

한방치료를 통한 요막관 선암 환자의 증상조절 1례 보고

최정은 · 조종관 · 이연월 · 유화승*

대전대학교 둔산한방병원 동서암센터

Abstract

A Case of Urachal Adenocarcinoma Patient Treated with Oriental Medicine

Jung-Eun Choi, Chong-Kwan Cho, Yeon-Weol Lee, Hwa-Seung Yoo*

East-West Cancer Center, Dunsan Oriental Medical Hospital, Daejeon University

Received 14 December 2011, revised 19 December 2011, accepted 23 December 2011

Objective : This study reports one case of urachal cancer patient treated with oriental medicine.

Methods : One patient who was diagnosed with stage IVB urachal cancer was admitted and treated using different modalities of herbs, acupuncture, and pharmacopuncture. An herbal formula, Hang-Am Plus, Myun-Yuk Plus, and Nobongbiki-jung was given three times a day with daily acupuncture treatment session, in addition to Sweet bee venom pharmacopuncture injection which were administered two~three times a week. After treatment, patient's symptoms and blood test results were observed and analyzed.

Results : During treatment, symptoms and laboratory findings of patient were maintained in stable condition about 4 months, and the patient survived during 22 months after operation (5.5 months after oriental medicine treatment).

Conclusions : This case study shows minimum evidence of efficacy of oriental medicine for managing symptoms of urachal cancer. Considering this is only single case study, further research is needed to confirm these results.

Key Words: Urachal cancer, Oriental medicine, Herbal formula

*Correspondence to: Hwa-Seung Yoo, East-West Cancer Center, Dunsan Oriental Hospital of Daejeon University, 1136 Dunsan-dong, Seo-Gu, Daejeon, Tel: 82-42-470-9132, Fax: 82-42-470-9006, E-mail: altyhs@dju.kr

서론

요막관암은 요막관인대와 방광천정부의 연결 부위에서 기원하는 비교적 드문 종양으로 방광에서 발생하는 종양 중 0.17~0.34 %를 차지하는 것으로 알려져 있다^{1,2)}.

요막관암은 대부분 선암으로(84 %), 그 외 육종(8 %), 편평상피세포암(3 %), 이행상피세포암(3 %), 및 기타종양(2 %)으로 나뉘어진다¹⁾.

초기의 연구에서 요막관 선암종의 5년 생존율은 6.5~25 %으로, 예후가 매우 불량하다고 알려져 있었다^{1,3,4)}. 그러나 1990년대 이후의 연구에서는 5년 생존율이 40~61 %까지 높게 보고되고 있으며^{5,6)}, 2004년 조⁷⁾ 등이 보고한 한국인을 대상으로 한 연구에서도 요막관암 5년 생존율을 45.1 %로 보고하고 있다. 이러한 생존율의 향상은 요막관암의 해부학적 특성과 임상적 특성에 대한 이해 및 전산화단층촬영 등의 진단 방법의 발전을 통해 정확한 수술 전 진단과 적절한 외과적 절제가 가능했기 때문으로 예측된다⁷⁾.

하지만 진단 당시 병기 IV기이거나, 치료 후 재발한 환자에서 생존율은 여전히 낮은 상태이며, 효과적인 표준 치료법이 없는 상태이다^{7,8)}.

요막관암에 대한 한방치료를 시행한 증례 보고는 현재까지 전무하였는데, 발생율이 낮은 희귀암이기 때문에 한방치료를 시행한 경우가 극히 드물었을 것으로 생각된다.

저자는 요막관 선암 진단 후 수술시 복강내로 전이가 발견된 stage IVB로 판명되어 추가 항암화학요법을 시행하였으나 복막 전이가 진행되어 다량의 복수가 발생한 상태로 내원한 환자 1례에 대하여 한방치료를 시행하여 비교적 양호한 경과를 보인 증례를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증례

1. 환자 : 조OO (52/M)

