

자궁내막암의 이해

김 영 희
(경성전문대 간호과 교수)

I. 서 론

우리나라에서 여성 생식기 암 중 자궁내막암(endometrial carcinoma)은 흔하게 발견되는 질환은 아니나 최근 그 빈도가 점차 증가되고 있는 추세이다. 근래 평균수명이 연장되어 자궁내막암의 발병 빈도가 높은 노인층 여성인구가 증가되었고, 전국민 의료보험화에 따른 보다 많은 여성들이 의료혜택을 보게되어 많은 자궁내막암 환자들이 발견되게 되었고, 의학발전에 의한 자궁내막암의 진단영역 및 치료방법이 향상되었고, 노인여성의 외인성 난포호르몬 사용의 보편화, 식생활의 서구화 그리고 비만 인구의 증가 등이 자궁내막암의 빈도를 높이는 요인이 되고 있다. 특히 미국이나 유럽 일부 지역에서는 자궁경부암의 발생은 감소하는데 비해 자궁내막암의 발생은 감소하지 않아 자궁내막암이 자궁경부암보다 더 높은 발생빈도를 보이며, 여성생식기 종양 중 자궁내막암이 가장 흔한 암으로 여성암중 네 번째 흔한 암으로 알려져 있고, 우리나라에서도 계속 증가추세에 있는 자궁내막암을 지면을 통해 이해하고자 한다.

II. 자궁내막암의 위험인자(risk factor)

자궁내막암이 발생하기 쉬운 위험요인들로는 다음과 같다.

1) 폐경기 후의 출혈, 자궁내막증식증, 자궁내막 폴립(polyps)

2) 40세 이후의 과다한 자궁출혈 또는 불규칙한 자궁출혈

3) 체형이 크거나 비만한 여성

4) 유방암이나 난소암의 기왕력을 가진 여성

5) 장기간 unopposed estrogen stimulation을 받은 경우(폐경기이후 여성에서 난포호르몬의 생성은 난소와 부신피질에서 생성되는 androstenedione이 말초조직에서 난포호르몬으로 전환되어 난포호르몬치는 낮으나 황체호르몬이 분비되지 않기 때문에 지속적으로 낮은 난포호르몬의 자극을 받아 자궁내막증식증이 유발될 수 있으며 유전적으로 이에 민감한 여성에서 자궁내막암이 유발)

위의 고위험군에 속한 여성들은 1년에 2-4회의 외래검진을 요하며 적절한 자궁내막검사를 반드시 해야하고 가급적이면 난포호르몬요법을 피해야한다.

III. 조직학적 분화도(histologic grading)

조직학적 분화정도는 자궁내막암의 예후에 있어서 중요한 인자이다. 1976년에 채택된 국제적 분류에서 자궁내막암의 조직학적 분화도는 3 grades로 나누어 정의하였다.

1) G1 - 매우 잘 분화된 선암

2) G2 - 부분적으로 충실성(solid) 병소를 가진 중등도로 분화된 선암

3) G3 - 대부분 충실성이며 전체가 미분화된 선암

자궁내막선암의 대부분이 grade 1 혹은 grade 2이며 15~20%만이 미분화암인 Grade 3이다.

자궁내막암에서 조직학적 분화도는 자궁근층 침윤정도, 임파절 전이, 임상적-외과적 기(stage), 자궁부속기 및 자궁경부의 침범여부, 환자의 연령과 같은 중요한 예후인자 중 하나이다. 자궁내막암은 내막표면에 국한되는 경향을 지닌 가장 예후가 좋은 부인암 중 하나이다. 암세포가 조직학적으로 미분화된 경우에는 자궁근층의 침윤정도가 깊은 경향을 보이며, 난소 및 임파절 전이가 높으며, 고도의 임상적-외과적 진행병기를 나타내는 경우가 많으며, 진단시 환자의 연령이 높아서 대체적으로 예후가 나쁘다. 잘 분화된 자궁내막암은 자궁근층으로 침윤 혹은 임파절 전이를 잘 일으키지 않으며 대체적으로 예후가 좋다.

IV. 조직학적 유형(histologic type)

자궁내막암은 조직학적으로 5가지 유형으로 분류된다. 대한산부인과학회에서 100개의 산부인과 전공의 수련병원을 대상으로 1994년도의 부인암 역학조사를 실시한 결과 1년간 48명의 환자가 진단을 받았으며, 그 중 자궁내막선암이 75.3%, 선편평세포암이 4.2%, 선극세포암이 2.9%, 유두상선암이 1.7%, 투명세포암이 1.3%, 기타 및 불명이 14.6%의 분포를 보였고, 미국의 경우는 선암이 59.6%, 선극세포암이 21.7%, 선편평세포암이 6.9%, 투명세포암이 5.7%, 유두상선암이 4.7%, 분비성암이 1.5%의 분포를 보였다.

