

Results of Definitive Radiation Therapy in Adenosquamous Cell Carcinoma of the Uterine Cervix

Sang-wook Lee, M.D.¹, Chang Ok Suh, M.D.¹, Eun Ji Chung, M.D.¹, Gwi Eon Kim, M.D.¹, Kyung Ran Park, M.D.³, Kang Kyoo Lee, M.D.³, Ik Jae Lee, M.D.³, Tchan Kyu Park, M.D.², Jaewook Kim, M.D.², Jong Taek Park, M.D.⁴, Jae Uk Shim, M.D.⁴ and Joon Oh Park, M.D.⁵

¹Departments of Radiation Oncology, ²Yonsei Cancer Center, ³Obstetrics and Gynecology, Yonsei University College of Medicine, ⁴Samsungsung Cheil Hospital, Seoul, Korea; ⁵Department of Radiation Oncology, Yonsei University Wonju College of Medicine, Wonju, Korea

Purpose: To define the clinical features and pattern of failure and to evaluate the results of radiation treatment in of adenosquamous cell carcinoma of the uterine cervix.

Materials and Methods: From Jun. 1981 to Dec. 1997, 43 patients with adenosquamous cell carcinoma of the uterine cervix were retrospectively analyzed external radiation treatment and HDR-ICR from Yonsei cancer center and Wonju cristian hospital. The median age was 51. Stage distribution according to FIGO were stage 1b in 10, 2a in 5, 2b in 18, 3b in 9, 4a in 1. Median follow-up period was 41 months.

Results: Overall survival rate and disease free survival rate were 57.2% and 60.2%. Complete response rate was 86.0%. Locoregional failure was observed in seven patients.

Conclusion: Major pattern of failure was locoregional failure. Adenosquamous cell carcinoma was not more aggressive than other pathologic types. (J Korean Cancer Assoc 2001;33:21 - 26)

Key Words: Cervical neoplasm, Adenosquamous cell carcinoma, Radiation therapy

서 론

자궁경부에는 다양한 악성종양이 발생하는데 편평상피 세포암종의 발생빈도가 가장 높아 90% 이상을 차지하고, 다음으로 선암종이 7%에서 10%를 차지하는 것으로 알려져 있다(1). 임상적 특징들이 병리세포학적 분류에 따라 약간씩 차이가 있는 것으로 알려져 있는데, 예를 들어 verrucous carcinoma는 국소재발을 잘하는 반면 원격전이는 매우 드물다고 알려져 있고(2), 소세포암종은 다른 병리학적 세포유형보다 주변 림프절이나 원격전이를 잘하는 것으로 알려져 있다(3,4).

선상피세포암종은 선암종의 일종으로 분류되기도 하고(5,6) 선암과 별도로 분류하기도 하는데(7,8) 선암종과 편평상피세포암종의 세포가 혼재된 양상을 보이는 혼합종

으로 정의하기도 한다(9). 일반적으로 선상피세포암종은 낮은 발생빈도를 보이고 예후도 불량한 것으로 알려져 있지만(10-14) 반대되는 주장도 있다(5,15,16). Gallup등은 1976년 문헌보고에서 선상피세포암종의 예후에 대해 증거가 작아 결론을 내리지 못하다가 9년 후 1985년 문헌 보고에서는 선상피세포암종이 편평상피세포암종이나 선암종보다 예후가 불량하다고 보고하기도 했다(10,17). 세포병리학적으로 림프혈관 침윤이 흔하고 주변림프절로의 전이가 편평상피세포암종이나 선암종에 비해 흔한 것으로 보고되고 있지만(5,12,13), 역시 반대되는 의견도 있어 논란의 여지는 상존하고 있다(16).

본 저자들은 임상적 특징과 예후 등을 판단 할 수 있는 문헌보고는 매우 드물다고 판단되어 방사선치료 경험을 정리하여 임상특징을 알아보고 치료 실패양상을 분석하여 예후를 분석하고 근치적 방사선치료의 성적을 알아보고자 하였다.

