

거대 돌출형 비전형적 유방 수질암

강원대학교 의과대학 외과학교실, ¹병리학교실, ²강원대학교병원 병리과, 한림대학교 의과대학 ³병리학교실, ⁴외과학교실
장명철 · 김찬동 · 노혜린 · 채기봉 · 박원서¹ · 민동원² · 신형식³ · 양대현⁴ · 최원진

Huge Exophytic Atypical Medullary Breast Cancer

Myung Chul Chang, M.D., Chan-Dong Kim, M.D., Hye Rin Roh, M.D., Gi Bong Chae, M.D., Weon Seo Park, M.D.¹, Dong Won Min, M.D.², Hyung Sik Shin, M.D.³, Dae Hyun Yang, M.D.⁴ and Won Jin Choi, M.D.

A medullary carcinoma of the breast is an uncommon breast cancer subtype, but has a fair prognosis. The histopathological criteria for a medullary carcinoma were delineated by Ridolfi et al. in 1977, and most pathologists use these criteria. The authors experienced a huge carcinoma of the breast, which was diagnosed as an atypical medullary carcinoma. A 47-year old female visited our clinic due to a breast mass of six months duration. The mass was 16 cm in size and exophytic in the left lower breast. There had been necrosis, with a foul odor in most of the mass. A large fixed axillary lymph node was noted, but there was no evidence of distant metastasis. A radical mastectomy was performed due to invasion of the pectoralis major. On pathological examination, the tumor was diagnosed as an atypical medullary carcinoma. (J Korean Surg Soc 2003;65:353-355)

Key Words: Breast, Atypical medullary carcinoma
중심 단어: 유방, 비전형적 수질암

Department of Surgery and ¹Pathology, Kangwon National University College of Medicine, ²Department of Pathology, Kangwon National University Hospital, Departments of ³Pathology and ⁴Surgery, Hallym University College of Medicine

서 론

수질성 유방암은 전체 유방암의 1%에서 8% 정도를 차지하며(1) 병리학적으로 경계가 좋은 종양으로 조직학적 분화도

가 매우 좋지 않고, 합포체형으로 성장하며(syncytial growth pattern) 단핵세포의 침윤이 많은 점을 특징으로 한다. Ridolfi 등(2)은 수질성 유방암의 6가지 진단기준을 제시하였으며 이에 따라 전형적, 비전형적 및 비수질암으로 분류하였다. 전형적 수질암은 진단기준에 모두 일치하는 경우이고, 비전형적 수질암은 성장 양상이 적어도 75% 이상의 합포체형을 보이지만 그 외 5가지의 진단기준에서 맞지 않는 경우이다. 전형적 수질암은 비록 분화도가 나쁘지만 예후는 다른 침윤성 유방암에 비해 좋은 것으로 알려져 있다.(2-4) 비전형적 수질암의 예후는 전형적 수질암과 비수질암의 중간이라는 보고(2,3)와 비수질암과 동일하다는 보고(5)가 있으며 따라서 비전형적 수질암은 불필요한 분류이며 전형적 수질암과 비수질암으로 분류하는 것을 제안하였다. 저자들은 16 cm 크기의 돌출형 유방암을 수술하여 병리학적으로 비전형적 수질암으로 진단하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

