

處女에서 發生한 子宮頸筋腫 1例*

啓明大學校 醫科大學 產婦科學教室

李 拆

=Abstract=

A case of Pedunculated Cervical Myoma in Virgin

Tak Lee

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

A Pedunculated Cervical myoma with its weight of 45.0gm, which includes normal size corpus is presented with a brief review of literatures.

緒 論

子宮筋腫은 婦人에서 發生하는 가장 흔히 볼 수 있는 良性腫瘍으로 35歳以上의 婦人에 있어서의 發生頻度는 約 20%이다¹⁾. 이중 子宮頸部에 發生하는 筋腫은 全體子宮筋腫의 約 5~8%에 해당할 정도로 낮은 頻度를 보이며^{2~4)} 子宮후부에 好發하고 그 크기가 매우 작기 때문에 臨床症狀은 대체로 수반되지 않는 것으로 사라된다. 그러나 드물게는 子宮頸部筋腫이巨大하여 尿路나 방광을 압박하여 尿의 排泄를 초래하고 骨盤腔내에 완전히 밀착되어 간혹 수술이 매우 힘들며 尿管, 方胱 등 중요한 기관을 損傷할 위험성이 크기 때문에 婦人科醫의 注目을 끄는 질환이기도 하다.

저자는 금번 정상크기의 子宮體에 동반된 子宮頸部筋腫 1例를 治驗하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

症 例

患 者：김○순, 22세, 未婚女子

家族歴 및 既往歴：特記할 事項 없음。

月經歴：初經은 13歳에 있었다. 週期는 30日로規

則의이고 持續日은 3日間, 量은 많은 便이었다.

現病歴：入院 6個月前부터 子宮出血이 있었고 月經血量이 현저히 증가하였으며 入院 4個月前부터 排尿곤란을 호소하였으며 個人醫院을 通하여 入院하였다.

入院時 所見：發育狀態는 中等度, 診養狀態는 普通이었다. 血壓은 110/70mmHg, 派搏은 80/min, 呼吸은 20/min, 體重은 50kg, 身長은 157cm, 肺부의 청진 및 타진상 이상이 없고, 腹部의 촉진소견은 정상, 内診上 處女膜은 정상이었고 子宮頸部는 頸管擴張 및 消失이 되어 있었으며 腔내에 6.0×5.0×3.0cm 정도의 mass가 存在하고 있었으며 다른



Fig. 1. Photograph of delivered pedunculated Cervical myoma.

* 본 논문은 1985년도 啓明대학교 동산의료원 임상연구 보조비로 이루어졌음.

부위에는 이상이 없었다. 血液所見은 적혈구 385萬/mm³, 혈색소치는 9.0gm/dl, 백혈구 7,600/mm³, 뇌검사소견은 정상범위 내였고, 흉부 X-선검사도 정상이었다.

手術所見：전신마취하에서 정중선 회음부 결개를 한 후에 子宮頸部 Canal 를 통하여 腫瘍의 기저부 절제로 쉽게 제거되었다(Fig. 1).

手術後 經過：수술후 경과는 양호하여 수술 第四日째 退院하였으며 退院後 第七日째 내원하여 내진 결과 子宮頸部出血 및 폐쇄증상은 보이지 않았다.

病理學的 所見：子宮頸部筋腫(Fig. 2,3)



Fig. 2. The surface epithelium is mostly eroded. ($\times 20$)

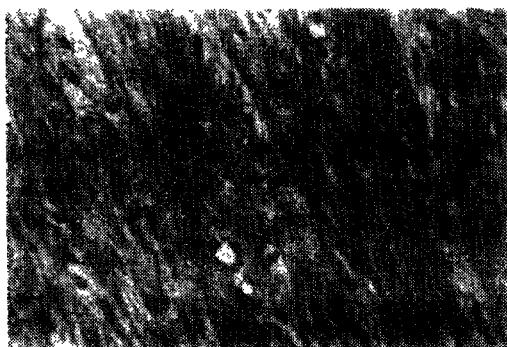


Fig. 3. The tumor cells are spindle and arranged in fascicles ($\times 200$)

考 察

發生原因：女性性器에 發生하는 大部分의 腫瘍의 發生原因이 不明인 것처럼 子宮頸部의 平滑筋腫의 發生原因도 아직 不明이다^{5), 6)}.

그리나 子宮體部의 平滑筋腫의 發生原因에 對한 散發的研究는 계속되고 있으나 아직 正確한 原因은 發見되지 않았으며 나아가 다음과 같은 세개의 學

說로 集約할 수가 있을 뿐이다. 即 첫째 種族 或은 遺傳的因素⁸⁾, 둘째 卵巢機能不全⁹⁾, 세째 Estrogen의 過剩刺載¹⁰⁾ 等이다. 그러나 以上 三學說中 그 어느 學說도 이 腫瘍發生의 原因을 確固히 解明할 수는 없다.

