

자궁간질임신의 기왕력이 있는 산모에서의 임신 제 3분기 자궁파열

계명대학교 의과대학 산부인과학교실

배진곤·김종인

Uterine Rupture at the 3rd Trimester Gestation in Pregnant Woman with History of Interstitial Pregnancy

Jin Gon Bae, M.D., Jong In Kim, M.D.

*Department of Obstetrics and Gynecology, Keimyung University School of Medicine,
Daegu, Korea*

Abstract

Uterine rupture is an obstetrical emergency. With a 5% maternal mortality rate and a 61% perinatal mortality rate, prompt and effective management is necessary to save lives. Therefore, obstetricians need to be ever watchful for the sign and symptoms of uterine rupture to manage the emergent situation. The major risk factor for uterine rupture is uterine surgery, especially previous cesarean delivery. Other risk factors contributing to uterine rupture are multiparity, oxytocin stimulation, fetopelvic disproportion and malpresentation. We experienced uterine rupture at the 3rd trimester in woman with a history of interstitial pregnancy, and report this case with a brief review of literature.

Key Words : Interstitial pregnancy, Uterine rupture

서론

임신 중 자궁파열은 드물지만 모성, 특히 태아

사망을 초래할 수 있는 산과적 응급 질환이다[1]. 그러나 임상 증상인 하복부 통증, 질 출혈, 태아심음 감소 등은 질환에 특이적이지 않으므로 질환을

교신저자: 배진곤, 700-712 대구광역시 중구 달성로56, 계명대학교의과대학 산부인과학교실

Jin Gon Bae, M.D., Department of Obstetrics and Gynecology, Keimyung University School of Medicine
56 Dalseong-ro, Jung-gu, Daegu 700-712, Korea

Tel : +82-53-250-7599 E-mail : gonmd@dsmc.or.kr

예견하지 못하면 진단이 늦어져 산모와 태아의 생명이 위태롭게 될 수 있다. 임신 중 자궁 파열은 대부분 자궁수술의 기왕력을 포함한 위험 인자를 가진 여성에서 발생하므로 자궁파열의 위험 인자를 인지하는 것은 질환의 예측과 진단에 매우 중요하다. 저자들은 자궁 간질 임신으로 복강 경하 절제술을 시행했던 병력을 가진 재태기간 34주 산모에서 자궁파열을 경험하여 문헌 고찰과 함께 보고하고자 한다.

증 례

환자 : 이 O 미, 32세

월경 및 산과력 : 초경은 14세, 주기는 28~32일 정도로 규칙적이었고, 기간은 5~7일이었으며, 양은 보통이었다. 최종월경일은 2011년 10월 중순이었고, 분만예정일은 2012년 7월 19일이었다.

분만력 : 0-0-1-0

주소 및 현병력 : 산모는 개인 산부인과에서 임신 진단 후 정기적인 산전 진찰을 받았으며 특이소견은 없었다. 내원 좌측 하복부 통증이 발생하여 개인 산부인가를 방문하여 기초 진찰을 받았으나 이후 증상이 악화되어 본원 산부인과로 전원 되었다.

과거력 : 내원 당시 산모는 재태기간 34주 0일이었으며 임신 1년 좌측 자궁간질임신 진단 하에 복강 경하 자궁간질임신 부위 절제술을 시행한 것 외에는 특이 병력은 없었다.

입원 시 진찰소견 : 본원 도착 당시 산모의 의식상태는 명료하였으나 심한 복통으로 급성 병색을 보였다. 활력 징후는 혈압 110/70 mmHg, 맥박 115회/분, 호흡수 26회/분, 체온은 36.7°C이었다. 이학적 검사 상 좌측 복부에 압통과 반발 압통이 있었으나 골반 검사에서 질 출혈은 관찰되지 않았고 자궁경부는 닫혀있는 상태에서 경도의 소실이 있었다. 자궁은 3~5분 간격의 경도 수축이 있었고 태아 심박동은 정상 범위였다.

초음파 소견 : 내원 당시 시행한 경복부초음파에서 자궁 저부 좌측에 자궁 근층 파열로 추정되는 직경 4 cm 정도의 결손 부위가 관찰되었고 결손 부위를 통해

복강으로 돌출된 69×58 mm 정도 크기의 막성 구조물이 보였으나 양막과 자궁 장막이 구별되지 않아 자궁이 완전히 파열된 후 양막이 돌출된 것인지, 자궁 장막이 건재한 불완전 자궁파열 인지는 확인할 수 없었다(Fig. 1,2). 태위는 두위였고 태아의 크기는 임신 34주 정상 크기였으며 양수 양도 정상이었다. 파열부위의 가장자리에서 태반이 관찰되었고 태반 기저부에 혈종이나 출혈 소견은 없었고 태반은 자궁 내에 위치하고 있었다. 복강 내 출혈 소견은 관찰되지 않았다.

