

Asherman's syndrome 치료후의 임신율에 관한 연구*

계명대학교 의과대학 산부인과학교실

김병용 · 서규표 · 박손원 · 정태일 · 이두룡

서 론

Asherman 이 1948년에 처음으로 intrauterine synechiae에 관하여 발표한 이래로 이것에 관한 수많은 논문과 고찰이 있었다¹⁾. Asherman's syndrome은 자궁내 유착으로 자궁강과 경관의 부분적 또는 완전한 소실을 일으키는 것을 가리킨다. 이는 분만 또는 유산후 시행한 자궁 소파술후 나타날 수 있는데, 주된 원인 요소는 외상과 감염이다. 진단은 병력상 무월경을 볼 수 있고, 확진은 자궁난관조영술, 자궁경으로 가능하다. 여러 방법으로 자궁내 유착을 분리 하는데, 즉 blind, sharp curettage, 자궁경하의 투열요법(diathermy) 및 가위로써 분리, 자궁경하의 소파술, 어떤 경우는 자궁내 장치, 주기적 호르몬 투여, 자궁강 확장을 위하여 소이용 Foley catheter 등을 들 수 있다.

저자들은 계명대학교 의과대학 산부인과학교실 불임클리닉에서 1989년 11월 부터 1992년 11월까지, 3년동안 무월경 및 불임을 주소로 방문한 환자 가운데, Asherman's syndrome으로 진단된 50례를 대상으로, 원인, 치료경과 및, 임신율에 관하여 논하고저 한다.

재료 및 방법

1989년 11월부터 1992년 11월까지, 3년동안 무월경 및 불임을 주소로 본 교실 불임클리닉을 내원한 환자들 가운데, 자궁 난관 조영술(Hysterosalpingography, HSG)에서 자궁강의 부분적 소실과, filling defect를 보이에 가운데, 의무기록이 잘된 50례를 그 대상으로 하였다.

무월경 및 불임을 주소로 내원하였을 때, 무월경인 경우에는 먼저 황체 호르몬 100mg을 근육주사후 소퇴성 출혈(withdrawal bleeding)을 보이며, 유즙 분비 호르몬(prolactin, PRL), thyroid stimulating hormone(TSH) 등이 정상인 경우, 소퇴성 출혈이 끝난 3-5일후 자궁난관조영술을 시행하였으며, 황체 호르몬 근육주사후 소퇴성출혈이 없으면서 정상 수치의 PRL, TSH인 경우에는, 난포호르몬 부하검사를 하여 출혈이 있으면, 출혈이 끝난 3-5일후 자궁난관조영술을 시행하였으며, 난포호르몬 부하검사후 출혈이 없으면, 출혈이 없는 상태에서 자궁난관조영술을 시행하였다. 자궁난관조영술은 일반적으로 시행하는 데로, 시행전에 Buscopan 1 Ampule을 근육 주사하여 통증을 완화 내지 없게 하였으며, 시행후 항생제를 5일간 복용하도록 하여 염증을 예방하였다.

불임증인 경우, 월경이 끝난 3-5일째에, 자궁난관조영술을 시행하였다.

자궁난관조영술상 자궁내 유착 및 자궁강의 부분적 소실과 filling defect를 보인 Asherman's syndrome인 경우에는 수술실에서, Demerol 50mg, Valium 10mg 정맥 주사하에 자궁내막 소파술을 시행하였고, Lippes loupe 2개를 자궁강내에 넣었다. 이어서 Premarin 1.25mg-2.5mg/day를 월경 주기 5일째부터 14일간 복용후, 나머지 7일동안은 Duphastone 10 mg/day와 함께 복용하였다. 이와같이 3개월간 복용후, Lippes 100p 2개를 자궁강내로 부터 제거후, 자궁난관촬영술을 시행하여, 치료여부를 확인하였다(Figure 1&2). 만약 filling defect가 완전히 없어지지 않고 남아 있으면 위의 치료를 반복하여 시행하였다.

* 이 논문은 1993년도 계명대학교 을중연구비 및 동산의료원 조사연구비로 이루어졌음.

결 과

Asherman's syndrome 환자의 평균연령은 30.32세 이었고, 과거의 인공유산, 분만등의 경험이 없는 일차성 불임증과, 경험이 있는 이차성 불임증의 분포는 8 : 42로써 인공유산등의 경험이 있는 이차성 불임이 훨씬 많음을 보여주고 있으며, Asherman's syndrome 50례 가운데, 완전히 치료를 마친 20례중, 7례에서

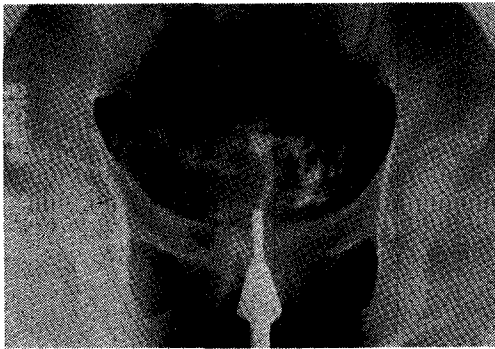


Fig. 1. Pre-operative hysterosalpingogram showing filling defect.

