유방암 - 치료방법 ①

수술 후 항암제 전신요법 꼭 필요

유방암 치료의 기본 목적은 치료에 따른 신체 장애를 극소화시키면서 생존율을 증대시켜 환자가 정신적으로, 기능적으로, 미적으로, 또한 사회적으로 행복한 삶을 영위할 수 있도록 하는 데 있다.

즉 경험있는 의사의 촉진, 유방 특수촬영, 세침세포검사 및 조직검사 등으로 확진 후 치료방법이 결정되는데 이 치료법을 결정하는 데는 ① 발생 연령 ② 침윤 정도(암병기) ③ 암종의 병리학적 특성(암조직도 진행이 느린 것, 빠른 것이 구분되어 있다) ④ 환자의 심리상태 등을 고려하게 된다.

유방암의 치료법에는 국소적 요법으로 수술요법, 방사선요법이 있으며, 전신요법으로 화학요법, 면역요법, 호르몬요법 또는 이들을 2가지 이상 같이 시행하는 다학적 병용요법 등이 있다.

한편 유방암 자체의 치료 후에 미용상의 문제, 성적인 문제, 사회 및 가족관계의 문제도 발생할 수 있으므로 유방암 환자의 치료목표를 이같은 문제까지 포함하여 해결하는 차원까지 고려해야 진정한 의미의 유방암 전문 치료자라고 할 수 있다.

1997년 미국 덴버(Denver)에서 개최된 제 33차 미국임상암학회에서 Dr. Fisher는 세계에서 가장 규모가 큰 유방암에 대한 임상연구팀인 NSABP의 B-20연구결과 아주 작은 크기의 암종(1~2cm 미만)이면서 ER(+), c-erbB-2(-)이며 림프절 전이가 없는 경우만 제외하고는 환자 나이가 폐경 전이든 폐경 이후이든 모두 항암제 치료를 해야 좋다라는 통계적 근거를 제시하여 예전에는 유방암 1~2기의 유방보존술 후의 항암요법의 필요성이 강조되지 않았었고 폐경 후의 유방암 환자의 항암제 치료효과를 의문시 했으나 최근의 세계적인 합의로 이와 같은 결론이 새로이 증명되었다.

필자는 1986년부터 이미 같은 결론으로 환자를 치료해왔다는 것이 자랑스럽다.

변형 등 수술방법 다양

유방암의 수술 방식은 타 장기의 악성종양에 대한 수술 방법보다 다양하다.

◆ 표준 유방 근치술(standard radical mastectomy)

유방조직 및 대흉근과 소흉근을 완전히 절제하는 방법으로 1894년 Halsted가 실시한 후 1970년대 중반까지 유행했으나 1970년대 후반부터 전체 유방암 수술의 40% 미만으로 되었다가 그 후 점차 줄어들어 90년대에는 거의 시행되지 않고 있다. 수술후 합병증이 많고 미적으로 바람직하지 못하며 기능상 문제가 많기 때문이다.

◆ 변형 유방 근치술(modified radical mastectomy)

1948년 Patey가 처음 시작해 대흉근을 보존하고 소흉근을 남기거나(Auchincloss씨법) 또는 없애는 수술법(Handley씨법)으로 현재 미국에서 유방암 수술의 약 60% 이상이 이 방법으로 시행되고 있다. 액와부 임파선의 절제는 표준 유방 근치술 때와 같이 시행한다. 비교적 무난한 수술법이다.

◆ 부분 유방 절제술(partial mastectomy, quadrantectomy) 및 액와부 임파선 곽청술

유방 조직을 약 1/4을 제거하고 액와부 임파선을 제거하는 것으로 이 수술법의 적응증은 종양의 크기가 비교적 적으면서(직경 2.5cm 이하) 종양이 유방윤(areola)에서 1.5cm 이상 떨어져 있고, 다발성 암이 없으며 유방의 크기가 어느 정도 유지될 수 있을 때 시행한다. 이 수술 후에는 방사선요법

유방암의 치료는 치료에 따른 신체장애를 극소화하면서 생존율을 높이는 것을 기본 목표로 하고 있다. 치료법을 결정하는 데는 발생연령, 침윤정도, 병리학적 특징, 환자의 심리상태 등을 고려하게 된다. 특히 유방암은 전신적 질환으로 간주하여 수술이나 방사선 치료를 받았어도 항암제에 의한 전신요법이 꼭 필요하다

이 꼭 필요하며 또한 액와부 임파선 절제술을 시행하여 전이가 발견되면 항암제를 투여해야 한다.

