 보고를 하고 다발성 원발암으로 정의하여 보통 2개의 암의 발생을 보고하여 왔으며, 한 환자에서 9개의 암 발생을 보고한 바도 있다.^{5,20}

1962년 Kapsinow²는 같은 장기내에 2개 이상의 서로 다른 암이 존재하는 경우는 multicentric형,

해부학적, 기능적으로 유사한 장기에 각각의 암이 존재하는 경우는 systemic형, 쌍을 이루는 장기에 각각의 암이 존재하는 경우는 paired organ형, 그리고 해부학적, 기능적으로 전혀 다른 장기에 각각 암이 존재하는 경우를 random형으로 분류하였는데, multicentric형과 random형이 주종을 이룬다고 하였다. 또한 발생 시기에 따라서는 동시성암(synchronous cancer)과 속발성(metachronous cancer)으로 분류하는데, 전자는 첫번째 암의 진단 6개월 이내에 두번째 암이 진단된 경우이고, 후자는 6개월 이상 경과 후 두번째 암이 진단된 경우로 정의하였다.

다발성암의 호발암종으로는 대장, 직장, 위, 간, 췌장, 유방, 방광 등이 있으며,²⁰ 발생빈도는 장기에 관계없이 0.5~10.7%까지 다양한데, 임상적으로 약 3~5% 정도로 추정하며, 이렇게 정확한 빈도를 알기 어려운 데는 occult cancer가 처음에 간과되고 후에 재발 또는 전이성으로 간주되기 때문이다.¹⁸ 최근 그 발생빈도가 증가추세인데 Cahán¹은 이러한 빈도 증가의 원인을 임상적외 조직병리과 의사의 주의와 관심이 높아지고 방사선이나 환경적 요인으로 주위의 새로운 발암인자가 증가하였으며, 암치료의 발달로 두 번째 암이 발생할 때까지 수명연장이 된 것으로 설명하였다. 다발성 대장 직장암의 빈도는 2~12%로 문헌마다 다른데, 동시성인 경우는 1.7~12%, 속발성인 경우

는 1.3~4%로 동시성 암의 빈도가 약간 높다.^{4,6,7}

다발성암의 대장 및 직장내 부위별 분포는 한 개의 암종의 분포와는 차이가 있어,¹⁵ 상행결장에 상대적으로 빈발하며, 점액성 암종이 많고 다른 악성암의 가족력이 있는 경우가 많은데 가족성 암은 상염색체 우성유전을 하며 대장, 자궁내막, 유방에 다발성 원발암으로 표현된다. 양성용종이 다발성으로 있을 때도 빈발하며 또한 동시성암의 64%가 대장의 다른 분절에서 발생하였는데, 같은 분절에서 다발성으로 발생했을 때는 국소암 유발 인자에 노출되어 발생한다고 볼 수 있으나, 이렇게 다른 분절에 발생하는 소견은 어떤 다른 원인 인자가 있음을 의미한다.^{9,11} 한 연구에서 보면 평균 발생연령이 동시대장암에서는 평균 71.2세, 원발암에서는 67.8세로 동시성 암에서 더 나이가 많았다.⁹

본 환자는 남자환자로 S상결장의 선암과 양성 용종이 있었으며 하부로 내려와 직장에 종괴가 발견되었으나, 초기 이학적 검사 및 대장경 검사에서 항문의 병변은 발견하지 못했었다. 수술시 항문의 병변의 동결검사로 편평상피암이 밝혀졌으며 이에 대하여서는 국소 절제술을 시행하였고, 수술 후 조직검사상 직장의 종괴는 전이성 편평상피암으로 판명되었었다.

항문은 악성 종양의 발생빈도가 낮아서 직장 및 항문암의 약 4%를 차지하며 이러한 항문암의 80%는 편평상피암으로 여자에서 호발하며 그 평균연령은 약 60세이다.^{3,21}

항문암의 증세로는 출혈과 항문동통이 가장 흔한데 항문출혈은 환자의 약 50%에서 발생한다.¹² 항문관암(anal canal cancer)은 치상선(dentate line)에서 또는 그 상방에서 일어나므로 밖에서는 보이지 않으며 증세가 전혀 없는 경우도 25%나 되며 항문직장검사중 궤양성 병변, 점막하 종괴, 협착(stricture) 등으로 우연히 발견하게되는 경우도 흔하며, 환자의 60% 이상에서 후기에나 발견하게 되고, 발견당시 30~40%는 병변의 깊이, 크기, 조직학적 분화도 등에 따라서 이미 전이가 일어나 있기도 한다.^{3,14,16,21}

항문암은 직접적으로 국소적 침습을 하거나 임파선을 따라서 퍼지게 된다.^{12,21} Tissue plane을 따라서 점막하 공간(submucosal space)으로 퍼지며 직장으로 궤양성으로 나타나기전에 이미 5~6 cm 상방으로 퍼질 수 있다. 또한 림프절로의 전이는 초기에 발생하여 항문편평상피암의 초기 진단 및 치료시기에 골반임파절(plevic lymph node)은 30~43%에서, 서혜부의 임파절은 대개 편측성으로 약 15~36% 정도에서 발견된다.^{8,12} 본 환자에서는 임파절의 전이는 발견되지 않았고, 항문의 편평상피암이 약 5 cm 상방의 직장점막으로의 단독 전이를 나타낸 것이 특이한 점이다.

