

하부요로폐쇄를 일으킨 전립선부 요도폴립 1례

영남대학교 의과대학 비뇨기과학교실
이동현 · 서준규 · 김영수 · 박동춘

영남대학교 의과대학 병리학교실
남혜주 · 최원희 · 이태숙

Laboratory Service, VA Medical Center, Providence, Rhode Island, U. S. A.

이 경 철

서 론

남자에 발생하는 요도폴립은 비교적 드문 질환으로 주로 후부요도에서 발생하며 소아에 호발하지만 성인이나 신생아에서도 보고가 되고 있다.^{1,2)}

최근 저자들은 63세의 남자에서 전립선 비대증과 동반된 하부요로폐쇄를 일으킨 전립선부 요도폴립 1례를 치험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다

증 례

환 자 : 황 ○ 식, 남자, 63세

주 소 : 배뇨곤란과 육안적 전혈뇨

현병력 : 입원 4년전 부터 배뇨곤란, 빈뇨, 배뇨통 등이 있었으며 입원 1년전 부터는 간헐적인 육안적 전혈뇨를 호소하여 본원 비뇨기과에 입원하였다.

과거력 및 가족력 : 특기사항 없음.

이학적 소견 : 전신상태는 비교적 양호하였고, 외부 생식기는 정상이었으나 직장 촉진상 전립선은 경도로 비후되어 있었으며 경결은 없었다.

검사소견 : 혈액소견은 정상이었고, 요검사상 many RBC/HPF, 10~20WBC/HPF이었으며 요배양검사상 균주는 배양되지 않았다. 혈액화학검사는 정상범위내였다.

단순흉부촬영 : 특이소견 없음.

배설성 요로촬영 : 양측 상부요로에는 특이한 변화가 없었으나 방광조영상에서 방광경부 우측에

약 2×2 cm 크기의 원형의 충만결손을 보였다. (Fig. 1).

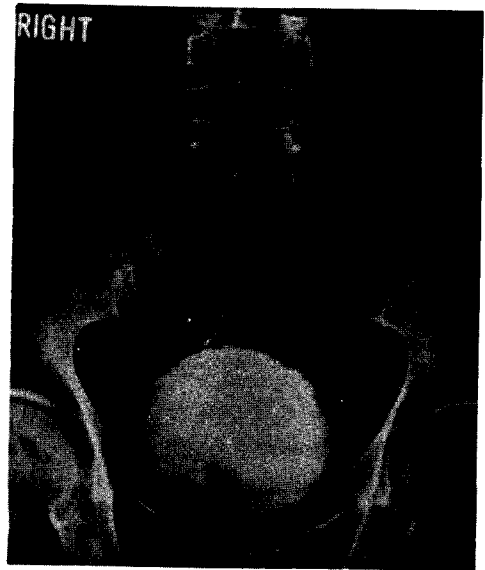


Fig. 1. IVP shows round filling defect in right side of bladder neck.

방광경 및 요도경 검사소견 : 방광점막에 전체적으로 심한 육주형성 및 전립선의 양 외엽이 완전히 밀착된 전립선 비대증의 소견을 보였으며 정구로부터 약 1 cm 근위부 요도의 6시 방향에 1 cm 길이의 출기를 가진 2×2 cm 크기의 원형의 종물이 발견되었다. 이 폴립은 관류액의 방향에 따라 방광경부에서 ball-valve type의 폐쇄를 일으키고 있었다 (Fig. 2).

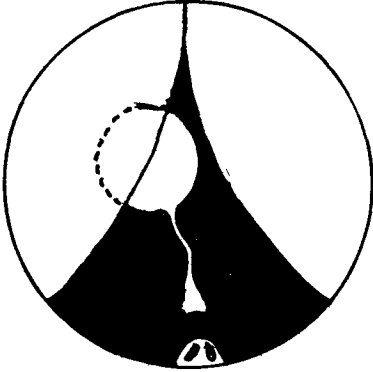


Fig. 2 Cystourethroscopy reveals a long-stalked round mass obstructing urethra in ball valve fashion by directions of irrigating fluid.

수술 및 수술경과 : 척추굴곡부전으로 인하여 외경막 마취를 시행하지 못하고 전신마취하에서 방광경으로 전립선부 요도의 종물을 확인한 후, 26 Fr. A. C. M. I. 절제경으로 먼저 종물의 기시부를 절제한 후 이를 Lowsley forceps로 제거하였으며, 이어서 약 5 gm의 전립선선종을 절제하였다. 절제부위의 출혈을 전기응고로 지혈한 후 20 Fr. 3-way catheter를 방광내에 유치하였다. 수술 3 일째 catheter를 제거 하였으며 catheter 제거후 배뇨곤란은 호소하지 않았고 육안적 혈뇨도 없었다 환자는 수술 7 일째 특별한 합병증 없이 퇴원하였다.

