

## 난소난관 절제술후 복부수술 반흔에 발생한 자궁내막증 1예\*

계명대학교 의과대학 산부인과학교실

김태훈 · 이 탁 · 곽주건 · 서영욱

### =Abstract=

### Endometriosis of Abdominal Scar After Salpingo-oophorectomy

Taek Hoon Kim, Tak Lee, Ju Kyon Kwak, Yong Wook Suh.

Department of Obstetrics and Gynecology, Keimyung University,  
School of Medicine, Taegu, Korea

Endometriosis of abdominal scar is a very rare case. We experienced a case of endometriosis of abdominal scar after salpingo-oophorectomy and present this case with a brief review of concerned literatures.

### 서 론

일반적으로 자궁내막증이 골반강이외의 부위에서 발생하는 것은 매우 희귀하며, 특히 수술후 수술반흔에 생긴 자궁내막증은 매우 드문 것으로 알려지고 있다.

금번 저자들은 난소난관 절제수술후 수술반흔에 생긴 자궁내막증 1예를 치험하였기에 간단한 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

### 증례

환자: 장○호, 48세.

가족력: 특기 사항 없음.

임신력: 4-0-0-4.

월경력: 초경은 14세, 주기는 28일형으로 규칙적이고, 월경 기간은 3~4일, 양은 중등도이며, 최종월경일은 1984년 9월 24일이었다.

기왕력: 1980년 6월에 좌측난관의 낭종으로 좌측난관 및 난소절제술을 하였다.

현병력: 상기 수술후 월경시 월경통은 있었으나 진통제를 복용할만큼 심하지는 않았다. 1983년 여

름부터 월경전 하복부통증을 느끼기 시작하여 진통제를 사용하였으며, 월경이 끝나면 통증도 소실되었다. 1984년 봄부터 복부수술 반흔부에 직경 약 2cm 가량의 종창을 촉지할 수 있었으며, 월경후에도 수술반흔부에 통증이 지속되었다. 입원 1개월 전부터 월경시 복부수술반흔부의 종창으로부터 출혈이 동반되어 본원 산부인과에 내원하였다.

입원시 소견

초진소견: 체격및 영양상태는 중등도로 비교적 양호하였으며, 체중 41kg, 혈압 110/70, 체온 36.6°C, 맥박 70/분, 호흡 22/분이었다. 복부진단결과 하복부 정중선에 수술반흔이 있었으며, 수술반흔 중앙에 2cm 가량의 검은 결절이 발견되었으며, 결절상단에 출혈을 동반하였다.

내진 소견: 외음부 및 자궁경관은 정상이며 자궁은 정상 크기로 전출되어 있었고, 좌측 부속기에는 4cm 가량의 견고한 종류를 촉지할 수 있었다.

검사 소견: 혈액 검사에서 혈색소 12gmm%, 백혈구 8000/mm<sup>3</sup>이었고, 출혈시간 및 응고시간은 정상 범위였고, 노검사, 간기능검사 및 흉부 X선 검사는 모두 정상이며 VDRL 반응은 음성이었다.

이상 소견을 종합하여 수술후 복부반흔의 자궁내막증, 좌측 부속기 종양 및 자궁내막증이라는 임상

\* 본 논문은 1984년도 계명대학교 동산의료원 임상연구 보조비로 이루어졌다.

진단을 하였다.

수술 소견 : 상기 임상진단으로 전신마취하에, 피하 지방조직과 복막근사이에 위치하고 복강내와는 관련이 없는 하복부 수술반흔의 종창을 광범위 절제하면서 개복하였다. 개복후 복강내에는 장막과 복막의 경도의 유착이 있었으며, 자궁은 정상크기로 전율되었고, 좌측 난관 및 난소는 없었으며, 우측 난소 난관은 정상소견을 보였다. 자궁 좌측에 4cm 직경의 근육으로 형성된 둥근 종괴가 주위 복막 및 대장과 경비하게 유착되어 있었다. 그외 타장기에는 육안적인 자궁내막증 소견 및 이상소견은 없었다.

