

외음부 파젯씨병

연세대학교 의과대학 산부인과학교실, 부인암 전문 클리닉

이현철·김영태·김상운·윤보성·남은지·김성훈·김재훈·김재욱·조남훈*

Paget's disease of the vulva

Hyun Chul Lee, M.D., Young Tae Kim, M.D., Sang Wun Kim, M.D., Bo Sung Yoon, M.D., Eun Ji Nam, M.D.,
Sunghoon Kim, M.D., Jae Hoon Kim, M.D., Jae Wook Kim, M.D., Nam Hoon Cho, M.D.*

Department of Obstetrics and Gynecology, Women's Cancer Clinic, *Department of Pathology,
Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Objective: This study of Paget's disease of the vulva was conducted to evaluate whether the initial presenting symptoms, associated diseases and basic screening studies such as imaging studies and tumor markers could be used to predict the state of the disease, and to investigate whether the state of resection margins, bilaterality of the lesion, and the extent of the resection correlated with recurrence.

Methods: This retrospective study was performed on 7 patients diagnosed as Paget's disease of the vulva from March, 1996 to April, 2006.

Results: The average age of the patients was 62 year old (range, from 53 to 70). All patients had been menopausal with sustained inflammation signs, eczematoid skin lesion and pain of the external genitalia. None was related to the associated diseases. Preoperative radiologic imaging and tumor marker levels could not determine the extent of diseases. The patients were observed for a period of 31.6 months in average following surgery, during which the disease recurred in one patient. The factors such as resection margin status, bilaterality of the lesion, and the extent of the resection were not valid for indicating the recurrences.

Conclusion: As we have studied, there is limits to predict the recurrence or the state of the disease. Thus leaving enough resection margins for treatment and long term close follow-up should be essential for treatment of patients with Paget's disease of the vulva.

Key Words: Paget's disease, Vulva, Recurrence

서론

외음부 파젯씨병 (Paget's disease of the vulva)은 흔하지 않는 질환으로, 파젯 세포 (Paget cell)는 조직병리학적으로 세포질 내에 많은 수의 수포를 포함하고, 많은 양의 투명한 세포질을 갖는 크고 원형 또는 타원형의 세포를 특징으로 한다. Sir James Paget이 1874년에 최초로 유방의 파젯씨병을 기술하였다.¹ 1901년 Dubreuilh는 백색의 병변과 홍반의 과다각화 상피세포

피부병변을 기술하였는데, 이것은 외음부 파젯씨병의 특유 소견이다. 외음부 파젯씨병은 희귀하며 악성 종양을 동반할 수 있어 특이한 질환으로 여겨져 왔다.² 위치에 따라서 유방 혹은 유방외 질환으로서 파젯씨병을 구분하게 되며, 주로 파젯씨병은 유방에 발생하는 낮은 분화도를 가지는 상피내 암종이다.

외음부 파젯씨병은 주로 폐경 여성에게 나타나며, 소양감과 외음부통이 내원하는 주요 증상이다. 이러한 병변은 습진 모양의 형태를 띠며 주로 외음부의 모근이 있는 부위에서 시작된다. 유방이외의 허벅지, 엉덩이, 치구 등에까지 침범할 수 있고 안검, 액와, 외이도에도 발생하며 직장과 질, 또는 요관의 점막을 침범하며 퍼져나

접수일 : 2006. 5. 30.
교신저자 : 김영태
E-mail: ytkchoi@yumc.yonsei.ac.kr

가는 경우도 있다.³ 외음부 파젯씨병은 전세계적으로 수백 예만이 보고되는 매우 드문 질환으로서 전체 외음부 종양의 약 5% 이하를 차지하며, 조직발생기전은 명확하게 알려진 바 없다.⁴

외음부 파젯씨병은 임상적으로 흔히 기저의 선암종(adenocarcinoma)과 관련이 있으며 동반된 암종은 자궁경부, 대장, 방광, 담낭, 유방에서 보고되었다. 따라서, 치료전 충분한 기초검사를 통해서 가능한 병변의 조사가 필요하다.