2. 진단일 : 2009년 11월 초

3. 주소증

복수, 복부 및 양 협부 팽만감, 요헝통, 복통, 섭식불량, 소화장애, 전신무력, 하지비중 및 부종

4. 과거력 : 별무

5. 가족력 : 별무

6. 현병력

52세 남자환자로 본원 내원 약 19개월 전부터 발생한 하복통을 주소증으로 OO대학교 병원 검사 결과 요막관 선암 진단받고 본원 내원 16.5개월 전 수술 시행 하였으며, 수술 당시 복강내 파종성 전이 확인되어 추가 항암화학요법 및 복강경하 복강내 온열 항암치료(Laparoscopic intraperitoneal hyperthermic chemoperfusion: LIPECH)를 시행하였다. 이후 방사선 검사상 residual mass 확인 되지 않아 치료 종료한 후 자의적으로 추적 관찰을 중단한 상태로 약 8개월간 자택에서 지내오시다가 본원 내원 2개월 전부터 발생한 복부팽만감, 요헝통, 섭식불량을 주소증으로 내원하여 본원에 입원하였다.

7. 초진소견

내원 당시 심한 복부팽만감으로 섭식 거의 불가능하여 하루 죽 1~2 숟가락 외 과일 주스 약간씩 먹는 정도였다. 섭식량이 적어 대변 자가로 배변 어려워 관장으로만 배변할 수 있으며, 소변은 짙은색 소량씩 배뇨, 통증 및 불편감으로 수면 상태 불량하였다. 脈數弱, 舌質淡紫, 舌苔白하였다.

• 변증 : 脾氣虛, 水飲內停

Table 1. Laboratory Finding

	Unit	Normal Range	11.04.08	11.05.25	11.06.21	11.07.08	11.08.09	11.09.14
Albumin	g/dl	3.5~5.2	3.9	3.0	2.8	2.7	3.1	2.7
Na	mEq	135~147	141	139	132	132	137	129
K	mEq	3.3~5.1	5.2	4.2	5.1	4.1	4.2	3.1
AST	U/ℓ	~35	19	22	18	15	14	306
ALT	U/ℓ	~45	9	18	15	11	13	525
CEA	ng/ml	~5	310.4	488.0	475.8	371.7	491.3	840.0
CRP	mg/dl	~0.5	3.46	0.82	2.05	2.95	0.95	-
RBC	×10 ⁶ /mm ³	4.5~6.5	4.42	4.00	3.45	3.34	3.04	3.27
Hemoglobin	g/dl	13~17	13.9	12.4	10.9	10.7	9.9	10.5
ESR	mm/hr	~10	-	20	53	55	45	40
Platelet	×10 ⁴ /μℓ	15~45	38.2	40.5	44.6	45.7	51.3	16.4
Fibrinogen	mg/dl	254~510	-	711	-	672	575	-

AST = Aspartate Aminotransferase, ALT = Alanine Aminotransferase
 CEA = Carcinoembryonic antigen, CRP = C-reactive protein
 RBC = Red Blood Cell, ESR = Erythrocyte sedimentation rate

8. 검사소견

1) 임상병리 검사(Table 1)

2) 영상진단 검사

* Abdomen CT (computed tomography) with enhancement (11.04.08)

Malignant peritoneal seeding with Large amount ascites in abdomen (Fig. 1).

* Chest PA (11.04.09)

No active lesion in the lung.

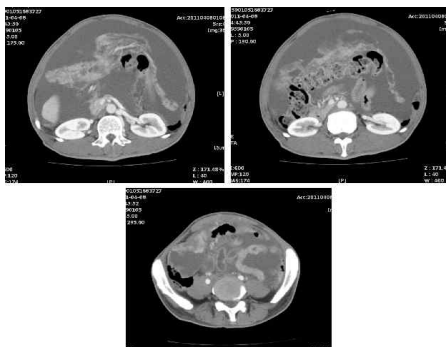


Fig. 1. Abdomen CT (11.04.08)

: Diffuse peritoneal thickening with omental cake : malignant peritoneal seeding. Large amount ascites in abdomen.

9. 치료

1) 한약치료

항암플러스를 본원 초진일부터 6일째까지 매 회 1000 mg(2 capsule)씩 하루 3회 투여하였고, 이후부터 본원 초진 후 2개월째까지는 매 회 2000 mg씩 하루 3회 투여하였으며, 이후 약 3개월간은 다시 1000 mg씩 하루 3회 투여하였다.