자궁내 유착 분리를 시행하는 방법으로, 먼저 1948년 Asherman, 1985년 Ismajoich 등은 blind, sharp curettage & uterine sounding를 이용하였고^{2,3)}, 1957년 Asherman은 hysterotomy and sharp dissection of adhesions을⁴⁾, 그의 1982년 Sanfilippo등은 sharp curettage with or without hysteroscopy⁵⁾, 1981년 Lancet 및 Mass등은 hysteroscopically dissected division of adhesions with either diathermy or with flexible scissors⁶⁾, 요즘에는 Nd-YAG laser가 이

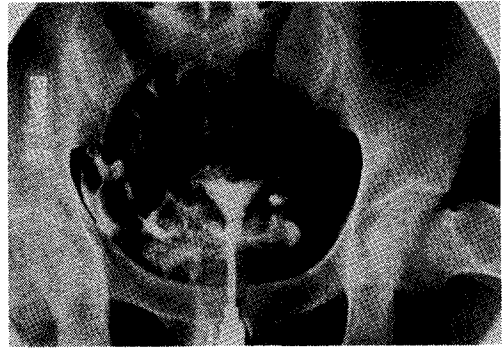


Fig 2. Post-operative hysterosalpingogram showing completely healed uterine cavity.

임신이 되어 임신율은 35% 였으며 임신의 결과는, 이미 분만이 3례, 현재 임신중 3례, 자궁의 임신으로 수술받은 경우 1례 이었다(Table 1).

고 찰

Asherman's syndrome의 유착형성 정도 및 임상 증상 양상은 경미한 유착에서 부터 자궁강의 완전한 소실까지 다양하다.

Asherman's syndrome의 조기진단은 병력과 자궁난관조영술, 유착부위 발견을 위한 자궁초음파 검사, hormone withdrawal test, 자궁경(Hystroscope), 진단적 소파술등으로 이루어진다¹⁾. 병력상에는 이차성 무월경, 불임, 주기적 동통, 월경불순 등으로 나타난다.

이러한 증상전에 자주 산후 또는 임신중절을 위한 자궁소파술의 병력이 있다. 본 논문의 경우에도 50례 가운데 38례(76%)에서 과거 소수술의 과거력이 있었다. Asherman's syndrome의 원인으로는 소파수술등으로 인한 외상 이외에 감염, 감염유산, 자궁내의 retained products등을 들 수 있다.

용되고 있다¹⁾.

YAG laser로써 Asherman's syndrome을 치료하는데에는 분명한 이점이 있다. 즉, 먼저 사용하기가 비교적 쉽고, 유착된 부위만을 정확하게 파괴할 수 있고, 최소한의 열로 인한 손상(thermal damage)을 줌으로써 술후 유착의 재발을 줄일 수 있다. 또 다른 이점은 술중 출혈이 적다.

수술시야를 좋게 하기 위하여 Dextran 70과 같은 fluid distension medium이 필요하다.

수술후 자궁내막의 치유를 촉진하기 위하여 전후 자궁내막이 들어 붙는 것을 방지하기 위하여 Klein 및 Garcia등은 자궁내 장치(intra uterine device, IUD)를 사용하였거나, 소아용 Foley catheter를 사용하였다⁷⁾. 이것들은 자궁내에서 수주일에서 한달 동안 두었다고 하였다. 어떤 경우에는 이와같은 치료에 보충하여 1973년에 Klein, Garcia등, 1981년 Lancet, Mass등, 1982년 Sanfilippo등은 수주일에서 수개월동안 주기적인 호르몬 치료를 하였다^{5,7)}. 그러나 1985년 Ismajoich는 이와같은 호르몬 치료없이도 비슷한 결과를 얻을수 있었다고 하였다³⁾.