외음부 파젯씨병의 치료 과정 중, 가장 큰 문제점은 반복해서 재발하는 것으로, 불규칙하게 발현하는 다병소의 특징을 가지므로, 수술중에 육안적으로 외과적 경계연을 설정하여 이에 대한 치료를 하는 것은 재발을 방지하는데 충분치 않다. 더욱이 절제연의 상태는 병변의 재발과 관련이 되어 있어 중요한 것으로 알려져 있으나 명확치는 않다.⁵⁻⁷

본 연구에서는 본원에서 경험한 외음부 파젯씨병의 고찰을 통해서, 어떤 증상으로 내원하여 진단을 받으며, 기저의 동반 질환 여부와 영상 검사, 종양표지자 검사 등을 포함한 기초검사를 통해 현재 질병 상태를 예측할 수 있는지와 절제연의 잔류 여부, 병소의 양측성 여부, 외과적 절제범위가 재발의 가능성을 예측할 수 있는 인자가 될 수 있는지 여부를 추론 하고자 하였다.

연구 대상 및 방법

외음부의 파젯씨병으로 1996년 3월부터 2006년 4월까지 본원에서 진단과 치료를 받은 7명의 환자를 대상으로 하였다. 본 연구에서는 초기의 임상적인 증상과 동반질환을 포함한 과거력, 자기공명영상(magnetic resonance imaging, MRI), 종양 표지자 검사(Scc Ag, CA 125, CA 19-9, U-polyamine 등)를 포함한 기초검사와 타 부위의 악성 종양과의 연관성, 병변의 양측성 여부, 수술 전 육안적 병변의 크기와 외과적 절제범위, 경계연의 잔류소견을 조사하였으며, 추적 관찰시의 재발여부에 중점을 두었다.

모든 조직학적 검체는 본원의 부인과 전문 병리학자

에게 확인하였으며, 병리학적으로 파젯씨병으로 확진된 경우만을 포함하였다. 병리학적인 평가는 선택적 동결절편검사와 영구 조직검사를 시행하였고, Periodic acid-Schiff stain, mucicarmine stain, hematoxylin-eosin stains가 이용되었다. 병변의 양측성 여부는 육안적으로 판단하였으며, 외과적 절제범위는 육안적 검사와 동결절편 검사를 시행하여 결정하였다.

절제된 일차 병변의 크기는 병리학교실에 접수된 조직의 크기로 측정하였다. 영구 조직병리 검사로 경계연의 침범여부를 확인하였으며, 추적 관찰 기간과 재발의 여부를 확인하였다.

결 과

본 연구의 7명의 모든 환자는 세균성 질염, 진균성 질염, 베체트씨병, 외음부의 헤르페스성 감염 의 진단하에 개인의원에서 치료를 받았으나 재발하는 증상으로 병변부위의 조직생검 시행 후, 파젯씨병으로 진단받고 본원으로 전원 되었다. 7명의 평균 나이는 62세(범위, 53-70세)였으며, 모든 환자는 폐경된 환자였다. 일차병소에 대해서 본원에서 수술적 치료를 시행 받았으며, 그 검체는 부인과 전문 병리학자에 의해 조직병리학적으로 파젯씨병으로 확진되었다(Fig. 1, 2).



Fig. 1. Gross finding of excised specimen.

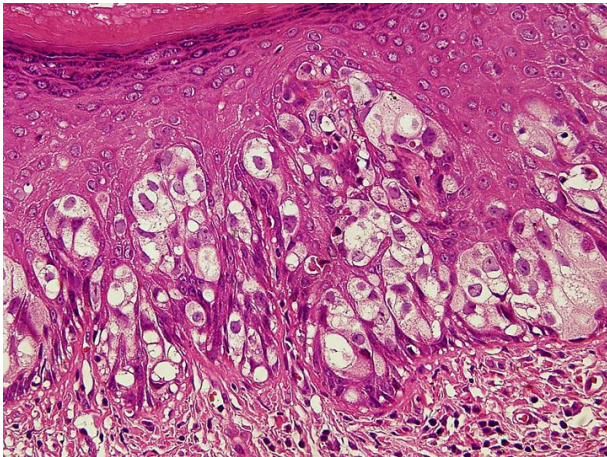


Fig. 2. Epidermis contains large pale tumor cells that form solid nests, glandular spaces, or continuous layer along the epidermal basement membrane (H&E stain, ×400).