책임저자 : 서창욱, 서울시 서대문구 신촌동 134번지
☎ 120-752, 연세의료원 연세암센터 방사선종양학과
Tel: 02-361-7631, Fax: 02-312-9033
E-mail: ccrt@korea.com

2000년 대한암학회 춘계학술대회에서 포스터 발표했음.
접수일 : 2000년 9월 28일, 게재승인일 : 2001년 1월 10일

대상 및 방법

1) 연구대상

1981년 6월부터 1997년 12월까지 약 17년간 연세암센터

방사선종양학과와 1989년 10월부터 1995년 12월까지 원주 기독병원 방사선종양학과에서 자궁경부 선상피세포암종으로 진단 받고 근치적 방사선치료를 시행 받은 43예에 대한 후향적 분석을 시행하였다. 조직검사를 통해 병리조직학적으로 선상피세포암종이 확인된 증례만 연구대상에 포함하였고, adenoacanthoma와 glassy cell carcinoma는 제외하였다. 과거력상 자궁경부암으로 진단 받고 치료받은 적이 없어야 하고 또한 자궁적출술을 시행 받지 않은 경우로 했다. 치료 전 병기 결정은 병력, 일반혈액검사, 부인과 진찰, 직장경, 방광경 검사를 필수적으로 시행하였고 부가적으로 복부 및 골반강에 대한 전산화 단층촬영을 시행하여 FIGO 병기를 나누었다(18). 대상환자들의 특성을 살펴보면(Table 1) 나이는 28세에서부터 73세 사이에 분포하였고 중앙 연령값은 51세였다. 내원 당시 대부분 출혈을 호

소하였고 증상발현에서 내원까지의 기간은 14일에서 12개월이었고 중앙값은 2개월이었으며 특별한 증상 없이 정기검진 시 우연히 발견된 경우는 4예였다. 진단 당시 자궁내막으로 종양이 침윤된 경우는 2예였고, 종양의 형태적 특성을 침윤성과 외장형으로 나누어 보았을 때 침윤성인 경우가 약간 많았다. 종양의 크기는 1 cm에서 8 cm까지 관찰되었고 4 cm을 기준으로 나누어 보면 4 cm 이하인 경우가 32예이고 4 cm 보다 큰 경우가 11예였다. FIGO 병기에 따라 나누어 보면 Ib1이 10예, Ib2가 0예, IIa가 5예, IIb가 18예, IIIb가 9예, IVa가 1예로 전체의 41%가 IIb였다.

2) 치료방법

모든 예에서 근치적 목적의 방사선치료가 시행되었고 부가적으로 유도 화학요법이 6예, 동시화학요법이 3예에서 시행되었다. 화학요법의 병용은 프로토콜에 의해 시행되기 보다는 환자의 상태에 따라 산부인과에서 결정하여 시행되었다.

방사선치료는 외부조사와 강내조사를 병용하였는데 외부 방사선조사 후 강내치료를 시도하였고, 같은 날 외부 조사와 강내조사를 시행하지 않았다. 일반적으로 3주에서 4주 외부 조사 후 강내치료가 시도되었고 강내치료 종료 후 초기 종양의 진행 상태와 치료반응을 종합 평가하여 중앙차폐(midline shielding) 유무를 결정하였다. 외부방사선치료는 선형가속기를 이용하였고, 에너지는 10 MV 엑스선을 사용하여 전골반에 1.8~2.0 Gy의 분할선량으로 1일 1회 주당 5회 4문 조사(box technique) 방법으로 시행하였다. 방광과 직장의 방사선으로 인한 합병증을 줄이기 위해서 4×10 cm 크기의 중앙차폐를 시행하여 전후 2문 조사방법으로 시행하였다. 강내치료는 코발트 60과 이리디움 192의 고선량을 선원의 원격조정(remote control) 치료를 사용하였다. 코발트 60을 사용한 경우 1회 조사량을 3 Gy로 하고 주당 3회 조사하였고, 이리디움 192를 사용한 경우는 1회 조사량을 4~5 Gy로 하고 주당 2회 조사하였다. 외부조사 선량은 41.4 Gy에서 60.4 Gy까지 조사하였다(중앙값, 45 Gy). 강내조사에서는 코발트 60으로 치료 받은 환자는 19명이었고 36 Gy에서 48 Gy까지 조사하였고(중앙값, 39 Gy), 이리디움 192로 치료받은 환자는 22명이었으며 20 Gy에서 40 Gy까지 조사 받았다(중앙값, 30 Gy). 중앙차폐 없이 외부 조사된 선량과 강내 A점 선량의 산술적 합을 A점 선량이라 정의할 때 A점 선량은 45 Gy에서 96 Gy까지 조사되었다(중앙값, 75 Gy).