면역플러스는 본원 초진일부터 6일째까지 매 회 2000 mg(1 pack)씩 하루 3회 투여하였고, 이후부터 본원 초진 후 2개월째까지는 매 회 4000 mg씩 하루 3회 투여하였으며, 이후 약 3개월간은 다시 2000 mg씩 하루 3회 투여하였다.

노봉비기정은 초진 후 약 3개월째부터 매 회 1000 mg(2 capsule)씩 하루 3회 투여하기 시작 하여 이후 1개월간 투여 하였다.

상기 세 처방의 구성약물은 다음과 같다 (Table 2).

Table 2. Prescription of Hang-Am Plus, Myun-Yuk Plus, Nobongbiki-jung

	Herb	Latin Botanical Name	Relative	
			Amount (mg)	
Hang-Am Plus	三七	<i>Panax noto-ginseng Radix</i>	95.2	
	冬虫草	<i>Cordyceps Militaris</i>	71.4	
	山慈菇	<i>Crematstrae appendiculata Tuber</i>	71.4	
	人蔘	<i>Panax ginseng Radix</i>	71.4	
	牛黃	<i>Bovis Calculus</i>	47.6	
	珍珠粉	<i>Margarita</i>	47.6	
	乳香	<i>Boswellia carteri</i>	47.6	
	沒藥	<i>Commiphora myrrha</i>	47.6	
	Total amount (1 capsule)			499.8
	Myun-Yuk Plus	猴頭菇	<i>Hericium erinacium</i>	500
人蔘		<i>Panax ginseng Radix</i>	500	
丹蔘		<i>Salviae multiorthizae Radix</i>	500	
黃芪		<i>Astragali Radix</i>	500	
Total amount (1 pack)			2000	
Nobongbiki-jung	黃蓮	<i>Coptidis Rhizoma</i>	150	
	厚朴	<i>Magnoliae Cortex</i>	70	
	吳茱萸	<i>Evodiae Fructus</i>	50	
	黃芩	<i>Scutellariae Radix</i>	30	
	貢砂仁	<i>Amomi Fructus</i>	20	
	茵陳	<i>Artemisiae capillaris Herba</i>	20	
	乾薑	<i>Zingiberis Rhizoma</i>	20	
	茯苓	<i>Poria</i>	10	
	人蔘	<i>Panax ginseng Radix</i>	10	
	澤瀉	<i>Alismatis Rhizoma</i>	10	
	川烏	<i>Aconiti Radix</i>	9	
	桂皮	<i>Cinnamomi Cortex</i>	7	
	巴豆霜	<i>Crotonis Fructus</i>	7	
	白朮	<i>Atractylodis macrocephalae Rhizoma</i>	3	
	露蜂房	<i>Vespaee Nidus</i>	84	
Total amount (1 capsule)			500	

2) 침치료

1일 1회 中渚, 臨泣, 液門, 通谷, 少府, 大都, 隱白, 大敦 등에 자침하였으며 0.20×30

mm 사용, 20분간 유치하였다.

3) 약침치료

초진 후 3개월째부터 치료를 시작하였으며, 알러젠 제거 봉약침(sweet bee venom pharmacopuncture, SBVP)을 1주일에 2~3회 양측 합곡, 태충혈에 1 혈위 당 0.1 ml, 비수, 위수혈에 1 혈위 당 0.25 ml씩 투여하였다.

4) 기타

Lactulose 시럽제(레보락시럽, 슈넬생명과학)를 증상에 따라 1회 15~20 ml, 1일 3회 총 45~60 ml 투여하였으며, OO대학교 병원에서 처방받은 furosemide 정제(후릭스정, 일양약품)를 1일 1회, 20 mg씩 투여하였다.

초진 후 3개월여부터 불편감 감소 목적의 적극 통증조절 위해 acetaminophen, tramadol HCl 복합정제(아트놀셋정, 테라젠이텍스)를 증상 호소시마다 1정씩 투여하기 시작하였고 4개월 후부터 1일 3회로 투여량을 늘렸다.