1) 자궁내막선암(endometrial adenocarcinoma)

자궁내막암의 90%는 선암이다. 정상 자궁내막은 단일형의 양상을 보이는 반면 선암에서는 선의 수가 증가되어 있으며 선의 배열이 일정하지 않아서 비정형(atypicality)정도가 다양하게 보인다. 선들이 증식되고 군집되어 기질을 폐쇄하거나 각 선 내의 세포증식으로 인하여 중층화(stratification)되고 유두상으로 형성(papillary formation)되어 선모양이 소실된다.

세포들은 미숙하여 비정상모양의 다형태(pleomorphic)와 역분화(dedifferentiation) 핵을 가지며, 과염색질증(hyperchromatosis)의 세포핵과 비정상적 핵분열활동(anaplasia)을 보인다.

2) 자궁내막선극세포암(adenocanthoma of endometrium)

자궁내막선암의 5%미만에서 편평세포를 동반하므로 선극세포암이라 부르며, 이는 악성종양이며 악성도와 예후는 상피세포의 조직학적 분화도에 의하여 결정된다.

3) 자궁내막선편평세포암(adenosquamous carcinoma of endometrium)

선암세포 및 편평세포들이 모두 악성인 경우 선편평세포암(adenosquamous carcinoma) 혹은 선유표피암(adenoepidermoid carcinoma) 또는 혼합세포암(mixed carcinoma)이라 부른다. 자궁내막암의 5%미만을 차지하며 선극세포암과 달리 미분화선암세포가 나타나는 경향이 있어 예후가 일반적인 자궁내막선암보다 나쁘다.

4) 유두상 선암(papillary adenocarcinoma of endometrium)

자궁내막의 종양세포들이 유두상으로 증식하는 경우 유두상 선암(papillary adenocarcinoma of endometrium)이라 부르며, 현미경적으로 종양세포들이 다핵형태성 또는 과염색질을 가지는 심한 이형성을 보이며, 유두상 장액성 선암(papillary serous adenocarcinoma)이 자궁내막암의 3-4%를 차지한다.

5) 투명세포암(clear cell carcinoma of endometrium)

자궁내막세포의 일반적인 형태가 투명세포 모양으로 전환되어 보이는 경우를 투명세포(명세포)암이라 부르며, 현미경적 소견상 투명한 세포질이 보이며 당원(glycogen)과립으로 차 있다. 일반적으로 예후가 나쁘나, 조직학적 분화도에 따라 예후가 달라진다.

V. 임상적 특성(clinical finding)

자궁내막암의 호발연령은 50세에서 75세이며, 평균 호발연령은 약 60세이다. 임상적으로 자궁내막암환자들은 흔히 비만증, 고혈압, 당뇨병, 불임증, 자궁선근증, 자궁근종, 자궁경부 폴립, 다낭성 난소질환, 자궁내막 증식증, 자궁내막증을 동반한다. 자궁내막암의 가장 주된 증상은 비정상적인 질

출혈인데, 폐경전에는 월경과다(menorrhagia)의 형태로 나타나고 폐경후에는 이상 자궁출혈로 나타나며, 폐경이후 자궁출혈 환자의 15-25%가 자궁내막암과 관련이 있으므로 이 때 자궁내막암의 존재 유무를 진단하기 위해 철저한 진단적 검사를 시행하여야 한다. 출혈 다음으로 중요한 증상은 이상 대하(abnormal discharge)로서 처음에는 얼으나 곧 혈성 대하로 변하며, 암이 진행되면서 하복통, 비뇨기증상, 출혈에 따른 빈혈, 체중감소, 전신쇠약, 동통 등이 나타난다. 때로는 이상 자궁출혈이 나타나지 않으면서 생식기 하부의 폐쇄로 인하여 자궁내 혈종을 형성하고 이로 인한 압박증상이 나타날 수 있다.

VI. 진단(diagnosis)

자궁내막암의 진단방법으로는 질, 자궁경부, 자궁내막의 세포진검사(cervicovaginal and endometrial cytology), 조직학적 검사(endometrial biopsy), 구획소파술(fractional dilatation and curettage), 자궁경검사(hysteroscopy), 초음파(ultrasonogram) 그리고 CT, MRI 등이 있으며 이러한 진단방법들을 적절히 병용하여 사용하면 진단의 정확성 및 조기진단의 가능성을 증대시킬 수 있다.

pap smear는 진단결과가 위음성이 많아 47-67% 정도만 진단이 가능하며 자궁경부의 병변과는 달리 자궁내막의 병변으로 부터 세포들을 직접 얻어 낼 수 없기 때문에 진단율이 떨어진다.

