

방광 전이를 보인 진행 위암 1예

울산대학교 의과대학 서울중앙병원 내과, ¹비뇨기과, ²진단병리과

정성희 · 정훈용 · 김태원 · 김청수¹ · 강경훈² · 송현순 · 황창연 · 명승재 · 양식균 · 홍원선 · 김진호 · 민영일

A Case Report on Stomach Cancer with Metastasis to Urinary Bladder

Sung-Hee Jung, M.D., Hwoon-Yong Jung, M.D., Tae Won Kim, M.D., Chung Su Kim, M.D.,¹ Gyung Hoon Kang, M.D.,² Hyun Sun Song, M.D., Chang Yeon Hwang, M.D., Seung-Jae Myung, M.D., Suk-Kyun Yang, M.D., Weon-Seon Hong, M.D., Jin Ho Kim, M.D., and Young Il Min, M.D.

Departments of Internal Medicine, ¹Urology, and ²Diagnostic Pathology, University of Ulsan College of Medicine, Asan Medical Center, Seoul, Korea

Carcinomas of the stomach can spread to adjacent structure by local extension or metastasize to lymph nodes, peritoneum and distant organs. However, the incidence of metastatic bladder cancer originated at the stomach is very rare. A fifty-five year-old man admitted complaining of epigastric pain for 2 months. A large ulceroinfiltrative lesion was seen in the low body, which was confirmed poorly differentiated adenocarcinoma by histological examination. Abdomino-pelvic CT scan showed wall thickening at the greater curvature side of gastric body and urinary bladder. Urine cytology was negative. By transurethral resection of bladder, he was diagnosed as metastatic adenocarcinoma of the bladder. We report a case of stomach cancer with metastasis to urinary bladder. (J Korean Gastric Cancer Assoc 2002;2:26-28)

Key Words: Stomach cancer, Metastatic adenocarcinoma, Bladder cancer

중심 단어: 위암, 전이성 선암, 방광암

책임저자 : 정훈용, 서울 특별시 송파구 중남동 388-1
울산대학교 의과대학 서울중앙병원 소화기내과
138-736
Tel: 02-3010-3190, Fax: 02-485-5782
E-mail: hyjung@amc.seoul.kr
접수일 : 2001년 7월 27일, 게재승인일 : 2002년 1월 15일

서 론

위선암의 전파는 주위 구조로의 국소 침윤, 림프성 전이, 혈행성 전이로 나타날 수 있다. 국소적 또는 전신적으로 간, 복막, 망, 횡격막으로 전이되나 간혹 골, 담낭, 담도계, 비장, 중추신경계, 비뇨생식기계 등 다양한 장기로 전이가 보고되고 있으나, 방광으로의 전이는 그 발생률이 약 2.4%로 보고되고 있다.(4)

요로에 침윤하는 가장 흔한 종양은 위암이지만, 방광으로 전이된 예는 국내에서는 민과 윤(7)이 처음으로 보고한 이래 총 3예가 보고된 바 있는데(3,6,7) 이들은 모두 위 절제 수술 후 재발한 경우였다. 저자들은 위암 진단 당시 방광으로 전이된 위선암 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 이를 보고하는 바이다.

증 례

52세 남자가 내원 2개월 전부터 간헐적으로 상복부 불편감 및 동통이 있었으나 별다른 검사나 치료 없이 지내던 중, 내원 10일 전부터 공복 시와 밤에 심해지는 상복부 동통을 주소로 시행한 위내시경 검사에서 이상소견을 보여 본원으로 전원되었다. 동반증상으로 변비 이외에 특이소견은 없었다. 환자는 내원 2년 전 고혈압을 진단 받았으나 약물 치료 없이 지내고 있었다. 가족력과 사회력에서 특이 사항은 없었다. 내원 시 혈압은 150/90 mmHg, 맥박 80/분, 호흡수 22회/분, 체온 36°C이었다. 의식은 명료하였으며, 경부 림프절 종대는 없었고, 결막 및 공막은 정상이었다. 복부 검진에서 압통은 없었고, 종괴는 만져지지 않았다. 검사실 소견은 말초혈액 검사에서 백혈구 7,700/mm³, 혈색소 10.5 g/dL, 혈소판 265,000/mm³이었다. 혈청 생화학 검사상 콜레스테롤 173 mg/dL, 총 단백 6.2 g/dL, 알부민 2.5 g/dL, AST/ALT 15/21 IU/L, 총 빌리루빈 0.5 mg/dL, alkaline phosphatase 251 IU/L, BUN/Cr 18/1.7 mg/dL이었다. 요검사에서 육안적 혈뇨는 없었고, pH 8.0, RBC 0~2/HPF, WBC 0~2/HPF로 특이소견은 보이지 않았다. 흉부 X-선 검사는 정상이었으며 복부단순 X-선 검사에서도 이상소견은 없었다. 위내시경 검사에서는 위 체하부 전벽과 대만의 경계 부위에 궤양형 병변이 관찰되었으며, 궤양의 주변에는 체부 대만에 비후된 점막 주름들이 관찰