수술은 수술반흔부 종창질제출, 자궁전적출술, 우측 난소난관절제술, 좌측 부속기 종괴의 적출을 시행하였다.

병리 소견 : 적출된 자궁 및 우측 난소, 난관은 특별한 소견이 없었으며, 3.5cm 크기의 좌측 부속기 종괴는 두께 1.5cm 정도의 자궁근육종으로 둘러싸여졌으며, 단면절단시 정상자궁내막조직이 발견되었다. 또한 절제된 수술반흔 표피에서도 자궁내막의 선 및 기질이 발견되었다. (사진 참조)

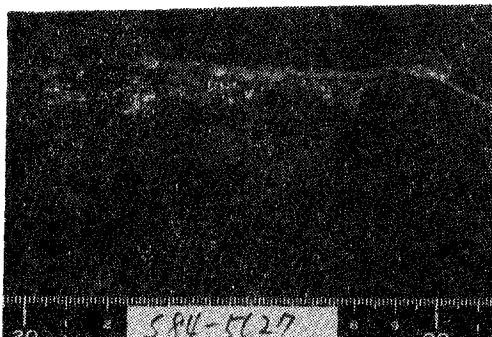


Fig. 1. Skin tissue removed from previous surgical scar.



Fig. 2. Removed uterus, right ovary, right fallopian tube.

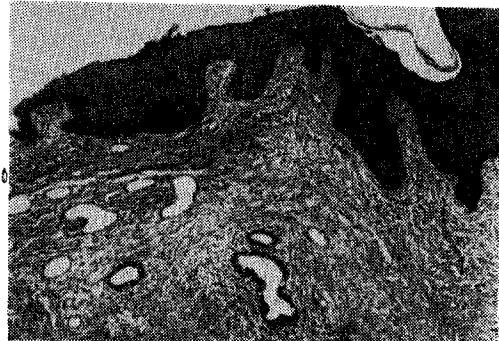


Fig. 3. The skin tissue removed from the previous surgical scar shows multiple endometrial glands and stroma. ( $\times 20$ )

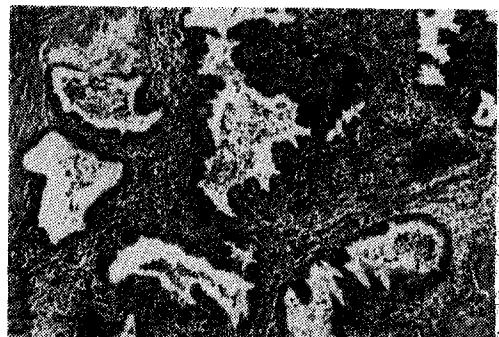


Fig. 4. Magnification of fig. 3. ( $\times 40$ )

수술후 경과 : 수술후 환자는 별다른 합병증 없이 1주일 뒤 퇴원하였으며, 수술후 3개월까지 의례를 통한 판찰에서도 이상소견은 없었다.

## 고 찰

자궁내막증이란 자궁내막조직이 자궁이외의 부위에 발생한 것으로, 그 발생기전은 여러가지가 있으나 몇 가지 중요한 기전을 보면 다음과 같다.

첫째로, 1921년 Sampson<sup>1)</sup>이 주장한 차상설로서 월경시 탈락된 자궁내막의 단편이 난관을 통하여 복강내로 역류하여 클반강내의 여러 장기에착상하여 발생한다는 것이다. 그러나 이 주장은 탈락된 자궁내막 조직 단편이 생명력을 가지고 증식할 수 있는지에 대한 의문 때문에 Te Linde 와 Wharton<sup>2)</sup>은 원숭이에서 인공적으로 자궁내막증이 발생이 가능함을 증명하였다.