3) 추적조사 및 통계처리방법

치료종료 후 외래에서 정기적으로 검진한 외래의무기

Table 1. Patients characteristics in adenosquamous cell carcinoma of the uterine cervix

Variables		No. of patients (%)	
Age	Range	21~30	1 (2.3)
		31~40	4 (9.3)
		41~50	15 (34.9)
		51~60	16 (37.2)
		61~70	6 (14.0)
		71~80	1 (2.3)
	Median	51	
Stage	IB	10 (23.2)	
	IIA	5 (11.6)	
	IIB	18 (41.9)	
	IIIA	0 (0.0)	
	IIIB	9 (20.9)	
	IVA	1 (2.3)	
Size of tumor (cm)	≤4	32 (74.4)	
	>4	11 (25.6)	
Shape of tumor	Exophytic	17 (39.5)	
	Infiltrative	26 (60.5)	
Endometrial extension	No	41 (95.3)	
	Yes	2 (4.7)	
Main symptom	No	4 (9.3)	
	Vaginal bleeding	32 (74.4)	
	Postcoital bleeding	2 (4.7)	
	Vaginal discharge	5 (11.6)	
Symptom duration (month)	≤1	15 (34.9)	
	2	11 (25.6)	
	3	5 (11.6)	
	>3	12 (27.9)	
Chemotherapy	Yes	9 (20.9)	
	No	34 (70.1)	

록 분석을 통한 후향적 분석을 하였다. 외래에서 1년 이상 추적 조사되지 않는 환자는 전화를 통하여 재발 유무, 생존 유무, 합병증 발생 유무를 파악하였고, 전화 통화되지 못한 경우는 호적확인을 통해 생존여부를 확인하였다. 사망하지 않은 환자의 추적기간은 17개월에서 92개월이었고 중앙 추적기간은 41개월이었다. 2년 이상 추적되거나 사망 시까지 추적 조사된 환자는 전체 43명 중 41명으로 95.3%였다.

생존율을 구하기 위한 통계학적 처리방법에서 Kaplan-Meier 방법을 선택하였고, 생존율의 비교는 Log-rank test 방법을 이용하였다.

결 과

모든 연구대상은 종양을 제어할 수 있을 만큼의 충분한 선량을 조사받았고 방사선치료에 의한 급성 합병증으로 치료가 1주일 이상 중단된 경우는 없었다. 또한 약물치료가 병용된 환자에서 치료 중 골수기능의 저하로 방사선치료가 2주 이상 중단되거나 수술을 받은 경우도 없어 치료에 의한 이환율은 없었다.

1) 치료결과

방사선치료 치료 직후 치료에 완전 반응을 보인 경우는 전체 43명 중 37예에서 완전 관해를 보여 86.0%의 완전관해율을 보였다. 나머지 6예에서는 방사선 치료 종료 후 1개월 후 검사에서도 잔존 종양이 남아 부분 반응으로 판정하였다. 만약 치료 종료 후 6개월 이내 종양이 재발견되면 잔존종양으로 판정하였다. 부분 반응으로 판정한 6예의 특징으로는 FIGO병기 상 IIb가 3예였고 IIIb가 3예였는데 진단 당시 육안적으로 측정된 종양의 크기가 4 cm 이상으로 거대 종양이었다(Table 2). 방사선치료 후 부분

Table 2. Summary of partial responded cases in adenosquamous cell carcinoma of the uterine cervix

Case	Age	Stage (FIGO)	Characteristics of tumor		Survival	
			Size (cm)	Shape	Status	Time (months)
1	49	IIb	4×4	exophytic	no	20
2	48	IIb	6×5	exophytic	no	20
3	44	IIb	6×6	infiltrative	no	4
4	41	IIIb	5×4	exophytic	no	6
5	42	IIIb	4×5	exophytic	no	13
6	50	IIIb	7×8	exophytic	no	9

반응을 보인 모든 환자가 구제되지 못하고 사망하였고 사망까지의 기간은 4개월에서 20개월이었다.

