

후복막강에 위치한 거대자궁근종 1예*

계명대학교 의과대학 산부인과학교실

이 탁·차 순 도

계명대학교 의과대학 병리학교실

김 상 표

= Abstract =

A Case of Giant Uterine Myoma Occupied in Retroperitoneum

Tak Lee, MD; Soon Do Cha, MD

*Department of Obstetrics & Gynecology, Keimyung University
School of Medicine, Taegu, Korea*

Sang Pyo Kim, MD

*Department of Pathology, Keimyung University
School of Medicine, Taegu, Korea*

A Case of giant uterine myoma occupied in retroperitoneum in 48-year old nulliparous woman is presented, and its literatures are reviewed briefly.

서 론

자궁근종은 자궁에서 발생하는 양성종양중 가장 빈도가 높은 것으로 전여성의 4~11%에서 발견되며 부인과 수술검사재료의 30% 이상을 차지한다¹⁾.

호발연령은 30~40대 이며 50대 이상에서 약 40% 정도를 점유하며 발생기전은 아직 정확하게 정립된 것은 없다. 저자들은 최근 정상크기의 자궁체부를 가지며 후복막강내에 위치한 거대자궁근종 1예를 치료하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환 자 : 윤○연, 48세

가족력 : 특기사항 없음.

월경력 : 초경은 14세에 있었고 주기는 불규칙(25~35)하며 지속시간은 5~7일간였고 양은 많은편이었으며 그외의 특기할만한 질병이나 수술을 받은 일은 없었다.

출산력 : 21세에 결혼 하였으며 임신의 경험은 전혀 없었으며 불임증에 대한 조사는 하지 않았다.

주소 및 현병력 : 입원 3일전부터 복부팽창이 점차 증가되고 호흡곤란등을 호소하였다. 1980년경 좌측 하복부에 성인 주먹크기의 종괴가 본인에 의하여 촉지되어 개인의원에서 수술을 권유 받았으며, 1984년경부터는 급작스런 체중감소와 복부팽창이 있었으며, 1985년 2월초부터 복부팽창은 심해지고 호흡곤란이 시작되어서 개인의원에서 난소종양으로 진단되

* 이 논문은 1987년도 계명대학교 윤종연구비 및 동산의료원 임상연구보조비로 이루어졌음.

었으며, 입원 3일전부터 갑작스런 복부팽창과 호흡 곤란이 동반되어서 1987년 9월 본원 외래를 통하여 입원하게 되었다.

초진소견: 체격은 작은편 이었으며, 혈압 110/70 mmHg, 맥박 80회/분, 체온 36.4°C, 체중 56kg 이었으며 안면은 정상이었다. 복부는 전복강내를 거의 종양이 차지하여 만삭크기로 팽만되어 검상돌기까지 도달 했으며 복부둘레는 103cm 이었다. 복부종양은 촉진상 고정되어 있었으며 낭종성이었으며 표면은 평활하였고 압통은 없었다.

내진소견은 자궁과 자궁부속기는 잘구별되지 않았으며 거의종양이 전복부를 차지 하였고 자궁경부는 보이지 않았으며 촉진상 좌측으로 심하게 편위되어 있었으며 이상적 질분비물은 보이지 않았다.

이화학적 검사소견: 혈액소견은 Hb가 18.1gm%, Hct 57.0% 백혈구치 7,300/mm³ 이고 노소견상은 이상이 없으며 간 및 신장기능 검사는 정상이었고 그의 α -FP 은 4.33ng/ml, CEA 2.14ng/ml 였으며 심전도와 흉부 X선 소견에는 특기할 사항이 없었다.

복부초음파 검사소견은 전복부내에 다양한 반향적인, 많은 중격을 가진 종괴로 자궁 및 자궁부속기를 구별 할 수는 없었으며 간장, 신장 등에는 특이 소견이 없었다.

수술소견: 위의 진찰 및 검사소견 등으로 보아 거대난소종양이라는 임상적 진단하에 수술을 시행하였다. 전신마취하에 개복한 결과 거대종양이 복강을 상부로 편위시키고 후복막강내에 거대종양이 충만되어 있었으며 복강내의 자궁 및 난소는 정상적으로 위치하고 다른 장기와의 유착은 없었으며 자궁적출술 및 양측부속기적출술과 후복막강내의 종괴제거술을 시행한뒤 후복막강에 Penrose drain 을 꽂았다.

병리학적 소견: 적출된 종양의 크기는 42cm×30cm×15cm 로 무게가 11.0kg 이었으며 표면은 비교적 평활하고 절단면은 다양한 크기의 2차변성을 일으킨 낭성지역 및 견고한지역으로 구분되었다 (Fig. 1).

적출된 종양은 심한 변성을 동반한 자궁근종으로 악성변화는 없었다(Fig. 2, 3).

