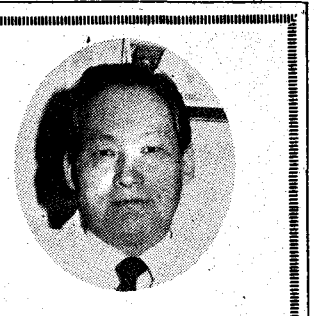
乳癌

첫妊娠의 나이가 어릴수록 発病率낮아
放射線治療경우 閉経後환자에 效果的



金 仁 哲
〈가톨릭医大 外科교수〉

경제성장에 따른 생활수준의 급속한 향상과 섭생의 변화, 건강에 대한 인식의 증대, 전파매체의 영향으로 암, 특히 유방암의 관심도가 높아지고 있다. 서구사회에서는 최근 유암이 여성암중 수위를 차지하고 있으며 미국의 경우를 보면 매년 12만명의 환자가 발생하며 약 3만명이 이로 인해 사망하고 있으며 여성 11명중 1명 꼴로 약 9%의 여성이 일생중 유암에 걸릴 확률이 있다고 보고하고 있다. 한국여성의 경우 유암은 자궁암, 위암 다음의 순서로 여성암의 7~9%에 달하며 일본 등 아시아 각국의 여성에서의 발생빈도를 적용하면 연 1천5백~2천명에 이를 것으로 추측된다.

유암발생과 관계있는 역학적 요소로는 여러가지가 있으며 고지방 음식을 먹는 것이 유암과 관계있다는 주장이 있으나 아직 확실치 않다. 한쪽 유방에 유암을 갖고 있는 환자는 다른쪽 유방에도 유암이 발생할 수 있는 위험도가 높으며 난소, 유방, 자궁내막중 하나의 장기에 암이 발생하면 이들 다른 장기에 암이 발생할 위험율이 높은 것으로 알려져 있다. 50세 이하의 여성에서 여자형제, 어머니가 모두 유암을 가지면 유암의 위험율이 가장 크고 양측에 유암을 가진 환자의 여자가족은 일반인에 비해 5배만 정도의 높은 위험율을 보이며 만약 양측 유암이 폐경전에 나타나면 가족의 위험율은 9배나 증가하게 된다. 유암과 호르몬의 관계는 이미 100년전부터 잘 알려져 있는데 출산연령과 회수에 따라 미경산부와 불임여성이 다산부에 비해 암이 나타날 확률이 30~70%나 높다. 더우기 첫임신의 나이가 어릴수록 위험도 역시 낮아지며 18세 이하에서 첫 임신이 있었던 여성은 35세 이전에 임신했던 여성에 비해 유암의 위험도는 1/3밖에 안된다. 더우기 30세 이후에 첫 출산한 여성이 출산하지 않은 여자에 비해 유암의 위험도가 훨씬 높은 것으로 되어 있다. 또 36개월 이상 모유에 의한 수유를 하게 되면 유암의 위험도가 감소한다고 보고하고 있으며 55세 이후 폐경이 나타난 여자가 45세 이전에 나타난 여자에 비해 유암의 위험도가 두배나 높다.

경구피임약이나 에스트로젠 투여가 유암의 발생 위험도를 감소시키는지 또는 증가시키는지에 대해서는 아직 확실치 않다. 현재까지 결과를 보면 오랫동안 경구피임약을 투여하면 양성 유방질환의 빈도는 감소하지만 유암의 위험율을 낮추지는 않는 것처럼 보인다.

증 세

우연히 발견되는 무통성 종괴가 유암의 증세중 가장 흔한 소견이며 약 70%에서 발견된다. 동통을 동반한 경우가 10%에서 나타난다.

유두분비는 유관의 생리적 변화의 결과로 3~9%에서 나타난다. 혈성, 비혈성으로 나누며 비혈성 분비는 투명하거나 흰색 또는 초록빛을 띠기도 하며 이러한 분비는 양성이지만 혈성분비의 10명중 1~2명은 악성이다. 유두분비의 경우 대부분이 내분비계의 변화, 호르몬제 복용, 양성 유방질환 등의 경우를 우선 생각해야 하며 혈성일 경우는 낭성유방질환, 유관유두종 등의 양성질환과 감별이 필요하다. 피부함몰이 나타나면 유암을 가장 먼저 생각해야 하며 이때 지방괴사나 형질세포성유선염 등의 양성질환과 감별진단이 필요하다. 진행된 유암에서 피부의 궤양과 부종이 나타날 수 있다.

유암의 액와임파선 전이여부가 예후와 밀접한 관계가 있으며 임상적 촉지보다 병리소견상의 전이임파절이 예후에 보다 중요하다.