검사실 소견 : 내원 당시 산모의 혈색소는 13.4 g/dl이었으나 1시간 뒤 혈색소는 11.2 g/dl로 저하된 소견을 보였고 혈소판이나 혈액 응고 인자, 섬유소 등에서 이상 소견은 관찰되지 않았다.

수술 소견 : 산모의 증상과 징후, 초음파 검사 소견으로 자궁파열 진단 하에 제왕절개를 시행하여 2,400 gm의 남아를 분만하였고 신생아의 1분, 5분 아파가 점수는 각각 6점, 8점이었다. 횡절개로 개복을 하였을 때 복강내에는 1,000 cc 정도의 혈액이 고여있었고 좌측 자궁 간질부에서 직경 5 cm 정도의 완전 자궁 파열과 파열 부위를 통한 태반 돌출을 확인할 수 있었다(Fig. 3). 통상적 제왕절개 부위 봉합이 이루어졌고 자궁파열 부위는 출혈이 많지 않아 vicryl 1-0를 이용하여 단순 봉합하였다.

입원 경과 : 환자의 수술 1일째 혈색소치는 10.2 g/dl 수술 5일째 봉합사 제거 후 정상 퇴원하였으며 신생아는 분만 10일째 별다른 이상 없이 정상 퇴원하였다.

고 찰

자궁파열은 매우 드물지만, 산모와 태아의 생명을 위협할 수 있는 질환이므로 발생 가능성을 항상 염두에 두어야 한다. 일반적으로 자궁파열은 이전 제왕절개나 다른 자궁수술 기왕력이 있는 경우에 수술 반흔 파열 형태로 흔히 발생하나 수술에 의한 반흔이 없는 경우에도 발생할 수 있으며 특히 저개발 국가에서는 분만 진통에 대한 부적절한 관리로 인해 발생하기도 한다[1]. 과거 수술에 의한 반흔이 없는 자궁에서의 파열 빈도는 선진국에서는 0.013%(1/7440), 개발도상국에서는

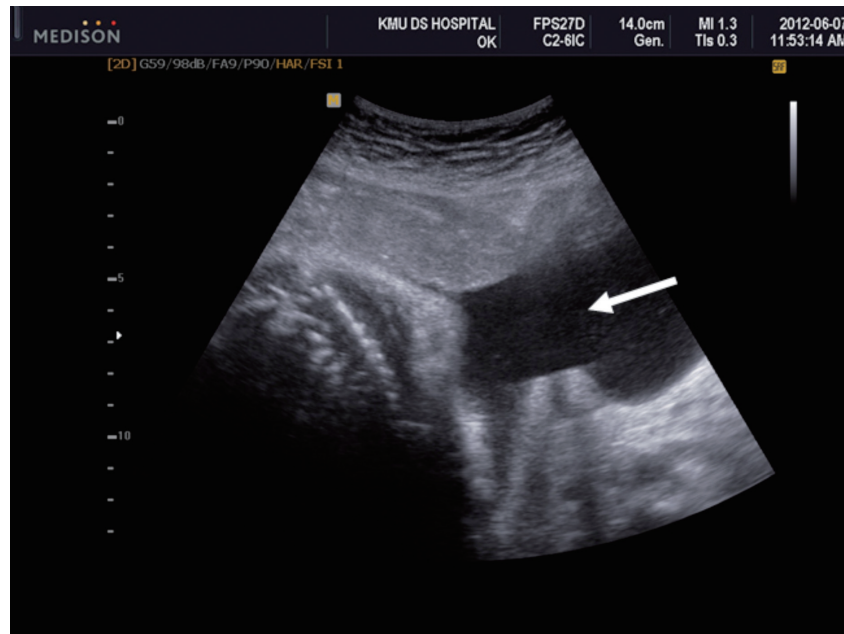


Fig. 1. Ultrasonography showed loss of muscular layer of uterus (arrow).

