大韓病理學會誌 : 第17卷 第1號
K.J.P., Vol, 17, No. 1, 1983

난관의 거대(巨大) 유선종(類腺腫) 1예

가톨릭대학 의학부 임상병리학교실

張銀德 · 金秉琪 · 金善武 · 李鍾武

=Abstract=

Adenomatoid Tumor of the Fallopian Tube
—Report of an unusually large case—

Eun Duk Chang, M.D., **Byung Kee Kim**, M.D., **Sun Moo Kim**, M.D. and **Chong Moo Lee**, M.D.

Department of Clinical Pathology, Catholic Medical College Seoul, Korea

The adenomatoid tumor is a rare benign neoplasm which is usually a small circumscribed lesion of the female and male genital tract characterized by adenomatous structure and it's histogenesis has been controversial.

We experienced a case of an unusually large adenomatoid tumor of the fallopian tube in 54 year old female. Grossly, the tumor was firm and gray white to yellow and large(7 cm in diameter), which found beneath the serosa in the isthmic portion of the fallopian tube.

Microscopicall, the tumor consisted of irregular glands or vessel like spaces which were lined by flattened endothelial like cells or plump cuboidal cells.

A brief review of the literature was made.

서 론

유선종(類腺腫)은 형태학적으로는 독립된 종양으로 불리우고 있으나 아직도 종양 발생기전이 뚜렷지 않은 생식기의 양성 종양으로서 남자에서는 주로 부고환 정삭, 고환피낭 등에서 여자에서는 자궁, 난관, 난소에서 발생하는 비교적 드문 종양이다. 종양의 크기는 보통 1.0 cm정도로 작은편이고, 여성의 경우 종양의 크기가 작아서 흔히 자궁근종 수술시 우연히 발견되는 수가 대부분이지만 드물게 직경이 7.0 cm 이상인 경우도 있다. 저자들은 최근 가톨릭의대 부속 성모병원에서 직경 7 cm의 비정상적으로 큰 난관 유선종 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

* 본 논문은 가톨릭 중앙의료원 연구 조성비로 이루어진 것임.
접 수 : 1982년 12월 28일

증 례

환자는 54세 여자로서 약 1개월간의 질출혈과 하복부 종양촉지를 주소로 산부인과에 내원하여 자궁 경부암으로 진단 되었다. 내원당시 환자는 중등도 체격이고 전신상태는 비교적 양호하였다. 과거력 및 가족력상에서는 특기할 사항이 없었다.

검사소견에서도 모두 정상 범위였다.

입원후 환자는 자궁 경부암이라는 임상 진단하에 광범위 자궁적출술을 시행하였다. 수술소견상 자궁 경부암이 상당히 진행되어 있었고 동시에 우측 자궁각 뒤에 난관 협부쪽으로 얇은 장막으로 둘러싸인 직경 7 cm 정도의 종양이 발견되었으므로 장막하의 자궁근종으로 생각하여 광범위 자궁적출술시 같이 적출하였다.