진 단

환자의 연령, 임신, 분만, 수유, 초경 및 폐경여부와 가족력 등에 대한 정보가 필요하다. 조심스런 시진과 촉진이 필요하며 주기적인 자가진찰과 정기적인 진찰로 유암의 조기발견이 가능하다.

임상에서 많이 사용되는 유방 X-선촬영은 85~90%의 정확성을 보이며 특히 지방성 유방에서 정확도가 높다. 50세 이상의 증상이 없는 여성과 유암의 위험율이 높은 환자의 선별검사에 이용되며 35세 이하의 젊은 여성 특히 21세 이하의 사춘기 여성은 피하는 것이 좋으며 석회화침착 소견 등으로 양성과 악성이 구별된다.

초음파검사는 낭성과 고형종양의 감별에 쓰이며 몸에 해가 없는 것이 장점이나 진단의 정확도에서 떨어져 X선유방촬영의 보조방법으로 쓰이고 있다. 이외에 온도촬영술이 유암의 진단에 도움을 줄 수 있으나 정확도가 낮다.

유방의 생검에 의하여 보다 정확한 진단을 얻을 수 있으며 세포검사는 낭종액을 이용하여 검사한다. 유두분비물의 검사에도 이용할 수 있다. 많이 사용되는 천자세포검사법은 고형종괴의 검사에 이용되며 악성세포 판독에는 많은 숙련과 경험이 필요하다. 음성의 결과가 나왔어도 완전히 암이 아니라고 할 수는 없으며 위양성의 경우는 매우 적다. 이외에 절개생검 또는 절제생검 등으로 확진할 수 있다.

병리조직학적으로 유암은 육안적 특징, 조직적 특성, 조직분화도, 침윤정도에 따라 분류할 수 있다. 이러한 분류는 유암의 치료기준 설정과 치료에 따른 예후를 결정하기 위함이며 유암의 대부분은 유선에서 발생한 선암이다.

처음 검사를 시행함에 있어 이학적 검사, 양측유방 X선촬영, 간효소를 포함한 혈액화학검사, 흉부X선촬영, 골격X선검사 등이 필요하며 간비대나 간효소 이상이 발견되면 간주사법 또는 복부단층촬영술이 필요하다. 골주사는 첫째, 종괴가 5cm이상이거나 둘째, 임파절 전이가 있거나 셋째, 원격전이가 있을때 하며 골통증이 있을 때에도 시행한다.

치 료

유암은 다발성인 경우가 30~35%를 넘고 반대측의 조직생검으로 잠재성 암세포가 약 10%에서 발견될 뿐 아니라 편측 유방 절제술 후 반대측에 암이 연 1%의 환자에서 나타날 수 있다는 보고들이 알려지면서 이제 유암은 한쪽 유방의 국소적 병변이 아니고 전신적 질환으로 믿어지게 되었다. 그러므로 유암의 치료에서 수술만으로는 모든 예를 완치시킬 수 없으며 진행된 병소의 외과적 절제와 함께 방사선치료, 화학적요법과 함께 내분비요법 등의 보조적 치료방법을 추가하여야 수술후 재발기간과 생존기간을 연장시킬 수 있다. 유암의 치료방법중 염두에 두어야 할 사항으로서 첫째, 원발병소의 제거 및 국소재발의 방지, 둘째, 임파선이나 혈행을 통한 전이병소의 발생을 최소한 감소시키고 셋째, 육체적이나 정신적인 측면에서 재활이 가능하도록 하여 환자의 생존율을 극대화사키고 양질의 삶을 영위할 수 있도록 하는 것이 치료의 기본목적이다. 방법으로서는 외과적 수술법, 방사선 요법, 호르몬요법, 화학요법 등이 있다.

현재 가장 많이 사용되는 변형유방근치술은 수술후 생존율이 근치유방절제술에 비해 큰 차가 없는 성적을 보이며 흉벽의 기형 및 상지부종의 합병증이 적고 수술후 성형술이 용이하다는 장점이 있다. 현재 우리나라에서도 많이 시행되고 있는 방법이다.

병소가 적은 경우 구미 등지에서 부분유방절제술을 시행하기도 한다. 이는 유방을 보호할 수 있다는 장점이 있으나 유암에서 문제가 되는 다발성의 개념에 위배된다. 근래 수술후 방사선치료를 추가하여 시행하는 추세가 있다.

단순유방절제술은 액와임파선이 음성인 I기의 유암에서 사용되어 좋은 결과가 나올 수 있지만 액와임파선이 임상적으로 음성인 환자가 근치유방절제술후 양성으로 나오는 경우가 있기 때문에 이 술식을 일방적으로 적용하기에는 문제가 있다.