10. 치료 경과

본원 내원 당시 심한 복부 팽만감 호소하며 복진상 복수가 강력하게 의심되어 익일 복부 CT촬영하였으며, 복막 파종성 전이 및 다량의 복수로 진단되었다. 환자 불편감 감소 위해 복수 천자를 주기적으로 시행하였으며, 초기에는 약 1주일 간격으로 시행하다가 이후 2개월 후부터는 복수의 생성량이 점차 감소하여 약 2주 간격으로 시행 간격이 늘어났으며, 내원 3개월 이후로는 더 이상 복수천자를 시행하지 않았다. 복부 팽만감 및 통증은 입원 당시 보다 입원 치료를 하면서 약간 감소하였으나, 감소와 악화를 반복하며 입원기간 동안 비슷하게 유지되었다가 초진 후 5개월째 심해지는 양상을 보였고, 섭취량은 입원 당시에 비해서 치료를 시행하면서 약간 증가하여 500~1000 cc 내외로 유지되

었으나 지속적인 소화불량 및 식체 증상을 호소하였다.

임상병리검사상 초진 후 4개월째까지는 저알부민혈증 및 빈혈 외에 큰 이상 소견 보이지 않았으나 초진 5개월여 후 검사상 LFT 상승 소견 보이기 시작하였으며, 종양표지자 역시 4개월째까지는 비슷한 수준으로 유지되다가 5개월째 큰 폭으로 상승하였다. 복부 CT검사는 환자 및 보호자 거부하여 본원 처음 내원 당시 촬영한 이후 재검사는 하지 못하였다. 이후 본원 초진 후 5개월 1주 지난 시점에서 환자 보호자 원하여 OO대학교 병원으로 전원하였으며, 수술 후 22개월째, 본원 초진 5.5개월 후 사망하였다.

고찰 및 결론

요막관은 태생기 총배설강으로부터 기원한 것으로, 태아의 방광 상부가 제대 부위에서 요막과 합쳐진 후 좁아지면서 형성되는 것으로서, 향후 방광이 골반강 내로 내려올 때 제동맥과 함께 견인되어 ligamentum commune을 이룬다. 성인에서 그 길이는 5~5.5 cm이고, 방광 접막 내 부분, 방광 근육내 부분, 방광 상부의 3부분으로 구성되며, 가장 원위부는 방광첨부로부터 3 cm 가량 상부에 위치한다⁴⁾.

요막관에서 발생하는 암은 발생 빈도가 드문 편으로 방광에서 발생하는 종양 중 0.17~0.34%를 차지하는 것으로 알려져 있다^{1,2)}. 요막관암의 병기체계는 Sheldon 등¹⁾ 과 Nakanishi 등⁹⁾이 제안한 체계를 이용하여 분류할 수 있다. 이 분류체계에 따르면 암세포가 요막관 점막에 국한된 경우 stage I, 요막관 자체에만 침윤이 있을 경우 stage II, 인접장기 침윤이 있을 경우 stage III, 국소 림프절 전이가 있는 경우 IVA, 원격 전이가 있는 경우 IVB로 나누어진다.

초기의 연구에서는 요막관 선암종의 5년 생존율을 6.5~25%로 예후가 매우 불량한 것으

로 보고하였으나^{1,3,4)}, 진단기술의 발전으로 조기 진단이 가능해지면서 1990년대 이후의 연구에서는 5년 생존율이 40~61%까지 높게 보고되고 있다^{5,6)}. 그러나 진단 당시 병기 IV기이거나, 치료 후 재발한 환자에서 생존율은 여전히 낮은 상태이며, 효과적인 표준 치료법이 없는 상태이다^{7,8)}.

진단 당시 원격 전이가 있는 요막관암의 경우 생존기간은 진단 후 최대 2년 정도로 예측된다⁸⁾. 요막관암에 대한 증례보고 중에서 진단 당시 병기 IV기이거나 치료 후 재발한 환자의 몇몇 증례를 살펴보면 다음과 같다.

Logothetis 등은 외과적 절제가 불가능했던 방광과 요막관 기원 선암종 환자 3명을 대상으로 doxorubicin, mitomycon-C 및 5-fluorouracil을 이용한 복합항암화학요법을 시행하여 일시적인 효과를 확인할 수 있었으나, 3명 모두 1년 이내에 사망하였음을 보고하였다¹⁰⁾.

이 등은 요막관 선암 진단하에 근치적 방광 절제술을 시행한 환자가 병기 IVa로 판명되어 술 후 FAM 항암화학요법을 두차례 시행 받았으나 술 후 6개월째에 사망하였음을 보고하였다¹¹⁾.