육안적 소견으로 종괴의 크기는 직경 7 cm 정도로 상당히 컸으며, 뚜렷한 섬유질의 피막으로 둘러싸여 있

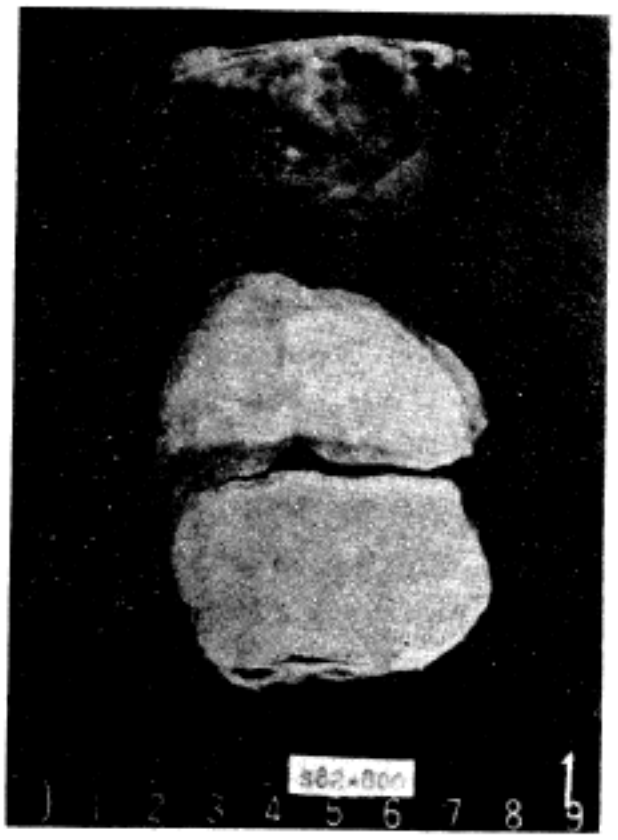

Fig. 1. Adenomatoid tumor showing well-circumscribed light brown nodular appearance beneath serosa.

Fig. 2. Tubular pattern showing spaces lined by plump cuboidal cells, some of which have desquamated into the lumina (H & E stain, ×100).

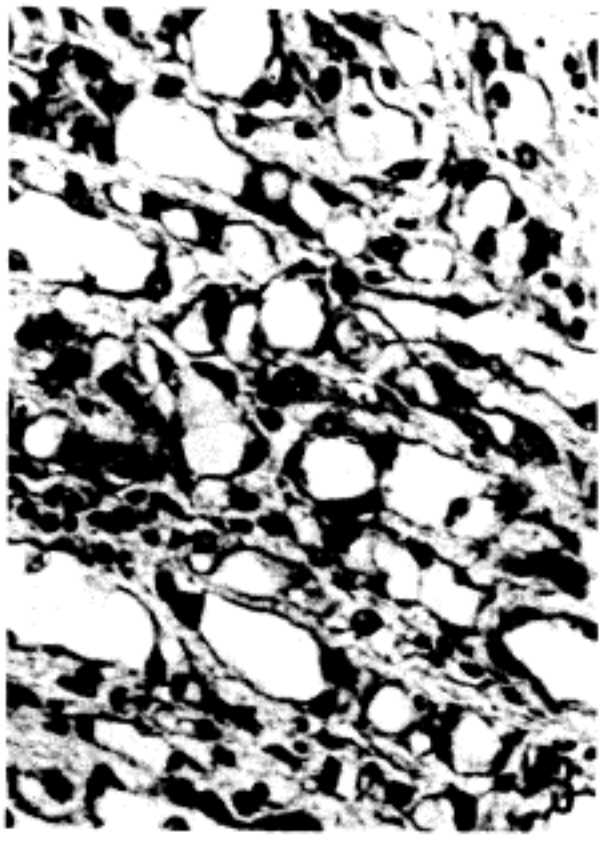

Fig. 3. Canaliculi pattern showing nests of vacuolated cells, "signet-ring" cells and canaliculi lined by flattened endothelial-like cells (H& E stain, ×400).