모든 환자들은 약 1년 정도의 (범위, 1-24개월) 외음부의 소양증 등을 주로 호소하였으며 습진양 병변을 보였다 (Table 1), (Fig. 3). 모든 환자에서 Papanicolaou smear 결과는 정상이었다. 7명의 환자 중 4명에서 대음순 부위 (57%), 1명에서 회음부 부위 (14%), 2명 (29%)에서 클리토리스를 포함한 소음순 부위에 병변을 보였다 (Table 2). 7명 중 1명 (14%)의 환자에서 육안적으로 양측성 병변의 소견을 보였으며, 2명 (29%)의 환자에서는 중앙부에서 발생하였고, 4명 (57%)에서는 일측성 병변의 소견을 보였다. 일측성 병변을 가진 환자 4명 중 3명 (75%)에서 영구 조직검사상 경계연 양성의 소견을 보였으며, 이 3명 중 1명 (33%)에서 재발소견을 보였다.

부인과 질환과 관련된 환자는 7명 중 1명 (14%)이었으며, 우측 난소 낭선종 (ovarian cystadenoma)이 동반되어 있었다. 7명의 환자 중 1명 (14%)에서 유방조영상 (breast mammogram)에서 좌측에 미세 석회화의 소견을 보였고, 다른 1명 (14%)에서는 지방성 유방 (fatty breast)의 소견을 보였으며, 또 다른 1명 (14%)에서 등쪽 부위의 조직 생검상 지루각화증 (seborrheic keratosis)의 소견을 보였다. 그 이외에 자궁내막, 방광, 피부, 장 등에서의 동시적인 이상소견을 보이는 경우는 없었으며, 파젯씨병과 연관된 침윤성 선암종 (adenocarcinoma) 등의 동시 악성 종양의 소견을 보이

는 환자는 없었다.

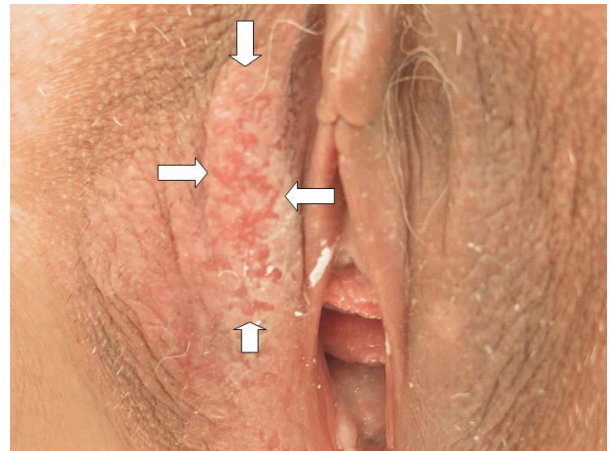


Fig. 3. Gross view of the Paget's disease, right labia major: about 3×1 cm sized eczematoid lesion.

6명의 환자에서 수술 전 종양 표지자 (tumor marker) 검사 (urine-polyamine, CA-125, SCC Ag)가 추적검사를 위해서 시행되었으나, 종양 표지자는 모두 정상소견을 보였다.

기초검사의 자기공명영상 검사상, 7명 중에서 3명 (43%)에서 서혜부 림프절의 크기가 증가된 소견을 보였고, 서혜부 림프절 절제술 시행 후 영구조직병리 검사결과 모두에서 음성의 소견을 보였다. 그 외의 기타 기초검사서 파젯씨병과 연관된 의미 있는 이상소견을 보이는 경우는 없었다.