發生機轉：Miller 와 Ludovia⁹⁾에 依하면 子宮筋腫은 구성하고 있는 腫瘍細胞는 平滑筋細胞들이고 이 細胞들은 正常의 으로 子宮體部와 子宮頸部에 存在하는 細胞들과 形態學의 으로 相異하지 않다. 平滑筋細胞의 局限的增殖에 依하여 腫瘍을 形成한다고 하였다. 이 發生說은 많은 病理學者들에 依하여 現在까지 支持를 받고 있다. 다른 見解로는 細動脈의 中膜을 形成하고 있는 平滑筋이 增殖하여 腫瘍이 發生한다는 說⁹⁾도 있다.

發生頻度：子宮筋腫은 症狀의 有無에 관계없이, 그 發生頻度는 35歲 以上의 婦人에 있어서 20% 内外에서 볼 수 있다고 하며 20~30歲에서는 훈차 않으며¹¹⁾ 혹인에서 배인보다 3~9배 더 많이 發生하며^{6), 7)} 子宮頸部筋腫이 體部에 比하여 그 發生頻度가 적어 Herbst⁹⁾氏는 全子宫筋腫의 0.42~15.5%, Radman⁹⁾은 1,068名의 子宮筋腫患者中의 3名, Hyams²⁰⁾은 supravaginal hysterectomy 를 받은 1,800名中 2名의 頸部筋腫을 각각 보고하고 있다.

臨床症狀：子宮頸部筋腫의 臨床症狀은 腫瘍의 크기에 따라서와 發生部位에 따라 서로 차이가 있다. Radman⁹⁾에 依하면 子宮頸部筋腫은 보통 單塊이고 임신중에 빨리 肿脹되며 심한 압박증상을 나타낼 수 있으나一般的으로 서서히 자라며 腫瘍의 크기가 작아서 子宮出血, 복부팽대, 胸內降起, 膀胱炎에 등은 동반하기전에는 발견 못하는 수가 많으며一般的의 症狀은 子宮出血, 帶下, 骨盤痛, 腹痛, 腎臟痛, 腹痛, 腹痛 등을 유발한다. 종양이 상당한 크기에 달하면 頻尿, 排尿곤란, 尿急, 변비, 하지부종과 같은 압박증상을 나타내며 이와 한 臨床症狀이외에 분만시 產道 등을 폐쇄하여 分만곤란증을 초래하기도 한다. 子宮頸部筋腫의 發生部位는 臨床症狀을 說明하는데 매우 重要하다.

Torpin 과 Beard¹¹⁾는 子宮頸部筋腫을 發生部位에 따라 다음과 같이 分類하였다.

1) 子宮頸部 上端에서 發生하여 腹腔내로 脱出하는 경우

2) 子宮頸部에서 시작해 腹腔내로 降起하는 경우

3) 子宮頸部 中間部位에서 시작해 Broad ligament의 양쪽이나 앞뒤로 성장하는 경우

4) supracervical hysterectomy 후 子宮頸部 切

斷部位에서 發生하는 경우의 4가지로 分類할 수 있으며 本症例는 子宮頸部 中端에서 發生해 腫內로 降起되는 경우로 사료된다.

子宮頸部筋腫의 크기는 다양하며 의국문헌보고에서 보면 거대한 것의 馬淵^[2]의 경우 20kg을 볼 수 있으며 국내에서는崔의 3,450gm^[3], 朴의 970gm^[4], 朴의 1,800gm^[5] 등은 볼 수 있었다.

子宮筋腫이 임신에 미치는 영향으로서 임신초기에는 유산의 頻度가 높고 임신기에는 적색변성으로 인한 痛痛과 암통, 發熱, 배하구증가증과 같은 증상을 나타내며 임신 3기에는 조기출혈, 자궁부녀 또는 자궁이완증에 의한 產後出血이 잘 유발된다.

子宮筋腫과 不妊에 대해서는 학자간에 의견이 분분하다. 그 원인에 대해서는^[6,11] hormone 균형의 으상에 의한 無排卵, 子宮腔의 变形 혹은 기형에 의한 착상실패와 조기유산, 난관병변에 의한 난관폐쇄등 여러가지 학설이 있다.

