

예방할 수 있습니다

요도종양

심희영 · 인하의대 비뇨기과

요도에 발생하는 원발성 종양은 매우 드물어 아직까지 병의 자연 경과, 치료 방법 및 추적 관찰 등에 대하여 표준화된 방법은 다른 종양에 비하여 부족한 형편이다.

다른 모든 비뇨기계 종양은 여자보다는 남자에서 많이 발생하나, 요도 종양은 여자에서 많이 발생하며 여자와 남자에서 요도의 해부학적 구조가 다르므로 여성 요도 종양과 남성 요도 종양으로 나누어 설명하고자 한다.

1. 여성 요도 종양

1) 발생 빈도 및 원인

여성 생식기 종양의 1%미만이며, 여성에 발생하는 모든 종양의 0.02%를 차지하고, 75%에서 폐경기 이후 즉 50세 이상에서 발생한다. 발생 원인은 확실히 밝혀져 있지는 않지만 요로감염 또는 만성 자극이 유발 인자로 생각되며, 그외 카툰클, 유두종 또는 요도 백반증 등과 연관되어 발생할 수 있다.

2) 병리

여성 요도의 길이는 약 4cm로 근위부 1/3은 방광에서 연결되는 이행 상피로, 원위부 2/3는 편평 상피로 덮여 있다. 종양의 절반 이상은 외요도구와 원위부요도 1/3에서 발생하므로 편평세포암의 조직 형태가 가장 많고, 그외 선암, 이행 세포암 등의 순으로 발생한다.

근위부에 발생한 요도 종양이 원위부의 종양보다 세포 분화도가 나빠며, 또한 주위 조직으로 퍼져 있는 경우도 흔하다.

3) 증상

요도 출혈과 점적이 가장 흔한 증상이며, 그외 빈뇨, 배뇨 곤란, 요 실금, 회음부 동통, 악취를 풍기는 질 분비물, 빠져 나온 요도 종물

등이 있으나 육안적 혈뇨는 드물다.

중간 요도나 근위부 요도 암인 경우 질벽을 통한 요도 축지로 종물을 만질 수 있고 주위 조직과의 유착 등을 알 수 있다.

4) 진단

확진은 조직 검사에 의하여 이루어진다. 외요도구에서 붉은 색의 종물을 볼 수 있는 경우 생검을 실시하고, 종물이 밖에서 안 보이는 경우 요도경을 이용하여 조직 검사를 시행한다.

노 세포 검사는 의미가 없으며, 그의 흉부 방사선 검사, 복부와 골반의 컴퓨터 단층 촬영술과 골 주사 등을 시행하여 종양의 병기를 결정하며, 병기는 다음과 같다.

TNM병기

Tis : 상피 세포 내암

Ta : 유두양, 폴립형, 사마귀형의 상피에 국한

T1 : 상피하층에 국한

T2 : 요도 해면체, 전립선이나 요도 주위 근육 침범

T3 : 요도 해면체, 전립선 피막을 넘거나, 질전벽, 방광 경부를 침윤

T4 : 주위 장기로의 침윤

N1 : 2cm이하의 단일 림파절 침윤

N2 : 2cm 초과 5cm 이하의 단일 림파절 침윤이나 5cm이하의 다수의 림파절 침윤

N3 : 5cm 초과 림프절 침윤

M1 : 원격 전이

5) 치료

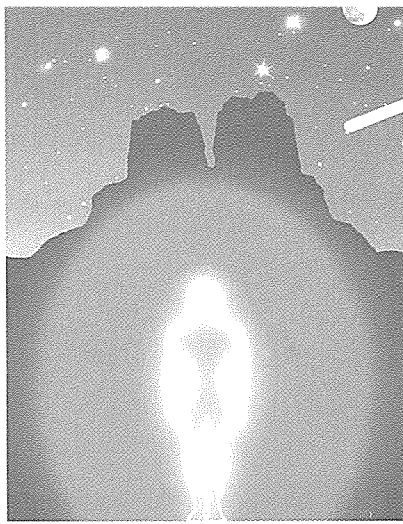
치료법은 진단 당시 종양의 병기에 따라 결정된다.