47세의 기혼 여성이 6개월 전부터 만져지기 시작한 유방 종양을 주소로 내원하였다. 환자의 초경 연령은 16세이며 첫 출산은 27세로 현재 1명의 자녀를 갖고 있었다. 평소 생리주기는 규칙적이었다. 이전 유방질환의 과거력 없으며 가족 중 유방암 환자도 없었다. 좌측 유방의 종양으로 크기가 지름 16 cm 정도로 전 흉부에 돌출되어 있었다. 피부는 전체적으로 발적되어 있었고 종양을 덮고 있는 피부는 회색빛을 띠며 전체적으로 궤양을 일으키고 괴사되어 초점성 출혈과 농 및 삼출물이 흐르고 심한 악취가 났다(Fig. 1). 종양은 비교적 단단하였지만 부분적으로 낭종을 형성한 듯 만져졌고 움직여 보았을 때 대흉근에 고정되어 함께 움직여지는 양상을 보였다. 제1액와림프군(level I)에서 4 cm 정도의 림프절이 만져졌으며 고정되어 있었다. 흉부 X선 촬영, 복부 초음파 검사 및 골주사 검사상 폐, 간 및 뼈에 대한 전이는 관찰되지 않았다. 흉부 전산화 단층촬영에서 폐 전이는 관찰되지 않았으나 종괴가 대흉근에 심하게 침윤되어 있었다(Fig. 2). 종괴의 일부를 떼어 시행한 조직병리학적 소견상 분화가 아주 좋지 않은 선암으로 진단되어 원발성 유방암 외에 유방으로 전이된 암종일 가능성을 고려하였으며 추가 검사에서 다른 원발암은 발견할 수 없었다. 수술

책임저자 : 장명철, 강원도 춘천시 효자3동 17-1
☎ 200-947, 강원대학교병원 외과
Tel: 033-258-2306, Fax: 033-257-4636
E-mail: changmc@hitel.net
접수일 : 2003년 3월 11일, 게재승인일 : 2003년 6월 17일



Fig. 1. Gross finding. The mass was 16 cm sized and exophytic in left lower breast. There was a necrosis and ulceration with foul odor in most of mass. Skin around the mass was eroded.

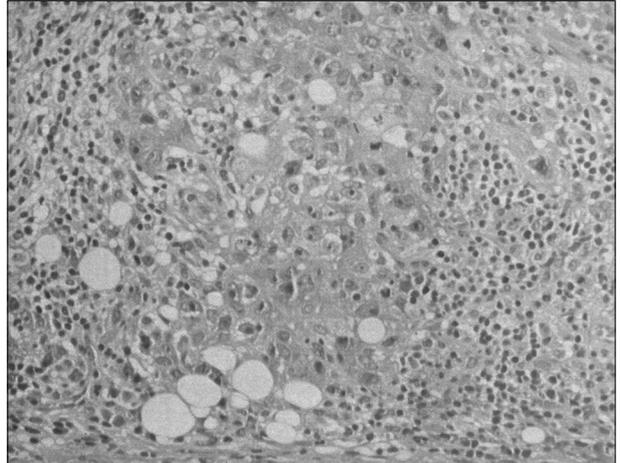


Fig. 3. Microscopic pathologic finding. The tumor showed a syncytial or sheet-like appearance. There was a prominent lymphocyte infiltrate at the periphery of the tumor. The tumor cells were large and showed no glandular differentiation (H&E stain $\times 200$).

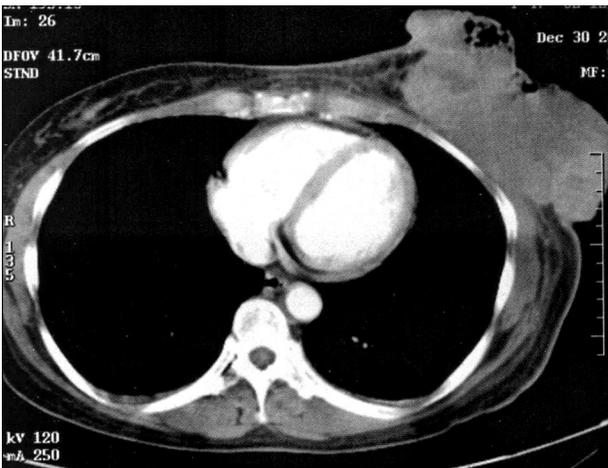


Fig. 2. Computed tomography. The huge mass invaded the pectoralis major. There was no evidence of lung metastasis.