고 찰

자궁근종은 30대 이후의 부인에서 가장 흔히 발생되는 양성종양으로 35세 이후의 전부인에서 약 20%의 발생률을 보이며 전부인에서 4~11% 빈도를 보이며 호발연령은 30대 및 40대 이며 50대 이후의 여



Fig. 1. The cut surface shows multicystic spaces, containing the yellowish serous fluid & hemorrhage & partial whitish yellowish solid area.

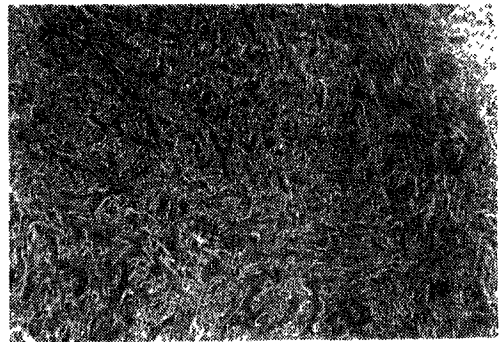


Fig. 2. Leiomyoma showing scattered areas of hyaline degeneration between the muscle bundles (H & E, x40).



Fig. 3. Another focus of leiomyoma c myxomatous degeneration (H & E, x40).

성에서는 약 40%에서 발견 된다고 한다¹⁾.

발생원인이나 기전에 대해서는 잘 알려져 있지 않으나 Novak²⁾와 Miller³⁾는 근종의 원인으로 유전적 인자가 관계되어 흑인종의 근종발생의 높은율을 설명하고 있다. 근원은 정상근육세포나 결체조직 세포, 혈관의 totipotent primitive cell 로 발생

되는 것으로 adult muscle cell 이나 stromal connective tissue cell로부터 발생된다는 연구가 있다¹¹⁾.

지금까지 자궁근종의 성장에 관한 여러가지 요소들이 거론되어 왔지만 그중에서 난소호르몬, 성장호르몬, 황체호르몬 등이 자궁근종의 성장에 미치는 영향에 대한 실험자료들이 보고되었다¹⁴⁻¹⁶⁾.

호발부위는 주로 자궁체부와 경부이며 경부보다는 체부에 호발하며 90~95%에서 발생된다.

근종의 형태는 집막하근종, 근층내근종, 장막하근종의 3가지형이 있으며 때로는 장막하근종이 광인대의 주름사이로 자라 인대간근종이 되기도 하며 또 그발생부위로부터 분리되어 주위기관이나 장막으로부터 영양을 받는 기생근종도 있다^{14,19)}.

근종의 크기는 미소한 현미학적크기^{1,2)}부터 Hunder¹⁰⁾에 의하여 보고된 140pounds, Daniel¹¹⁾의 85pounds 등 거대한크기 까지 보고 되어있으며 국내에서는 강¹²⁾에 의한 17,600gm, 정¹³⁾에 의한 11,500 gm, 구¹⁴⁾에 의한 9,120gm 까지 보고되어있으나 이는 모두 복강내로 성장한 것들이고 본예에서 같이 후복막강내에 위치한 경우는 아니었다.

증상은 근종의 증대에 따른 국소증상 또는 전신증상으로 주위장기의 압박에 따라 나타나며 종양축지, 자궁출혈, 하복부동통, 압박증상등이 주증상이며 그위에 빈혈, 두통, 호흡곤란 등의 일반증상이 나타난다. 출혈은 집막하층에 발생되었을 때 흔하며 이때의 자궁출혈은 자궁집막하 정맥총내의 혈관이 월경중 파열되어 일어난다고 하였으며 Sampson¹⁵⁾은 정맥망으로부터 온다고하였다. 또한 종양이 거대할때는 방광을 압박하여 방광자극, 빈뇨, 매노곤란 등을 일으킬수도 있으며 하대정맥이나 장골정맥을 눌러 부종이 올수도 있다.

병리조직학적으로 0.1~0.6%에서 악성변화를 하며^{1,2)} Harper and Scullg¹⁶⁾은 골반정맥내 평활근의 발육을 특징으로 하는 intravenous leiomyomatosis 를 보고하고 있다.

2차적변화로서는 초자양변성이 가장흔하고 만성적액화로 인해 낭종성변화도 올수있으며 순환장으로 인하여 석회화변성이 되어 소위 "석자궁"이 올수 있으며 이때 단순복수촬영상 다발성석회음영을 볼수 있을때도 있다^{1,3,7)}.

집막하근종에서는 감염과 화농이 잘보이며 그 외에 괴사, 지방변성, 육종성변성이 올수 있다^{1,2,17)}.