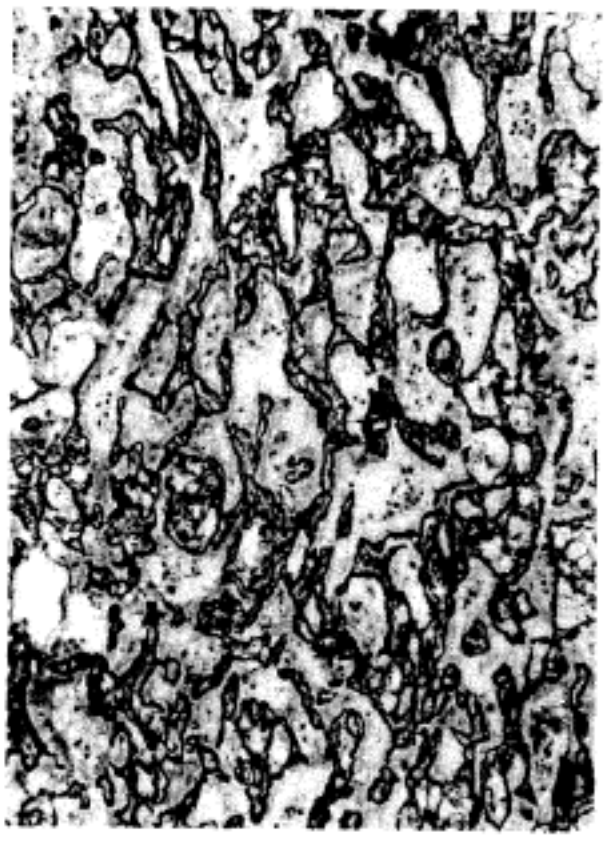

Fig. 4. Abundant reticulin fibers surrounding tubular structures and cell nests (Reticulin stain, ×100).

고 이 종양에 의해 난관일부가 압박되어 있었다. 종괴의 외면은 연한 갈색으로 평활하였으나 약간의 돌출된 부위를 보였다. 절단면은 약간의 점액성을 보이며 황백색으로 균등하였고 괴사나 낭성변성의 변화는 없었으며 견고한 경도를 가지고 있었다(Fig. 1).

현미경적 소견으로 종양은 섬유질로 구성된 뚜렷한 피막이 있었으며, 내피양 세포, 입방형 세포, 낮의 키의 원주형 세포들이 맥관상 또는 선상구조를 이루고

있었다. 이들 관상구조는 그 모양과 크기가 매우 다양하였고, 때로는 관강을 형성하지 않고 소집단을 이루고 있었다. 대부분의 관강내는 비어 있었으나 때로 소수의 임파구와 탈락된 내피양 세포들로 채워있는 곳도 볼 수 있었으며 적혈구는 관찰되지 않았다(Fig. 2).

세포들은 흔히 공포변성을 하여 지환 세포처럼 보였고(Fig. 3) 이 공포는 PAS 염색에서는 음성 이었으나 alcian blue reticulin 염색에서는 약한 양성을 나타냈다. reticunin 염색에서는 망상세포가 선상구조 및 세포의 소집단을 둘러 싸고 있었다(Fig. 4). 간질은 주로 섬유성 결체직으로 이루어져 있고 평활근은 볼 수 없었으며 경한 임파구의 침윤을 동반하였으나 호중구, 호산구, 형질세포는 볼 수 없었다.

자궁 경부는 미분화된 정도의 편평상피세포암을 보였으며, 자궁 주위 결합조직으로의 침윤성도 보였으나 골반강내의 임파절로의 전이는 볼 수 없었다.

고 안

1945년 Golden과 ASh[5]에 의해 adenomatoid tumor (유선종)이라는 용어가 처음으로 도입 되었으며, 이것은 생식기에 발생하는 비교적 작고, 주위와의 경계가 뚜렷하며 현미경상 맥관 또는 선상 구조를 보이는 비교적 드문 양성종양이다.

그 이후 이와 같은 소견을 보이는 남녀 생식기계의 종양들이 선종, 선근종, 임파관종, 세망내피종, 혼합종, 선섬유종, 혈관유종, 중피종등으로 다양하게 기술되어 동의어로 사용되었다[6].

유선종의 조직 기원에 대해서는 많은 논란과 다양한 서술이 있는데[7~9], 그 대표적인 가설로는 내피성, 중신성, 중피성, 뮐러관 기원설등이 있다, 조직소견상 맥관구조, 내피세포양 세포, 임파구 침윤 등이 맥관계 기원 종양의 인상을 줌으로써 많은 예에서 임파관종으로 보고되어 왔었다[10,11]. 그러나 유선종이 생식기계에 국한되어 발생하고 그 구성 세포로서 내피양 세포 외에 입방세포와 원주세포도 흔히 보인다는 사실이 이 가설의 모순점이 있다 하였다[10].

