

- and progesteron receptor determination in the papillary and cystic neoplasm of the pancreas with immunohistochemical and ultrastructural observations. *Cancer* 1987; 60: 1604-11.
3. Compagno J, Oertel JE, Kremzar M. Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas, probably of small duct origin: a clinicopathologic study of 52 cases. *Lab Invest* 1979; 40: 248-9.
  4. Cappilari JO, Geisinger KR, Albertson DA, Wolfman NT, Kute TE. Malignant papillary cystic tumor of the pancreas. *Cancer* 1990; 66: 193-8.
  5. Sclafani LM, Reuter VE, Coit DG, Brennan MF. The malignant nature of papillary and cystic neoplasm of the Pancreas. *Cancer* 1991; 68: 153-8.
  6. Stömmmer P, Kraus J, Stolte M, Giedl J. Solid and cystic pancreatic tumors: Clinical, histochemical, and electron microscopic features in ten cases. *Cancer* 1991; 67: 1635-41.
  7. Lieber MR, Lack EE, Roberts JR, Triche TJ. Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas. An ultrastructural and immunohistochemical study of six cases. *Am J Surg Pathol* 1987; 11: 85-93.
-

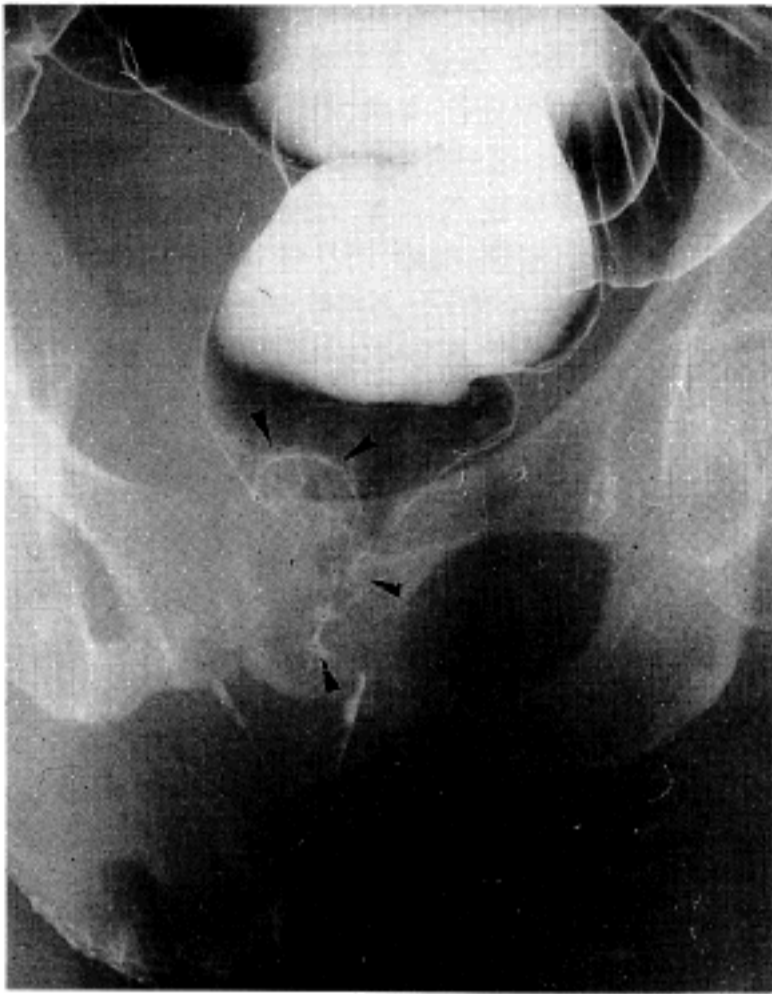


Fig. 1. Barium enema reveals a 3.5×2.5 cm sized, irregular polypoid filling defect with mucosal destruction in the left side of the anal canal near the anal verge.

서 항문환 4 cm 상부에서 3.5×2.5 cm 크기의 불규칙한 용종성 종괴가 직장의 좌측에서 관찰되었고 (Fig. 1) 전산화 단층촬영상 양측성 서혜부 입과절 종대가 관찰되었다. 결장경 검사에서 종괴는 부분적으로 검은색으로 착색되어 있었다. 임상적으로 악성 종양이 의심되어 복회음절제술을 시행하였다. 보내온 조직은 복회음 절제된 직장과 항문으로 길이가 22.0 cm이었다. 항문직장 연결 부위에서 5.0×4.5 cm의 케양돌출성 종괴가 관찰되었으며 육안적으로 종괴는 내측 항문괄약근을 침범하고 있었고 부분적으로 검게 착색되어 있었다.