John R. Netton등은 ND-YAG laser로써 Asherman's

Table 1. Summary of results

Serial number	Age	Primary or secondary	Pregnancy outcome
* 1	34	s	Full term delivered
* 2	28	s	Full term delivered
3	31	s	
* 4	31	s	
* 5	33	s	
* 6	34	s	
* 7	30	p	
* 8	31	p	
9	29	s	
* 10	30	p	Full term delivered
* 11	31	p	Ongoing pregnancy
* 12	39	s	
* 13	28	s	
14	38	s	
15	33	s	
* 16	30	s	
* 17	34	s	
* 18	34	s	Full term delivered
* 19	27	s	
* 20	36	s	
* 21	39	s	Ectopic pregnancy
* 22	34	s	
23	36	s	
24	35	s	
25	31	s	
26	39	s	
27	36	s	
28	35	s	
29	26	p	
30	26	s	
31	31	s	
32	31	s	
* 33	30	s	
34	28	s	
35	24	s	
36	38	s	
37	39	s	
38	33	s	
39	30	p	
40	39	s	
41	32	s	
42	31	s	
43	24	p	
44	30	s	
45	28	s	
46	29	p	
47	33	s	
* 48	26	s	Ongoing pregnancy
49	27	s	
50	35	s	

(* eases of compleate treatments of Asherman's syndreme)

syndrome을 치료할 때, 조직 손상이 없고, 유착을 쉽게 분리할 수 있고, 정상적인 월경의 회복이 빨리 나타나는 것 등이 있는가를 좀더 연구해 보아야 하겠지만, 자궁경(hysteroscope)하에서의 ND-YAG laser의 Asherman's syndrome에 대한 치료는 정확하게 유착을 파괴할 수 있으며, 주위 조직에 열 손상(thermal damage)을 주지 않는 것 등은 특이한 점이며, 또한 이와같은 치료법은 수술후의 다른 보조 치료가 필요없다고 하였다¹⁾. Bernardo Ismajovich 등은 경도(mild) 및 중등도(moderate)의 intrauterine adhesions 50례를 소파수술, 이어서 2개의 Lippes 100p를 자궁내 삽입하여 치료한 후 46명(90%)에서 임신이 되었고, 이 가운데 39명(85%)에서 viable infant를 분만하였고, 7례(15%)는 자연유산 되었다고 보고하였다⁸⁾. 본 교실의 연구결과는 임신율이 35%인데, 이는 대상 환자가 전부 자궁난관조영술에서 filling defect 및 이로 인한 자궁강의 부분적 소실을 보여주는 등의 자궁내막의 심한 손상을 보여주는 예들이기 때문에, Bernardo Ismajovich 등의 경우보다 임신율이 낮은 것으로 생각된다.

요 약

1989년 11월부터 1992년 11월까지 3년간 불임 및 무월경 치료를 목적으로 본원 불임클리닉을 찾아온 환자중, 자궁난관조영술에서 filling defect 및 자궁강의 부분적인 소실을 보인 50례 가운데 20례를 자궁소파술, 이어서 2개의 Lippes 100p를 자궁강내에

= Abstract =

The Study on Pregnancy Rate after Treatment of Asherman's Syndrome

Byung Yong Kim, MD; Kyu Poe Suh, MD; Son Won Park, MD;
Tae Il Jeong, MD; Du Ryong Lee, MD;

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

From November 1989 to November 1992, we evaluated well follow-uped 50 cases of Asherman's syndrome. The chief complaints was infertility and amenorrhea and the ratio of primary to secondary infertility is 8 : 42. Pregnancy rate of 20 cases which were completely treated by curettage, insertion of 2 Lippes loops, medication of Premarin, Duphastone is 35% (7 cases), of these, 3 cases were full term delivered, 3 cases are ongoing pregnant, 1 case was ectopic pregnant.

Key Words: Asherman's syndrome, Pregnancy rate

삽입후 Premarin 및 Duphastone으로 3개월간 치료하여 7명(35%)이 임신되었기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. John RN, William EM, Michael JE, et al: Division of uterine adhesions(Asherman's syndrome)with the Nd-YAG laser. *Br J Obstet Gynecol* 1989; 96: 104.
2. Asherman J: Amenorrhoea traumatica. *J Obstet Gynecol Br Emp* 1948; 55: 23-27.
3. Ismajovich B, Lidor A, Confino E, et al: Treatment of minimal and moderate intrauterine adhesions. *J Reprod Med* 1985; 30: 769-772.
4. Asherman J: Traumatic intrauterine adhesions and their effects on fertility. *Int Fertil* 1957; 2: 49-61.
5. Sanfilippo JS, Fitzgerald MR, Badawy SA, et al: Asherman's syndrome: a comparison of therapeutic methods. *J Reprod Med* 1982; 27: 328-330.
6. Lancet M, Mass N: Concomitant hysteroscopy and hystero-graphy in Asherman's syndrome. *Int Fertil* 1981; 26: 267-272.
7. Klein SM, Garcia CR: Asherman's syndrome: a critique and current review. *Fertil Steril* 1973; 24: 722-735.
8. Bernardo Ismajovich, Arie L, Edomond C, et al: Treatment of minimal and moderate intrauterine adhesions(Asherman's syndrome). *J Reprod Med* 1985; 30: 770.