정확한 위치와 크기의 측정을 위해서는 수술기록지와 병리보고서를 참고하였다. 병변의 크기는 육안적으로 평균 6.5 cm (범위, 2-9 cm)이었다. 7명 중에 3명에게서 동결절편검사와 영구조직 검사상 양성의 경계연 소견을 보였다. 그 육안적 병변의 크기와 일차 병변의 외과적 절제의 조직크기는 각각 6×2 cm와 8×4 cm, 4×3 cm와 6×6 cm, 5×3 cm와 9×5 cm이었으며, 영구조직 검사상 음성의 경계연 소견을 보인 4명의 경우에는 각각 3×3 cm와 5×3 cm, 2×2 cm와 9×5.5 cm, 3×1 cm와 4×2 cm, 7×4 cm와 9×13 cm이었다.

일차적인 병변의 수술적 치료 방법의 선택은 외과의사의 선호도에 따라서 결정되었다. 7명의 환자 중 2명

Table 1. Clinical characteristics of patients

No. of case	Age	Menopause	Presenting symptoms	Associated disease	Tumor marker
1	65	+	I ¹⁾ PM ²⁾	Seborrheic keratosis	NE ³⁾
2	54	+	I Discharge	-	NE
3	64	+	Pain Ulceration	-	NE
4	56	+	I Pain	-	NE
5	62	+	I	Pneumonia	NE
6	70	+	I	Ovarian cyst	NE
7	63	+	I PM	-	Not checked

¹⁾ I, itching

²⁾ PM, palpable mass

³⁾ NE, not elevated

Table 2. Clinicopathological characteristics of patients

No. of case	Lesion site	Gross lesion size ¹⁾ (Cm)	Surgical lesion size ²⁾ (Cm)	Bilaterality of the primary lesion	Name of operation	Margin status	Duration of follow up (Month)	Recurrence
1	LM ³⁾	6x2	8x4	Left	RV ⁴⁾ LA	+	52	-
2	Clitoris Lm ⁵⁾	2x2	9x5.5	Central	WLE ⁶⁾	-	8	-
3	Perineum	3x3	5x3	Central	RV LA	-	53	-
4	LM	4x3	6x6	Left	RV LA	+	44	+
5	LM	3x1	4x2	Right	SV ⁷⁾	-	57	-
6	LM	5x3	9x5	Left	WLE	+	4	-
7	LM	7x4	9x13	Bilateral	RV	-	3	-

¹⁾ preoperative gross lesion size

²⁾ primary surgical lesion size

³⁾ LM, labia major

⁴⁾ RV, radical vulvectomy, LA, lymphadenectomy

⁵⁾ Lm, labia minor

⁶⁾ WLE, wide local excision

⁷⁾ SV, simple vulvectomy

(29%)에게는 광범위 국소절제술 (wide local excision)을 시행하였고, 1명 (14%)에서는 단순 외음부절제술 (simple vulvectomy)과 4명 (57%)에서는 근치적 외음부절제술 (radical vulvectomy)을 시행하였다. 또한 근치적 외음부절제술 (radical vulvectomy)과 광범위 국소절제술 (wide local excision)을 받은 각각 2명에서 피부이식술을 시행하였다.

수술 후 외래 추적관찰 기간은 평균 31.6개월 (범위, 4-57개월)이며, 추적관찰 기간 중 7명 중 1명 (14%)에서 재발 소견을 보였고, 처음 수술 후 1개월 이내에 국소적인 재발소견을 보였다. 이 병변의 치료와 검사를 위해 레이저 치료와 생검을 시행하였으며, 14개월 후에 2×1.2 cm 정도의 흰색 플라크 (plaque)와 중앙의 궤양을 갖는 회색의 외음부 병변으로 다시 재발하여 local excision을 시행하였으며, 이후 30개월 동안 추적관찰상 재발의 소견은 보이지 않았다 (Table 2).

