대한대장항문학회지 제 16 권 제 3 호
JKSCP Vol. 16, No. 3, 2000

맹장의 선편평상피 세포암 1예

가톨릭대학교 의과대학 의정부성모병원 외과학교실, [1]내과학교실 및 [2]임상병리학교실

김기환 · 한상문 · 안창혁 · 김정수 · 유승진 · 채현석[1] · 이은정[2] · 김재성

A Case of Adenosquamous Carcinoma of the Cecum

Kee Hwan Kim, M.D., **Sang Moon Han,** M.D., **Chang Hyeok An,** M.D.
Jeong Soo Kim, M.D., **Seung Jin Yoo,** M.D., **Hiun Suk Chae,** M.D.[1]
Eun Jung Lee, M.D.[2] and **Jae Sung Kim,** M.D.

Departments of Surgery, [1]Internal Medicine and [2]Clinical Pathology, Uijongbu St. Mary's Hospital, College of Medicine, The Catholic University of Korea

Adenosquamous carcinoma of the large bowel is a rare condition. The pathogenesis of adenosquamous carcinoma of the colon is not fully understood. The clinical presentation and gross pathologic appearance of adenosquamous carcinoma of the colon are similar to those of adenocarcinoma of the colon, and the diagnosis is made by histologic examination. Incidence of adenosquamous carcinoma of the large bowel is extremely low, about 0.025 to 0.1 percent. It is reported to be more aggressive and have a worse prognosis compared with adencarcinoma. There is an increased incidence of this entity in patients with ulcerative colitis. Hypercalcemia, resulting from parathyroid hormone-like substance secretion, may be associated with metastatic adenosquamous carcinoma. Also, it is reported to be associated with multiple polyposis, schistosomiasis, and ovarian and endometrial adenocarcinoma. Surgery still remains the primary treatment modality. Herein we report one case of adenosquamous cell carcinoma of the cecum. **(JKSCP 2000;16:204−208)**

Key Words: Cecum, Adenosquamous carcinoma

서 론

선편평상피 세포암은 선 세포와 편평상피 세포의 두 가지 조직학적 성분을 모두 가지고 있는 악성종양이며 전이성이 강한 경향을 보인다. 종양의 편평상피 조직성분이 선조직성분보다 더욱 악성이며 또한 전이성이 강한것으로 보고되어 있다.[1-3] 이 악성종양은 대장이나 직장에서는 아주 드물게 발생하여 현재까지 발표된 문헌은 소수에 불과하다. 육안적으로는 대장에서 발생하는 악성 선종과 구별이 힘들어 진단은 전적으로 조직학적 진단에 의존한다.[4] 또한 이 악성종양의 발생 원인은 증례가 적어 아직도 뚜렷하게 증명되어 있지 않고 서로 다른 조직학적 성분이 공통으로 존재하는 데에 대한 여러가지 가설이 주장되어 왔으나 아직 명확히 정립되어 있지않다. 저자들은 우측 상행결장과 맹장에 발생한 선편평상피 세포암을 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

책임저자 : 김정수, 경기도 의정부시 금오동 65-1
가톨릭의대 부속 의정부성모병원 외과
(우편번호: 480-130)
(Tel: 0351-820-3048, Fax: 0351-847-2717)
(E-mail: drbreast@cmc.cuk.ac.kr)

증 례

환 자: 최○만, 남자, 53세

주 소: 간헐적인 복부 동통과 만성 피로

현병력: 상기 환자는 2개월 전부터 간헐적인 복부 동통과 만성 피로감으로 대증적인 치료를 받았으나 증상의 호전이 없어 외래에서 실시한 대장 바륨검사에서 우측 대장암이 의심되어 정밀검사 및 치료를 위해 입원하였다. 당시 구토나 체중감소 등 다른 증상은 없었다.

과거력: 만성 B형 간염으로 본원 내과에서 추적검사

를 하고 있었다.

가족력: 특이 사항 없었다.