중신성 기원설에 대해서는 중신의 잔설(mesonephric rest)과 이 종양 사이에 부분적으로 조직학적 유사성이 있으나 유선종은 결코 자궁경부나 질부에서는 분포하지 않는다고 하여[6,12], 이 가설에 반박하고 오히려 세포학적으로 볼때 중피성 기원의 가능성이 크다고 하였다. 또한 중피성 기원설에 대해서는 악성 중피종과 비교해서 조직학적으로 유사하나 유선종은 결코 유두상의 형태가 없으며, 흉막이나 복막에 직접 발생한 것은 없었다고 한다[6]. 그렇지만 대다수의 많은 보고에서 이 중피성 기원에 동조를 보이고 있다[2,5,13].

그러나 1970년 Marcus와 Lynn[11]이 전자현미경으로 유선종과 중피종의 미세구조를 비교 관찰한 결과 두 종양의 구성세포가 근복적으로 같으며 임파종 혹은 혈관종의 내피세포와는 판이함을 처음 증명하였다. 그후 Salazar[9]등이 전자현미경상 유선종 구성세포의 미세구조들, 즉 교소체(desmosome), 미세융모, 섬모, 풍부한 세포내 원섬유(fibrils)와 사상체(filaments), 비교적 희소한 소기관(organelles)등이 중피세포의 특징과 부합됨을 재확인 함으로써 유선종의 본질을 파악하는데 지대한 공헌을 하였다.

뮐러관 기원설에 대해서는 Jackson[8]에 의해 처음 발표되었으며, 유선종양을 양성 뮐러관 간엽조직종으로 보고하고 간엽조직이 특이하게 후퇴성 화생을 하여 상피구조를 형성한다고 하였다[8,14]. 뮐러관은 태생학적으로 중피성 조직의 함입에 의해 발생하므로 생식기계 중피와 뮐러관 상피세포는 같은 기원임이 타당하며[14], 전자현미경 상에서도 엄밀한 구별은 불가능하다고 하였다[11].

유선종은 남자의 부고환 하극, 여자의 자궁후벽에 가장 많이 분포하며 30~60세의 성인층에 호발한다[6]. 아주 드물게는 난소에 발생한 예도 있다[4,14,15]. 크기는 보통 1~2 cm[1,3]으로서 작은 편이나, 대체로 자궁벽에 발생한 경우 0.7~7.5 cm[6]정도로 다소 크며, 10 cm 이상인 것도 보고 되었다[4]. 본 예에서는 그 직경이 7 cm 이고 우측 자궁각 뒤쪽으로 장막하에 위치하였다. 대부분 피막은 없으나 주위와의 경계가 분명하여, 조직학적으로 선종과 유사하지만[8] 임상적으로는 재발이나 전이등이 전혀 보이지 않는 분명한 양성으로 생각되고 있다[6]. 환자는 하복부의 동통을 호소하기도 하나[14] 뚜렷한 증세가 없으므로 대부분은 골반강내 다른 병소에 대한 개복술때, 흔히는 자궁근종 수술때 우연히 발견되며, 이 종양이 자궁근종과 흔히 함께 동반한다고 한다[6]. 본 증례도 종양의 크기가 상당히 커서 하복부 종양촉지의 주소가 있었지만 자궁 경부암에 대한 광범위 자궁적출술에 대한 개복술때 우연히 발견되었다.

조직소견상 내피세포, 입방세포, 원주세포들이 세관상, 관상, 총상으로 배열되며 각 세포내의 심한 공포형성으로 때로 지환세포처럼 보이는데(Fig. 3), 이에 대해 여러 학자들이[5,6] 지방염색, PAS, mucin, alcian blue 염색등을 시행하였으나 mucin 염색과 alcian blue 염색에서만 약한 양성을 나타냈다. Broth[14,16]등은 상