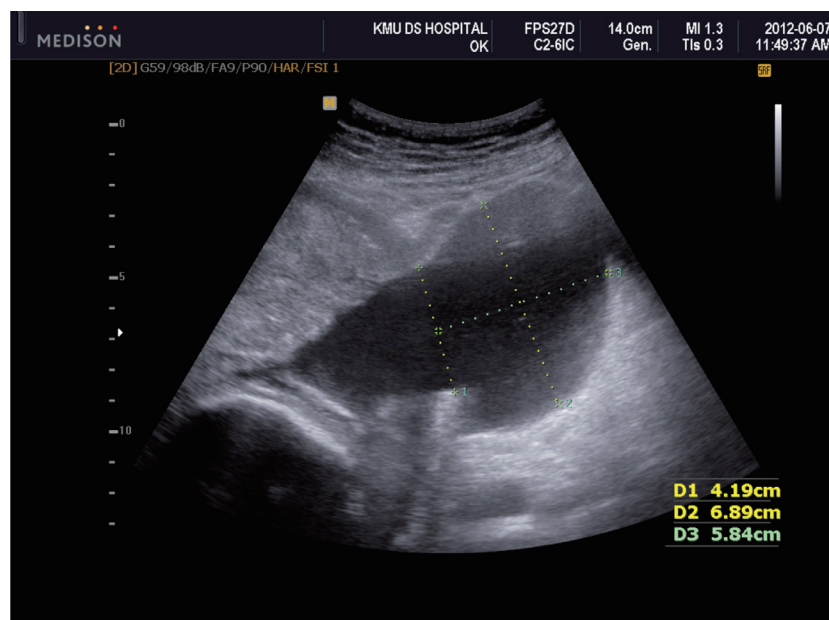


Fig. 2. Ultrasonography showed 42 mm sized muscular defect and 69 × 58 mm sized bulging cystic structure through the defective site. Amnionic membrane is not defined.

0.11% (1/920) 정도로 보고되고 있으며 이전 자궁수술로 인한 반흔이 있는 경우 0.1% 정도의

자궁파열 빈도를 보인다[2,3].

자궁파열은 파열 정도에 따라 완전파열과



Fig. 3. Uterine rupture. Placenta is seen protruding through the ruptured site.

불완전파열로 분류되는데 완전 파열은 자궁 전층이 파열되어 태어나 태반이 산모의 복강내로 돌출되는 경우이고 불완전파열은 자궁의 장막층 또는 내장 복막이 건재하여 태어나 태반이 복강내로 탈출하지 않은 경우이다[4]. 본 증례의 경우는 초음파 검사에서 장막이 건재한 것으로 보였으나 수술 소견에서 장막층이 발견되지 않아 완전 파열로 최종 진단된 경우이었다.

자궁파열을 유발할 수 있는 인자들 중에는 수술 기왕력이 가장 중요하다. 이전 자궁수술에 의한 수술 반흔은 자궁파열을 유발하는 가장 흔한 원인으로 후속 자궁파열을 유발할 수 있는 수술 중에는 제왕절개술이 가장 흔한 원인이며 특히 고전적 절개(classical incision)를 한 경우 그 위험성이 높아진다[5]. Lydon-Rochelle 등은 제왕절개 분만 후 질식 분만을 시도할 때 옥시토신을 사용하는 경우 1,000명 중 7.7명에서 자궁 파열이 일어날 수 있음을 보고하기도 하였다[2]. 이외에 자궁근종 절제술, 초음파를 이용한 자궁근종용해술 후에도 자궁파열이 발생할 수 있지만 본 증례에서와 같은 자궁간질임신 절제술 후 자궁파열의 발생 빈도는 매우 낮아 국내에서는 단 1례가 보고된 바 있다.

자궁간질임신은 자궁외임신의 한 형태로 드물게 발생하는데 자궁 간질은 난소동맥과 자궁동맥이

문합되는 지점이므로 파열될 경우 급격한 대량 출혈이 발생한다. 자궁간질임신은 초음파 검사에서 임신낭이 자궁내강에서 1 cm 이상 떨어져 있으면서 자궁근육에 의해 완전히 둘러싸이고 자궁벽이 5 mm 이하로 얇아져 있는 경우 진단될 수 있다. 치료는 다른 자궁외임신들과 마찬가지로 초기에 보존적 치료를 시행할 수 있으나 적응이 되지 않을 때는 개복술 또는 복강경 수술 기법을 이용하여 자궁간질임신부 절제술을 시행한다. 자궁간질 임신부위 절제술 후 임신을 하게 된 경우에는 자궁 파열의 위험이 있으므로 질식분만보다는 분만 진통이 발생하기 이전에 제왕절개를 하는 것이 추천된다[6,7]. 이전 자궁수술 기왕력 외 자궁파열을 유발할 수 있는 인자들로는 다산부, 태위이상, 유도분만 시 프로스타글란딘 사용, 전치태반, 겸자분만, 내족부전향(internal podalic version), 자궁 저부 압박 등이 있으므로 이런 유발인자를 동반한 산모들에서는 분만 진행 중 자궁파열 가능성에 대한 예견과 충분한 대비가 있어야 한다[8,9].