고 찰

유방외 외음부 파젯씨병은 전세계적으로 수백 예만이 보고되었을 정도의 희귀한 외음부의 질환중의 하나이다. 대부분의 환자에서 소양증 (72%) 이외에 작열감, 쓰라림, 통증과 종괴, 습진을 주소로 내원하고, 처음 내원시 조직 생검을 시행하지 않기 때문에 오진하는 경우가 대부분이다.^{8,9} 스테로이드 연고나 항생제, 항균제 등으로 대부분 치료를 하게 된다. 평균 발병 연령은 60-70세이며 가임기 여성에서는 아주 드물고 현재까지 보고된 가장 이른 경우는 24세의 흑인 여성이었다.¹⁰ 파젯씨병의 진단에 생검 후의 조직검사와 PAS, Mucicarmine, Alcian blue, CEA, Keratin, S-100, HMB45 등의 면역조직화학 반응 검사를 시행하는 것이 도움이 되며, urine-polyamine, CA-125, SCC Ag 등의 종양표지자 검사는 별다른 도움이 되지 않는다. 이것은 대부분 파젯씨병의 상피내의 병변이며, 느리게 성장하는 특징 때문으로 생각된다.

유방외 파젯씨병은 많은 경우에서 피하에 동반하는 유방외 암종이 있으나, 유방외 외음부 파젯씨병은 4-

8%에서 국소 선암종을 동반한다고 한다.¹⁸ 직장 선암종을 동반하기도 하며 그 외에 유방암, 자궁경부암, 기저세포암, 신요로계암 등이 발생할 수 있다. 따라서 파젯씨병을 치료함에 앞서 자기공명영상검사, 대장경검사, 유방촬영술, 방광경, Papanicolaou smear 등의 기초검사를 철저히 시행하는 것이 중요하며 추적관찰 하는 것이 중요하다.

파젯씨병의 세포병리학적인 범위는 상피 세포내 병변의 특징으로 인해 임상적인 범위보다 더 넓게 분포하는 것으로 보고되어 왔다.¹¹ 파젯씨병의 범위를 결정하기 위해 질 확대경 조준하 생검 (colposcopically directed biopsy), intraoperative intravenous fluorescein with ultraviolet lighting, 동결절편검사 (frozen section) 등의 많은 기술들이 시행되었으며,¹² 이러한 기술들을 통해 1982년 이후 재발의 비율을 줄이는 데는 성공적이었으나, 비교적 높은 위음성율로 인해 제한점을 가지고 있다. 특히, 과거의 연구에 의하면 경계연의 동결절편 검사의 25%, 43% 정도에서 높은 위음성율이 보고되기도 하였다.¹³

본 연구 결과를 볼 때, 동결절편검사의 경계연에 침윤 여부와 육안적인 판단에 의한 수술적 경계연을 설정하는 것은 육안적 절제연과 수술적 절제연의 차이와 재발의 관계를 살펴 볼 때, 재발방지의 치료로서의 큰 의미가 없었다. 이것은 경계연의 상태는 유방외 외음부 파젯씨병의 다양한 기원과 다중 병소적인 특징에 기인한 것으로 생각된다. Curtin 등은 또한 영구 조직검사상 경계연의 양성 또는 음성의 여부는 병의 재발의 예측인자가 되지 못한다고 하였다.¹³ 그러나, Baehrendtz 등은 음성 경계연을 가진 경우 42%, 양성 경계연을 가진 경우 66.7% 재발하였고, 이에 따라 병의 재발에 경계연의 상태가 중요함을 보고하기도 하였다.¹⁴ 본 연구에서는 경계연의 양성을 가진 3명 중, 한 명에서 재발을 하였고 음성의 경계연을 가진 4명 중 재발은 없어서, 경계연의 상태와 재발과의 관계가 있어 보이나, 그 표본의 수치가 적어 추후 더 많은 문헌 고찰이 필요하다.