治療: 子宮筋腫患者의 治療는患者의 연령, 症狀, 筋腫의 크기에 의하여決定되며, 大部分의 경우 治療를 要하지 않는다. 閉經期以後에는 卵巢機能의 減退로 子宮腫瘍도 自然의 으로 退化하므로 閉經期에 가까운 婦人에서 症狀이 없고 子宮筋腫의 크기가 작을 때는 閉經期를 기다리서 自然退化를 期待할 수 있다.

그러나 治療의 原則은 外科的 摘出이다^[2,8]. 放射線照射 或은 化學療法의 効果는 現在까지 잘 判定되어 있지 않다^[8,13]. 子宮頸部의 下端에서 發生한 筋腫 或은 頸管外口를 通하여 成長하는 有頸性筋腫 (polypoid)은 腫式切除를 試圖할 수도 있다.^[2,4] 頸管의 上端 或은 中間部에서 發生한 筋腫은 開腹에 의한 子宮摘出術을 施行함이 좋다. 患者的 연령이 적고 妊娠을 須할 때는 子宮筋核切除術을 施行함으로써 滿足할 만한 結果를 얻을 수 있다고 한다. 子宮筋核切除術後 妊娠率은 25~40%의 成績을 報告했으며^[1,9,17~19], 反面 再發率은 Finn^[17]에 의하면 23%, Brown^[18]은 31.3%, Lardaro^[19]에 의하면 13%였다고 하며 이 중 再手術이 必要한 境遇은 6.4%였다고 한다.

이 症例는 子宮頸部의 左側中間部位에서 發生하여 腫內로 降起하여 있었으므로 筋腫만을 切除하는 데 成功하였다. 子宮頸管 및 體部를 保存한 理由는患者의 연령, 未婚 및 病歴等을 考慮했기 때문이다.

結論

著者は 22세된 未婚女子의 左側子宮頸部의 中間

部位에서 發生한 筋腫이 腫內로 降起한 例에 對하여 筋腫切除術을 施行하여 生殖能力을 保存시킬 수 있었던 例이었다.

References

- Novak, E. R.: Novak's textbook of Gynecology. 10th. ed. The williams and wilkins Co., Baltimore London, p. 427, 1981.
- Fluhmann, L. F.: The cervix uteri and its Disease, W. B. Saunders Co., philadelphia & London, pp. 244—249, 1961.
- Radman, H.: Myoma of the Cervix. Am. J. Obstet. Gynecol. 82 : 361—363, 1961.
- Huffman, J. W.: Gynecology and Obstetrics, W. B. Saunders Co., philadelphia and London, pp. 946—948, 1962.
- Herburt, P. A.: Gynecological Pathology. Lea & Febiger, Philadelphia, p. 212, 1953.
- Kistner, R. W.: Gynecology, principles and practice. 3rd ed., p. 225, 1979.
- John, I. Prrewer, and Edwin, J. Costa : Textbook of Obstetrics & Gynecology Vol. 18, No. 1, 1975.
- Counseller, V. S., and Collins, D. C.: Fibroma of the cervix uteri, Report of cases. Am. J. Obstet. Gynecol., 30 : 108—112, 1935.
- Miller, N. F., and Ludovici: On the origin and development of uterine fibroids. Am. J. Obstet. Gynecol., 70 : 720—740, 1955.
- Schwartz, O. H., and Wisner, S.: Histogenesis of uterine myoma. Am. J. Obstet. Gynecol., 58 : 1133—1144, 1949.
- Torpin, R., and Beard, B. C.: Fibroma of uterine cervix, pedunculated and expelled from Vagina. Am. J. Obstet. Gynecol., 40 : 490—492, 1940.
- 馬淵純文: 甲状腺腫을 合併한 巨大한 子宮頸部筋腫. 近畿婦人科, 18 : 1754, 1935.
- 崔永達外 3명: 巨大子宮筋腫 2例. 大韓產婦人科學會誌, Vol. 17, No. 9, 1974.
- 朴順煥外 2명: 子宮頸部筋腫과 満期妊娠合併例. 大韓產婦會誌, 10 : 137, 1967.
- 朴景愛外 3명: 巨大子宮頸部筋腫의 1例. 大韓

- 產婦會誌, 14:111, 1971.
16. Reid, D.E.: textbook of obstetrics, W.B. saunders, p.654, 1962.
17. Finn, W.F., and Muller, P.F.: Abdominal myomectomy. Am. J. Obstet. Gynecol., 60:1, 1950.
18. Brown, A.L., and Chamberlain, R.W.: Myomectomy. Am. J. Obstet. Gynecol., 71:759, 1956.
19. Lardaro, H.H.: Extensive myomectomy, Am. J. Obstet. Gynecol., 79:43, 1960.
20. Hyams, M.N.: Benign tumors of the cervical stump following supravaginal hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol., 37:690, 1939.