병리조직검사 소견 : 절제된 조직은 2×2×0.5 cm 크기의 황백색을 띤 구형의 종물이었다(Fig. 3).

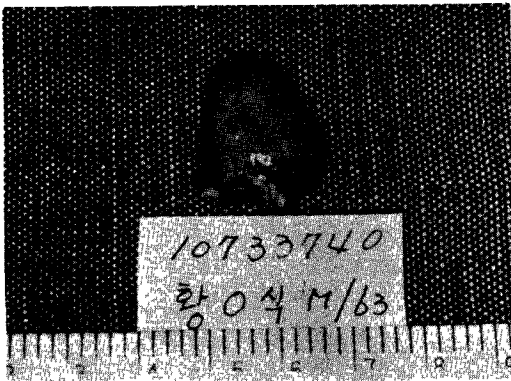


Fig. 3. Resected specimen shows whitish-tan colored polypoid mass.

이를 현미경학적으로 검사한 결과 표면은 이행상피세포로 피복되어 있었고, 상피하층은 부종성의 섬유성 결합조직으로 구성된 fibrous polyp이었다(Fig. 4).

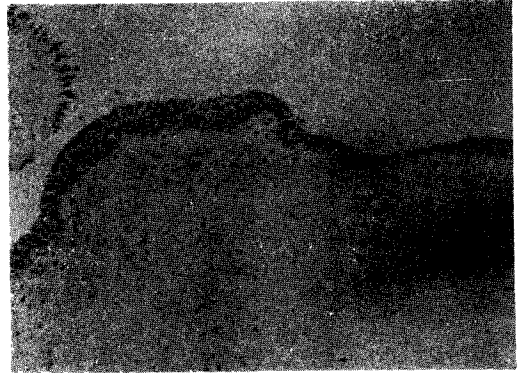


Fig. 4 Photomicrograph demonstrates fibrous polyp, covered by transitional epithelium and composed of loose, edematous connective tissue. (H & E, x100)

고찰

요도에 발생하는 폴립은 양성종양의 일종으로 주로 후부요도에 위치하며 특히 정구 혹은 정구의 외측 요도벽에서 기원하는 경우가 많다^{3), 4)} 요도폴립은 영아나 소아에 호발하는데 이 경우 대부분 선천성이며 요도벽의 결손돌출에 의해 발생한다.⁵⁾ 후천성인 경우에는 16~35세에 호발하며 요도의 이행상피 혹은 편평상피, Littre선, 전립선, 전립선낭, 정낭 등의 세포에서 기원하는 경우가 많다⁶⁾ 요도폴립의 발생기전에 대해서는 논란이 많은데 Butterick 등¹⁾은 요도의 이소성 전립선조직이라 하였으며, Craig 등⁸⁾은 폴립의 원주상피가 urothelial metaplasia의 결과라고 주장하였다 한편 Goldstein 등⁴⁾은 전립선이 폴립의 말초부위로 이행하여 폴립의 표면을 원주상피로 피복한다고 하였으며, Eglen 등⁶⁾은 폴립이 요도 내부로 돌출한 전립선 상피의 benign glandular papillary neoplasm이라고 하였다

요도의 폴립양 병소로는 inflammatory polyps, fibrous polyps, transitional cell papilloma, adenomatous polyps 그리고 condyloma accuminata 등이 있으며 이 중 adenomatous polyps은 원주상피

로, condyloma는 편평상피로 피복되어 있고, 그 외는 모두 이행상피로 피복되어 있다.⁹⁾ 특히 fibrous polyps은 줄기에 의해 부착되어 있는 경우가 많으며, 대부분 단발성으로 발생하지만 다발성 혹은 광범위하게도 발생할 수 있다.⁹⁾

요도폴립의 증상으로는 간헐적인 무통성의 육안적 전혈뇨가 가장 많고, 그 외에도 혈정자증, 요로폐쇄, 감염 등이 있다.⁴⁾ 또한 폴립의 ball-valve작용으로 간헐적인 배뇨곤란을 초래할 수 있다

본례에서도 요도폴립이 ball-valve형의 요도폐쇄를 일으켜 배뇨곤란이 있었다. 그 외에도 소아에서는 요로폐쇄로 인하여 방광요관역류 및 수신증을 초래할 수 있지만 성인에서는 드물다고 한다.¹⁰⁾

요도폴립의 진단은 역행성 요도촬영술이나 배뇨중 방광요도촬영술에서 후부요도의 충만결손을 볼 수 있으며 방광요도경 검사로 종물을 확인할 수 있으나 정구의 비대와 육안상 감별이 힘든 경우에는 조직검사에 의해 확진할 수 있다고 한다.¹¹⁾ 본례에서는 배설성요로촬영을 시행한 결과 방광경부에 충만결손이 발견되어 방광경검사를 시행하여 확인할 수 있었다.