자궁내막 세포진검사(endometrial cytology)는 대개 단독으로는 진단성적이 57-91%로 그 방법에는 크게 washing(세척법), aspiration(흡인법), brushing, sponge swabing(스폰지도말법) 등이 사용된다. washing의 방법으로 분사식 세척관류법은 Gravlee jet washer를 사용하여 저장주사기에 있는 생리식염수를 음압을 이용하여 흡입한 다음 배관으로 통과시켜 자궁내막강을 세척한 후 다시 배관을 통하여 자궁내막 세척액을 저장주사기에 모으는 것으로 자궁내막 진단시 90%이상 정확하다. aspiration의 방법으로는 Vibra aspirator로 자궁내막세포를 흡입하는 것이다. 이 방법들과 함께 진단성적을 높

이기 위해 자궁내막 생검을 병용할 수 있다.

자궁내막 세포진검사와 생검에도 불구하고 대부분 구획소파술(fractional D&C)이 필요하다. 구획소파술이 중요한 이유는 endocervical curettage로 자궁경부의 침범여부를 알 수 있으며, 숨겨져 있는 침윤암의 가능성을 확인하기 위해서이다.

비침습적이고 간편하게 자궁내막병변을 진단할 수 있는 획기적인 검사방법으로 초음파를 들 수 있는데, 이는 자궁내강 속의 병변 즉 자궁내막암, 폴립, 점막하근종, 자궁내막증식증 등을 자세히 진단할 수 있을 뿐 아니라 내막암에서는 암의 자궁근층의 침범을 예측할 수 있는 유용한 방법 중의 하나이다. 최근 개발된 해상력이 뛰어난 질초음파(vaginal ultrasonogram)는 경제적이고 간편하게 근층의 침범정도를 정확하게 예측할 수 있고, 수술전 암의 파급된 정도와 치료방침 및 예후를 평가하는데 많은 도움을 주고 있다.

그 외 자궁내막암의 진단 및 암의 파급정도를 예측할 수 있는 방법으로 자기공명영상촬영(MRI) 및 컴퓨터 단층촬영(CT) 등이 있으며 이러한 검사는 유용하나 비용, 시간, 철차문제로 이용이 제한되어 있다.

자궁경검사는 최근의 기구의 발전으로 급진전을 보이고 있으며, 출혈이 있는 경우에는 진단율이 조금 떨어지는 단점이 있으나 자궁경시야에서 자궁내막의 병변을 직접 보면서 조직생검을 할 수 있는 장점이 있다.

자궁내막암의 정확한 진단 및 조기진단을 위하여는 이러한 여러 진단방법을 동원하여 사용하는 것이 바람직하며 특히 고위험군인 여성에게 검진용으로 세포진검사와 자궁내막생검을 적절히 실시하는 것이 좋으며 이런 방법으로 90% 이상의 진단율을 나타낼 수 있다 다행히 현재 자궁내막암 환자의 약 70-80%정도가 암 제1기에 진단되며 생존율이 아주 양호한 편이다.

VII. 기결정(staging)

자궁내막암의 진단이 내려진 후에 암의 파급정도에 따라 임상적 병기(clinical stage)를 분류하는데

이는 1970년 국제산부인과연맹(FIGO)의 분류에 따른다. 임상적 병기결정은 매우 기초적인 것으로 수술후의 조직병리학적 소견에 따른 수술적 병기와 상이하며 수술적 치료의 적응증이 되는 경우 일차적으로 수술을 시행하여 제 예후인자들을 직접 확인하는 것이 최선의 방법임을 알게되어 1988년 FIGO에서는 과거의 임상적 병기에서 일차적으로 수술적 치료를 시행한 후 병기를 결정하는 외과적 병기(surgical stage)결정을 도입하였다(표1).

자궁내막암의 제1기를 임상적 병기결정에 따르면 자궁강의 길이에 따라 A와 B로 나누었으나 외과적 병기에 의하면 자궁근층의 침범여부에 따라 A, B, C로 분류하였는데, A는 자궁내막에만 침범된 경우이며, B는 자궁근층 1/2미만으로 침범된 경우이고, C는 자궁근층의 1/2이상을 암세포가 침윤

한 것을 말한다. 제2기에서는 자궁경부의 침범여부를 자궁경내의 선(endocervical gland)에만 침범한 경우와 자궁경부 실질(stroma)까지 침범한 경우를 나누어서 IIA와 IIB로 나누었다. 제3기에서도 자궁의 장막 또는 자궁부속기에 침범되거나 복막 세포진 검사가 양성일 경우를 A, 질로 전이된 경우를 B, 골반 또는 부대동맥 임파절로 전이된 경우를 C로 정하였으며, 제4기에서도 방광과 장점막에 전이된 경우를 A, 복강 또는 서혜부 임파절을 포함한 원거리 전이가 있을때를 B로 정하였다. 수술적 치료를 시행하지 못하고 방사선 또는 약물요법 등 다른 치료를 해야하는 경우에는 기결정이 1970년에 제정된 임상적 병기에 의한 것이라는 단서를 붙여야 한다.