이학적 소견: 입원 당시 만성 병색의 전신 소견을 보이고 있었으며 혈압은 110/70 mm Hg, 분당 심박동수는 80회였으며 체온은 36.5°C였다. 체중은 60.85 kg였으며 결막은 빈혈소견을 보이고 있었다. 복부 청진 결과 장운동음은 정상소견을 보이고 있었고, 복부 촉진검사에서 우하복부에 성인 주먹크기의 종물이 촉지되었고 운동성은 없었으며 경한 압통을 동반하고 있었다. 다른 이학적 검사소견은 정상이었다.

검사실 소견: 말초혈액 검사에서 백혈구 9,200/mm^3, 혈색소 5.6 g/dl, 헤마토크리트 18.5%, 혈소판 318,000/mm^3의 소견을 보였고 혈액 화학검사에서는 AST 98 IU/L, ALT 71 IU/L, 총단백질 5.8 g/dL, 알부민 2.5 g/dL이였으며 소변 검사에서는 특별한 소견은 없었다. 종양 표식자 검사결과 CEA 3.1 ng/ml, alpha fetoprotein 2.6 ng/ml으로 정상소견을 보이고 있었다.

방사선 소견: 단순 흉부 및 복부 방사선촬영에서는 특이한 소견이 없었으며 바륨 대장촬영검사에서(Fig. 1) 대장의 맹장 부위에 크기가 약 7×8 cm의 종물이 있었다. 복부 전산화 단층 촬영에서는(Fig. 2) 맹장에서 우측대장 하부에 걸쳐서 불규칙하고 미만성인 대장벽 비후 소견이 있었고 대장주위의 임파선이 커져 있었으며 간에는 전이성 종양을 발견할 수 없었으나 약간의 간경화가 의심이 되었고 비장의 크기가 약간 증가되어 있었다.

대장 내시경 검사: 맹장에서 우측대장 하부에 걸쳐서 불규칙하고 미만성인 대장벽 비후를 동반한 궤양침윤형 종양이 발견되었고(Fig. 3) 조직검사 결과 선편평상피

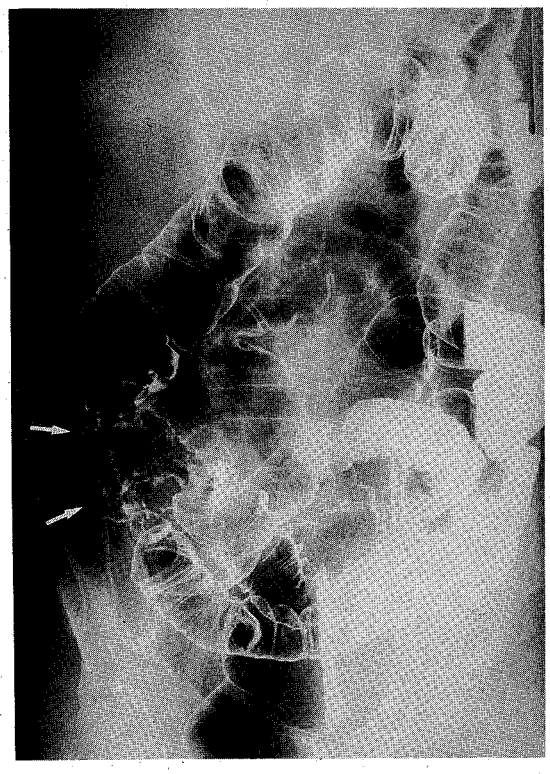

Fig. 1. Barium enema demonstrates a mild to moderate, segmental, and concentric luminal narrowing with complete mucosal destruction in the cecum, and probable proximal ascending colon (Arrow).

