

임신중 우측난소의 자궁내막낭증의 성장과 파열의 1례

포항선린병원 산부인과

박일영·남상욱·허광현·최종호·홍순도·이종학

서 론

임신과 난소종양과의 합병은 최근 빈도가 점차 증가하는 경향을 볼 수 있으며 Douglas와 Stromme¹⁾ 등은 최근 20년간 총 임신 98,330예 중 난소종양을 합병한 환자 199예를 보고하였고, 양측성 종양은 Novak²⁾은 25-50%라 하였다. 특히 염전, 파열, 감염 그리고 악성종양 가능성성이 있어 그 진단과 치료가 중요하다. 그러나 임신중 난소의 자궁내막증은 매우 드물다³⁾. 대개 자궁외 내막 조직은 임신동안에는 동반되는 임상적인 증상이 완화된다고 알려져 있다⁴⁾.

저자들은 하복부 동통과 복부 팽만감을 주소로 내원한 임신 34/4주의 환자를 시험적 개복술을 시행하여 우측 난소의 자궁내막낭증(endometriotic cyst)의 성장과 파열을 경험하였기에 이를 보고하고 문헌적 고찰을 하는 바이다.

증례

환자 : 주○란, 35세, 경산부.

월경력 : 초경 15세, 주기는 규칙적이었으며, 지속기간은 3~4일이었고, 월경량은 중등도였으며, 최종월경일은 1992년 3월 9일이었다.

산파력 : 27세에 결혼하여 7년전 정상 사내 아이를 정상 질식 분만한 경산모이며 2회의 인공 유산 경험 있다.

기왕력 : 과거 수술이나 입원 경험 없었으며 산전 진찰시 난소 종양등은 보이지 않았다

현병력 : 최종월경일 1992년 3월 초로, 1992년 11월 8일 오전 12시 경부터 심한 하복통과 복부 팽만감이 있어 내원하여 입원하였다.

입원시 소견 : 평소 월경은 규칙적이었고 경증의

월경통이 있었으나 산전 진찰시에는 초음파상 부분적 전치태반 소견을 보였고 다른 특이한 사항은 없었다. 산모의 전신상태는 양호하였고, 하복통과 복부 팽만감이 있었으며 자궁저고는 임신주수와 거의 일치하였다. 자궁경부는 거의 닫혀있고 자궁경관 소설은 이루어지지 않았으며, 양막은 존재하였다. 두부 태위였으며 진입되지 않았으며 태반은 죽지 되지 않았다. 태아심음은 140회/분으로 규칙적이었다. 자궁 수축검사상 경증 혹은 중등도의 연속적 수축이 죽지되어 조기진통, 과긴장 자궁 혹은 태반 조기박리를 의심하여 입원하였다. 입원 후 2회의 Pethidine HCl 근육주사를 하였으나 하복통과 복부 팽만감이 악화되었으며, 다른 이학적 소견, 산과적 진찰상의 특이한 사항은 없었다.

수술소견 : 1992년 11월 8일 전신마취하에 시험적 개복술을 시행하였다. 복강내에서 chocolate색의 액체가 차 있었다. 제왕절개술을 시행하여 1,960gm의 미숙한 여아를 분만하였다. 개복시 파열된 직경 약 10cm의 우측 난소의 자궁내막낭증이 보였으며 이 우측 난소는 자궁 외측벽에 단단히 유착되어 있었다. 또한 좌측 난소 역시 자궁내막증의 양상을 보여주면서 자궁 외측벽과 cul de sac으로 유착되어 있었다. 우측 난소 부분 절제술을 시행한 후 복강내 세척을 시행하였다. 수술 후 환자 상태는 정상이었다.

별리조직학적 소견 : 우측 난소의 자궁내막낭증은 현미경 소견상 불규칙한 자궁내막선과 현저한 탈락막 현상이 자궁내막간질에 보였다. 또 풍부한 혈 철소 침윤의 대식세포가 나타났다(Fig. 1).

고찰

자궁내막증은 성장, 증식 및 출혈 등과 같은 기능이 있는 자궁내막조직이 자궁외 부위에 존재하는 것을 의미하며, 신체 여러 부위에 발생할 수 있는데 특히

호발 부위는 난소, 자궁의 인대, 직장, 자궁 등이다⁵⁾. 특히 난소가 가장 흔한 부위이며 대개 양측성으로 나타난다⁴⁾. 난소의 자궁내막증은 낭종으로 나타나는데 일명 자궁내막종(endometrioma), 혹은 Chocolate cyst로 알려져 있다⁵⁾. 자궁내막조직이 자궁근내로 파급되어 발달한 경우를 자궁선근종(adenomyosis)이라 하는데, 일반적으로 자궁내막증과는 조직발생학적으로 관련이 없으며, 그 임상증상에 있어서도 상당한 차이가 있다. 자궁내막증의 원인은 상당히 논란이 있으나 주로 아래 4가지로 설명한다⁶⁾.