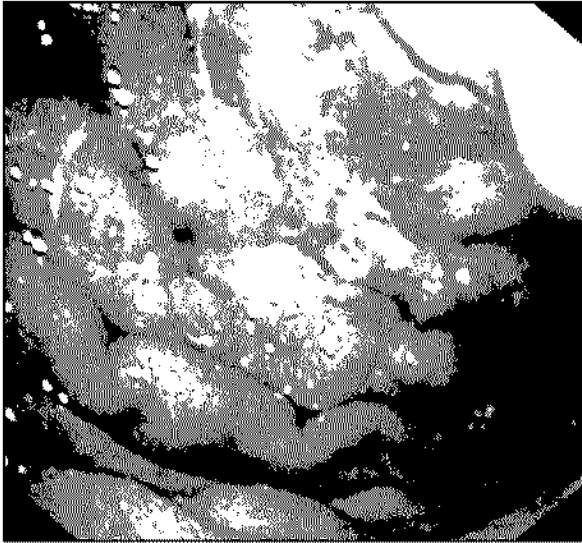


Fig. 1. Esophagogastrosopic findings of stomach. Endoscopic finding shows ulceroinfiltrative lesion in the greater curvature of low body.

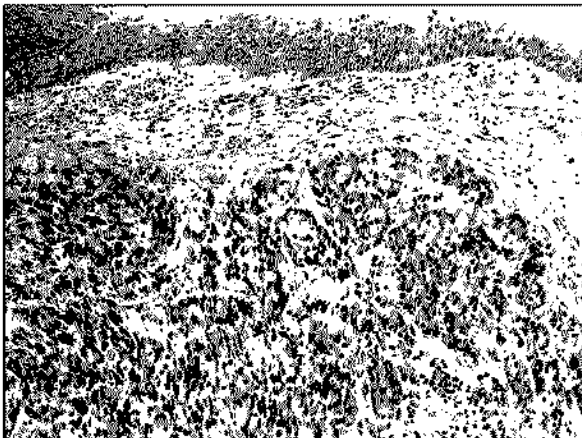


Fig. 2. Microscopic findings of the gastric mucosal biopsy. It shows poorly differentiated adenocarcinoma, atypical hyperchromatic and tall columnar epithelia (H&E, $\times 100$).

되고 있었다(Fig. 1). 이러한 병변은 위저부와외의 경계까지 연결되어 있었고, 아래로는 근위 전정부까지 연결되어 있었다. 위체부에서 시행한 생검조직에서 저분화선암(poorly differentiated adenocarcinoma)을 관찰할 수 있었다(Fig. 2). 복부-골반 전산화 단층촬영결과 위체부 전벽에서 대만부로 불규칙한 위벽의 비후가 관찰되었으며, 주위 좌측 위혈관을 따라 위 주변부 침윤이 의심되었고, 국소 림프절 종대를 보이고 있었다. 대동맥방 림프절(paraaortic LN)이 1 cm 이상의 크기로 커져 있었고, 방광 후벽이 전반적으로 두꺼워져 있었으며, 주위로 지방조직 침윤을 보이고



Fig. 3. Abdomino-pelvic CT finding. It shows can showed wall thickening of urinary bladder fat infiltratinon.