추적 시점까지 생존한 경우는 27예였고 간경화로 재발 없이 84개월째 사망한 1예였다. 5년 전체 생존율은 57.2%였고 5년 무병생존율은 60.2%였다(Fig. 1). 병기에 따른 5년 생존율은 1기가 100.0%, 2기인 경우 55.0%, 3기가 33.0%, 4기인 경우 1예로 생존하여 100.0%였다(Fig. 2).

2) 치료실패 양상

방사선치료 종료 후 6개월까지 추적 조사 과정에서 재발이 의심되지 않은 경우 완전 반응으로 정의하고 방사선 치료 종료 후 6개월 후에 종양이 발견 경우를 재발로 정의하였다. 총 43예 중에서 궁극적으로 28예에서만 국소제어에 성공하여 국소제어율은 65.1%였다. 추적 조사중 재

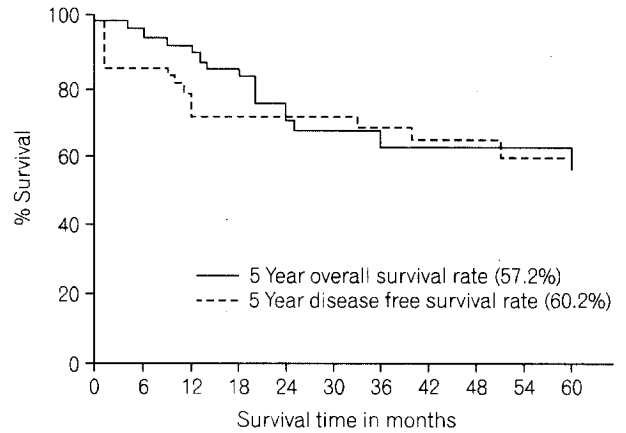


Fig. 1. 5-year overall survival rate and disease free survival rate in adenosquamous cell carcinoma of the uterine cervix (43 cases)

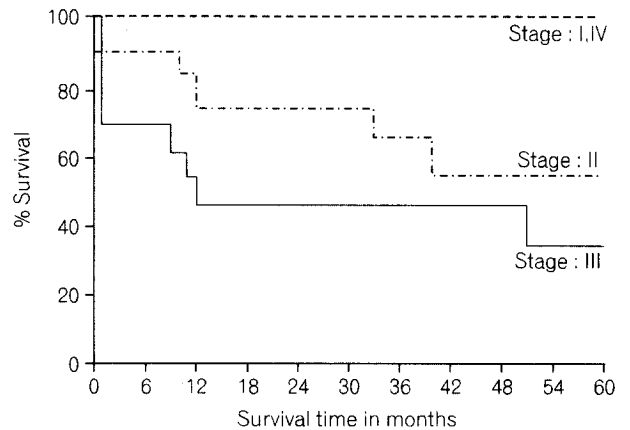


Fig. 2. 5-year disease free survival rates according to FIGO stage in adenosquamous cell carcinoma of the uterine cervix

발한 경우는 9예였고, 재발 발견 당시 국소재발인 경우가 8예였고, 뼈로의 원격전이가 발견된 경우가 1예였다. 따라서 전체 43명 중 초기 완전제어 되지 못한 6명을 제외한 37명 중 9명이 재발하여 재발률은 24.3%였다. 재발양상의 특징으로는 국소재발이 전체 재발 중 88.9%를 차지하고 원격재발은 11.1%를 차지하였다. 재발까지의 기간은 9개월에서 51개월이었고 중앙값은 12개월이었다. 재발되지 않은 경우의 A점 선량은 평균 77.1 Gy였고 재발된 경우의 A점 선량은 81.0 Gy였는데, 재발된 군과 재발되지 않은 군의 선량의 통계학적 차이는 없었다. 재발에 영향을 주는 인자로는 종양의 크기와 병기가 통계적으로 유의하게 재발에 영향을 주는 인자로 나왔다(Table 3).

