

방광종양



이 민 성

국립의료원 비뇨기과장

방광종양은 비뇨기 영역에서 가장 빈번히 발생하는 종양이며 그의 대부분은 이행상피세포암이다. 요로상피세포암은 왜 상피세포내암·표재성암·침윤성암 등의 서로 다른 형태를 나타내는지, 또 암이 부분적으로 계속 존재할 것인지 또는 전신으로 퍼져나갈 것인지 예상을 하지 못하고 있다.

1. 역학 및 빈도

일반적으로 해마다 증가 추세이며, 방광

암은 40세이상 특히 50세에서 60세 사이에 호발하고 남녀비는 3~4 : 1이다. 최근 보고에 의하면 남녀의 3년, 5년 생존률은 거의 비슷하였다. 일본의 경우 인구 10만 명에 대하여 매년 남자는 5.2명, 여자는 1.2명이 발생하고 80% 이상이 50세이상에서 발생하였다.

방광암 발생에 환자 및 여러가지 환경적 요소가 상호 작용하며 시발되는 요인은 최소한의 노출을 요하지만 암이 진행되는 요인은 장기간의 노출을 요하며 발암효과에 누적적으로 작용한다.

2. 병인

임상적, 실험적 및 역학적 연구에 의하여 방광종양의 발생요인이 밝혀져 가고 있으나 아직도 불명한 점이 많다. 여러 원인을 다음과 같이 정리할 수 있다.

가. 화학약품 또는 환경

나프틸아민(2-naphthylamine), 벤지딘(benzidine) 등의 방향족 아민(amine)에 발암성이 있음이 알려져 있으나 현재 알려져 있기로는 염료·고무·가죽제품·섬유·페인트·유기화학약품을 취급하는 직업인들은 위험도가 높은 것으로 알려져 있다.

나. Tryptophan

필수 아미노산인 트립토판의 중간대사산물 등이 내인성 발암물질로 주목받고 있

다.

다. 아이나 복용, 아편중독, 진통제인 페나세틴(Phenacetin)남용 등이 위험인자로 알려져 있다.

라. 흡연

남자 환자의 50%, 여자의 33%가 흡연과 관계있을 것이라고 보고된 바 있다.

마. 만성자극 및 염증

방광결석, 만성적인 방광염, 주혈흡충증이 원인이 될 수 있다.

3. 임상소견

가. 증상

주 증상은 통증이 없는 혈뇨이며 육안적 혈뇨가 75~80%를 차지한다. 출혈로 인한 핏덩이에 의해 요로가 막히거나, 요관구가 막히거나 또는 요관구 방광벽이 침윤되어 수신증 및 측복부통을 일으킬 수 있다. 약 20%에서 증상없이 잠복성 혈뇨나 농뇨 등에 대한 검사도중 악성질환을 발견하게 된다.

나. 이학적 소견

대부분 이상소견을 볼 수 없으나 방광벽 깊히 침윤, 침투되어 직장내진으로 비후나 종물을 촉진할 수 있게 된다. 복부의 촉진 종물이나 쇄골상부 림프절증과 같은 전이 소견도 있을 수 있다. 때로 장골혈관이 막혀 일측 또는 양측 하지에 부종을 일으킬



방광종양의 주증상은 통증이 없는 혈뇨이며, 육안적 혈뇨가 75~80%를 차지한다.

수도 있다.

다. 검사실 소견

보통 요중 적혈구, 농, 세균 등이 있는 것 이외에는 정상소견이다.

라. 방사선 검사

기본적인 검사는 경정맥성요조영술이며 이는 상부요로를 비롯한 요로 전체를 알기 위한 것이며, 또 불규칙한 방사선 투과성 층만 결손을 볼 수 있어 진단에 도움이 된다.

마. 초음파 촬영술과 전산화단층 촬영

진단보다는 만성종양의 병기 즉 침범범위를 결정하는데 그 목적이 있다. 방광경검사가 불명하거나 검사가 불확실할 경우

초음파촬영술이 진단에 도움이 될 수 있다. 전산화단층촬영이나 자기공명영상술로 방광벽의 비후, 방광주위 침범, 골반림프절의 비대, 인접장기의 침범 등을 알 수 있어 침윤도 결정에 매우 중요한 역할을 한다.

