

신결핵에 의한 신적출술 후 잔존요관에 발생한 원발성 이행상피세포암 1례

A Case of Primary Transitional Cell Carcinoma of Ureteral Stump Following Nephrectomy for Renal Tuberculosis

Won Jae Yang, Woong Kyu Han, Ju Eui Hong, Tae Woong Noh,*
Dong Hwan Shin,* Seong Kyoo Choi,** Seung Chul Yang

From the Department of Urology and Pathology* College of Medicine, Yonsei University, Seoul, Korea & the Department of Urology, Samsung Cheil Hospital, School of Medicine, Sungkyunkwan University, Seoul, Korea**

Primary transitional cell carcinoma in the ureteral stump without a history of proximal urothelial malignancy is very rare. A 62-year-old woman visited our hospital because of persistent microscopic hematuria. She had undergone left nephrectomy for renal tuberculosis 6 years ago. The ureteroscopy disclosed a papillary tumor in the ureteral stump. Wide excision of the ureteral stump with bladder cuff was done. The pathological study revealed high grade papillary transitional cell carcinoma invading the regional lymph node. The patient was discharged planning chemotherapy.

(Korean J Urol 2000; 41: 584~6)

Key Words: Ureteral stump, Primary ureteral tumor, Transitional cell carcinoma

대한비뇨기과학회지
제41권 제4호 2000년

연세대학교 의과대학 비뇨기과
학교실, 병리학교실* 성균관대
학교 의과대학 삼성제일병원 비
뇨기과**

양원재·한웅규·홍주의·노태웅·
신동환*·최성규**·양승철

접수일자 : 1999년 9월 29일
재택일자 : 2000년 12월 18일

교신저자 : 양승철
세브란스병원 비뇨기과
서울시 서대문구 신촌동
134 ☎ 120-752
전화 : 02) 361-5800
e-mail : scyang313@
YUMC.YONSEI.ac.kr

원발성 잔존요관종양이란, 양성질환에 의한 신적출술 후 잔존요관에 발생한 종양을 말한다.¹ 상부요로계의 이행상피세포암에 대한 신적출술 후 잔존요관에서 이차적으로 발생하는 이행상피세포암은 드물지 않으며 따라서 이런 환자들은 관례적으로 주위방광과 요관구를 포함한 신요관전적출술을 시행해야 한다.² 반면에 근위요로상피의 악성종양의 병력이 없는 잔존요관의 원발성 이행상피세포암은 매우 드물다.^{3,4}

저자들은 지속적인 현미경적 혈뇨를 주증상으로 내원한 환자에서 6년전 신결핵에 의한 신적출술 후 남아있는 요관에서 진행된 이행상피세포암 1례를 치험하였기에 문헌고찰과 함께 보고한다.

증례

62세 여자 환자로 내원 1년 전의 통증을 동반하지 않은 한차례의 육안적 혈뇨와 이후 지속적인 현미경적 혈뇨를 주증상으로 내원하였다. 환자는 과거력에서 10년전 폐결핵으로 1년간 결핵약을 복용하였으며

6년 전 좌측 신결핵에 인한 무기능신으로 소절개창을 통한 복강경보조 좌측 신적출술을 시행받았다. 이후 환자는 특별한 문제없이 지내다가, 상기 증상으로 1년 전 내원하여 복부초음파촬영술, 배설성 요로조영술 및 방광경을 시행하였으나 이상 소견은 없었고, 우측 요관에 대해 시행한 신요관내시경에서도 신우까지 종물 등의 이상 소견은 관찰되지 않았다. 방광 및 우측 요관에서의 세척 세포도 말검사에서 악성세포는 관찰되지 않았고 당시 좌측 잔존요관에 대한 요관경은 시행하지 않았다.

환자는 이후 육안적 혈뇨는 없이 3개월 간격으로 시행한 요검사에 고배율에서 10-20개의 적혈구가 지속적으로 검출되었으나 특별한 추가 검사는 안하고 지내다가 최근 시행한 골반초음파검사에서 방광 좌측벽에 콩알 크기의 고반향성의 종물이 관찰되어 입원하였다 (Fig. 1).