3) 방사선치료 후 만성합병증

방사선치료 후 만성 합병증이 방광이나 직장에 발생한 경우는 5예로 만성 합병증 발생률은 13.2%였다. 합병증의 정도는 RTOG 후기 합병증 분류법에 따라 분류하였는데 (19), 방광 합병증이 발생한 경우는 3예였고 직장 합병증이 발생한 경우는 3예로 1예는 방광과 직장에서 동시에 만성 합병증이 발생하였다. 합병증의 정도는 1예에서만 grade 3의 직장 합병증이 생겨 colostomy를 시행 받았고 나머지에서는 정도의 합병증만 발생하였다. 합병증 발생에 영향을 줄 수 있는 인자로 5예 중에서 1예에서만 약물 치료를 받았으며 나이의 중앙값은 54세로 전체 대상의 연령과 차이 없었다. A점 선량의 평균값은 83.4 Gy로 모두

외부 조사시 중앙차폐를 시행하지 않은 경우였다. 합병증이 발생하지 않은 경우의 A점 선량은 77.2 Gy였다.

고 찰

자궁경부에 발생하는 선상피세포암종은 adenoepidermoid, adenosquamous, mixed tumor, adenoepithelioma 등 다양한 영문 진단명으로 알려져 있고, glassy cell carcinoma가 선상피세포암종의 일부라는 문헌보고도 있다(20). 이런 문헌보고들을 기초로 판단해 보면 선상피세포암종에 대한 개념이나 용어의 정립이 불완전하거나 근래 정립되고 있다고 판단된다. 만약 선상피세포암종을 선암종과 상피세포암종의 혼합종이란 개념에(9) 따라 진단기준을 정할 경우 선암종의 확인을 위해서는 세포병리조직학적으로 periodic acid Schiff (PAS) 또는 mucinocarmine 염색으로 mucin을 확인 해야하는 것으로 알려져 있다(11). 본 연구에서는 연구를 진행하면서 새로이 세포병리학적으로 슬라이드 검토를 시행하지 못한 문제점을 가지고 있지만 최소한 방사선치료 의뢰 시 매 증례마다 병리학과에 진단에 대한 확인을 요청하여 검토하였기 때문에 비교적 병리학적인 진단의 오류에 의한 연구대상 선정에 잘못되었을 가능성은 매우 낮다고 생각된다. 선상피세포암종의 진단기준은 선암종과 상피세포암종이 혼재된 혼합종이란 개념으로 연구대상의 선정 기준을 정하였기 때문에 glassy cell carcinoma는 연구대상에서 제외하였다. 그런 이유로는 문헌 보고에 따라서는 glassy cell carcinoma를 선상피세포암종과 따로 분류하기도 한다(10). 따라서 향후 세포병리학적으로 분석이 세밀히 진행된 연구에서 glassy cell carcinoma에 대한 분류는 정해될 것으로 생각된다.

선상피세포암종에 대한 연구 결과들을 종합해보면 대상환자들의 나이가 비교적 젊고 질 확대경으로 관찰 시 육안적으로 종양이 관찰되지 않은 경우가 30%라는 문헌보고도 있다(10,11). 이런 특징들은 선암종에 대한 일반적 특징과 다르지 않아 선상피세포암종에만 국한된 특징으로 생각되지는 않는다. 본 연구 결과에서도 비교적 연령이 40대와 50대에서 호발하였고 중앙 연령값 51였다. 내원 당시 증상 없이 정기 검진에 의해 우연히 발견된 경우인 2예를 제외한 모든 경우에서 초기증상이 발현되었고 그 중에서도 출혈이 대부분을 차지하였다. 육안적 소견상 외장형보다 침윤형의 종양이 많이 관찰되었고 종양의 장경이 4 cm 이상인 경우는 11예로 28.9%를 차지하였다. 이런 결과를 종합해보면 선상피세포암종에서만 관찰할 수 있는 특징적 임상양상은 뚜렷하진 않다고 생각되었다.