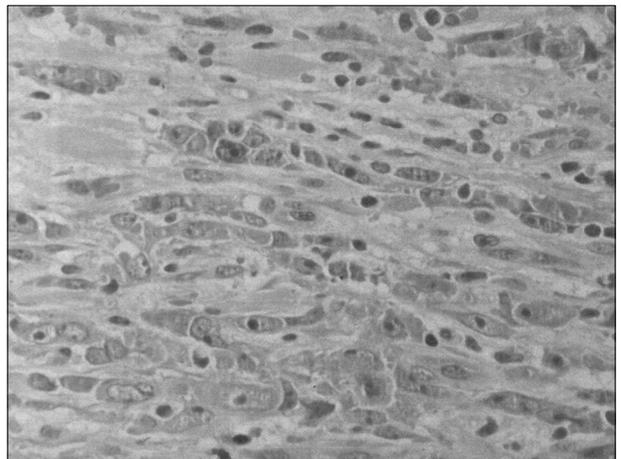


Fig. 4. Microscopic pathologic finding. The area of tumor showing typical infiltrating duct carcinoma. The tumor cells showed so-called Indian file appearance (H&E stain $\times 400$).

소견에서 종양은 대흉근에 유착되어 있어 대흉근을 포함한 좌측 유방 근치적 절제술을 시행하였으며 늑골에 침윤은 관찰되지 않았다. 종양의 육안소견에서 최대 직경은 16 cm로 절단면은 회백색을 띤 고형성이며 군데군데 출혈성 괴사 소견을 보였다. 만저지는 4 cm의 액와림프절은 거의 대부분이 전이세포로 구성되었으며, 이외 2개의 림프절중 하나에서 전이가 발견되었다. 현미경적으로 종양은 팽창성의 성장 양상을 보여 주변 조직과의 경계가 비교적 뚜렷하였고, 대부분의 종양세포는 선으로 분화하거나 관내 성장양상이 없이 합포체 또는 관모양으로 자라는 양상을 보였다.

종양주위에 심한 림프구의 침윤이 관찰되었다. 종양은 크고 다형성의 세포로 구성되었으며 뚜렷한 핵소체와 많은 유사분열이 관찰되었다(Fig. 3). 면역조직화학 검사상 ER, PR에 음성이었다. 종양의 일부에서는 전형적인 침윤성 유방암의 소견이 관찰되어서(Fig. 4) 비전형적 수질암의 진단을 내렸으며, 수술 후 CAF(Cyclophosphamide, Adriamycin, 5-Fluoracil) 화학요법 및 방사선요법을 계획 중으로 퇴원하였다.

고찰

유방 수질암은 침윤성 유방암의 일종으로 다른 유방암에 비해 예후가 좋은 암으로 알려져 있지만 병리조직학적 진단기준이 모호하여 진단상 문제점이 있다. 본 예에서는 6개월에 지름 16 cm로 자라는 성장 속도가 아주 빠른 유방 종양으로 돌출되어 있으며 중심부에 괴사가 있어 수술 전 육안 소견으로는 선암보다는 악성 육종 또는 악성엽상낭종의 가능성이 높다고 생각하였다. 이 등(6)은 유사한 육안 소견을 가진 악성엽상낭종의 예를 보고하였으며 Kuerer 등(7)은 유사한 형태의 침윤성 유방암을 보고하였다. 병리학적 진단을 위하여 절개 생검을 시행하였으며, 분화도가 아주 나쁜 선암으로 진단하여 수술을 시행하였다. 수술 후 병리 진단 결과 수질성 종양을 일부 가지고 있는 비전형적 수질암으로 진단하였으며 액와림프절에 전이를 동반하고 있었다. 수질암은 얼은 갈색이나 회색의 색조를 띠며 크기가 2 cm 이내일 경우는 출혈이나 괴사가 잘 나타나지 않으나 종괴의 크기가 커질수록 괴사가 많이 나타난다. 이러한 괴사가 커지면서 낭포성 변화가 나타나고 이것은 종양의 크기가 5 cm 이상일 때 현저해지는데 이는 본 예와 일치하는 소견이었다.(2) 본 예에서는 크기가 4 cm의 고정된 림프절이 만져졌으며 병리검사상 림프절의 대부분이 종양세포로 구성되었다. Rosen 등(8)은 수질암에서는 액와림프절이 커져 있어도 전이가 없는 경우가 많으며, 특히 Ridolfi 등(2)은 전형적 수질암에서 림프절 전이가 적다고 보고하였다. 본 예에서 ER, PR은 모두 음성이었는데 수질암에서 호르몬 수용체의 양성도는 10% 이하로 보고되고 있으며 비교적 호르몬 치료에 반응이 없다고 한다.(9) 수질암은 침윤성 유방암에 비해 예후가 좋으며 수술 후 무병생존율도 높으나 본 예는 비전형적 수질암으로 예후는 침윤성 유방암과 유사하리라 생각되고 크기가 크고 액와림프절에 전이가 있어 예후가 불량하리라 생각된다.

