



子宮 癌

羅建榮 (서울醫大教授)

의학통계에 의하면 암은 心臟血管病의 다음가는 인류의 사망원인이 되어있으며, 매년 2 백만명 이상의 귀중한 생명이 지구상에서 암으로 희생되고 있는 실정이다. 이미 발표된 바와 같이 남성은 21.5%, 여성은 24.9%가 체내의 어느 臟器엔가에 암이 발생하는 것이므로 특히 여성에 있어서는 전 여성의 약 4분의 1이 암이 발생한다는 것이다.

여성에게 발생하는 암의 약 35%는 여성 성기암이다. 그리고 여성 성기암의 약 85%는 자궁암이라는 것이 밝혀져 있다. 따라서 한국여성의 암에서는 자궁암이 가장 많고 남성은 위암이 수위로 되어 있다. 암의 발생빈도와 발생기관은 민족에 따라 차가 있고 생활환경, 교육정도 등에 따라서도 차이가 있다.

자궁은 子宮頸과 子宮體의 두 부분으로 구분한다. 이 두 부분은 解剖學, 組織學, 기능적으로 다른 점이 많다. 암도 자궁경에 발생하는 자궁경암과 자궁체에 발생하는 자궁체암이 있는데 자궁경암과 자궁체암은 여러가지 점에서 다르다.

따라서 자궁암이라 해도 이를 일률적으로 다룰 수가 없고 구분해서 다뤄야 한다.

자궁경암과 자궁체암의 발생비율은 국가, 민족 등에 따라서 다르다. 즉 구미 각국의 자궁경암과 자궁체암의 비율은 85대 15인데, 우리나라는 1965년 대한산부인과학회에서 조사 보고한 바에 의하면 95대 5로 되어 있다.

자궁경암은 45~52세가 호발연령으로 되어 있으며 처녀는 드물고, 결혼한 부인 특히 조혼하여 성생활을 일찍부터 시작한 부인, 그리고 임신 횟수가 많은 부인에게 많이 발생한다고 한다.

경제적으로는 운택하지 못한 층의 부인에게 많이 발생하고 부유층 부인에게는 아주 드물다. 이에 반해 자궁체암은 50~80세가 호발연령이고 부유층 부인 또는 임신분만의 경험이 없는 부인에게 많이 발생한다. 이 이외에도 비만, 고혈압, 당뇨병과 관련이 있으며 특히 호르몬분비 卵巢腫瘍과 합병되는 수가 많다고 한다.

이상과 같이 자궁경암과 자궁체암은 여러가지 점에서 차이가 심할 뿐더러 가끔 정반대의 경우도 있으므로 구분해서 취급해야 한다. 그러나 다행히 우리나라 부인의 자궁암의 대부분이 자궁경암이 차지하고 있어 여기에선 자궁경암에 대해서만 설명코자 한다.

자궁암은 초기에는 아무런 증상이 없는 것이 보통이다. 불규칙한 출혈과 帶下는 진행된 자궁암에서 볼 수 있고, 요통, 하복통, 용변장애 등의 증상은 말기 자궁암에서 비로소 나타난다.

따라서, 자궁암의 초기 증상인 적색대하, 접촉출혈 즉 성교후 출혈 등을 본인이 알게 된다면 이는 이미 진행된 암이라고 할 수 있는데, 이 때에 발견하고도 적극적인 치료를 하지 않으면 만 1년 이내에 58%가 사망하고 2년 이내에 82%, 3년 이내에 88%, 4년 이내에 95.4%가 사망하고 5년 후까지 생존하는 수는 없다고 한다.

자궁경암은 그 진행정도에 따라서 제 1기부터 제 4기까지로 분류되는데, 의학의 발달로 上皮內암(0期암)과 그 전단계인 異常上皮의 시기 가 있다는 것이 알려졌다.

국제산부인과학회 암위원회에서는 국제臨床분류법을 제정하여 전세계적으로 사용되고 있다.

즉 자궁경암 제 I 기는 암조직이 자궁경에 국한되어 있는 시기이며, 제 II 기는 자궁경 밖으로까지 암이 진행되었으나 骨盤壁 또는 膈의 上部 3분의 1 부분까지 浸潤되지 않은 시기이다.