(a) 월경시 월경혈 및 자궁내막조직의 난관을 통한 역류로 인하여 자궁내막세포가 골반내에 직접 침입되어 성장하는 것. (b) 월경시 자궁내막세포가 자궁의 혈관계 및 임파계를 통하여 원격장기 및 장소로 전이된다는 혈행성 파종설. (c) 미입자궁내막이 배상피세포 및 태생학적으로 체강상피에서 기원하는 골반복막 일부의 이상분화결과 발생하는 체강화생설. (d) 난소내 embryonic rest의 존재가 원인된다.

자궁내막증을 대표하는 특징적인 임상증상과 징후는 매우 다양하다. 그러므로 자궁내막증이 이학적 검사로서 진단될 수는 없지만, 이학적 소견으로 자궁내막증의 존재 가능성을 의심할 수 있는 경우는 많다. 임상증상과 징후는 월경통, 골반통, 성교통 및 월경이상등이 있으며 특히 불임증의 한 원인으로서 자궁내막증은 오래전부터 연구되어 왔다. 자궁내막증을 가진 여성에서 20-40%가 불임증을 나타낸다⁶⁾.

Katayama et al은 불임부부의 25%에서 여자가 자궁내막증이 있음을 보고하였다.⁷⁾ 불임의 직접적인 원인은 알려져있지 않으나 임신을 저해하는 여러 가지 기전이 작용할 것이라고 생각되어 왔다. 이 기전에는 (a) mechanical factors, (b) a toxic peritoneal environment, (c) immunologic abnormalities, and (d) endocrinologic alterations 등이 포함된다⁸⁾. 따라서 높은 비율의 불임증 때문에 임신중 자궁내막증은 매우 드물다⁹⁾. 자궁내막증이 성장하기 위해서는 난소호르몬의 영향을 받는다. 따라서 정상적인 menopause가 되어 난소 호르몬분비가 줄어들면 증상이 완화된다⁹⁾. 자궁의 자궁내막조직은 그 생성 원인중 하나인 menstruation이 임신되면 무월경상태가 되고 호르몬 분비의 변화를 초래하므로 동반되는 임상적인 증상이 완화된다고 알려졌다⁴⁾.

MaArthur와 Ulfelder¹⁰⁾은 자궁내막증을 가진 23명 여성에서 임신의 임상적 효과를 분석하고, 임신증 질환의 경로가 다양함을 관찰하였다. 얼마간의 환자는 임신중 자궁내막증이 더 진행되었고, 분만 후에도 이 질환이 지속되었다.

James RS 등은 임신과 Progestin 치료로 자궁내막조직에서 탈락막변화를 관찰하였다¹¹⁾. 장기간의 Progestin 치료 혹은 임신후 stroma는 탈락되었으며 glands는 atrophic change를 하였으며 부분적 피사, 섬유화 그리고 임파구가 침착된 염증성변화를 역시 보여주었다. 이와 같은 이유로 이런 호르몬 사용으로 자궁내막증 치료의 가능성을 제시하였다.