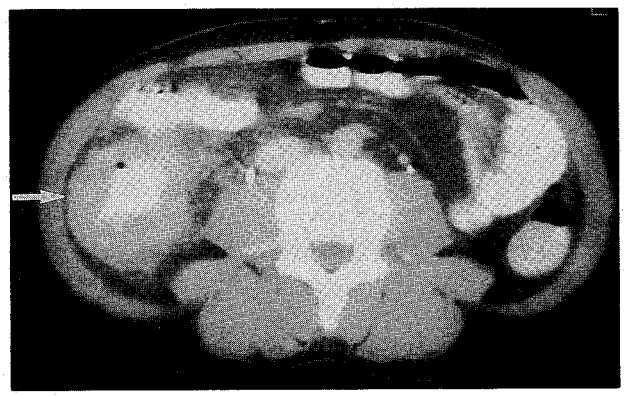

Fig. 2. Contrast-enhanced CT scan shows a marked, segmental, irregularly lobulated and circumferential wall thickening in the cecum. Massive pericolic infiltration is associated, appearing with enlarged lymph nodes (Arrow).

Fig. 3. Colonofibroscopy shows ulceroinfiltrative tumor mass at cecum and proximal ascending colon.

세포암으로 밝혀졌다.

수술 소견: 전신마취하에 개복해 보니 맹장에 15×8 cm 크기의 종물이 있었고 주위의 복막과 중등도의 유착이 있었으며 후복막으로 침입이 의심되었으나 대동맥, 하대정맥, 요관으로의 침입소견은 없었다. 조직을 단면으로 잘라보니 궤양침윤형 종양이었으며(Fig. 4) 이것은 근육층을 지나서 장막층을 침범하고 있었다.

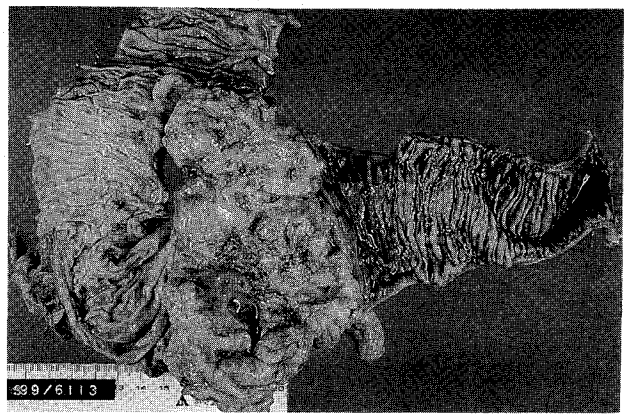

Fig. 4. Photograph of the gross specimen shows a ulcero-infiltrative mass.

병리학적 소견: 종양의 현미경학적 소견으로는 거대 과염색성핵을 가진 퇴행성 암세포가 보이며 수많은 비정상 유사핵분열과 저명한 세포간교를 보이고 있었다(Fig. 5a). 또한 표피상피에서 기원한 침윤형 편평세포암의 소견도 보였다(Fig. 5b). 림프절에서는 선암의 악성 선구조를 가진 전이축적물(metastatic deposit) 소견을 보였다(Fig. 5c).

수술경과: 환자는 우측 대장절제술을 시행 후 5-fluorouracil, leucovorine 화학요법 치료를 받고 수술 후 16일째에 합병증 없이 퇴원하였다.

고 찰

대장의 선편평상피 세포암은 아주 드물게 발생하는 질환이며 이에 관해 보고된 문헌은 소수에 불과하다. 선편평상피 세포암은 1907년 Herxheimer가 처음으로 보고하였으며[5] 발생률은 약 0.025~0.1% 정도이며 대장