근종으로 인한 불임증은 그 빈도가 증가되며 근종결절절제술후의 임신빈도는 Rubin¹⁸⁾ 등은 25~40%,

Finn¹⁹⁾과 Babakina²⁰⁾는 25~48%의 임신율을 보고하였고, Ranney²¹⁾ 등은 89%의 임신율로 상당한 차이를 보였다. 진단은 복부촉진과 내진 및 진단적소파술과 자궁경 등이 있으며 대개는 증상을 보아서 쉽게 진단할수 있으나 초기임신과 난소종양등되는 감별진단이 용이하지않은 않다.

치료는 환자의 연령, 증상, 종양의 크기 및 의사의 판단에 따르며 대기요법, 방사선 요법, 수술방법 등의 세가지가 있다. 대기요법을 행할때는 폐경기의 부인에서 종양이 육종으로 변하는 수가 있으므로 6개월마다 규칙적인 진찰을 요한다.

방사선치료는 최근 외과적 수술이 좋은 효과를 보이므로 수술이 위험을 받을만한 환자에만 행하는데 여기에는 종양의 크기가 3개월미만의 크기일때, 집막하종양일때, 감염성질환과 동반되지 않았을때, 직장을 침범하지 않았을때 행할수 있다고 하며 방사선치료전에 다른 만성자궁내 질환의 가능성을 배제하기 위하여 진단적 소파수술을 시행함이 좋다.

수술치료는 증상을 호소하는 환자에서 많이시행되는 치료방법이며 증상을 호전시키는 가장좋은 방법이다. 특히 자궁경부근종의 수술을 할때에는 요도, 방광 및 직장등의 손상될 가능성이 많으므로 주의 해야 한다.

요 약

48세의 미산부에서 후복막강내에 위치한 거대자궁근종으로 악성변화를 보이지 않았던 증례를 체험하였기에 간단한 문헌적고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

- 1) Novak ER, Jones GS: *Textbook of Gynecology*, ed 10. Willians & Wilkins Co, 1979, pp 427~442.
- 2) Kistner RW: *Principle and practices of Gynecology*, ed 4. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1986, pp 196~213.
- 3) Meyer R: *Dia Pathologische Anatomie der Gerber Mutter*, Berlin, Jullius Spriger, 1930, p 253.
- 4) Nelson WO: Endometrial and myometrial changes including fibromyomatous nodules induced in the guinea pig by estrogen. *Anat Rec* 1937; 68 : 99.

- 5) Lipschutz A: Experimental fibroids and the antifibromatogenic action of steroid hormones. *JAMA* 1942 ; 120 : 171.
- 6) Grattarola R, Li CH: Effect of growth hormones and its combination with estradiol-17-on the uterus of hypophysectomized and hypophysectomized-ovariectomized rats. *Clin Endocrinol* 1959 ; 65 : 802.
- 7) Segaloff A, Weed JC, Sternberg WH, Paron W: The progesterone therapy of human uterine leiomyomas. *J Clin Endocrinol Metab* 1949 ; 9 : 1273.
- 8) Goodman AL: Progesterone therapy in uterine fibromyoma *J Clin Endocrinol* 1946 ; 6 : 402.
- 9) Richard FM, John DT: *The Linde's Operative Gynecology*, ed 6. Philadelphia, JB Lippincott Co, 1985, pp 203—222.
- 10) Hunter WC, Lattig GJ: Stromal endometriosis and Uterine adenomyosis. *Am J Obstet Gynecol* 1958 ; 75 : 258.
- 11) Daniel GM: Myoma of the uterus, Gynecology and Obstetrics. Carl Henry Davis and Bayard center. Hagerstocks, Maryland, WF Prior Co, Cited from #14.
- 12) 강옥희 외 ; 거대자궁근종의 1예. 대한산부인과 학회지 1979 ; 22 : 167—169.
- 13) 정중호 외 ; 거대자궁근종의 1예. 대한산부인과 학회지 1983 ; 26 : 829—832.
- 14) 구병삼 외 ; 거대자궁근종의 1예. 대한산부인과 학회지 1975 ; 18 : 85—88.
- 15) Sampson JA: Blood supply of uterine myomata. *Surg Gynecol Obstet* 1912 ; 14 : 215.
- 16) Harper RS, Scully RE: Intervenous leiomyomatosis of the uterus. *Obstet Gynecol* 1961 ; 13 : 519.
- 17) Novak ER: *Gynecological and Obstetrical Pathology*, ed 7. Philadelphia, WB Saunders Co, 1974, pp 260—279.
- 18) Rubin IC, Novak J: *Integrated Gynecology*, ed 1. McGraw-Hill Book Co, 1956, p 256.
- 19) Finn WF: Abdominal myonectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1948 ; 60 : 109.
- 20) Babakina A, Rock JA, Jones HW: Pregnancy success following abdominal myomectomy or infertility. *Fertil Steril* 1978 ; 30 : 644.
- 21) Ranney B, Frederick I: The occasional need for myomectomy. *Obstet Gynecol* 1979 ; 53 : 437.