광학현미경 소견상 종괴는 원주상피에서 편평점막상피로 이행하는 항문직장 연결 부위에서 발생하였으며, 주위 정상 조직을 밀며 확장하는 압박성 경계를 가졌다(Fig. 2). 종양 세포는 상피양 또는 방추형으로, 비정형의 핵은 과염색성으로 크고 또렷한 핵소체를 가졌다. 비정형의 세포분열이 다수 관찰되었다. 세포외와 세포내에서 흑색소가 관찰되었고, 종양 주위의 편평점막상피층에서 흑세포의 비정형의 경계활동성 변화가 관찰되어 악성 흑색종으로 진단하였다(Fig. 3). 종양은 내측항문괄약근까지 침



Fig. 2. Malignant anal melanoma at the anorectal junction.

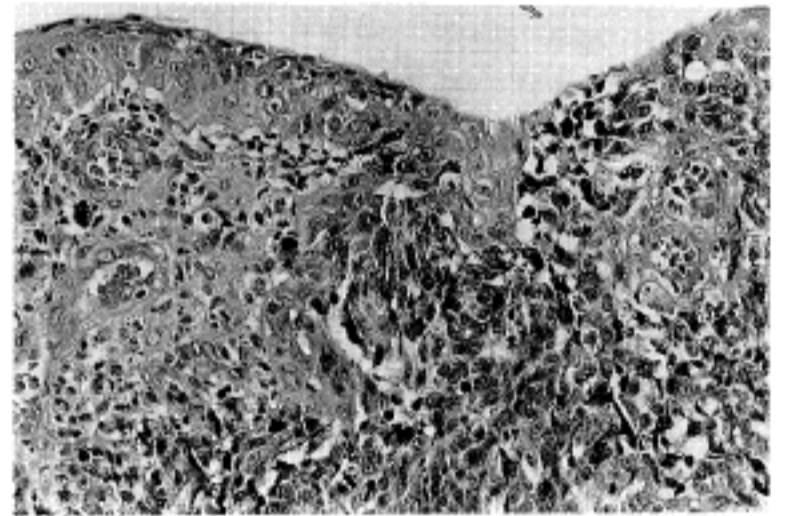


Fig. 3. Junctional change at the anal squamous mucosa.

입하였고 케양의 기저부에서부터 침윤경계까지는 6.0 mm였다. 혈관내로의 침입이 있었으며, 항문직장 주위에서 박리한 입과절에서는 전이가 발견되지 않았다. Fontana-Masson염색에서 흑색소가 흑색으로 강하게 염색되었다. 면역조직화학검사 결과 S-100단백과 Vimentin이 세포질에 미만성으로 강하게 양성반응을 보였으며 Neuron specific enolase는 국소적인 양성반응을 보였다. 그외에 Chromogranin, Leukocyte common antigen, Desmin, Cytokeratin, Epithelial membrane antigen에는 모두 음성반응을 보였다. 환자는 화학요법으로 치료 받던중, 수술 후 약 4개월경 질벽에 전이 병변이 발생하여 절제술을 받았다. 그후 화학요법을 시행하며 복회음 절제후 8개월째 별 문제 없이 지내고 있다.

고 찰: 항문의 원발성 악성 흑색종은 비교적 드문 종양으로 항문관의 편평점막상피의 기저층에 있는 흑세포에서 기원하는 것으로 알려져 있다<sup>6</sup>. 1982년도에 Wanebo등이 1947년부터 보고된 바 있는 267례의 항문에 발생한 원발성 악성 흑색종을 검토하였

다. 그들에 의하면 종양의 2/3가 근위부 항문줄과 이행부위에 위치하였으며, 그 외에 항문줄, 대장형 상피, 원위부 항문줄등에 위치하였다. 육안적으로 종양의 70%는 색소침착이 되어 있었고 63%는 용종양 모양이었고 59%에서 궤양을 형성하였다. 조직학적으로 종양은 방추형 또는 상피양 세포로 이루어져 있으면서 2/3의 경우에서 흑색소 침착이 있었으며, 편평점막상피에서 흑세포의 경계활동성 변화를 동반하였다. 조직학적으로는 입파종 또는 유암종을 닮기도 하였는데, 가장 중요한 진단의 기준은 흑색소 침착, 흑세포의 경계활동성 변화와 세포소를 이루는 성장 양상으로 색소침착과 경계 활동성 변화가 없는 경우는 세포소 성장 양상이 진단에 도움이 된다<sup>7</sup>.