Siefker-Radtke 등은 1985년부터 2001년까지 42명의 요막관암 환자를 관찰한 결과를 보고하였는데, 진단 당시 전이가 있었거나 후에 전이가 발견된 26명의 환자의 median survival은 24개월이었으며, 원격전이로 항암화학요법을 시행한 9명의 환자 중 4명에서 유의한 반응이 있었으나 치료로 인한 생존율의 향상은 확인하지 못하였음을 보고하였다¹²⁾.

2004년 조 등은 총 26례의 증례를 대상으로 한국인의 요막관암 5년 생존율이 45.1%에 이른다고 보고했는데, 수술시 인접장기 침윤이 있던 환자는 술 후 11개월째에 사망하였으며, 술 후 11개월째 복강 내 재발이 발견된 환자는 술 후 38개월에 사망한 것으로 보고하고 있다⁷⁾.

Tatokoro 등은 1995년 4월부터 2004년 11월

까지 요막관 선암으로 진단받고 수술을 시행하였으나 이후 전이가 발견된 4명의 환자에게 ifosfamide, 5-fluorouracil, etoposide, cisplatin의 복합화학요법을 시행하여 반응이 좋은 3명의 환자에게 방사선치료 혹은 구제수술을 시행한 증례를 보고하였는데, 1례는 8년 이상의 complete response (CR) 상태를 보였으며 2례는 partial response (PR)의 비교적 좋은 성과를 보였으나, PR을 보였던 환자 중 한명은 진단 16개월째, 다른 한명은 32개월 만에 사망하였다고 보고하였다¹³⁾.

Sekita 등은 진단 당시 후복막강 및 우측 좌골로 전이된 stage IVB 상태의 진행성 요막관암 환자에게 S-1과 CDDP 복합 화학요법을 시행하여 종양크기가 감소되어 방광 전질제를 시행한 증례를 보고하였는데, 수술 당시 절제 변연부에 악성세포는 발견되지 않았으며, 수술 후 5개월째 재발의 징후 없이 경과관찰 중임을 보고하였다¹⁴⁾.

상기 논문들의 내용을 종합해보자면, 진단 당시 원격 전이가 있는 stage IV 이상이거나, 치료 후 재발, 전이된 요막관암 환자의 증례에서 드물게 항암화학요법에 좋은 반응을 보이며 생존기간이 증가한 증례도 있었으나, 대부분 진단 후 1~2년 이내에 사망했음을 알 수 있으며, 현재까지는 다수의 환자를 대상으로 한 임상연구에서 치료로 인한 생존율의 향상이 증명되지 못하였다.

본 증례에서 환자는 본원 내원 약 19개월 전부터 시작된 하복통으로 OO대학병원에서 복강내 농양 진단 하에 치료 받았으나 호전 없어, 3개월 후(본원 내원 16.5개월 전) 복강경하 요막관 낭종 절제술 시행하여 조직검사상 요막관 선암으로 진단받아 개복하 광범위 종양 절제술 시행하였다. 수술 당시 복막, 소장, 대장으로 파종성 전이 발견되어 stage IVB로 판명되어 추가로 5-fluorouracil, leucovorin, adriamycin, mitomycin을 이용한 복합 항암화학요법을 5개월간 시행하였

으며, 다시 2개월 후 OO병원에서 복강경하 복강내 온열 항암치료(LIPECH)를 시행하였다. 이후 방사선 검사상 residual mass 확인 되지 않아 치료 종료한 후 자의적으로 추적관찰 중단한 상태로 약 8개월간 자택에서 지냈으나 본원 내원 2개월 전부터 전신상태 악화되며, 복부팽만감, 요협통, 섭식불량 등 증상 발생하여 이를 주소증으로 내원하였다. 본원 내원 당시 육안적으로도 복부가 심하게 팽창되어있는 상태였고 타진상 복수로 인한 복부 팽창으로 의심되어, 본원 내원 다음날 복부 CT 촬영하였으며, 복막 파종성 전이 및 다량의 복수로 진단되었다.

한약은 항암플러스와 면역플러스를 투여하였으며, 본원 내원 3개월 후부터 복수의 생성량은 감소하였으나 심하비만 및 복부 통증 증상을 지속적으로 호소하여 노봉비기정을 추가로 투여하였다.