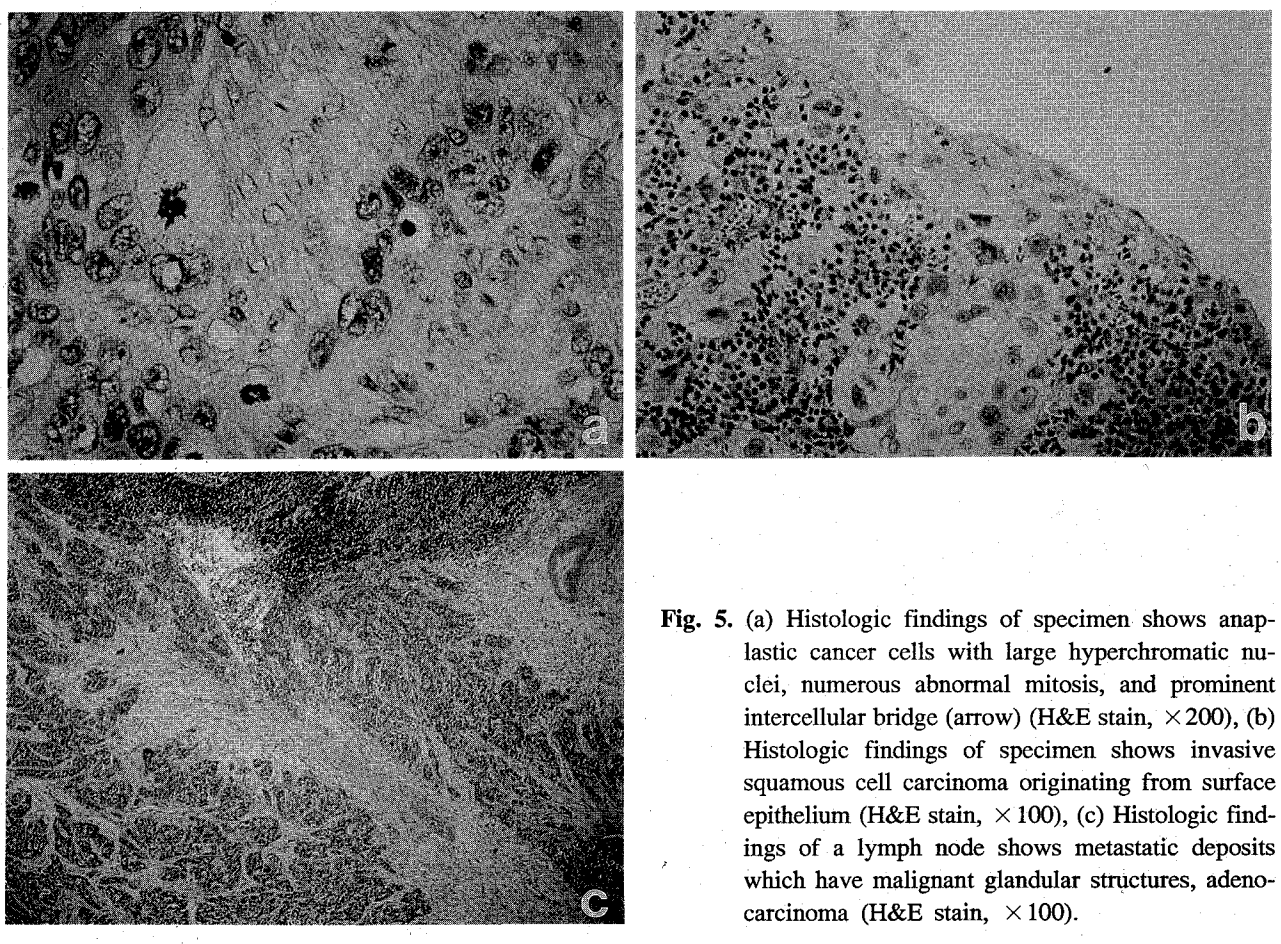

Fig. 5. (a) Histologic findings of specimen shows anaplastic cancer cells with large hyperchromatic nuclei, numerous abnormal mitosis, and prominent intercellular bridge (arrow) (H&E stain, ×200), (b) Histologic findings of specimen shows invasive squamous cell carcinoma originating from surface epithelium (H&E stain, ×100), (c) Histologic findings of a lymph node shows metastatic deposits which have malignant glandular structures, adenocarcinoma (H&E stain, ×100).