본 예의 경우 환자는 4개월간 항문의 돌출성 종괴를 주소로 하였으며, 항문직장 이행부위에 위치한 궤양돌출형 종괴였다. 조직학적으로는 상피양 세포와 방추형 세포가 혼합되어 있으면서 흑색소와 비정형의 경계활동성이 관찰되는 전형적인 악성 흑색종이었다. 종양의 두께는 6.0 mm였으며, 임상적으로는 서혜부 입파절 전이가 의심되었다.

이 종양의 예후는 매우 나빠서 평균 생존 기간이 21.5개월이며, 세포분열, 색소침착, 주된세포형, 종양의 크기, 구조등은 예후와 관련이 없었다<sup>3,5,8</sup>. 종양의 두께와 입파절 전이 유무가 예후와 관련이 있었다. 종양의 두께는 점막의 표면이나 궤양의 기저부에서부터 가장 깊이 침입한 경계까지 측정하였다. 종양의 두께가 2.0 mm 미만인 경우가 3예 보고되었는데, 이 경우에는 환자들은 13년 이상 생존하였다(0.5 mm; 13년, 1.4 mm; 26.5년, 1.7 mm; 20년). 2.0 mm 이상인 경우에는 모두 2년 이내에 사망하였는데, 2~3 mm인 경우는 18개월에서 50개월 동안 생존하였고, 3~5 mm인 경우는 평균 18개월 생존하였다. 5.7 mm, 7.1~9.0 mm, 9.1 mm 이상인 경우의 평균

생존 기간은 각각 9, 14, 10개월이었다<sup>3</sup>. 종양은 항문직장 주위, 복강 또는 장간막, 서혜부, 액와 입파절로 전이하며, 혈관을 통해 간, 폐, 위장관, 뇌, 피부, 방광 등으로 전이한다. 입파절 전이가 없는 국소 병변인 경우에는 입파절 전이가 있는 경우보다 예후가 좋아서 평균 생존 기간이 18개월이었고, 입파절 전이가 있는 경우는 6개월, 타장기로의 전이가 있는 진행된 병변인 경우에는 13개월이었다.

이 종양의 치료로는 국소적 절제와 복회음절제가 실시되었는데 그동안 보고된 바에 의하면 이 두 방법간의 예후는 차이가 없는 것으로 알려져 있다. 그러나 종양의 두께가 2.0 mm 이내로 국소 입파절 전이가 없는 경우에는 복회음절제를 추천하고 있다<sup>3,7</sup>.

## 참 고 문 헌

1. 장은숙, 신경호, 김재식, 김종명. 항문 직장부에 발생한 악성 흑색종. 대한병리학회지 1979; 13(2): 117-121.
2. 박철규, 이계평, 김예흠, 박길수. 항문직장부에 발생한 악성흑색종. 중앙의학 1970; 18: 39-41
3. Wanebo HJ, Woodruff JM, Farr GH, Quan SH. Anorectal melanoma. Cancer 1981; 47: 1891-1900.
4. Pack GT, Oropeza R. A comparative study of melanoma and epidermoid carcinoma of anal canal: A review of 20 melanomas and 29 epidermoid carcinomas(1930 to 1965). Dis Col Rect 1967; 28: 161-176.
5. Mason JK, Helwig EB. Anorectal melanoma. Cancer 1966; 19: 39-50.
6. Morson BC, Volkstadt H. Malignant melanoma of the anal canal. J Clin Path 1963; 16: 126-132.
7. Cooper PH, Mills SE, Allen MS. Malignant melanoma of the Anus: Report of 12 patient and analysis of 255 additional cases. Dis Col Rect 1982; 25: 693-703.
8. Chiu YS, Unni KK, Beart RW. Malignant melanoma of the anorectum. Dis Col Rect 1990; 23: 122-124.