내원 당시 전신상태는 양호하였고 맥박, 호흡수 및 체온은 정상이었다. 육안적 혈뇨 등 특별한 증상 호소는 없었으며 요검사에서 적혈구가 10-20/HPF, 요폐양검사는 음성이었다. 방광 내 종물 여부에 대해

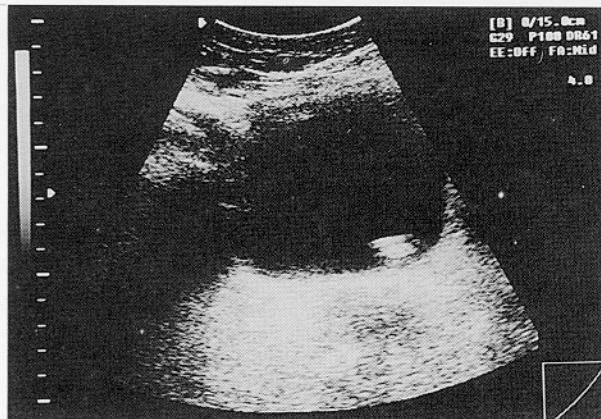


Fig. 1. Pelvic ultrasound reveals bean-sized echogenic mass in the left lateral bladder wall.

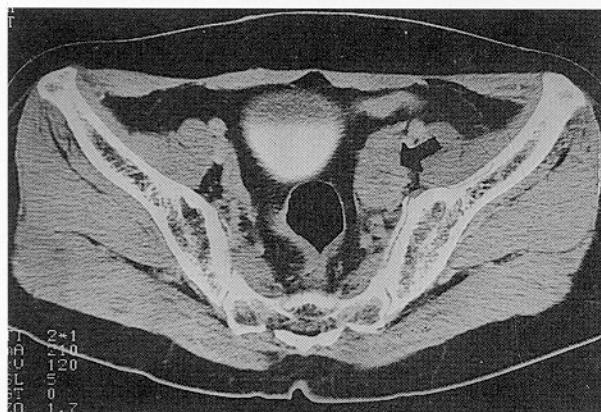


Fig. 2. Abdomino-pelvic CT scan shows an about 4x2.5cm sized heterogeneously enhanced lobulated mass at the mid level of left sacroiliac joint.

시행한 방광경에서 좌측 요관구를 가지고 있는 콩알 크기의 혈종이 관찰되었고, 좌측 잔존요관의 병변을 의심하여 시행한 역행성 신우조영술에서 요관 카테터는 요관구에서 1cm 이상 진입되지 않았으며 조영제도 올라가지 않았다. 요관내시경에서 좌측 요관구 1cm 상방에 다발성의 유두양 종물이 관찰되어 요관 종양 의심하에 병기 결정을 위해 복부 및 골반전산화 단층촬영술을 시행하였다 (Fig. 2). 좌측 천장골관절 중간부위에 약 4x2.5cm 크기의 분엽화된 종물이 관찰되었고 이 종물의 원위부의 요관은 비후되어 있으며 방광진입부에까지 연결되어 있었다. 이상으로 잔존요관에 발생한 원발성 요관종양 의증하에 요관구와 주위방광을 포함한 잔존요관의 근치적 적출술을 시행하였다. 육안소견에서 7cm 정도의 경계가 불분명하고 다발성의 괴사된 부분을 동반한 결정상의 종물이 요관 내에 관찰되었고 (Fig. 3) 조직검사 결과



Fig. 3. Gross photograph reveals an ill-defined mass measuring 7cm in the length, vaguely lobulated and multifocally necrotized.

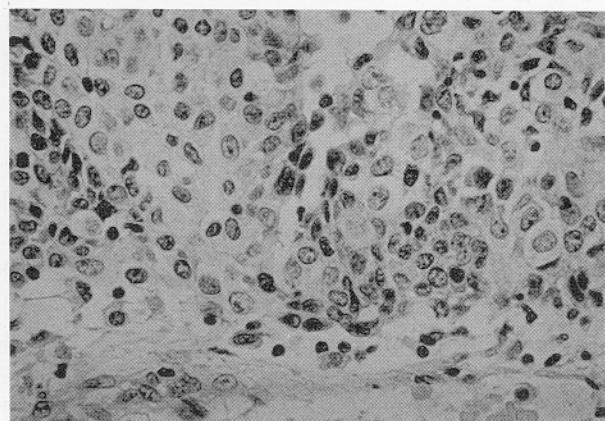


Fig. 4. Microscopic photograph reveals high grade papillary transitional cell carcinoma(H & E, x400).

요관의 외막까지 침범하고 국소림프절까지 전이된 고 분화도의 유두양 이행상피세포암이 보고되었다 (Fig. 4). 환자는 항암화학요법 계획 하에 퇴원하였다.