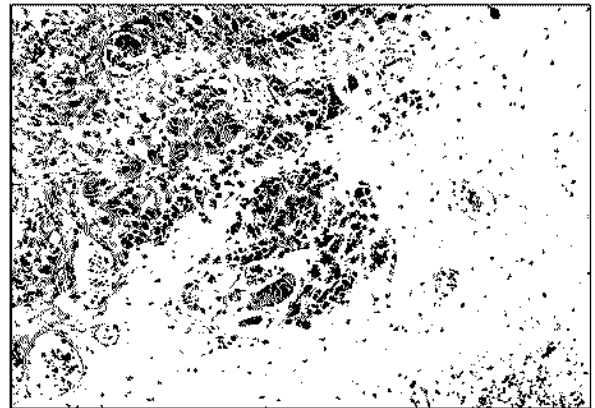


Fig. 4. Microscopic findings of the urinary bladder. It shows cells with eccentric nuclei and abundant cytoplasm and multiple lymphatic invasion. This is similar to the poorly differentiated adenocarcinoma of the stomach (H&E, $\times 100$).

있었다(Fig. 3). 요세포진 검사를 하였으나 암세포는 관찰되지 않았다. 환자는 경요도 방광절제술(transurethral resection of bladder)을 시행하였는데, 시술 후 절제된 방광조직 소견에서는 방광 상피의 변화없이 위 내시경적 조직 소견과 동일한 암세포가 혈관과 림프조직을 침윤하고 있는 양상을 보였다(Fig. 4).

환자는 방광으로 전이된 진행위암으로 진단 받고, 항암화학요법을 권유받았으나, 거부하고 현재 외래에서 경과 관찰 중이다.

고 찰

위암은 주위 구조로 국소 침윤을 보이거나 림프성 전이, 복막전이, 원격전이로 나타나는데 환자의 60~90%는

장막을 통과하여 주위 장기를 침윤하며 적어도 50%는 림프성 전이를 보인다.(1) 위의 혈관 분포는 광범위하며, 정맥 혈류는 궁극적으로 문맥으로 흘러 간이 전이의 1차적인 장기가 된다.

요로에 침윤하는 가장 흔한 종양은 위암이지만, 위암이 방광으로 전이되는 경우는 매우 드물게 알려져 있다. 방광의 선암은 원발성(primary), 요막관성(urachal), 전이성(metastatic) 선암으로 분류한다. 여기서 원격전이에 의한 방광 선암은 원발성 방광선암, 요막관성 선암과의 감별이 필요한데, 대개 방광내의 종양의 위치와 방광 이외에 존재하는 종양의 유무와 같은 임상적인 점에 의존한다. 방광의 전이성 선암은 보통 주위의 장기에 발생한 종양이 직접적으로 침윤하여 나타나는데, 주로 난소 같은 여성 생식기, 전립선, 결장에서 직접적으로 방광으로 침윤하는 경우가 대부분이다.(2) 약 25%는 타장기에서 방광으로 원격전이를 한다고 알려져 있으며, 원발 병소는 위, 피부, 유방 등의 순으로 본다.(3,12) 위암이 원격전이를 유발한 경우 폐, 간, 골 등 다양한 장기로의 전이가 보고되고 있으나, 방광으로의 전이는 매우 드물고, Goldstein(4)은 약 2.4%로 보고하고 있다.

원발성 방광 선암에서는 병변이 점막상피에 발생하므로 혈뇨가 주된 증상이지만, 전이성 방광 선암의 경우에는 특징적인 증상이 드문데, 이는 점막상피의 병변이 없고, 방광벽으로 침윤하는 경우가 많아 비뇨기계 증상이 없는 경우가 많기 때문이다.(4,5) 증상이 없는 경우는 복부-골반 전산화 단층 촬영에서 발견되는 경우가 대부분이라 생각되며, 요세포진검사, 방광경 소견 및 방광경하 조직생검들을 종합하여 진단내릴 수 있다. 방광 내 전이위치는 정부(dome)가 많으며, 방광 삼각부나 좌우측부로의 전이는 드물다.(6) 방광의 원발성 선암과 전이성 선암을 병리학적으로 감별하는 것은 상당히 어려우나 대부분 증례에서 방광에서 얻은 조직과 원발암에서 얻은 조직의 세포형과 분화형 등을 상호 비교하는 방법을 사용하고 있다.(3,6,7)

전이성 방광암의 치료는 원발 종양의 치료에 준해, 보존적 치료를 하거나 수술, 방사선요법, 항암화학요법들을 시행할 수 있지만 항암화학요법의 효과가 가장 좋으며 많이 사용한다.(3,6,9)