이탈리아의 국립암센터 Dr. Veronesi는 이 치료법으로 매우 좋은 성적을 보고하였다(재발률 4.8%). 원칙적으로 임신중에 발생한 조기 유방암은 유방 부분 절제술(QUART)을 가능한 피하는 것이 원칙이다. 필자도 원자력병원에서 1986년 이래 7백회의 시술경험이 있는데 이들 환자는 비교적 외형상 정상인과 거의 다름이 없어 심리적인 자신감이 높은 것은 물론, 가정이나 사회생활에 높은 적응성을 보였고 현재까지 12명의 재발이 있었고 2명의 사망 환자가 있었지만 매우 좋은 치료효과를 보였다. 조기 유방암 치료에서 꼭 고려해 봐야 할 치료법이다.

참고로 최근 조기 유방암에서 1/4을 절제하지 않고 종양만 적출하고 방사선요법을 시행한 논문들도 보고되고 있으나(TART 치료법) 재발률이 다소 높아 재수술의 위험성으로 경계부위의 동결절편검사에 의한 완전성과 수술 후의 약물요법이나 방사선요법의 철저한 관리가 필요하다. 종양이 약간 클 때는 약물요법을 먼저 시행하여 종양을 축소시켜 유방보존술을 시행하기도 하는데 결과는 아직 보고되어 있지 못한 실정이다.

◆ 확대 유방 근치술(Extended radical mastectomy)

Standard Radical Mastectomy+Internal Mammary Lymph node Dissection으로 유방 내측 혹은 중앙부위에 종양이 존재하면서 액와부 임파선 전이가 있을 때 적응이 된다고 이 방법을 시행한 시대(1950~1960년대)가 있었으나 결과적으로 다른 방법보다 이환율(morbidity)및 합병증만 높고 치료 효과는 비슷하여 이 술식을 주장했던 뉴욕의 Memorial Sloan Kettering Cancer Center의 Dr. Urban도 포기한 치료법이다.

유방암은 전신적인 질환

유방암은 생물학적 및 임상적으로 매우 다양하여 유방암이 처음 진단될 때 이미 50~75%의 현미경적 암 전이가 있는 것으로 보고되고 있어 유방암은 전신적인 질환으로 간주하여 수술이나 방사선요법 등 국소 치료를 받았어도 항암제에 의한 전신요법이 꼭 필요하다(직경 1cm 미만이며 ER양성이고 c-erbB-2(−), 임파선 전이가 없으면 약물요법은 안해도 된다).

유방암의 보존적 화학요법은 thiotepa나 L-PAM 등으로 단독 약물을 사용한 시절도 있었으나 최근에는 이탈리아 국립암연구소의 Dr. Bonadonna의 CMF(Cytoxan+Methotrexate+5FU)법이 효과면이나 비용면에서 좋은 방법으로 받아들여지고 있다. 치료 기간은 증상에 따라 6개월~24개월이다. 그러나 6개월이 원칙이고 그 이후는 경구 투여한다. 그 밖에 CAF(A : adriamycin)나 CMFVP(V : vincristine, P : prednisone)이 있고 재발된 유방암에서 mitoxantrone, Taxol(필자도 2백여명을 치료한 경험이 있는데 값은 비싸지만 관해율은 약 30% 정도로 좋은 편이었다), 최근 Taxotere 등의 우수한 효과가 많이 보고되고 있다. 필자가 정한 MFEC(methotrexate+5FU+Epirubicin+Cisplatin) 복합약물요법도 90% 이상의 좋은 반응률을 보이고 있다. 최근에는 진행 유방암이나 재발 유방암 치료에 Taxol과 Taxotere 등과 Doxorubicin, Cisplatin 계통을 혼합하여 매우 좋은 결과를 얻고 있다.

(다음 호에 계속)

白南善 〈원자력병원 외과과장〉