일반적으로 자궁경부 선상피세포암종의 임상적 특징으

Table 3. Survival analysis of prognostic factors in adenosquamous cell carcinoma uterine cervix treated with HDR-ICR

Characteristics		Number of patients	5 year survival rate	p-value
Age	≤50	20	63.5%	≥0.1
	>50	23	53.0%	
Tumor size	≤4 cm	32	71.3%	<0.005
	>4 cm	11	19.0%	
Tumor shape	Infiltrative	26	60.9%	≥0.1
	Exophytic	17	48.7%	
Stage (FIGO)	1	10	100.0%	<0.01
	2	23	55.0%	
	3	9	33.0%	
	4	1	100.0%	
Midline dose (Gy)	≤70	16	65.0%	≥0.1
	71~80	9	53.3%	
	81~90	14	42.9%	
	91~100	4	66.7%	

Table 4. Treatment results of adenosquamous cell carcinoma of the uterine cervix

Series	Period	No. of patients	5 year survival rate
Gallup (Noval hospital)	1974~1982	20	20% (IB: 26.7%, II: 0% III: 0%)
Wheless (Roswell Park)	1959~1961	37	32% (I: 50%, IIA: 35%, IIB: 66%, III: 0%, IV: 0%) Radiation alone
Saigo (MSKCC)*	1949~1981	20	39%
Vesterinen (Helsinki) [†]	1976~1980	17	52.9%
Lee (YCC) [‡]	1979~1997	38	51.8% (IB: 100.0%, II: 40.7%, III: 26.7%, IV: 100.0%) Radiation alone

*Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, [†]Helsinki University Central Hospital, [‡]Yonsei Cancer Center

로는 예후가 불량하고, 치료 실패양상이 원격전이인 것으로 알려져 있다(11,12). Gallup등이 보고한 바에 따르면 FIGO병기 2기 이상인 경우 단 1예도 생존하지 못하였다. 또한 16명의 사망한 경우 14예에서 국소재발 여부에 관계 없이 원격전이 소견을 보였고 이중 폐로의 전이는 50%를 차지하였다보고 하였다(10). 상기 연구 결과들에 따르면 치료 실패 양상 중 원격장기로의 전이는 선상피세포암종의 특징중의 하나라 할 수 있겠다. 그러나 본 연구 결과에서는 1차 재발 진단에서 원격전이가 발견된 경우는 골전이 가 있었던 단 1예를 제외하고는 관찰할 수 없었다. 재발하여 재발 병기 결정을 위한 검사들이 부족하였던 점들이 낮은 발견율에 영향을 주었을 가능성은 배제할 수 없지만, 본원에서 추적 조사 시 원격장기로의 전이 유무를 판정하기 위해 시행하는 검사로는 매 6개월마다 흉부 엑스선 검사를 시행하고, 매 1년마다 동위원소 뼈 촬영과 복부 초음파를 시행하고 있어 그 가능성은 낮다고 예측된다. 따라서 국소재발이 일차 재발의 주된 양상으로 생각되었다.

자궁경부암에서 림프절 전이의 유무는 예후를 예측하는데 매우 중요한 요소인데 선상피세포암종은 주변 림프절로의 전이율이 상대적으로 높은 것으로 알려져 있다(6,14). 만약 주변 림프절로의 전이율이 다른 세포유형보다 높다면 상대적으로 예후도 불량할 것으로 기대 되고 방사선치료 계획을 세우는데도 이런 점들이 충분히 고려되어야 할 것이다. 예를 들어 복부 림프절에 대한 방사선 치료를 하거나 또는 약물치료를 고려해야 할 것이다. 그러나 치료실패 양상은 이런 임상적 특징에 기인한 양상을 보이지 않았는데, 특히 골반강내 림프절 재발이나 복부림프절 전이에 의한 치료 실패를 강조한 문헌보고는 없어 임상적인 의미성에 대해서는 논란의 여지가 있다 하겠다. 본 연구 결과에서는 명확히 골반강내 림프절재발과 자궁경부 재발을 나누지는 못했지만 국소재발이 주된 실패 양상을 보였고 복부림프절이나 소골상림프절의 재발은 관찰할 수 없어 주변 림프절로의 전이율이 높은 것으로 판단할 수 있는 근거는 관찰할 수 없었다.