표1. 임상적 병기와 외과적 병기의 비교

| Stage(기) | Clinical stage(임상적 병기) | Surgical stage(외과적 병기) |
|----------|--|--|
| I | Uterine cavity A < 8cm B > 8cm | Myometrial invasion A endometrium B < 1/2 Myometrium C > 1/2 Myometrium |
| II | Corpus & Cervix | A Endocervix B Cervical Stroma |
| III | Outside Uterus not True Pelvis A Adjacent Organ B Distant Organ | A Seroxa, Adnexa, Positive Peritoneal Cytology B Vagina C Pelvic, Paraaortic LN |
| IV | | A Bladder, Bowel Mucosa B Distant Metastasis Abdominal, Inguinal LN |

VIII. 치료관리(treatment)

자궁내막암의 치료는 여러 학자들에 의해 치료의 방법과 시기, 적응증에 대해 많은 논란과 서로 상반된 견해들이 보고되고 있으나 대개 수술적치료와 방사선치료 그리고 수술 및 방사선치료의 복합요법이 치료의 근간을 이루며, 그의 항암제나 호르몬치료를 추가하는 방법을 시행하고 있다. 자궁내막암의 치료를 위해서는 우선 주위조직이나 다른 장기로의 파급여부를 알기 위한 기본검사를 시행한 후 병기결정에 따른 치료계획을 설정하게 된다.

1988년 FIGO에서 임상적 병기결정 대신 외과적 병기결정을 도입한 후 일차적으로 수술이 적용될 수 있는 경우에는 수술을 먼저 시행하여 예후에 영향을 미치는 인자들을 파악하는 외과적 병기결정 및 치료가 초기 자궁내막암의 치료에 널리 행하여지고 있는 실정이다(그림1).

외과적 병기 제1기의 치료계획은 수술(전자궁절제술 + 양측 난관난소 절제술 + 양측골반내 임파절 절제술)적 치료후 자궁근층 침범이 없으면서 조직학적 분화도가 grade I, II 및 임파절 전이가 없는 경우에는 추가요법을 시행하지 않으며, 조직학

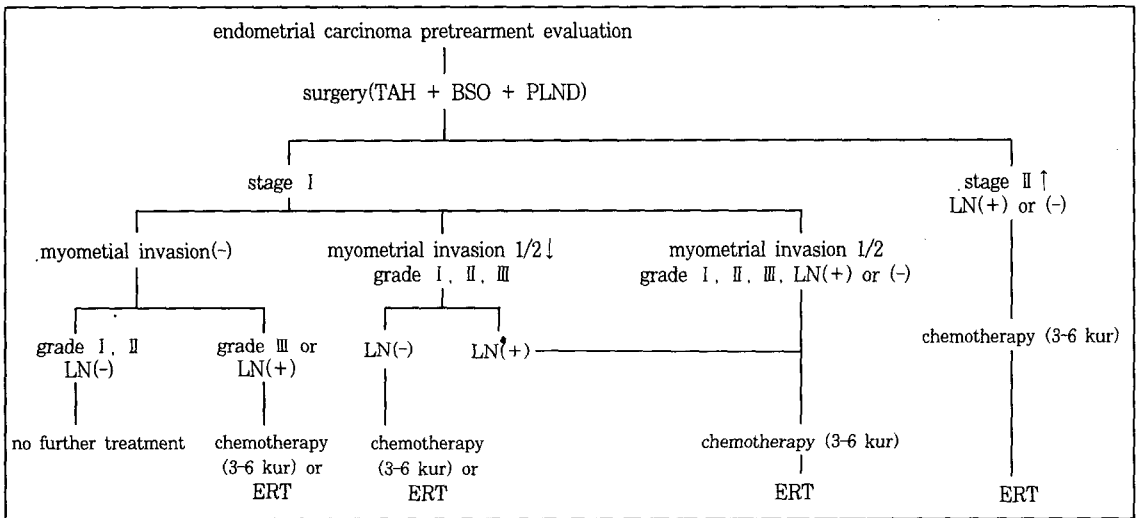
적 분화도가 grade III 이거나 임파절 전이가 있는 경우에는 항암 화학요법 또는 방사선 치료를 시행하여 예후를 향상시키도록 노력을 기울인다.