항암플러스는 扶正培本, 攻補兼施 효능이 있으며, 암전이 유전자 발현을 억제시켜 신생혈관 농도 의존적으로 억제시킴이 입증되었고, 임상적으로도 각종 암의 전이재발억제에 유의성 있는 효능이 보고되었다^{15,16)}. 면역플러스는 대식세포를 활성화시키고 인터류킨-12의 생성을 통해 자연살해세포 활성화를 야기하는 효과가 있으며, 특히 면역플러스의 구성성분인 버섯 다당체의 종양의 퇴행에 관한 효능은 많은 실험에서 입증되었다^{17,18,19)}. 노봉비기정은 痞氣丸에 노봉방을 가미한 처방이다. 痞氣丸은 脾積을 치료하는 처방으로 ‘脾積’이란 在胃脘, 覆大如盤. 久不愈, 令人四肢不收, 發黃疸, 飲食不爲肌膚²⁰⁾하는 질환으로 오늘날의 脘痞 두부암이나 담도암과 유사하다. 문 등은 실험보고에서 비기환이 항종양 면역반응 증강효과가 인정되었으므로 종양 질환에 응용될 수 있을 것으로 사료된다고 하였고²¹⁾, 김 등은 in vitro에서 비기환의 신생혈관 형성을 억제효과를 보고하였다²²⁾. 노봉방은 말벌과에 속한 果馬蜂(Polistes olivaceous Degeer), 日本長脚胡蜂(P. japonicus Saussure), 흑

은 異腹胡蜂(*Parapolybia varia* Fabricius)의 벌집을 건조한 것으로, 祛風, 攻毒, 殺蟲, 止痛 등의 효능으로 齧齒牙痛, 瘡瘍腫毒, 乳癰, 癰癤, 皮膚頑癬, 鵝掌風 등을 치료한다²³⁾. 실험적으로는 여러 논문에서 노봉방이 강력한 항산화 효과를 나타냄이 밝혀졌다^{24,25,26)}.

침 치료는 三焦 氣化 기능을 정상화시켜 수액대사를 원활히 하고자 하는 의미에서 三焦正格을, 脾의 운화력을 회복시키며 中氣 소통을 정상화 하고자 하는 의미에서 脾正格을 사용하였으며, 중초 비위기능을 돕고 기혈을 소통시켜 심하비만, 소화불량 증상을 해소하기 위하여 脾, 胃의 배수혈과 四關穴에 알려진 제거 봉약침(SBVP)을 각각 0.1 ml, 0.25 ml씩 투여하였다.

양약은 필요에 따라 lactulose 시럽제와 furosemide 정제를 투여하였고, 본원 내원 3개월 후부터 통증의 적극적 조절 위해 진통제를 소량 투여하였다.

또한, 환자의 불편감 감소 위해 복수 천자를 주기적으로 시행하였는데, 초기 약 1주일에 1회 정도 시행하던 것을 점차 시행 간격이 늘어나서 내원 3개월 이후로는 더 이상 복수천자를 시행하지 않았다.

환자가 호소하였던 복부 팽만감 및 통증은 입원기간동안 감소와 악화를 반복하며 급격한 변화 없이 비슷한 상태를 유지하였고, 섭취량은 내원 당시에 비해서 치료를 시행하면서 약간 증가하여 500~1000 cc 내외로 유지되었으나 지속적인 소화불량 및 식체 증상을 호소하였다.

환자의 증상 경과로 미루어보아 본원에서의 치료가 복수를 조절하는데 일정 부분 효과를 보였으나, 환자의 통증이나 불편감 등 증상을 크게 호전시키지는 못하였다. 그러나 환자의 상태를 감안하였을 때, 증상이 급속도로 악화되는 것을 저지하였다는 것에는 의의가 있다고 할 수 있겠다.

비록 영상 촬영 검사는 환자 및 보호자가 거부하여 재검사를 하지 못하였으나, 임상병리 검

사상으로 종양 표지자가 4개월째까지는 비슷한 수준으로 유지되는 것을 볼 수 있었는데, 이것은 본원에서의 한방치료가 종양의 성장을 억제하는 효과가 있었음을 보여주는 것이라고 할 수 있겠다.