바. 기계적 검사 및 생검법

방광요도경 검사로 거의 어떤 종양이라도 찾아 볼 수 있고 정상으로 보이는 종양 주변의 상피조직도 함께 검사하면 예후 판정과 침범 범위를 정확히 알 수 있으므로 적절한 치료에 도움이 된다.

사. 요세포학적 검사

실제 임상적으로 가장 많이 이용되는 것은 치료 후 환자의 종양재발 여부를 추적 검사하거나 직업적으로 발암물질에 만성 노출된 산업장 근로자들의 암발생 선별검사에 그 목적이 있다.

4. 병리

대부분이 상피세포(98%) 유래의 암으로 이중 92%가 이행상피세포암이며 7%가 편평상피세포암이고 1~2%가 선암이다. 세계보건기구는 원발성 조직형에 따라 이행상피세포암, 편평상피세포암, 선암, 미분화형암으로 분류한다.

5. 병기와 세포분화도

가. 임상적 병기

1952년 Marshall이 수정하여 현재까지 방광암 병기분류법(Stage O-D₂)으로 널리 사용되고 있다. UICC는 방광암의 3가지 중대한 요소 즉 종양의 범위(T), 원발성 림프절 전이(N), 전이(M)에 기본을 둔 TNM 방광암 분류법을 주장하였다.

병기(Stage) O-A : 상피세포내암 및 표재성 방광암

병기(Stage) B₁-C : 침윤성 방광암-근층 및 주위 지방조직 침범.

병기(Stage) D₁&D₂ : 전이성 암-인접장기, 림프절 전이 또는 원격장기 전이.

나. 세포 분화도

세계보건기구에서 채택된 3등급의 분류법이 많이 이용된다.

Grade I : 고분화형으로 경과가 좋고, 예후가 양호함.

Grade II : 중간분화형으로 grade I 종양에

방광종양의 예방을 위해서는 금연과 정기적 검사가 필요하다.



비해 큰 경향이 있고 짐막하 침윤 경향이 있음.

Grade III : 저분화형으로 조기에 퍼져갈 경향이 있으며 방치하면 예후가 불량함.



6. 치료

가. 상피세포내암

악성부위를 경요도적으로 절제하고 티오테파(thiotepa), 마이토마이신 씨(mitomycin-C), 비씨지(BCG)등 방광내 주입법을 시도한다. 보존적 요법에 반응이 없거나 방광점막내에 병소가 넓게 존재하고 또 전립선요도나 하부요관을 침범하면 근치적 방광전적출술을 시행해야 한다.

나. 표재성 방광암(병기 O 및 A)

주로 경요도절제와 전기소작으로 병소를 제거한다. 이들 환자의 48~70%에서 재발하므로 재발억제를 목적으로 한 방광내 주입요법을 예방적으로 시도한다. 보존적 요법이 실패하고 종양의 수가 많고 범위가 넓으면 방광적출도 할 수 있다.

다. 침윤성 방광암(병기 B₁-C)

원칙적으로 모든 침윤성 방광암의 치료는 근치적 방광전적출술 후 요로전환을 시행해야 한다. 적출 후 전이 위험성이 있는 환자에서 화학요법을 첨가 병행하는 적극적인 요법을 권장하는 학자도 있다.

라. 전이성 질환(병기 D₁-D₂)

방사선요법, 항암제 병합요법으로 증상

을 완화시키고 생존률을 높이는데 기여했다는 보고가 있다.

7. 추적검사

방광적출을 하지 않고 보존적 요법을 받은 환자는 최소 3년간 년 2~3회의 방광경검사와 요세포검사를 시행하고 5년 후부터 매년 1회씩 검사를 요한다.

8. 예후

병기에 따라 다르며 표재성 질환은 적절한 치료를 받으면 5~20%에서만 침윤성으로 전진하므로 5년 생존률은 매우 높은 편이다. 근침윤이 있는 환자의 5년 생존률은 40~50%에 이르고 골반 내에 국소적으로 전이된 경우 10~17%이며 내장전이 있으면 장기생존자는 거의 없다.

9. 예방

특별한 예방법은 없고 다른 암종과 같이 조기 발견 최선이다. 금연을 하고 위험인자 작업환경에 노출된 특히 40세 이상에서는 요검사, 요세포검사 등 비침습적인 정기검진을 요하며 육안적 혈뇨 발생 시는 원인 규명을 위한 정밀검사를 요한다. **㉔**