그외 Ridley 와 Edwards<sup>3)</sup>은 월경시 정상적으로 탈락된 자궁내막조직 단편을 인체에 심어 자궁내막증이 발생하는 것을 증명하여, 탈락된 자궁내막 단편 중 적어도 일부분은 살아서 증식할 수 있다고 인

정되고 있다.

둘째로, celomic metaplasia 설<sup>4,5)</sup>로 異常자궁내막이 태생학적으로 celomic epithelium에서 유래되어 골반, 복막 도처에 비정상적 분화를 통하여 발생한다는 것이다.

셋째로, 자궁내막조직 단편이 부검시 폐, 근막등에서도 발견되어, 임파나 혈류를 통한 전이를 일으켜 발생한다는 임파 혹은 혈액전이설을 들 수 있으나, 임파절 자궁내막증이 발견되지 않는 점등의 원인으로 널리 받아들여지지 않고 있다.

그외 복수술, 분만, 소파수술중 자궁내막조직의 기계적이식도 발생원인이 될 수 있다. Jeffcoate<sup>8)</sup>는 제왕절개술, 근총절개술, 자궁절개술 및 ventrofixation 등의 수술후에 자궁내막증이 가끔 발생한다고 하였으며, Novak<sup>4)</sup>은 제왕절개술 후에는 발생하는 경우가 드물다고 하였다.

이상의 기전으로 골반강이외의 자궁내막증은 비뇨생식기관, 장, 임파절, 폐, 늑막, 치주막하, 상하지, 제대, 수술반흔등에서 보고되고 있다.<sup>4~9)</sup>

이중 수술반흔에 생긴 자궁내막증은 주로 자궁 혹은 난관의 수술후 발생하는 것으로 알려져 있다.

Higginbottom<sup>10)</sup>은 복식 자궁절개출술을 시행한 환자의 복부수술반흔에 자궁내막증이 발생한 것을 관찰하였으며, Gottlieb<sup>11)</sup>는 질식 자궁절개출술후 질상부에서 자궁내막증이 생긴것을 보고하였다. Steck 및 Helwig<sup>12)</sup>는 자궁절개수술중 특히 고전적 절개에서 초기 임신의 탈락막이 쉽게 유출되어 수술반흔에 직접 이식이 되어 안착된 곳에서 탈락막 세포들이 종식에 의하지 않고 cellular replication에 의하여 자궁내막증이 발생한다고 하였다. 그러나 임신 말기의 탈락막은 이식되는 능력이 적기 때문에 임신 말기 제왕절개술에서 자궁내막증의 발생은 적으며, 제왕절개술시 lower segment에서의 탈락막 유출도 미미하기 때문이다.<sup>4~7)</sup>

수술반흔에 발생한 자궁내막증과 동반하여 골반강내의 자궁내막증이 동반하는 것은 24%로 보고되고 있으며,<sup>9)</sup> 본 예에서는 골반강내의 자궁내막증은 없었으며 혼적 자궁각관 동반하였다.

자궁내막증의 연령별 빈도는 Novak<sup>4)</sup>은 25~45세 사이에서 75%가 발생한다고 하였으며, Kistner<sup>6)</sup>은 37세에서 제일 많다고 하였으며, 수술반흔에 발생한 자궁내막증의 연령빈도는 그 예가 적어서 아직까지 정확한 연령빈도를 알기는 힘든다.

인종이나 가족력과 자궁내막증 발생과는 최근 연구에 의하면 무관한 것으로 보고되고 있다.<sup>13)</sup>

증상으로서는 수술반흔부의 통증이 경도 때 악화되는 것이 가장 많고 그외 월경통, 하복부 통증, 월경파다, 불임증, 성교통 및 수술반흔부의 주기적 인 출혈등이 나타날 수 있다.<sup>4~12)</sup> 본 예에서는 월경통, 하복부 통증, 수술 반흔부의 통증 및 주기적 인 출혈을 동반하였다.

진단은 증상과 이학적 소견으로 가능하며, 확진은 조직학적 진단으로 할수 있다.