제 III 기는 암조직이 골반벽 또는 질의 하부 3분의 1 부분까지 즉 질의 대부분이 浸潤된 시기이고, 제 IV 기는 암조직이 골반내장기 특히 방광 직장까지 침범되었거나 골반 밖의 부위 즉 폐, 간, 두개내 및 骨盤腔외의 임파선 등에까지 전이(遠隔轉移)된 시기를 말한다.

앞서 설명한 것과 같이 암은 갑자기 정상세포에서 돌변하여 암세포가 발생하는 것이 아니고 상당한 기간의 이른바 「前癌期」가 있다는 것이 알려졌다.

전암기에 관한 연구는 동물을 사용하여 발암물질을 장기간 내복 또는 塗布하여 암 발생과정을 연구하다가 발견되었다.

그런데, 동물의 암발생에는 여러 단계의 시기를 거쳐서 이루어진다는 사실이 인체에서 발생하는 암의 발생과정에서도 증명되었다. 이러한 인체에서 발생하는 암의 발생과정도 동물실험에서와 같다는 것이 바로 자궁암에서 증명되었으므로 자궁경암의 발생과정에 관한 연구는 인체에 발생하는 모든 암의 조기진단 및 치료에 큰 공헌을 한 것이다.

자궁경암의 전암기는 환자에 따라서 의견이 다르고 따라서 몇개의 시기로 분류하며 또 그의 명칭이 구구하여 구체적으로 연구 발표 하는데 많은 불편이 있어서 국제보건기구(WHO)에서는 이를 통일된 분류법을 제정, 세계적으로 사용하기를 권장하고 있다. 자궁경암에서는 전암기를 10년이상 20년으로 보고 있으며 異常上皮(輕症, 中等症, 重症) 및 上皮内癌(0 期癌)으로 WHO에서는 분류하고 있다.

즉, 정상 상피세포에서 우선 輕症異常上皮로 되고 그 후 中等症 異常上皮 그리고 重症異常上皮를 거쳐 끝으로 상피내암이 된다.

상피내암은 0 기암이라고도 불리나 엄격한 의

미에서 癌은 아니고 어디까지나 전암기이다.

그리고, 이상상피에서 상피내암으로 진행되는 것은 이상상피의 약 17%라고 하며, 상피내암에서 「암」으로 진행되는 것은 4~30%, 즉 20% 전후이므로, 이상상피를 가진 부인이 모두 상피내암을 거쳐서 「암」이 되는 것은 아니다. 따라서 전암기에서 일부만이 「암」으로 진전되고 대부분은 그대로 머무르거나 또는 정상상피로 돌아가는 것이다.

외국의 통계에 의하면 이상상피에서 「암」으로 진행되는 경우, 이에 소요되는 기간을 약 10년으로 보고 있다. 또 상피내암(0 기암)의 평균연령은 35세이고 자궁경암의 우리나라 평균연령은 45세이다. 이와같이 오랜 기간의 전암기를 거쳐서 자궁경암이 발생하는 것이므로 특히 자궁암의 대부분이 차지하고 있는 자궁경암은 별로 걱정할 필요가 없게 되었다.

자궁암의 치료는 주로 수술과 방사선요법이 이용된다. 전에는 자궁경암 제 I 기와 II 기는 수술요법, 제 III 기와 IV 기는 방사선요법이 많이 이용되어 왔다. 그러나 최근 방사선요법이 크게 발달함에 따라 부작용도 적어지고 치료성적도 향상되어, 요즘 구미 각국은 방사선요법에 중점을 두어 치료하고 있다. 방사선도 전엔 X 선만 사용하였지만 요즘은 코발트 60, 베타트런, 리니어·악세레레이터 등이 개발되어 제 I 기의 경우에만 수술요법을 시행하고 있다. 그리고 수술 6 주후 방사선照射를 추가한다. 수술방식 또한 전보다 발전을 보아 도려내는 범위도 좁혀 수술 후 합병증 발생을 예방하는 방향으로 전환되어 가고 있다. 제 II 기 이후는 방사선 조사만 하는데 치료성적은 나날이 향상되고 있다. 0 기암 즉 상피내암은 「암」이 아니고 전기암이므로 부위만 제거하면 장차 암으로 진행될 염려는 없는 것이다. 따라서 자궁적출술(단순성), 子宮頸切斷術 또는 子宮頸圓錐切除術을 하게 되는데, 만일 임신을 희망하는 젊은 부인이라면 후자를 택하게 된다.