요도폴립의 치료는 외과적절제가 가장 좋은 방법에 있어서 성인은 경뇨도절제술로, 소아나 영아는 과거에는 방광절개후 폴립을 제거하였으나 최근에는 소아 요도절제경의 발달로 인하여 소아에 있어서도 대부분 경뇨도절제술로 치료할 수 있다.^{3), 10)} 수술적 방법으로 폴립을 제거한 후 재발은 거의 없으며 예후는 좋은 것으로 보고되고 있다.^{3), 10)}

요 약

63세의 남자에서 하부요로폐쇄를 일으킨 전립선부 요도폴립 1례를 치험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. Nellans, R. E. and Stein, J. J. : Pedunculated polyp of posterior urethra. *Urology*, 6:474, 1975.

2. Rao, P. L., Bhattacharya, N. C., Joshi, V. V., Pathak, I. C., and Mitra, S. K. : Posterior urethral polyp in a neonate. *Postgrad. Med.*, 227:125, 1981.
3. Hopkins, S. C. and Grabstald, H. : Benign and malignant tumors of the male and female urethra. In: *Campbell's Urology*, 5th ed. Edited by Walsh, P. C. Et al, Philadelphia: W. B. Saunders Co., pp. 1441-1462, 1985.
4. Goldstein, A. M. B., Bragin, S. D., Terry, R., and Yoell, J. H. : Prostatic urethral polyps in adults: Histopathologic variations and clinical manifestations. *J. Urol.*, 126: 129, 1981.
5. Downs, R. A. : Congenital polyps of the prostatic urethra: A review of the literature and report of two cases. *Brit. J. Urol.*, 42:76, 1970.
6. Eglon, D. E. and Pontius, E. E. : Benign prostatic epithelial polyp of the urethra. *J. Urol.*, 131:120, 1984.
7. Butterick, J. D., Schnitzer, B., and Abell, M. R. : Ectopic prostatic tissue in urethra: A clinico-pathological entity and a significant cause of hematuria. *J. Urol.*, 105:97, 1971.
8. Grig, J. R. and Hart, W. R. : Benign polyps with prostatic-type epithelium of the urethra. *Amer. J. Clin. Path.*, 63:343, 1975.
9. Gerber, W. L. : Tumors of the urethra. In: *Genitourinary Oncology*, Edited by Culp, D. A. Philadelphia, Lea and Febiger, 1985, pp. 314-333.
10. Kearney, G. P., Lebowitz, R. L., and Retik, A. B. : Obstructing polyps of the posterior urethra in boys: Embryology and management. *J. Urol.*, 122:802, 1979.
11. Gunther, I., Abrams, H. J., Sutton, A. P., and Buchbinder, M. I. : Fibroepithelial polyp of the verumontanum: A case report and review of the literature. *J. Urol.*, 121:525, 1979.

— Abstract —

Prostatic Urethral Polyp Causing Lower Urinary Tract Obstruction: Report of A Case

Dong Heon Lee, Jun Kyu Suh, Young Soo Kim, and Tong Choon Park

*Department of Urology
College of Medicine, Yeungnam University
Taegu, Korea*

Hae Joo Nam, Won Hee Choi, and Tae Sook Lee

*Department of Pathology
College of Medicine, Yeungnam University
Taegu, Korea*

Kyung Chul Lee

*Laboratory Service, Veterans Administration Medical Center, Providence,
Rhode Island, U. S. A.*

Polyps of the male urethra are relatively uncommon lesions. They usually arise from the prostatic urethra mostly verumontanum or just lateral to the verumontanum.

Posterior urethral polyp often presents with hematuria, hemospermia and sometimes lower urinary tract obstruction. We recently experienced a pedunculated prostatic urethral polyp in a 63-year-old man who complained of gross total hematuria and difficult micturition for several years. On rectal examination the prostate was slightly enlarged with normal consistency. Excretory urogram showed a round filling defect in the right side of the bladder neck measuring about 2×2cm. in size. Cystourethroscopy revealed trabeculation of the vesical wall, mild bilateral prostatic hypertrophy and a round cystic mass with a long stalk arising from the prostatic floor 1 cm. Proximal to the verumontanum which caused ball-valve obstruction in the bladder neck. This pedunculated polypoid mass was then resected at its base with resectoscope and was removed transurethrally using Lowsley's grasping forceps. The specimen was proved as fibrous polyp histologically.