에서 발생하는 선암에 비하여 좀 더 악성이며 나쁜 예후를 가진다고 하였다.[1,2,6-10] Michelassi등[8]은 궤양성 대장염이 있는 환자에서 선편평상피 세포암의 발생률이 높다고 하였으며,[8] Petrelli등[6]은 맹장, 하행결장, 직장에 위치한 선편평상피 세포암과 궤양성 대장염이 공존하는 3예를 보고하였다. Chevinsky등,[9] Links등,[10] Berkilhammer등[11]은 부갑상선 호르몬과 같은 물질의 분비에 의한 과칼슘증이 전이성 선편평상피 세포암과 관련이 있을 것이라고 하였으나 골전이 및 과부갑상선증은 없었다고 하였다. 또한 Crissman[1]은 과용종증, 주혈흡충증(schistosomiasis), 난소암, 자궁내막암과 관계가 있다고 하였다.

결장과 직장의 선편평상피 세포암의 조직학적 발생기전은 현재 몇몇 가설이 보고되고 있는데,[1-4,12,13] 이는 대략 ① 외배엽세포의 태생학적 세포 소의 존재(the presence of embroylogic nests of ectodermal cells), ② 장점막의 편평상피세포로의 화생화(squamous metaplasia of the intestinal mucosa), ③ 다방향 분화력을 갖는 내배엽 기원 다능성 간 세포의 존재(the presence of pluripotent stem cells of endodermal origin capable of multidirectional differentiation) 등으로 요약된다.

임상양상은 복부동통, 직장출혈, 배변습관 변동, 오심, 체중감소 등의 일반적인 선암에서 보이는 양상과 유사하다. Cagir등[14]이 145명의 환자를 대상으로 연구조사한 바에 의하면 평균 연령은 67세로 결장, 직장암의 평균 연령인 70세와 차이가 없으며 남녀의 성비는 1.34로 여성에서 약간 더 호발하였다. 또한 대장의 적절한 평가를 위하여 대장을 세부분으로 나누었는데 맹장과 상행결장을 근위구역, 횡행결장과 하행결장을 중위구역, S상결장, 직장과 항문을 원위구역으로 3그룹으로 나누어 조사를 하여 원위구역에서 발생한 선편평상피 세포암이 58%를 차지하여 가장 빈도가 높았으며 중위구역은 13%로 가장낮은 빈도를 나타냈다. Kohntoglou와 Moyana[2]도 29예의 분석을 통해 근위구역에 41%, 원위구역에 40%, 중위구역에 10%의 빈도로 발생하였으며, 근위구역의 선편평상피 세포암보다 원위구역의 선편평상피 세포암의 환자에서 더 높은 생존율을 보였고, Cagir등의 보고에서도 같은 결과를 볼 수 있는데 그 이유는 아마도 원위구역의 암이 다른 구역에 비해 조기에 진단되기 때문인 것으로 생각된다.

선편평상피 세포암의 일차적 치료는 수술적 제거로서[6] 선암에서와 동일한 방법으로 종양의 위치에 따라 완전 제거를 하여야 한다.

항암화학요법의 효과는 증례가 적어 아직 확인되어 있지 않으나, Petrelli등[6]은 semustine, 5-fluorouracil, carmustine과 methotrexate를 조합하여 사용하였으며, Schneider등[15]은 항문과 직장의 진행성 선편평상피 세포암에서 방사선 요법과 함께 5-fluorouracil과 mitomycin을 이용한 Nigro protocol에 기본을 둔 보조 요법을 사용하였다.