또한 자궁근층 침범이 1/2 이하이면서 임파절 전이가 없는 경우에는 항암 화학요법 또는 방사선 치료를 시행하며, 임파절 전이가 있는 경우에는 항암 화학요법후 방사선 치료를 시행한다.

자궁근층 침범이 1/2 이상인 경우와 외과적 병기가 제2기 이상의 치료계획은 임파절 전이 및 조직학적 분화도에 관계없이 수술후 항암 화학요법 3-6회 시행후 방사선 치료를 시행한다. 제2기 암 환

자에서 고령, 비만, 동반된 내과적 질환 등으로 광범위 자궁절제술이 부담되는 경우에는 방사선치료 후 단순자궁절제술(TAH) 및 양측 난관난소 절제술(BSO)을 시행하는 것이 좋으며 이때 골반과 대동맥 임파절을 관찰하여 의심스러운 임파절을 생검하는 것이 좋다.

수술적 치료가 불가능한 경우와 진행성의 제3기 혹은 제4기암, 그리고 재발암인 경우에는 방사선치료 또는 항암 화학요법이나 호르몬 치료를 시행하여 암종괴의 크기를 줄이며 암의 원격전이 위험성을 낮춘다.



TAH : total abdominal hysterectomy
BSO : bilateral salpingo-oophorectomy
PLND : pelvic lymphadenectomy

LN: lymph node
ERT : external radiation therapy

그림1. 자궁내막암의 치료관리

1) 수술적 치료(surgical treatment)

수술적 치료의 여러 가지 방법중에는 질식 자궁절제술(total vaginal hysterectomy), 복식 자궁절제술 및 양측 난관난소절제술(total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy), 광범위 자궁절제술 및 골반 임파절 절제술(radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy) 등이 사용되고 있는데 가장 흔히 사용되는 것은 자궁절제술과 양측 난관난소절제술이다.

(1) 복식 자궁절제술 및 양측 난관난소절제술 (TAH & BSO)

복식 자궁절제술을 통하여 원발성 종양(primary tumor)을 제거해 줌으로서 전이의 기회를 줄일 뿐 아니라 복강내를 세척하여 세포병리학적 검사를 통해 악성종양 세포를 찾아낼 수 있고 환자로 하여금 불안감을 감소시켜 줄 수 있으며, 자궁내막암의 난소 전이 빈도가 약 5-12%에 달하므로 양측 난관난소절제술을 시행한다.

(2) 질식 자궁절제술(vaginal hysterectomy)

질식 자궁절제술은 복식 자궁절제술에 비해 수술 시간이 덜 걸리고 조직 손상을 적게 줄 수 있기 때문에 비만환자, 노인환자, 내과적 질환으로 고위험에 처해있는 환자들에게 좋은 방법 일 수 있으나, 단점으로는 자궁내막암이 조기 암병소에서 난소전이율이 높기 때문에 질식자궁절제술시 난소의 제거가 쉽지 않으며, 복식 자궁절제술보다 임파절을 포함하여 복강내를 면밀하고 철저하게 관찰할 수가 없다. 그러므로 질식자궁절제술은 복식 자궁절제술이 적당치 않다고 판단되는 환자에서만 주로 시행한다.

(3) 광범위 자궁절제술 및 골반 임파절 절제술 (radical hysterectomy & pelvic lymphadenectomy) 제1기의 자궁내막암에서 골반 임파절의 전이빈도는 약 10%정도이며 제2기에서는 36%정도의 골반 임파절 전이를 나타내고 있다. 그러므로 광범위 자궁절제술 및 골반임파절절제술은 자궁경관이 침범되고 임파절전이 빈도가 높은 환자에게 적절한 치료법으로 광범위 자궁절제술과 자궁경방조직(paracervical tissue) 및 질상부(vaginal cuff)제거로 질첨(vaginal apex)의 재발빈도를 감소시킬 수 있다.

2) 방사선 치료(radical therapy)

자궁내막암의 치료를 위해 방사선요법만을 적용하는 것은 논란이 많으나 환자가 나이가 많고 내과적 질환이 있어 수술이 곤란하거나 자궁내막암의 병기가 많이 진행된 경우에 주로 실시하며 외부 방사선조사(external irradiation)와 질강내 방사선조사(intracavitary irradiation)를 사용함으로써 재발을 감소시키는데 효과적이다.