전이성 방광암의 예후는 평균 생존기간이 21개월 내외로 매우 불량하며, 치료에 관계없이 65% 정도의 환자가 사망한다고 한다.(3,10,11)

국내에서 보고된 증례는 모두 위선암으로 위부분절제술 이후 빈뇨, 혈뇨 등의 증상이 있었고, 1예는 배설성 요로조영술, 초음파상에서 방광전이가 진단되었고, 2예는 혈뇨를 주소로 내원하여 배설성 요로조영술과 복부-골반 전산화 단층 촬영결과 방광 전이를 의심하여 진단한 예들이었다.(3,6,7) 본 증례는 비뇨기계 증상이 전혀 없이 상복부 불편감으로 시행한 소화기계 검사에서 발견된 위암에 대한 검사 도중 복부-골반 전산화 단층 촬영상 방광 병변이

발견되었던 예이다. 저자 등은 방광의 병변이 원발성 종양인지 위에서 전이된 종양인지 알기 위해 경요도 방광절제술을 시행하였다. 경요도 방광절제술로 얻은 방광조직에서 원발성 방광 선암이 매우 드물 뿐 아니라 원발성 선암일 경우 상피의 이형성 변화(dysplastic change)가 있어야 하나 본 증례의 경우 상피의 변화는 거의 없었고, 암세포가 림프절을 침윤하는 양상이었고, 그 세포 양상이 내시경적 조직 생검에서 보이는 것과 동일하여 위에서 전이된 선암으로 진단하였다.

위암의 방광으로의 전이는 림프성, 혈행성 전파를 통해 이루어질 것으로 생각되는데, 방광으로 전이가 잘 되지 않는 이유를 방광 자체로의 전이가 드물거나, 증상발현이 드물고, 병기 설정 시 복부 전산화 단층촬영을 하여 골반 내 병변을 발견하지 못하여 진단율이 떨어질 수 있다고 생각된다. 따라서 저자 등은 위암의 진단 시 복부-골반 전산화 단층촬영을 하여 골반 내 장기도 주의 깊게 보는 것이 필요하며, 임상적으로 위선암의 방광으로의 전이가 매우 드물지만, 위절제술 후 경과 관찰 중 비뇨기계 증상이 나타나거나 전산화 단층촬영 시 항상 방광전이 가능성을 고려해야 한다고 생각된다.

REFERENCES

1. Zininger M. Extension of gastric cancer in the intramural lymphatics and its relation to gastrectomy. *Am Surg* 1954; 20:920.
2. Gill HS, Dhillon HK, Woodhouse CRJ. Adenocarcinoma of urinary bladder. *Br J Urol* 1989;64:138-142.
3. 정종철, 곽호근, 김석원, 송영민, 김종권, 박노경. 위선암의 방광전이 1예. *대한비뇨기과학회지* 1993;34:382-384.
4. Goldstein AG. Metastatic carcinoma to the bladder. *J Urol* 1967;98:209-215.
5. Sheehan EE, Greenberg SD, Scott R Jr. Metastatic neoplasms of the bladder. *J Urol* 1963;90:281-284.
6. 송건훈, 양주영, 문희용, 송준현, 문영명. 근치적 절제술 및 항암화학요법 후 혈뇨를 동반한 방광전이를 보인 위선암 1예. *대한암학회지* 1995;27:680-685.
7. 민권식, 윤진한. 위암 방광전이 1예. *대한비뇨기과학회지* 1989; 30:101-104.
8. Garber BB, Prestipino AJ. Non-transitional cell bladder malignancies. *AUA Update Series* 1985;11(7,8):50-63.
9. Banaian RJ. Nontransitional malignant epithelial tumors of the urinary bladder. *AUA Update Series* 1985;4(21):1-7.
10. Fink AS, Longmire WP. Carcinoma of the stomach. In:David C, Sabiston Jr, Editors. *Textbook of surgery*. Philadelphia: Saunders, 1986;881-93.
11. Bennett JK, Wheatly JK, Walton KN. 10-Year experience with adenocarcinoma of the bladder. *J Urol* 1984;131:262-263.
12. Klinger ME. Secondary tumors of the genitourinary tract. *J Urol* 1951;65:144-153.