전체 5년 생존율이 57.2%이었는데 결과는 다른 세포형에 비해 상대적으로 낮은 생존율이지만 같은 세포유형을 대상으로한 문헌보고의 결과들 중에서는 높은 편에 속한다(Table 4)(21). 특히 FIGO병기 Ib인 경우 10예였는데 모두 무병상태로 생존하였으며 추적 조사 기간의 중앙값도 58개월로 고무적인 결과를 보였다. IIA인 경우 5예였는데 1예만 12개월에 재발하여 25개월 생존하였고 나머지 4예는 24, 37, 44, 88개월째 생존하고 있다. 이런 결과만으로 해석하면 선상피세포암종이 결코 예후가 불량하다고 할 수 없을 것이다. IIB인 경우는 전체 18예 중 7예가 사망하였다. 사망한 7예 중 3예는 초기 국소제어가 되지 못한 경우로 3예 중 2예는 종양의 장경이 6 cm인 거대 종양이었다. IIB 이상 진행된 병기에서는 10예 중 3예만 생존하였는데 본원의 이전 연구 결과에 비해 3b인 경우만 현저히 낮은 생존율을 보였다. 따라서 본 연구 결과에 따르면 IIIb인 경우만 예후가 불량한 것으로 생각되며 IIB인 경우는 tumor burden이 심해서 생존율이 낮았던 것으로 생각된다. 본원에서 1991년 정등이 자궁경부 선암종의 방사선 치료 결과를 보면 FIGO 병기 I과 II에서는 비슷한 생존율을 보이지만 3기에서는 14예의 5년 생존율이 54.2%였는데 역시 차이가 남을 알 수 있다(22). 이등이 1990년 본원의 연구 결과를 보면 3b의 5년 생존율이 49.6%였다(23). 선상피세포암종이 방사선치료에 저항성이 높은 것으로 알려지기도 했지만 충분한 근거가 뒷받침하지 못하다는 주장도 있다(2,24). 본 연구 결과에서는 다른 편평상피세포암종이나 선암종과 비교하여 방사선에 저항성이 있다거나 예후가 불량하다는 결론은 얻을 수 없었다.

국소재발이 주된 일차재발양상으로 생각되고 이런 문제를 해결하기 위해서는 방사선량을 올리는 것을 일차적으로 고려 해볼 수 있겠다. 그러나 일정 선량 이상에서는 선량과 생존율간의 상관관계가 명확히 규명되지 않고 오히려 합병증만 증가하는 것으로 알려져 있다. 다른 추가적인 치료 방법을 고려되어야 할 것으로 생각되는데, 본 연구에서 약물 치료를 부가하여 시행 받은 경우는 9예였

는데 모두 생존하였다. 따라서 약물 치료를 적극적으로 고려해보는 것도 방법중의 하나로 생각되며 향후 약물치료의 효과에 대한 연구가 진행되어야 할 것으로 생각된다.

결 론

자궁경부 선상피세포암종은 상피세포암종이나 선암종과 비교하여 특징적인 임상양상이 있는 것으로 생각되지 않으며, 예후나 재발양상 역시 유사한 것으로 생각된다. 또한 방사선에 의한 저항성이 있는 것으로 생각되지 않으며 비교적 방사선치료 단독으로 조절이 가능한 질병으로 생각된다. 하지만 진단 당시 거대종양이거나 진행된 병기인 경우 높은 생존율을 기대하기 위해서는 약물치료 등 다각적인 노력이 필요할 것으로 생각된다.