일반적으로 자궁내막암은 자궁저부를 침범하므로 자궁강내에 방사능 물질 충전요법(Heyman packing)을 사용하는데 주로 8,000rad 정도의 라듐캡슐(radium capsule)을 충전하여 질강에 조사하며, 외부 방사선조사시는 4,000rad 정도를 조사한다. 방사선치료를 받을 때에는 대상자가 방사선조사를 견딜 수 있도록 좋은 영양상태 및 전신상태를 유지하기 위한 방사선치료 전·중·후 간호활동을

수행한다.

3) 수술과 방사선치료 복합요법(surgery & radiation)

수술과 방사선치료의 복합요법은 수술전에 방사선조사를 실시하고 곧 수술하는 것이 좋다는 견해와 수술시에 선택적인 임파절 생검 및 절제된 표본의 병리조직학적 소견에 따라 수술후 보조적 방사선치료여부를 결정하는 것이 좋다는 두가지 견해로 갈라져 있으나 일차적으로 자궁절제술을 시행하고 자궁근층에 깊이 침윤된 환자에서는 수술후에 추가로 외부 방사선조사를 시행하며 분화가 나쁜 종양에서와 좀더 진행된 내막암에서는 수술전에 자궁강과 질강에 방사선조사를 시행하고 난 다음 자궁절제술을 시행하는 것이 일반적이다.

수술전 방사선치료는 수술시에 암세포가 질낭대(vaginal cuff)에 전이되거나 혈관내로 색전되는 것을 예방하며, 방광이나 장의 손상을 적게 주면서 자궁경관, 근위 자궁방조직(proximal parametrium), 질상부로 더 많은 방사선을 조사시킬 수 있는 장점이 있다. 그러나 단점으로는 수술전 방사선조사가 병리조직학적으로 세포형, 침윤의 깊이와 분화의 정도를 정확하게 판단하지 못하게 하며, 경제적으로 비용이 많이 들고 시간이 많이 걸리며, 대동맥 주위의 임파절전이 가능성의 확인을 수술에 의한 방법보다 지연시킬 수 있으며, 다량의 방사선조사로 수술시의 합병증(방광-질루, 직장-질루, 질출혈, 직장출혈, 혈뇨 등)의 발생이 많아진다.

수술후 방사선치료는 수술후 병리조직학적 결과에 따라 적절한 방사선조사 방법, 조사범위와 사용량을 선택하여 효과적으로 처방할 수 있어 불필요한 방사선치료를 피할 수 있다.

4) 항암치료(chemotherapy)

자궁내막암에 대한 항암요법은 널리 사용되고 있지는 않으나 자궁내막암이 재발한 환자에서 전신적인 치료가 필요하다고 생각될 때와 내막암이 원위 전이(distal metastasis)되었거나 폐나 다른 중요한 장기에 전이된 환자에서 황체성 호르몬치

료 후 성과를 오랜시간 기다릴 수가 없을때와 여러 가지 다른 치료법에 실패하였을 때 항암요법을 선택하게 된다.

주로 cyclophosphamide(cytoxan), adriamycin, cisplatin(platinol), vincristine 등을 병용하여 사용할 수 있다. cytoxan은 alkilating agent로서 구강이나 정맥으로 투여되며 부작용으로 골수억압, 오심, 구토, 설사, 간독작용, 심장독작용, 일시적인 탈모증, 출혈성 방광염, 폐섬유증 등이 있을 수 있다. adriamycin은 정맥투여하며 심장의 독작용, 골수기능 저하, 탈모증이 초래된다. cisplatin도 alkilating agent로 정맥투여하며 청력상실, 신장독작용, 경련, 폐섬유증, 골수억압, 위장장애의 부작용이 올 수 있다. vincristine은 plant alkaloids제제로 신경계독작용, 탈모증을 유발한다. 그러므로 항암치료를 받는 자궁내막암환자를 간호할 때 항암치료전에 간호대상자의 면역기능 및 신체기능 사정후 약물을 주의깊게 사용하여야 하며, 투여되고있는 약물의 부작용을 사정하기 위한 기본적인 검사 및 신체기능을 계속적으로 평가하여 대상자의 건강을 유지시키기 위한 다양한 간호활동을 수행하여야 한다.

5) 호르몬 치료(hormonal therapy)

호르몬요법은 일반적으로 성장이 느린 종양에 가장 잘 반응하며 일차적인 치료후 수년이 지나서 발생하는 재발암이나 전이암에 잘 반응한다. 그러므로 자궁내막암이 재발되었거나 전이된 환자에게서 프로게스테론제제의 호르몬요법이 유용한데, 프로게스테론은 자궁내막에 직접적으로 작용하여 종양괴사와 같은 조직학적 변화를 나타내며, 혈중 순환에스트로겐농도를 감소시키고 테스토스테론의 청소율을 증가시킴으로써 안드로겐이 에스트로겐으로 전환되는 것을 감소시키게 되어 내막암을 내막증으로 대치시키거나 위축시킨다.