항문암의 치료에 대해서는 많은 변화와 비교연구가 있어, 현재는 광범위수술(radical operation)은 필요하지 않으며 항암화학요법과 방사선치료의 병합요법시 90%에서 반응하여 효과적임이 밝혀져 이러한 치료후에도 잔류암이 있거나 재발한 환자에게서만 복회음절제술을 시행하며,^{3,10,13,14,19} 예방적 서혜부임파절소술도 위험성이 있어 시행하지 않으며 임상적으로 정상적인 임파절에 대해서도 선택적으로 방사선 치료를 시행하기도 한다.^{12,17} 본환자에서도 항문편평상피암은 조직검사를 위한 국소절제술과 직장점막전이부위를 광범위 절제한후 수술 후 항암화학요법과 방사선치료를 병용함으로써 S상결장암을 포함하여 복회음절제술을 시행하는 것을 피하여 항문괄약근 보존술식으로 치료를 할 수 있었다.

결 론

저자들은 S상결장의 선암과 동시에 발생한 직장점막으로의 전이를 동반한 항문의 편평상피암을 저전방절제술 및 국소절제술을 시행후 항암화학요법 및 방사선치료를 병행하여 항문보존술식으로 치료하여 이를 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. Cahan WG. International workshop on multiple pri-

- mary cancers, Introductory remarks. *Cancer* 1977; 40: 1985.
2. Cleary JB, Kazarian KK, Mersheimer WL. Multiple primary cancer, thirty patients with three or more primary cancers. *Am J Surg* 1975; 129: 686.
 3. Jones DJ, James RD. Anal cancer. *BMJ* 1992; 305(18): 169.
 4. Ekelund GR, Pihl B. Multiple carcinomas of the colon and rectum. *Cancer* 1974; 33: 1630.
 5. Forrest J, Slaney G, Croker J, Hallam J, Taylor AMR. Multiple malignancy with a familial tendency. *Clin Oncol* 1981; 7: 357.
 6. Kaibara N, Koga S, Jinnai D. Synchronous and metachronous malignancies of the colon and rectum in Japan with special reference to a coexisting early cancer. *Cancer* 1984; 54: 1870.
 7. Kimura T, Iwagaki H, Fuchimoto S, Hizuta A, Orita K. Synchronous colorectal carcinomas. *Hepatico-Gastroenterology* 1994; 41(5): 409.
 8. Luna-Perez P, Fernandez A, Labastida S, Lira-Puerto V, Vazquez-Curiel JA, Herrera L. Patterns of recurrence in squamous cell carcinoma of the anal canal. *Archives of Medical Research* 1995; 26(3): 213.
 9. Marc AP, Rodney FP, John TV. Synchronous colon primaries have the same prognosis as solitary colon cancer. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 329.
 10. Mendenhall WM, Zlotecki RA, Vautery JN, Copeland EM. Squamous cell carcinoma of the anal margin treated with radiotherapy. *Surg Oncol* 1996; 5(1): 29.
 11. Panagiotis D, Dimitrios K, Gorge T, Anthoula A, Despina M. Synchronous anorectal malignant melanoma and rectal adenocarcinoma. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(1): 105.
 12. Philip HG. Squamous-cell carcinoma of the anal cancer. *Surg Clin Nor Am* 1988; 68: 1391.
 13. Robert JM, Luch HK, Harman RM. The national cancer data base report on carcinoma of the anus. *Cancer* 1997; 80(4): 805.
 14. Robert WT. Changing nature of anal cancer. *BMJ* 1988; 297: 239.
 15. Rossella F, Luca R, Carmela DG, Maria GT, Lorena L, Piero B, et al. Frequency and clinical features of multiple tumours of the large bowel in the general population and in the patients with hereditary colorectal carcinoma. *Cancer* 1996; 77(10): 2013.
 16. Sabiston DC. Textbook of surgery, the biological basis of modern surgical practice. 15th ed: WB Saunders, Philadelphia, 1997, p 1041.
 17. Swartz. Principles of surgery. 6th ed: McGraw-Hill, Inc, 1994, p1299.
 18. Tung-Kwang Lee, Michael B, Richard TM, Michael JS. Multiple primary carcinomas of the colon and associated extracolonic primary malignant tumors. *Ann Surg* 1981; 195(4): 501.
 19. Willett CG. Organ preservation in anal and rectal cancers. *Cur Opin Oncol* 1996; 8(4): 329.
 20. 양유취, 박응범. 위와 대장에서 병발된 다발성 원발성 악성종양 2예. *대한대장항문병학회지* 1993; 9(4): 385.
 21. Yehuda GA, Gershon E. Current concepts and controversies concerning the etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of malignant tumors of the anus. *Surgery* 1987; 101(3): 253.