일반적으로 복수가 발생한 암환자의 예후는 극히 좋지 않다고 알려져 있다. DeWitt 등은 88명의 췌장암 환자를 대상으로 한 연구에서 악성 복수를 동반한 췌장암 환자의 경우 median survival이 64일이라고 보고하였고²⁷⁾, Ayantunde 등은 209명의 악성 복수를 동반한 암환자를 대상으로 한 연구에서 median survival이 5.7개월이라고 보고하였으나, 이는 36.7%로 가장 많은 빈도를 차지하고 있는 난소암이 다른 암에 비해 확연히 높은 median survival 값을 가져, 전체 median survival 값이 높아지는데 영향을 미친 것이며, 위장관 암종, 기타 암종, 원발병소 불명암의 median survival은 채 3개월에 미치지 못하였다²⁸⁾.

복막 전이암 역시 일반적으로 예후가 매우 불량하며 생존 기간은 대략 6개월 정도로 예측된다^{29,30)}. Chu 등은 복막 전이 암 환자 100명을 대상으로 한 관찰연구에서 복수를 동반한 복막 전이암은 더욱 예후가 불량하며, 특히 췌장암 원발의 복막 전이암의 경우 복수를 동반한 12명의 환자는 모두 1개월 이내에 사망하였다고 보고하였다³⁰⁾.

요막관암이 원발인 복막 전이암이나 복수가 발생한 경우에 대한 생존율이나 생존기간은 연구되어진 바가 없으나, 다른 암종들을 대상으로 한 연구 결과로 미루어볼 때, 요막관암도 결과가 크게 다르지 않을 것을 예측할 수 있다.

본 증례에서 환자는 수술 후 22개월째 사망하여 양방 치료를 시행한 증례에 비하여 생존율의 향상은 보이지 못했다. 그러나 본원 내원 당시 이미 복막으로의 전이 및 다량의 복수가 발생한 상태로 예후가 극히 불량한 경우에 해당되며, 이러한 환자의 상태에 비해서는 본원 초진

후 약 5개월 반 가량의 생존기간이 비교적 양호한 결과를 보인 것이라고 할 수 있을 것이다.

본 증례는 1례의 환자에 대한 것으로, 상기 내용만으로 한방치료가 요막관암 환자의 생존율 증가에 유효한지의 여부를 단정할 수는 없으나, 향후 요막관암 및 복수를 동반한 말기 암환자에 한방치료를 적용하는 것에 대하여 지속적인 연구를 할 만한 가치가 있다고 판단된다.

참고문헌

- Sheldon CA, Clayman RV, Gonzales R, Williams RD, Frailey EE. Malignant urachal lesions. *J Urol* 131(1):1-8, 1984
- Santucci RA, True LD, Lange PH. Is partial cystectomy the treatment of choice for mucinous adenocarcinoma of the urachus? *Urology* 49(4):536-540, 1997
- Mostofi FK, Thomason RV, Dean AL Jr. Mucous adenocarcinoma of the urinary bladder. *Cancer* 8(4):741-758, 1955
- Nadjmi B, Whitehead ED, Mckiel CF Jr, Graf EC, Callahan DH. Carcinoma of the urachus: report of two cases and review of the literature. *J Urol* 100(6):738-743, 1968
- Grignon DJ, Ro JY, Ayala AG, Johnson DE, Ordóñez NG. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder: a clinicopathologic analysis of 72 cases. *Cancer* 67(8):2165-2172, 1991
- Dahm P, Gschwend JE. Malignant non-urothelial neoplasms of the urinary bladder: a review. *Eur Urol* 44(6):672-681, 2003
- 조강수, 양원재, 조남훈, 양승철, 홍성준, 최영득. 요막관암의 임상적 특성 및 예후. *대한비뇨기과학회지* 45(12):1229-1234, 2004
- Bratu O, Madan V, Ilie C, Rusu F, Ghilic C, Farcas C, et al. About the urachus and its pathology: a clinical case of urachus tumor. *J Med Life* 2(2):232-236, 2009
- Nakanishi K, Kawai T, Suzuki M, Torikata C. Prognostic factors in urachal adenocarcinoma. A study in 41 specimens of DNA status, proliferating cell-nuclear antigen immunostaining, and argyrophilic nucleolar-organizer region counts. *Hum Pathol* 27(3):240-247, 1996
- Logothetis CJ, Samuels ML, Ogden S. Chemotherapy for adenocarcinomas of bladder and urachal origin: 5-fluorouracil, doxorubicin, and mitomycin-C. *Urology* 26(3):252-255, 1985
- 이창규, 최성, 김종철, 류현열. 요막관 선암 1례. *고신대학교 의학부 논문집* 10(1):63-67, 1994
- Siefker-Radtke AO, Gee J, Shen Y, Wen S, Daliani D, Millikan RE, et al. Multimodality management of urachal carcinoma: the M. D. Anderson Cancer Center experience. *J Urol* 169(4):1295-1298, 2003
- Tatokoro M, Kawakami S, Yonese J, Fujii Y, Okubo Y, Yamamoto S, et al. Preliminary report of multimodal treatment with ifosfamide, 5-fluorouracil, etoposide and cisplatin (IFEP chemotherapy) against metastatic adenocarcinoma of the urachus. *Int J Urol* 15(9):851-853, 2008
- Sekita N, Fujimura M, Arai H, Shibata N, Nishikawa R, Sugano I, et al. A case of urachal carcinoma treated with S-1/CDDP combination chemotherapy. *Hinyokika Kyo*