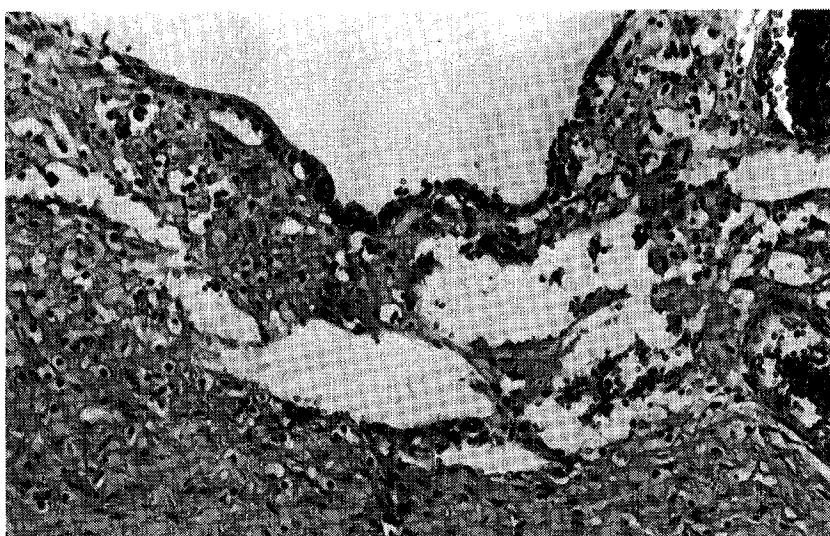


Fig. 1 Histologic section reveals irregular endometrial glands and marked decidual reaction of the endometrial stroma.

드물게 임신중 난소의 자궁내막낭종이 파열되어서 신우신염, 급성 충수염 혹은 자궁의 임신과 같은 임상 증상을 나타낼 수가 있다¹²⁾.

이 환자의 경우, 자궁내막성낭종은 크기가 계속 증가하였으며 수술적 치치를 요한만큼 심한 증상을 초래하였다. 이것은 임신중 활발히 성장한 난소 자궁내막증의 드문 경우중 하나이다¹³⁾.

요 약

계명의대 산부인과에서 35세된 경산부에서 임신과 동반된 우측 난소의 자궁내막낭종의 성장과 파열을 경험하였기에 이에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

- Douglas RG, Stromme WB: Ovarian cyst complicating pregnancy. *Operative Obstetrics*, ed 3. Appleton-Century-Crofts, 1976, 298 p.
- Novak ER, John GS, John HW: *Novak's Textbook of Gynecology*, ed 10. Wildins Baltimore, 1981, 507 p.
- Ingram J. M. Endometriosis, in. Benson RC, (ed.) *Current obstetric and gynecology Diagnosis and Treatment*, ed 4. London, Rebman, 1987, 341 p.
- Merril et al. Endometriosis, in. Danforth DN (ed.) *Obstetrics and Gynecology*, Maryland, Ha-
- rper and Row, 1977, pp 1004-1013.
- 대한산부인과학회 교과서편찬위원회 : 부인과학. 개정판. 서울, 도서출판 칼빈서적, 1991, 445 p.
- Novak ER, John GS, John HW: *Novak's Textbook of Gynecology*, ed 10. Wildins Baltimore, 1981, pp 308-311.
- Katayama KP, Kap-Soon J, May M, et al., Jr.: Computer analysis of etiology and pregnancy rate in 636 case of primary infertility, *Am J Obstet Gynecol*, 1979; 135, 207 p.
- Machelle M, Seibel: *Endometriosis Pathophysiology and Treatment, Infertility a comprehensive text*, Prentice Hall, Erylewood cliffs, New Jersey, 1990, 111 p.
- Herbst Mishell, Stenchever Droegemueller: *Comprehensive Gynecology*, ed 4. Mosby, USA, 1987, 502 p.
- McArthur JW, Ulfelder H: The effects of pregnancy upon endometriosis. *Obstet Gynecol Surv* 1965; 20: 709.
- James RS, Philip JD, Charles BH, et al: *Endometriosis* ed 6. Danforth's Obs and Gyn, 1990, 848 p.
- Roszman FD, Ablacing G III, Marrs RP: Pregnancy complicated by ruptured endometrioma, *Obstet Gynecol* 1983; 62: 519.
- Hammon CB, Rock JA, Parker RT: Conservative treatment of endometriosis: The effects of limited surgery and hormonal Pseudo-pregnancy. *Fertil Steril* 1976; 27: 756.

=Abstract=

A Case of Growth and Rupture of an Endometriotic Cyst of The Right Ovary in Pregnancy

Il Young Park, MD; Sang Uk Nam, MD; Kwang Heon Her, MD;
Jong Ho Choi, MD; Soon Do Hong, MD; Jong Hak Lee, MD;

Department of Obstetrics and Gynecology, Sunrin Hospital, Pohang

Pregnancy has long been considered to have beneficial effect on endometriosis.

During the pregnancy, extrauterine endometrial tissues did not growth or enlarged because of physiologic amenorrhea and producing hormonal effect.

However, we experienced a patient who underwent emergency exploratory laparotomy at gestation week 34/4 for rupture of an ovarian endometriotic cyst. The patient had a Cesarean section delivery of a 1,960gm female baby, who died at 1st day of life.

Key Words: Abdominal pain, Endometriosis, Ovarian cyst, Pregnancy