본 연구에서 일차적 병변의 외과적 절제범위는 육안적 병변의 크기보다 약 2-7 cm 정도 더 넓게 시행되었

참고문헌

으며, 광범위하게 제거했을 경우에 절제연의 잔류 소견을 보일 가능성이 적었지만, 육안적 병변부위가 5×3 cm인 환자에서 절제 범위를 9×5 cm로 비교적 넓게 제거한 경우에도 절제연의 잔류 소견을 보였다.

본 연구에서 경계연에 잔류소견을 보인 3명의 환자들 모두가 일차적인 병소가 일측성을 보였고 이중 1명에서 재발의 소견을 보인 것으로 볼 때, 절제연의 양성 소견과 재발은 양측성 여부보다는 일차적 병소를 포함한 충분한 외과적 절제가 중요할 것으로 생각된다.

Woodruff는 악성 세포는 미분화된 기저세포에서 발생하기 때문에, 기저세포에서의 악성의 변화의 여부를 확인하기 위해서 피부부속기 (아포크린 땀샘)를 포함한 충분히 깊게 조직을 절제할 것을 권고하였다.^{15,16} 종괴가 의심되는 경우 동결절편 조직 검사 후 악성 세포가 확인되면 서혜부 림프절 제거를 포함한 근치적 외음부 절제술을 시행하도록 권고하고 있다.¹⁷

유방외 외음부 파젯씨병의 일차 치료는 외과적 절제술이며, 이전의 연구 결과로 볼 때, 만져지는 심부 종괴가 없으면 근치적 수술보다는 충분한 절제연을 확보하고 여러 군데 필요한 곳의 동결절편 검사를 실시하고, 육안적 병변부위보다 2 cm 이상의 충분한 경계부위 확보 후, 표층 피하지방층을 포함하여 충분히 제거하는 방법이 유리하다.

장기적인 추적검사가 중요하며 재발율은 12-61% 정도로 보고되어 있고, 대부분 국소 재발의 형태를 보이며 치료 후 3년 이내에 재발하게 되며 처음 치료 후, 그 재발이 15년 이후에까지 발생할 수 있다.^{18,19} 절제연의 양성소견이 있는 경우 재발기간이 짧았으며 대부분 첫 2년 이내에 발생한다고 보고되었다. Bergen 등은 양성과 음성 경계연을 가진 환자에서의 병의 재발이 처음 수술 후 50개월 후에까지 이를 수도 있음을 보고하였다.²⁰

이와 같은 연구결과로 볼 때, 외음부 파젯씨병은 다양한 양상의 염증성 질환의 증상을 보이며, 치료 시에 그 병변의 정확한 범위를 알 수 없고 추후에 재발을 예측할 수 있는 인자가 없기 때문에, 초기의 정확한 진단과 병변을 포함한 충분한 깊이와 넓이의 국소 절제술이 필요하며 주기적인 추적관찰이 중요하다.