- 56(8):447-451, 2010
15. 이용연, 송기철, 최병렬, 서상훈, 조정효, 이연월 등. 각종 암환자 69례에 대한 항암단의 항전이 및 재발억제효과. 대한한방내과학회지 23(2):165-173, 2002
 16. 조정효, 유화승, 이연월, 손창규, 조종관. 항암단을 투여한 각종 암환자 320예에 대한 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집 12(2):157-175, 2004
 17. Yoo HS, Han SS, Kim JS, Cho CK, Lee YW, Park SY, et al. Anti-metastatic and Immunomodulating Activity of Water-Soluble Components from Five Mushroom Extracts. Korean J Orient Int Med 33(3):61-69, 2009
 18. 오영선, 오민석, 손창규, 조종관, 송태원. 버섯다당체로 구성된 PSM의 면역조절에 미치는 영향. 대한한의학회지 22(1):46-52, 2001
 19. 최우진, 손창규, 조종관. PSM을 투여한 암환자 121예에 대한 임상보고. 동의생리병리학회지 15(2):361-366, 2001
 20. 허준. 동의보감. p.1276-1285. 서울, 법인문화사, 1999
 21. 문병하, 문구, 문석재. 비기환이 항종양 면역반응에 미치는 영향. 대한한방종양학회지 1(1):167-190, 1995
 22. 김대준, 박봉기, 이연월, 유화승, 한성수, 조종관. 비기환이 신생혈관형성 억제에 미치는 효과. 대한암한의학회지 13(1):13-24, 2008
 23. 전국한외과대학 본초학교수 공편저. 본초학. p.647. 서울, 영림사, 2000
 24. 박용기. 노봉방의 항산화 작용에 관한 연구. 대한본초학회지 17(2):203-212, 2002
 25. 정지천, 신원용. 노봉방의 Peroxynitrite 제거 효과. 대한한의학회지 27(2):171-181, 2006
 26. 장재식, 정지천, 신현철. 노봉방이 t-butylhydroperoxide에 의한 Peroxynitrite 생성과 염증성 단백질 발현에 미치는 영향. 동의생리병리학회지 21(6):1499-1505, 2007
 27. DeWitt J, Yu M, Al-Haddad MA, Sherman S, McHenry L, Leblanc JK. Survival in patients with pancreatic cancer after the diagnosis of malignant ascites or liver metastases by EUS-FNA. Gastrointest Endosc 71(2):260-265, 2010
 28. Ayantunde AA, Parsons SL. Pattern and prognostic factors in patients with malignant ascites: a retrospective study. Ann Oncol 18(5):945-949, 2007
 29. Glehen O, Osinsky D, Beaujard AC, Gilly FN. Natural history of peritoneal carcinomatosis from nongynecologic malignancies. Surg Oncol Clin N Am 12(3):729-739, 2003
 30. Chu DZ, Lang NP, Thompson C, Osteen PK, Westbrook KC. Peritoneal carcinomatosis in nongynecologic malignancy. A prospective study of prognostic factors. Cancer 63(2):364-367, 1989