주로 Depo-provera, medoxy progesterone acetate (MPA)인 Delalutin, Megace(megesterol acetate) 등 세가지가 사용되는데, Depo-provera는 매주 400mg씩 최소한 12주동안 근육주사하는 방법, 최소한 일주일에 1,000mg씩 4주간 치료하는 방법,

매일 400mg씩 7일간 근육주사하고 7-10일 간격으로 반복하는 방법이 있다. Delalutin을 하루 1, 250mg씩 7일간 투여하는 방법과 MPA를 200mg씩 1일 2회 경구투여하거나 주당 200mg-1gm씩 경구 투여하는 방법이 있으며, Megace를 40mg씩 1일 3회 투여하는 방법 등이 있는데, 프로게스테론제제를 사용하는 환자에게서 체중증가, 부종, 정맥염, 두통 등의 경미한 부작용이 나타날 수 있는데, 호르몬치료를 받는 대상자가 일상활동에 지장을 주는 부작용이 초래되는 경우 약물투여를 중단하여야 하므로, 호르몬요법시 부작용을 주의깊게 관찰하여야 한다.

IX. 사례소개

사례 : 조 ○ ○, 55세

주호소 : 한달간의 하복부 불편감

(low abdominal discomfort)

산과력 : G, P, L, DoAo

월경력 : 51세에 폐경

현병력 : 입원 한달전부터 하복부 불편감이 있어 인근 의원에서 방광염 진단하여 치료도중 증세 호전없이 ○○○대학병원 외래에서 초음파검사상 난소종양이 의심되어 골반 컴퓨터 단층촬영검사후 개복술을 위해 입원하였다.

과거력 : 특이사항 없음

가족력 : 특이사항 없음

사정 소견 : 전신상태는 양호하였고, 의식은 명료하였으며, 체중 46kg에 신장 158cm이었다. 활력 증후 모두 정상이었으며, 생식기검진 소견상 질부 및 자궁경부는 이상 소견 없었고, 자궁은 촉지되지 않았으며, 양측 자궁부속기에서 각각 거위알 크기의 종괴(mass)가 촉지되었다.

검사소견 : 입원시 혈액검사, 요검사, 신기능검사, 간기능검사는 모두 정상이었으며, 종양지표에서 AFP, CEA, SCC, CA 19-9, beta-HCG는 정상범위였으나, CA-125는 59.92U/ml로 약간 증가되어 있었다.

방사선 소견 : 흉부 X-선 검사시 특이사항 없었으며, 골반 컴퓨터단층촬영 소견상 자궁은

hematometra소견을 보였고, 다낭성의 낭성 종괴(polycystic mass)가 양측 부속기에 연결된 상태로, 양측 난관은 난관수종 소견을 보였다.

수술 소견 : 개복술을 시행한 결과 소량의 복수가 있었으며, 수술중 복강내세척 세포진(intraperitoneal cytology)을 채취하였고, 장과 충수 돌기 및 장관막은 정상이었고, 자궁은 약 1×2cm 정도 크기의 자궁근종이 보였으며, 양측 난소 모두 11×6cm의 낭성 변화를 보였다. 수술중 hematometra 때문에 자궁내막암이 의심되어 동결 조직검사(frozen biopsy)를 보낸 결과 유두상 장액성 악성종양(papillary serous adenocarcinoma)으로 판명되어 외과적 병기결정을 시행한 결과 자궁내막암 제III-A기로 전자궁절제술과 양측 난관난소절제술 및 양측 골반 림파절 절제술을 하였다.

병리학적 진단 : 자궁내막에 원발성으로 발생한 유두성 장액성 악성종양(primary papillary serous adenocarcinoma)가 양측 난관과 난소에 전이된 자궁내막암이다.

수술후 경과 : 수술후 14일째 복합항암요법으로 PAC(Platinol-cisplatin, Adriamycin, Cytosan - cyclophosphamide)을 3회(kur) 실시하였고 항암요법후 하복부 방사선조사를 2주간 실시하였다.