1. Paget J. On disease of the mammary areola preceding cancer of the mammary gland. *St Barth Hosp Rep* 1874; 10: 87-9.
2. Dubreuilh W. Paget's disease of the vulva. *Brit J Dermatol* 1901; 13: 407.
3. Kenneth DH, Jonathan SB. Intraepithelial disease of the cervix, vagina, and vulva. In: Jonathan SB, editors. *Novak's gynecology*. 13th ed. Los Angeles: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. p.498-501.
4. 김병석, 이정원, 정우길. 외음부 파젯씨병 1예. *대한산부회지* 1999; 42: 1835-8.
5. David A, Fishman, Setsuko K, Chambers, Peter E. Extramammary Paget's disease of the vulva. *Gynecol Oncol*. 1995; 56: 266-70.
6. Gunn GA, Gallager SH. Vulvar paget's disease: A topographic study cancer. 1980; 46: 590-4.
7. Creasman WT, Gallager HS, Rutledge F. Paget's disease of the vulva. *Gynecol Oncol* 1975; 3: 133-48.
8. Kodama S, Kaneko T, Saito M, Yoshiya N, Honma S, Tanaka K. A clinicopathologic study of 30 patients with Paget disease of the vulva. *Gynecol Oncol* 1995; 56: 63-70.
9. Parker LP, Parker JR, Bodurka-Bevers D, Deavers M, Bevers MW, Shen-Gunther J, et al. Paget's disease of the vulva: Pathology, Pattern of involvement and Prognosis. *Gynecol Oncol* 2000; 77: 183-9.
10. Stapleton JJ. Extramammary Paget's disease of the vulva in a young, black woman. A case report with histogenic confirmation by immunostaining. *J Reprod Med* 1984; 29: 444-6.
11. Taylor PT, Stenwig JT, Klausen H. Paget's disease of the vulva. *Gynecol Oncol* 1975; 3: 46-60.
12. Misas JE, Cold CJ, Hall FW. Vulvar Paget's disease: Fluorescein-aided visualization of margins *Obstet Gynecol* 1991; 77: 156-9.
13. Curtin PJ, Rubin SC, Jones WB, Hoskins WJ, Lewis JL. Paget's disease of the vulva. *Gynecol Oncol* 1990; 39: 374-7.
14. Bahrendtz H, Einhorn N, Pettersson F, Silfversward C. Paget's disease of the vulva. *Int J Gynecol Cancer* 1994; 4: 1-6.
15. Lloyd J, Flanagan AM. Mammary and extramammary Paget's disease. *J Clin Pathol* 2000; 53: 742-9.
16. Woodruff JD. Paget's disease of the vulva. *Obstet Gynecol* 1955; 5: 175-85.
17. Jones RE Jr, Austin C, Ackerman AB. Paget's disease. *Am J Dermatopathol* 1979; 1: 101-32.
18. Tebes S, Cardosi R, Hoffman M. Paget's disease of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 281-3.
19. Zollo JD, Zeitouni NC. The Roswell Park cancer institute experience with extramammary Paget's disease. *Br J Dermatol* 2000; 142: 59-65.
20. Bergen S, DiSaia PJ, Liao SY, Berman ML. Conservative management of extramammary Paget's disease of the vulva. *Gynecol Oncol* 1989; 33: 151-6.

= 국문초록 =

목적: 본 연구의 목적은 외음부 파젯씨병의 고찰을 통해서, 초기 증상과 동반 질환의 종류와 영상 검사, 종양표지자 검사 등을 포함한 기초검사가 질병의 상태를 예측할 수 있는지, 본 질환의 재발과 관련하여 절제연의 잔류 여부, 병소의 양측성 여부, 외과적 절제범위가 재발의 예측인자가 될 수 있는지 여부를 추론하기 위한 것이다.

연구 방법: 1986년 3월부터 2006년 4월까지 본원에서 외음부 파젯씨병으로 진단 받은 7명의 환자를 대상으로 후향적 연구를 시행하였다.

결과: 환자군의 평균 연령은 62세 (범위, 53-70세)였으며, 모두 폐경기가 지난 환자로 치료되지 않는 외음부 염증의 소견을 주소로 내원하였다. 모두에서 동반 질환과는 특별한 관련이 없었으며, 수술전의 종양 표지자 검사, 영상 검사 등의 기초검사가 질병의 범위를 예측하는데 도움이 되지 않았다. 수술후 외래 추적관찰 기간은 평균 31.6개월 (범위, 4-57개월)이었으며, 1명에서 재발의 소견을 보였으며, 재발에 관련하여 절제연의 잔류 여부, 병소의 양측성 여부, 병소의 외과적 절제범위로 병소의 재발을 예측할 수는 없었다.

결론: 외음부 파젯씨병은 상피내 병변으로 다병소의 특징을 가지며, 서서히 진행되는 특징으로 인해, 질병 상태나 재발을 예측할 수 있는 인자는 제한적이다. 치료로서 충분한 절제연을 확보하는 것과 장기간의 지속적인 추적 관찰을 하는 것이 환자의 처지에 있어서 강조되어야 하겠다.

중심단어: 파젯씨병, 외음부, 재발