자궁파열이 발생했을 때 나타날 수 있는 증상들은 태아의 심박수 감소(특히 만기 감소)와 자궁 수축의 소실, 산모의 빈맥 등이 있다. 자궁파열의 전형적인 양상은 산모의 빈맥과 함께 태아심박수가 급격히 저하되고 후속적으로 질 출혈과 복통 또는 찢어지는

듯한 통증이 나타나는 형태이지만, 경우에 따라서는 복통 등의 통증이 선행되기도 한다. 또한 질 출혈이나 복강내 출혈이 확연히 나타나지 않는 경우에는 산모에서 저혈량성 쇼크나 태아곤란증이 저명하게 나타나고서야 진단이 되는 경우도 있다. 이러한 증상들이 있을 경우 내진을 통해 태아 선진부 하강이 소실되는 것을 확인하는 것도 진단에 도움이 될 수 있다[1,10]. 그러나 전술된 증상들은 자궁파열에 특이적 증상 또는 징후는 아니므로 태반 조기박리, 전치태반, 전치혈관, 자궁 외번, 자궁경부 열상 그리고 자궁 무력증과의 감별이 필요하다.

자궁파열의 치료는 응급 개복을 하여 환자의 상황에 따라 자궁 절제술이나 단순봉합을 시행할 수 있다. 즉, 산모의 나이가 젊어 향후 임신을 원하는 경우에는 단순봉합으로 자궁을 보존 할 수 있으나 다산부에서 진단이 너무 늦었거나 감염의 우려가 있는 경우에는 일반적으로 자궁절제술을 시행한다. 자궁파열의 경우 대부분 대량 출혈을 동반하므로 대량의 수액요법과 수혈이 고려되어야 하며 지혈에 문제가 있을 경우 대동맥 압박이나 내장골동맥, 자궁동맥 또는 난소 동맥을 결찰 할 수도 있다. 프로스타글란딘이나 옥시토신 등의 자궁 수축제를 투여하면서 수술을 진행하는 것도 지혈에 도움이 될 수 있다[11].

자궁파열 이후에 다시 임신을 했을 경우, 자궁파열이 반복될 확률은 약 33% 정도로 알려져 있고 봉합 2년 후 임신을 하였을 때 보다 5년 후에 임신하였을 때 가 자궁파열에 대해 상대적으로 안전한 것으로 알려져 있으므로 자궁파열을 경험한 여성이 임신을 원하는 경우에는 가능한 한 봉합 후 늦게 임신을 시도하는 것이 바람직하다[12].

저자들은 자궁간질임신의 기왕력이 있는 34주 산모에서 자궁 파열을 경험 하였기에 간단한 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wensrom KD. Rupture of the uterus. In:

- Williams obstetrics*. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 646-52.
2. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001;**345**:3-8.
3. Adanu RM, Obed SA. Ruptured uterus: a seven-year review of cases from Accra, Ghana. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;**25**:225-30.
4. Plauche WC, Von Almen W, Muller R. Catastrophic uterine rupture. *Obstet Gynecol* 1984;**64**:792-7.
5. Lieberman E. Risk factors for uterine rupture during a trial of labor after cesarean. *Clin Obstet Gynecol* 2001;**44**:609-21.
6. Landon MB. Uterine rupture in primigravid women. *Obstet Gynecol* 2006;**108**:709-10.
7. Sagiv R, Golan A, Arbel-Alon S, Glezerman M. Three conservative approaches to treatment of interstitial pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;**8**:154-8.
8. Ben-Aroya Z, Yochai D, Silberstein T, Friger M, Hallak M, Katz M, et al. Oxytocin use in grand-multiparous patients: safety and complications. *J Matern Fetal Med* 2001;**10**:328-31.
9. Belfrage P, Smedvig E, Gjessing L, Eggebo TM, Okland I. A randomized prospective study of misoprostol and dinoprost for induction of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;**79**:1065-8.
10. Rodriguez MH, Masaki DI, Phelan JP, Diaz FG. Uterine rupture: are intrauterine pressure catheters useful in the diagnosis? *Am J Obstet Gynecol* 1989;**161**:666-9.
11. Ripley DL. Uterine emergencies. Atony, inversion, and rupture. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999;**26**:419-34, vii.
12. Usta IM, Hamdi MA, Musa AA, Nassar AH. Pregnancy outcome in patients with previous uterine rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;**86**:172-6.