확대유방근치술은 유방근치술에 내유임파선곽청술이 추가된다. 이 수술은 유암이 유방의 내측이나 중심부위에 있으면서 액와임파선 전이가 있는 환자에게 적용된다. 현재 일부 의사들에 의해 제한되어 사용되며 방사선치료로 대치되고 있다.

방사선치료는 유암치료에서 유방절제후의 보조적요법, 전이된 병소의 국소요법, 수술이 불가능할 때의 1차치료로서 사용될 수가 있다. 방사선치료의 목표는 국소제거율을 극대화하고 합병증을 줄이는데 있고 이 요법의 지침으로서는 첫째, 유방암의 종괴를 제거한 후 현미경상의 암세포만을 남김으로서 방사선치료를 용이하게 하고 둘째, 적당량의 방사선 치료를 위해 외부조사와 삽입물을 동반하여 사용하며 셋째, 병소는 최대로 포함되고 정상조직은 피하며 치료부위가 중첩되지 않도록 한다.

유암에서 유방근치술이나 변형유방근치술 후의 국소재발율을 감소시키기 위해 보조적방사선요법으로서 방사선치료를 수술후 추가하여 국소재발의 빈도를 감소시킬 수 있으나 생존율에는 영향을 미치지 못한다. 또한 수술후 방사선치료는 폐경전의 환자보다는 폐경후의 환자에서 잘 반응하는 것으로 알려져 있다. 수술없이 일차적 방사선요법은 보조요법시와는 달리 조사되는 방사선의 양이 많기 때문에 액와부 경직, 상지부종, 늑골골절 등의 합병증이 생길 수 있고 5~6주 장기치료를 받아야 한다는 단점이 있다.

전이성 유암에서 특히 골전이로 인한 통증의 호소시 방사선치료가 요구되며 골절이 있을때는 수술로 내부고정한 후 국소재발을 방지하기 위해 방사선치료를 시행한다. 뇌전이 시의 방사선치료는 효과가 없으며 간에 전이된 경우는 항암화학요법에 반응이 없을때 시도된다. 종격동, 상공정맥 등에 전이가 있을때 대증요법으로 사용되기도 한다.

항암화학요법은 유암이 국소적 질환이 아니고 전신적 질환이라는 개념하에 1950년대부터 시작되었으며 이들 항암요법은 단독요법과 병합요법으로 나뉘며 단독사용보다는 병합요법이 더 효과적이라고 알려져 있다.

내분비치료는 수술적으로 에스트로젠을 합성분비하는 내분비 장기들의 제거방법과 약물요법으로 그 기능을 억제하는 방법으로 나눌 수 있다. 절제술에 의한 내분비 처치로는 난소제거술이 있으며 에스트로젠 수용체가 양성일 때 효과적이다. 부신 또는 뇌하수체 절제술은 기왕의 호르몬 치료에 반응이 있었던 환자에서 효과를 나타낸다.

한일약품

당뇨성 신경장해, 신경통으로 고생되십니까?
"비타메진"으로 생활에 자신을 가지십시오.

日本 三共社에서 개발한 비타메진은 당뇨병에 의한 당뇨성 신경장해, 신경통 치료제입니다.

당뇨환자의 80% 이상이 다음과 같은 당뇨성 신경장해 증상을 보입니다.

1. 팔다리에 무력감증, 저림, 근육통이 나타난다.
2. 시력이 떨어지며 물체가 이중으로 보인다.
3. 발기부전증이 나타나며 배뇨가 곤란해진다.

이런 증상은 신경조직의 손상이 원인이므로 신경조직을 재생시켜 주어야 개선될 수 있습니다.

비타메진은 당뇨병으로 손상된 신경조직에 활력을 줍니다.

비타메진에는 당대사를 촉진하며 신경세포의 ATP대사에 작용하는 벤포티아민, 신경전달물질의 대사에 관여하는 염산 피리독신, 신경핵의 합성 및 신경조직을 재생하는 시아노코발라민 등의 신경비타민이 고단위로 함유되어있어 당뇨성 신경장해, 신경통, 기타 소모성질환의 예방과 치료에 뛰어난 효과를 발휘합니다.

이래서 고단위, 약효도 다릅니다.

비타메진 50mg 1캅셀당 성분·함량
벤포티아민 ……69.15mg
염산 피리독신 ……50mg
시아노코발라민 …… 500μg

당뇨성 신경장해, 신경통, 기타 소모성질환 치료제
®비타메진 캅셀
표준소매가격 50mg, 100캅셀 22,000원

당뇨병과 합병증에 대한 책자를 보내드립니다.
신문명, 날짜, 제품명을 엽서에 적어 보내십시오.
100-600 서울중앙우체국 사서함 18호
전화문의처 : 한일약품 학술과 서울464-0861(교)584