입원과정동안의 간호진단 : 암진단과 관련된 슬픔, 암진단 및 수술후 계속적인 치료과정과 관련된 비효율적 개인대응

수술후 회복 및 치료과정에 대한 지식부족
생식기관 상실과 관련된 자궁심 저하
방사선조사에 대한 걱정과 관련된 두려움
방사선조사와 관련된 설사

방사선조사부위의 피부발적 및 소양증과 관련된 피부손상 가능성

항암치료에 따른 오심, 구토, 식욕저하와 관련된 영양부족

항암치료에 따른 탈모로 인한 신체상 장애

X. 결 론

자궁내막암은 폐경기 이후 여성에서 주로 발생하며 우리나라에서도 최근 난소암과 더불어 빈도

가 증가하고 있는 질환이다.

자궁내막암의 조기진단은 그의 치료뿐만 아니라 예방을 위한 주요한 요체가 되기 때문에 자궁내막암의 고위험군의 식별이 매우 중요하다. 즉 자궁내막암의 발생과 밀접한 관계가 있는 것으로 폐경 전후 50세 이상의 여성, 비만증, 미산부, 무배관성 불임증, 당뇨병, 고혈압, 에스트로젠 보충요법 사용 여성, 기능성 자궁출혈을 동반한 젊은 여성, 50세 이후까지 월경을 계속하는 부인 그리고 자궁내막에 지속적으로 에스트로젠자극(unopposed estrogen stimulation)을 받는 여성 등 자궁내막암의 고위험군을 대상으로 자궁내막암의 선별검사가 우선적으로 실시되어야 할 것이다. 선별검사방법으로 질흡인 도말법, 자궁경관흡인법, 자궁내막흡인법, 자궁내막세척법, 음압흡인소파 등의 세로학적 검사를 실시할 수 있으며, 선별검사에서 자궁내막암이 의심되는 경우 생검 및 구획소파술, 자궁경 검사, 초음파, MRI, pelvic CT를 이용하여 정확한 조기진단이 내려지면 환자관리를 위한 치료계획을 세우기 위해 수술시 외과적 병기를 결정함과 동시에 전자궁절제술, 양측난관난소절제술, 양측골반림파절 절제술 등을 시행할 수 있으며, 수술후 자궁내막암의 재발과 전이를 막기위한 방법으로 방사선조사, 항암치료, 호르몬요법 등을 추가하여 사용할 수 있다.

자궁내막암 환자를 간호하는 간호사는 대상자의 질병과정 및 치료방향을 정확히 이해하고 예측하여 수술, 방사선치료, 항암치료, 호르몬치료에 따른 적절한 질적 간호를 제공하여야 할 것이다.▮

참 고 문 헌

- 김경수의 3인, 자궁내막암의 임상적 및 외과적 병기설정에 따른 예후의 비교, 대한 산부인과학회지, 제37권, 제10호, p2067-2072, 1994.
- 김원규의 2인, 자궁내막암의 임상병리학적 고찰, 대한 산부인과학회지, 제37권, 제11호, p2263-2276, 1994.
- 김재욱, 자궁내막암의 외과적 치료, 대한 산부인과학회지, 제34권, 제1호, p1-8, 1991.
- 고명숙의 10인, 모성간호학, 서울, 현문사, 제2판,

1995.
대한 산부인과학회, 부인과학, 서울, 칼빈서적, 제2판, 1991.
- 대한 산부인과학회, 부인암 실태조사, 대한 산부인과학회지, 제39권, 제6호, p1215-1251, 1996.
- 배재호의 8인, 1차적 수술을 시행한 FIGO임상병기 I 기와 II기 자궁내막암 환자에 있어서 임상병리학적 예후인자에 관한 연구, 대한 산부인과학회지, 제37권, 제9호, p1821-1829, 1994.
- 이경신의 2인, 자궁내막 암증에 있어서 Estrogen 및 Progesterone 수용체 함량에 관한 면역조직학적 평가, 대한 암학회지, 제27권 제6호, p978-984, 1995.
- 이기철의 7인, 자궁내막암 환자에서 외과적 병기에 따른 임상병리학적 분석 및 다원적 치료, 대한 산부인과학회지, 제36권, 제7호, p2967-2976, 1993.
- 장영건의 3인, 자궁내막암의 임상적 분석, 대한부인과 골포회지, 제2권 제1호, pp45-55, 1991.
- 최규연의 5인, 자궁내막에서 발생한 유두양 장액성 악성종양 1례, 대한 산부인과학회지, 제39권, 제9호, p1802-1807, 1996.
- 최연순의 6인, 모성간호학, 서울, 수문사, 제3판, 1994.
- Bobak,I.M., Jensen,M.D., Maternity & gynecologic Care, 5th ed., Mosby, 1993.
- Reeder,S.J.,Mastroianni,L., and Martin,L.L., Maternity Nursing, 17th ed., Philadelphia,J. B.,Lippincott Co., 1992.