치료로서는 병소부위의 광범위한 절제로 자궁내막증의 조직을 완전히 제거하는 것이 가장 좋은 치료방법이며, 호르몬요법은 수술반흔에 발생한 자궁내막증에는 거의 효과가 없는 것으로 보고되고 있다. 만약에 재발이 잘 생기는 경우는 한번쯤 악성을 고려하는 것이 바람직하다.<sup>4~12)</sup>

수술반흔부의 자궁내막증을 예방하는 방법은 자궁내막 단편이 수술부위에 오염되지 않게 하는 것이다. 즉 수술부위에 자궁내막 단편의 유출을 방지하는 주의깊은 수술수기와 자궁을 절개하기 전 복강밖으로 들어올리는 방법이 있으며,<sup>6,7,14)</sup> 그외 복벽봉합시 자궁을 봉합한 바늘을 사용하지 않는 것도 있다.<sup>8)</sup> Sinha and Sinha<sup>15)</sup> 등은 자궁절개술비 functioning corpus luteum을 제거하는 것이 수술반흔의 자궁내막증을 감소시킬수 있다고 하였다.

## 요 약

금번 계명대학교 의과대학 산부인과학교실에서 난소 난관절제수술후 수술반흔에 생긴 자궁내막증 1례를 치험하였기에 간단한 문헌적 고찰과 함께 이에 보고하는 바이다.

## 参考文 献

1. Sampson, J. A.: Arch. Surg. 3 : 245. 1921. Cited from Novak's textbook of Gynecology. Ed. 10. Williams and Wilkins Co. Baltimore, pp. 609—635, 1981.
2. Te Linde, R. W., and Wharton, L. R.: Further studies on experimental endometriosis, Am. J. Obstet. Gynecol., 66 : 1082, 1953.
3. Ridley, J. H., and Edwards, I. K.: Experimental endometriosis in the human. Am. J. Obstet. Gynecol., 76 : 783, 1958.
4. Novak, E.: Novak's textbook of Gynecology.

- Ed. 10. Williams and Wilkins Co. Baltimore, pp. 609—635, 1981.
5. Kistner, R. W.: Gynecology, principles and practices, Ed. 3. Year book medical publisher, Inc. Chicago, pp. 439—446, 1979.
6. Field, C. A., Banner, E. A., and Symmonds, R. E.: Endometriosis of abdominal scar after cesarean section. Mayo Clin. Proc. 37 : 12, 1962.
7. Kale, S., Shuster, M., and Shangold, J.: Endometriosis in a cesarean scar. Case report and review of the literature. Am. J. Obstet. Gynecol. 111 : 596, 1971.
8. Jeffcoate, S. N.: Principles of Gynecology, 4th. ed., Butterworths, Condon and Boston, 1975.
9. Chatterjee, S. K.: Scar endometriosis: A clinopathologic study of 17 cases. Am. J. Obst. Gynecol., 56 : 81—84, 1980.
10. Higginbottom, J.: Termination of pregnancy by abdominal hysterotomy. Lancet, 1 : 937, 1973.
11. Gottlieb, T.: Endometriosis in the vaginal scar following hysterotomy for therapeutic abortion. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 36 : 194, 1957.
12. Steck, W. R., and Helwig, E. B.: Cutaneous endometriosis. Clin. Obstet. Gynecol., 9 : 373, 1966.
13. Kistner, W. R., Barbicri, R. C., and Evans, S.: Endometriosis, Year book of Obstet. and Gynecol. Year book medical publisher, Chicago, pp. 365—380, 1984.
14. Martin, R. H., and Higginbottom, J.: Hysterotomy and endometriosis. Lancet., 2 : 106, 1973.
15. Sinha, A., and Sinha, S.: Endometriosis of the abdominal scar: J. Obster. Gynecol., 27 : 457, 1977.
16. Steck, W. D., Helwig, E. B.: Cutaneous endometriosis, J. A. M. A. 191 : 167, 1965.