고 찰

근위요로상피의 악성종양의 병력이 없는 잔존요관의 원발성 이행상피세포암은 매우 드물다.¹⁻³ Malek 등³은 양성 질환으로 인해 신적출술을 시행받은 환자 4883명 중 단지 4명 (0.08%)에서만 잔존요관의 원발성 이행상피세포암의 발생을 보고하였다. 따라서 양성 질환인 경우, 항상 완전한 신요관적출술을 시행할 필요는 없다.⁴

이행상피세포암을 포함하여 잔존요관에 발생한 원

발생 종양은 문현고찰에서 현재까지 영어문헌에서 21례, 일본문헌에서 11례가 보고되었으며 국내에서는 문동⁶이 유두양 선암 1례를 보고한 바 있다.^{6,9} 이행상피세포암은 아직까지 국내에서 보고되지 않았다.

본 중례를 포함하여 총 34례 중, 이행상피세포암이 26례 (76.5%)로 가장 많고, 편평상피세포암 8례 (23.5%), 선암이 2례 (5.9%)가 보고되었으며, 2례에서 이행상피세포암과 편평상피세포암이 동시에 발생하였다. 특히 한 점은 편평상피세포암의 발생률이 정상 요관에서의 발생률 0.7-7%보다 매우 높아 종양 발생과 만성 염증과의 상관관계, 즉 잔존요관에 분비물의 저류로 인한 장기간의 만성 염증으로 정상 요관에 비해 편평상피세포암의 비율이 더 높다는 가능성이 제기되고 있다.^{10,11}

환자의 주증상은 대부분 (82.4%)이 혈뇨였으며 그외 측복통이나 배뇨곤란, 발열 등이 있었다. 신적출술 후 종양 발견까지의 기간은 1-45년으로 평균 12.9년이었으며 5년 이내 발견된 경우가 11례 (32.4%), 10년 이내가 18례 (52.9%)로 절반 이상이 10년 이내에 발견되었다.

잔존요관의 원발성 종양의 진단이 어려운 이유는 그 회귀성으로 인해 쉽게 고려되지 않으며, 잔존요관이 배설성 요로조영술에서 나타나지 않고 방광경에서 정상요관의 종양에서처럼 요관구에서의 혈성 요누출 소견 등이 없기 때문이라고 생각된다. 하지만 의심을 갖고 검사시 본 중례에서처럼 요관내시경이나 전산화단층촬영술 등으로 효과적으로 진단이 가능하다. 따라서, 잔존요관의 원발성 종양은 비록 드물지만 신적출술을 시행 받은 환자의 혈뇨에 대한 검사에서 반드시 염두에 두고 감별해야 할 것으로 생각된다.

REFERENCES

1. Wisheart JD. Primary tumor of the ureteric stump fol-

- lowing nephrectomy. Br J Urol 1968; 41: 344-9.
2. Strong DW, Wilkerson J, Foster S. Transitional cell carcinoma in a residual ureter after nephrectomy for infection. J Urol. 1976; 115: 654-5.
3. Malek RS, Moghaddam A, Furlow WL, Greene LF. Symptomatic ureteral stumps. J Urol 1971; 106: 521-8.
4. Klee LK, Adams MC, Foster RS. Ureteral stump transitional cell carcinoma in a patient with recurrent superficial bladder cancer: an argument for complete nephroureterectomy in selected patients. J Urol 1990; 144: 972-3.
5. 문두건, 김태한, 천준, 윤덕기. 원발성 유두양 선암으로 밝혀진 요관절주 종양 1례. 대한비뇨회지 1994; 35: 1027-31.
6. Mullen JB, Kovacs K. Primary carcinoma of the ureteral stump: a case report and a review of the literature. J Urol 1980; 123: 113-5.
7. Ikeda I, Terao T, Masuda M, Hirokawa M, Asakura S, Nozaki A. Primary ureteral tumor in the residual ureter. a report of 2 cases. Hinyokika Kiyo 1992; 38: 707-10.
8. Kageyama S, Sato S, Nakano M, Ushiyama T, Ohta N, Suzuki K et al. Primary tumor of the ureteral stump following nephrectomy for non-malignant disease. A case report. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi 1992; 83: 1330-3.
9. Manganelli A, Barbanti G, Fornaini M, Del Vecchio MT. Transitional cell carcinoma of the ureteral stump 13 years after nephrectomy for benign disease. Urol Int 1996; 56: 52-4.
10. Babaian RJ, Johnson DE, Llamas L, Ayala AG. Metastasis from transitional cell carcinoma of the urinary bladder. Urology 1980; 14: 142-4.
11. Bergman H, Hotchkiss RS. The ureteral stump. In: Bergman H, Brendler H, editors. The ureter. New York: Hoeber, 1981; 685-96.