본 예에서와 같은 국소 진행성 유방암은 수술 전 보조화학요법을 시행하는 것이 정설이다. Kuerer 등(7)은 국소진행성 유방암에서 수술 전 보조화학요법은 종양의 병기를 낮

출 뿐 아니라 화학요법의 반응 정도는 생존율을 예측할 수 있는 독립인자라고 보고하였다. 하지만 수술 전 보조화학요법으로 반응이 없는 경우는 치료의 시기를 늦출 수 있으며 본 예에서와 같이 삼출물, 악취 등 괴사로 인한 문제가 있을 경우는 수술적 요법이 필요하게 된다. 따라서 이러한 진행성 유방암 환자에 있어서 치료방침은 개개 환자에 따라 달리 적용하여야 할 것이고 향후 많은 환자를 대상으로 한 무작위 대조군 연구가 필요하리라 생각한다.

REFERENCES

- 1) Reinfuss M, Stelmach A, Mitus J, Rys J, Duda K. Typical medullary carcinoma of the breast: a clinical and pathological analysis of 52 cases. *J Surg Oncol* 1995;60:89-94.
- 2) Ridolfi RL, Rosen PP, Port A, Kinne D, Mike V. Medullary carcinoma of the breast: a clinicopathologic study with 10 year follow-up. *Cancer* 1977;40:1365-85.
- 3) Wargotz ES, Silverberg SG. Medullary carcinoma of the breast: a clinicopathologic study with appraisal of current diagnostic criteria. *Hum Pathol* 1988;19:1340-6.
- 4) Pedersen L, Zedeler K, Holck S, Schiødt T, Mouridsen HT. Medullary carcinoma of the breast, proposal for a new simplified histopathological definition. Based on prognostic observations and observations on inter- and intraobserver variability of 11 histopathological characteristics in 131 breast carcinomas with medullary features. *Br J Cancer* 1991;63:591-5.
- 5) Rapin V, Contesso G, Mouriessie H, Bertin F, Lacombe MJ, Piekarski JD, et al. Medullary breast carcinoma. A reevaluation of 95 cases of breast cancer with inflammatory stroma. *Cancer* 1988;61:2503-10.
- 6) Lee SD, Nam SJ, Yang JH, Oh YL. Huge cystosarcoma phyllodes. *J Korean Surg Soc* 1999;57:441-5.
- 7) Kuerer HM, Beahm EK, Swisher SG, Ross MI. Surgery for inoperable breast cancer. *Am J Surg* 2002;183:160-1.
- 8) Rosen PP, Lesser ML, Kinne DW, Beattie EJ. Discontinuous or "skip" metastases in breast carcinoma. Analysis of 1228 axillary dissections. *Ann Surg* 1983;197:276-83.
- 9) Patel JK, Nemoto T, Dao TL. Is medullary carcinoma of the breast hormone dependent? *J Surg Oncol* 1983;24:290-1.