방사선 및 수술요법과 이들의 합병요법의 치료성적은 병원에 따라 상당한 차이가 있다. 그

러나 방사선요법을 위주로 하는 것과 수술요법을 위주로 하는 것과는 큰 차가 없다고 한다.

자궁경암 제 I기의 5년 생존율은 80~93%, 제 II기 50~83%, 제 III기 약 30%, 제 IV기 10% 미만으로 보고되고 있다. 그리고 전암기인 0기암(상피내암)은 1백%의 치료 성적이 보고되고 있다. 따라서 자궁경암의 치료성적은 방사선요법, 수술요법을 막론하고 조기일수록 좋고, 전암기인 0기암 시기에 발견하여 그 부위만 비교적 간단한 시술로 제거하면 완치할 수 있다고 하는 것이 결론이다.

물론 어느 臟器에 발생하는 암이든지 조기에 발견, 치료하는 것이 상책이기는 하나 체내에 깊숙히 있는 간, 폐, 식도, 장 등의 암은 발견하기가 어려운 점이 있다. 이같은 점에서 볼 때, 자궁경암은 체내에서 조기 발견하기가 가장 쉬운 암이어서 조기진단의 효과가 잘 나타나는 것이다. 또 조기진단이란 물론 제 III기 보다는 제 II기, 제 II기 보다는 제 I기에 발견하는 것이 목적이지만 자궁경암은 전암기인 이상상피시기, 늦어도 0기암 시기에 발견하여 100%의 성적을 올리자는데 있다. 조기 진단법은 크게 ① 細胞診 ② 組織診 ③ 腔擴大鏡診(콜포스콥檢査) 등을 들 수 있다. 각각의 진단법을 간단히 설명하면 다음과 같다.

① 細胞診 : 子宮頸管, 腔 또는 子宮腔内の 분비물을 채취하여 이를 염색, 현미경 검사로 하는 검사법이다. 이 細胞診은 파파니콜라 박사가 창안, 전세계적으로 사용되고 있다. 이 검사는 비교적 간단한 조작으로써 암의 확진보다는 많은 부인들을 검사하여 그 중에서 암 또는 전암기의 의심이 있는 환자를 가려내는데 이용된다. 따라서 스크리닝·테스트(적격심사)라고 불린다.

세포진은 클래스 I에서 V까지 분류되는데 클래스 I과 II는 陰性, 클래스 IV 및 V는 陽性, 클래스 III는 疑症이라고 한다.

클래스 I : 이상세포를 인정할 수 없음.

클래스 II : 세포의 변형을 볼 수 있으나 악성 세포는 인정할 수 없음.

클래스 III : 악성의 의심이 있음.

클래스 IV : 악성임이 거의 증명됨.

클래스 V : 악성임이 확실히 증명됨.

서울의대산부인과의 부인암 센터의 과거 10년간의 성적을 보면 클래스 I이 79.1%, II가 15.5%, III이 3.4%, IV가 1.0%, V가 1.0%이었다. 그리고 原子力병원(1969~1972年)의 천국 부인癌 조기진단사업 결과 드러난 細胞診의 성적은 클래스 I, II가 97.74%, III이 1.63%, IV, V가 0.63%로 나타나 있다.

② 腔擴大鏡診(콜포스콥 검사) : 子宮頸 특히 子宮腔部를 5~40배로 확대해서 암 또는 전암기인 부위를 검사하는 방법이다. 이 검사법 단독으로 확진하는 일은 드물고 組織診을 할 때 가장 의심스러운 부위를 조직진하기 위하여 겸용하는 방법이다.

이 검사법을 사용하여 조직진하는 것을「照準 組織診」이라 한다.

③ 組織診 : 이 검사법은 세포진으로 암 또는 전암기의 의심이 있을 때, 이를 확진하기 위해 자궁질부, 자궁경관내막 또는 자궁내막 조직의 일부를 채취해서 병리조직학적으로 검사하는 방법으로 최종적인 방법이다.

以上 3가지 방법을 적절히 사용할 때의 진단 정확율은 98~100%에 이른다. 따라서 자궁암은 다른 암과 달라 정기적인 조기검진을 받기만 하면 암이 발생되기 전에 이를 방지할 수가 있다.