Tis, Ta, T1의 표재성 종양인 경우 조직내

방사선 치료를 단독으로 시행하거나, 종양의 외과적 절제술 후 방사선 치료를 시행한다.

T2, T3의 침윤성 종양인 경우 술전 방사선 치료 또는 항암 요법 후 근치적 방광 요도 적출술을 시행한다. 서혜부 임파선 전이가 의심되는 경우 서혜부 임파선 절제술을 시행하며, 그 이상으로 전이된 경우는 전신적인 항암 요법을 실시한다.

치료 후 예후는 종양의 위치, 치료 당시의 병기와 악성도, 종양의 크기에 따라 결정되나, 일반적으로 원위부 요도에 발생한 종양이 근위부 요도 종양보다 예후가 좋다.



부 종물 등이 있다.

4) 진단

대부분 진행된 상태로 발견되며 50세 이상의 남자에서 원인없이 요도 협착이 발생하거나, 조심스런 요도 확장에도 불구하고 출혈이 되는 경우 의심할 수 있다.

요도경 검사와 조직 생검이 필수적이며, 요세포 검사와

역행성 요도 조영술이 이용된다. 그의 병기를 결정하기 위하여 요도 초음파 검사나 복부 골반 컴퓨터 촬영술을 실시한다.

1977년 Ray가 방광 종양의 병기와 비슷한 방법을 제시하였지만 임상적 유용성은 적으며 위의 TNM법을 현재는 이용하고 있다.

5) 치료

치료 방법으로 수술적 요법, 방사선 치료 및 항암 요법이 있으나 수술적 요법이 최선이며 병변의 위치와 종양의 파급 정도에 따라 수술 방법이 결정된다. 방사선 요법은 음경을 보전시킬 수 있는 장점이 있으나 종양이 새로 생겨날 가능성이 있다. 최근 항암 요법이 발달되어 진행된 요도 종양에서 시행하고 있으나 사용례가 적어 효과를 판정하기에는 이르다.

음경 요도 종양중 상피내암이나 표재성인 경우 경요적 절제술로 치료하고 30례를 이런 방법으로 치료하여 비교적 좋은 결과를 얻었다는 보고도 있다. 종양이 해면체를 침범한 경우는 부분 음경적출술 또는 전 음경적출술을 시행하며 서혜부 림프절 절제술은 항생제 치료를 충분히 한 후에도 계속 만져지는 경우 시행한다.

구막양부 요도종양은 대부분 진행된 형태로 발견 되어 근치적 수술을 필요로 하며, 전립선 요도 종양은 표재성인 경우 경요도적 절제술로, 요도 주위관이나 전립선 간질을 침범한 경우는 술전 방사선 요법 후 근치적 방광 요도 전 적출술을 시행한다.

음경 요도암이 후부 요도암에 비하여 조기에 발견 되므로 예후가 좋고 음경 요도 종양을 부분 음경 적출술로 치료하는 경우 5년 생존율은 60%이다. [7]

2. 남성 요도 종양

1) 발생 빈도 및 원인

여성 요도 종양보다 드물게 발생하여 현재까지 약 600례가 보고되었다. 어떤 연령층에서도 발생 가능하나 주로 50대와 60대에서 호발한다.

원인으로 전립선 요도암은 방광암과 동일하며 구막양부나 음경에 발생한 경우 잦은 요도염 또는 요도 협착으로 인한 반복된 요도 확장이 유발 인자라고 생각된다. 구막양부 요도종양 환자의 24~76%에서 요도 협착을 가지고 있다는 보고가 있다.

2) 병리

남성 요도의 길이는 약 21cm로 음경부, 구부, 막양부, 전립선 요도로 구분하는데 원발성 요도 종양은 구막양부 요도에 흔히 발생하며 그의 음경부, 전립선 요도의 순으로 발생한다. 따라서 가장 흔한 조직학적 형태는 편평 세포암이며 이행 상피암, 선암의 순으로 발생한다.

3) 증상

전립선 요도암에서는 요도 자극 증상, 요폐 및 혈뇨가 나타나며, 구막양부나 음경 요도암은 요도폐색이 가장 흔하다. 그의 종물 촉진, 요도 주위 농양, 요도 출혈, 회음부 동통, 서혜