예후는 일반적인 선암에 비하여 나쁜 것으로 알려져 왔는데, Comer등[12]은 5년 생존율에서 선암이 50%인 반면 선편평상피 세포암은 30%로 보고하였다. Petrelli등[6]은 선편평상피 세포암 7예의 환자에서 수술 후 23개월의 평균 생존기간을 보고하였으며, 5년 이상을 생존한 환자는 없었다고 하였다. 그러나 이들 환자는 수술시 이미 Astler-Coller 암병기가 C와 D였다. Kontozologlou와 Moyana[2]도 대개의 환자가 수술시 암병기가 C, D였으며, 수술 후 평균 추적조사기간 6.9개월 동안 생존한 환자는 단지 13.6%였었다고 보고하였다. 그러나 Cagir등[14]은 A, B_1기의 환자에서는 선암과 선편평상피 세포암의 5년 생존율이 비슷한 결과를 보이는 반면 B_2, C의 병기를 갖는 환자에서는 선암과 비교하여 낮은 생존율을 보인다고 하였고, D기의 환자는 선암과 비교하여 현저히 낮은 생존율을 갖는다고 하였다. 대부분의 문헌보고를 통해 알 수 있듯이 선편평상피 세포암이 선암보다 악성 변화 및 전이 양상이 높기 때문에 예후가 불량한 것으로 생각된다.

결 론

대장과 직장의 선편평상피 세포암은 매우 악성이며 전이성이 높아 예후가 불량한 것으로 알려져 있으나, 치료 방침이 아직 확실히 정해져 있지 않다. 수술이 현재 일차 치료요법으로 생각되나 낮은 발생률로 인하여 자료가 부족한 실정이며 전이성 선편평상피암이나 재발성 암에 대한 화학요법이나 복합요법에 대한 성적이 거의 없는 상태이다. 저자들은 드물게 맹장에서 발생한 선편평상피 세포암 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

REFERENCES

1. Crissman JD. Adenosquamous and squamous cell carcinoma of the colon. Am J Surg Pathol 1978;2:47-54.
2. Kontozoglou TE, Moyana TN. Adenosquamous carcinoma of the colon-an immunocytochemical and ultrastructural study, report of two cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 1989;32:716-21.
3. Cerezo L, Alvarez M, Edwards O, Price G. Adenos-

quamous carcinoma of the colon. Dis Colon Rectum 1985;28:597-603.
4. Boscaino A, Orabona P, Donofrio V, Mossetti G, Darmiento FP. Adenosquamous carcinoma of the colon, case report of an unusual type. Tumori 1993;78:288-90.
5. Herxheimer G. Uber heterologue cancroide. Beitr Pathol Anat 1907;41:348-412.
6. Petrelli NJ, Valle AA, Weber TK, Rodriguez-Bigas M, Adenosquamous carcinoma of colon and rectum. Dis Colon Rectum 1996;39:1265-8.
7. Erasmus LJ, van Heerden JA, Dahlin DC. Adenosquamous carcinoma of the colon. Dis Colon Rectum 1978;21:196-8.
8. Michelassi F, Montag AG, Block GE. Adenosquamous cell carcinoma in ulcerative colitis, report of a case. Dis Colon Rectum 1988;31:323-6.
9. Chevinsky AH, Berelowitz M, Hoover HC Jr. Adenosquamous carcinoma of the colon presenting with hypercalcemia. Cancer 1987;60:1111-6.
10. Links M, Ho H, Lingan P, Diamond T. Hypercalcemia in a patient with fatal adenosquamous carcinoma of the colon. Med J Aust 1994;160:286-7.
11. Berkelhammer CH, Baker AL, Block GE, Bostwick DG, Michelassi F. Humoral hypercalcemia complicating adenosquamous carcinoma of the proximal colon. Dig Dis Sci 1989;34:142-7.
12. Comer PT, Beahrs OH, Dockerty MB. Primary squamous cell carcinoma and adenoacanthoma of the colon. Cancer 1971;28:1111-7.
13. Steele VE, Nettlshelm P. Unstable cellular differentiation in adenosquamous cell carcinoma. J Natl Cancer Inst 1981;67:149-54.
14. Cagir B, Nagy MW, Topham A, Rakinic J, Fry RD. Adenosquamous carcinoma of the colon, rectum, and anus: epidemiology, distribution, and survival characteristics. Dis Colon Rectum 1999;42:258-63.
15. Schneider TA II, Birkett DH, Vernava AM III. Primary adenosequamous and squamous cell carcinoma of the colon and rectum. Int J Colorectal Dis 1992; 7:144-7.