피성, 중배엽성, 중피성, 신경외배엽성 조직에서 분비되는 산성 점액 다당류(acid mucopolysaccharide)가 모두 alcian blue 염색에 양성이나 이중 상피성기원만이 히알우론산 분해효소(hyaluronidase)에 의해 소화되지 않으므로 상피성기원은 아니라고 하였다. 그러나 유선종의 경우 alcian blue 염색에 강한 양성이며 중피세포와 같이 히알우론산 분해효소에 의해 부분적 또는 완전히 소화되는 점으로 중피세포 기원을 주장하였다. 본 예에서는 PAS 염색, 지방염색에서는 음성이었으며 alcian blue 염색에 약한 양성을 보였다. reticulin 염색 소견은 매우 특징적이어서 비교적 큰 관강을 갖는 관상 구조들은 풍부한 망성섬유로 잘 둘러싸여져 있으나 개개의 세포 또는 세포의 소집단으로 이루어진 충상구조에서는 망상섬유가 세포 사이사이로 침윤해 들어가는 양상을 보인다[5,11,14]. 그 밖에 종양부위에 따라 종양내의 한 성분으로 평활근이 보인다고 하였는데[11,14], 즉 고환, 부고환의 상극, 난관, 난소에서 생긴 유선종에는 평활근을 거의 볼 수 없으나, 부고환 하극에서 생긴 유선종에서는 매우 흔히 관찰된다고 하였는데, 본 예에서도 역시 평활근은 관찰되지 않았다. 이상 유선종에 대한 여러 발생기원설중 임상적, 조직화학적 및 전자현미경 소견에 의해 중피설이 가장 유력시 되고 있다.

유선종은 분명한 양성 종양으로서 절제술로서 완전치유될 수 있으며 재발이나 전이는 결코 없다고 한다[6].

결 론

가톨릭의대 부속 성모병원에 내원한 54세의 여자에서 발생빈도가 희귀하고 조직기원이 흥미로운 비 전형적인 크기를 보인 난관의 유선종 1예를 병리 조직학적으로 확진하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1) Lee MJ, Dockert MB, Thompson GJ and Waugh JM: *Benign mesotheliomas(adenomatoid tumor) of the genital tract. Surg Gynec Obstet 91: 221, 1950*
2) Hertig AT and Gore H: *Tumors of the female sex organs; tumors of the ovary and fallopian tube. Fascle 33 AFIP Washington DC, 1961*
3) Novak ER and Woodruff JD: *Gynecologic and obstetric pathology. 7th edition WB Saunders Co Philadelphia London Toronto, 1974*
4) Jones EG and Donovan AJ: *Adenomatoid tumr of the ovary versus mesothelial reaction. Am J Obst Gynecol 92:694, 1965*
5) Golden A and Ash JE: *Adenomatoid tumors of the genital tract. Am J Path 21:63, 1945*
6) Youngs LA and Taylor HB: *Adenomatoid tumors of the uterus and fallopian tube. Am J Clin Path 48:537, 1967*
7) Mackay B, Bennigton JL and Skoglund RW: *The adenomatoid tumor; fine structural evidence for a mesothelial origin. Cancer 27:109, 1971*
8) Jackson JR: *The histogenesis of the adenomatoid tumor of the genital tract. Cancer 11: 337, 1958*
9) Salazar H, Kanfour A and Burgess: *Ultrastructure and observations on the histogenesis of mesotheliomas, "adenomatoid tumors" of the female genital tract. Cancer 29:141, 1972*
10) Taxy JB, Battifora H and Oyasu R: *Adenomatoid tumors; A light microscopic histochemical, and ultrastructural study. Cancer 34:306, 1974*
11) Marcus JB and Lynn JA: *Ultrastructural comparison of an adenomatoid tumors, lymphangioma, hemangioma and mesothelioma. Cancer 25:171, 1970*
12) Codnere TT and Flynn JE: *Adenomatoid tumors of epididymis; report of 3 cases. J Urol 56: 448, 1946*
13) Ragins AB and Crane RD: *Adenomatoid tumors of fallopian tube. Am J Path 24:933, 1948*
14) 권태정, 노재윤, 이유복 : 난소의 유선종 1예. 대한병리학회지 *12:67, 1978*
15) Horn RC and Lewis GC: *Mesothelioma of the female genital tract; review of the literature and report of five cases involving the uterus. Am J Clin Path 21:251, 1951*
16) Broth G, Bullock WK and Morrow J: *Epididymal tumors; 1. Report of 15 new cases including review of literature 2. Histochemical study of the so-called adenomatoid tumor. J Urol 100: 530, 1968*