참 고 문 헌

- Perez CA. Uterine cervix. In: Perez CA, Brady LW, eds. Principles and Practice of Radiation oncology. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott, 1998:1733-1834.
- Karas FT, Perez-Mesa C. Verrucous carcinoma: clinical and pathologic study of 105 cases involving oral cavity, larynx and genitalia. *Cancer* 1966;19:26-38.
- Groben P, Reddick R, Askin F. The pathologic spectrum of small cell carcinoma of the cervix. *Int J Gynecol Pathol* 1985; 4:42-57.
- Van Nagell JR Jr, Powell DE, Gallion HH, et al. Small cell carcinoma of the uterine cervix. *Cancer* 1988;62:1586-1593.
- Shingleton HM, Gore H, Bradley DH, Soong SJ. Adenocarcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:799-814.
- Gusberg SB, Corscaden JA. The pathology and treatment of adenocarcinoma of the cervix. *Cancer* 1951;4:1066-1072.
- Moberg PJ, Einhorn N, Silfversward C, Soderberg G. Adenocarcinoma of the uterine cervix. *Cancer* 1986;57:407-410.
- Berek JS, Castaldo TW, Hacker NF, Petrilli ES, Lagasse LD, Moore JG. Adenocarcinoma of the uterine cervix. *Cancer* 1985;48:2734-2741.
- Stehman FB, Perez CA, Kurman RJ, Thigpen JT. Uterine cervix. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, eds. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 2nd ed. Philadelphia Lippincott-Raven 1997:785-857.
- Gallup DG, Harper RH, Stock RJ. Poor prognosis in patients with adenosquamous cell carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1985;65:416-422.
- Wheless CR Jr, Graham R, Graham JB. Prognosis and treatment of adenoepidermoid carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1969;35:928-932.
- Lai Ch, Hsueh S, Hong JH, et al. Are adenosquamous carcinoma different from squamous carcinomas in stage IB and II cervical cancer patients undergoing primary radical surgery? *Int J Gynecol Cancer* 1999;9:28-36.
- Saigo PE, Cain JM, Kim WS, Gaynor JJ, Johnson K, Lewis JL. Prognostic factors in adenocarcinoma of the uterine cervix. *Cancer* 1986;54:1584-1593.
- Fu YS, Reagan JW, Hsiu JG, Storaasli JP, Wentz WB. Adenocarcinoma and mixed carcinoma of the uterine cervix. *Cancer* 1982;49:2560-2570.
- Kilgore LC, Soong SJ, Gore H, Shingleton HM, Hatch KD, Partridge EE. Analysis of prognostic features in adenocarcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1988;31:137-148.
- Angel C, Dubeshter B, Lin JY. Clinical presentation and management of stage I cervical adenocarcinoma: A 25 year experience. *Gynecol Oncol* 1992;44:71-78.
- Gallup DG, Abell MR. Invasive adenocarcinoma of the uterine cervix. *Obst Gynecol* 1977;49:596-603.
- Creasman WT. New gynecologic cancer staging. *Gynecol Oncol* 1995;58:157-158.
- Orton CG, Seyedsadr M, Somnay A. Comparison of high and low dose rate remote afterloading for cervix cancer and the importance of fractionation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;21:1425-1434.
- Liittmann P, Clement PB, Henriksen B, et al. Glassy cell carcinoma of the cervix. *Cancer* 1976;37:2238-2246.
- Vesterinen E, Forss M, Nieminen U. Increase of cervical adenocarcinoma: A report of 520 cases of cervical carcinoma including 112 tumors with glandular elements. *Gynecol Oncol* 1989;33:49-53.
- Chung EJ, Shin HS, Lee HS, Kim GW, Loh JJK, Suh CO. Adenocarcinoma of the uterine cervix. *J Korean Soc Ther Radiol* 1991;9:277-284.
- Lee HS, Moon SR, Suh Co, GE Kim, JJK Loh, DW Kim, BS Kim. Treatment results and prognostic factors of radical radiotherapy in FIGO stage IIIB cervical cancer. *J Korean Cancer Assoc* 1990;22:298-306.
- Cuccia CA, Bloedorn FG, Onal M. Treatment of primary adenocarcinoma of the cervix. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1967;99:371-375.