

## 골반외 자궁내막증

연세대학교 의과대학 산부인과학교실

장기홍 · 연혜정 · 박경수 · 이윤호 · 황동훈

### Extrapelvic Endometriosis

Ki Hong Chang, M.D., Hye Jeong Yeon, M.D., Kyoung Soo Park, M.D.,  
Yoon Ho Lee, M.D. and Dong Hun Hwang, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

#### = Abstract =

Endometriosis involving sites outside the pelvic cavity is a relatively uncommon occurrence and its frequency is cited as being less than one percent of all occurrences of endometriosis. Sites previously reported in literature have described involvement of the extraperitoneal portion of the round ligament, the rectosigmoid, the appendix, and the ileum. Other more distal sites reported to have been found to have endometriosis lesions include the inguinal ligaments, the umbilicus, abdominal incisional wounds, thoracic lesions involving the pleura or diaphragm which may result in catamenial pneumothorax, the kidneys, and vulvar episiotomy wounds. Endometriosis have even been reported to occur in males.

In this presentation, three cases of endometriosis, two involving the vulvar area and one involving a Pfannenstiel incision wound, is presented with a review of the pertinent literature in order to discuss its etiology, pathology, diagnosis and treatment.

#### 서 론

자궁내막증은 골반내 생식장기 및 장관 뿐만 아니라 그 외에도 비교적 드물게 서혜부인대, 배꼽, 복부 수술부위, 신장 회음부 절개부위, 기흉을 유발할 수 있는 흉막이나 횡경막에도 자궁내막증이 발생할 수 있다. 따라서 자궁내막증의 발생 부위는 다양하게 나타난다. 골반내 발생빈도 순으로 자궁벽, 난소, 자궁의 장막 표면, 자궁천골인대, 직장자궁와, 난관, 자궁경부, 외음부등이 있으며 자궁에서 거리가 멀어 질수록 발생빈도의 감소 경향이 있다(Telinde & Scott, 1950)(표 1). 드물게는 신장 자궁내막증이 발생할 수 있으며(Hajdu & Koss, 1970) 이런 현상은 아마 자궁내막 세포가 요관의 입과 혹은 혈관을 경유하여 신장에 도달한다고 생각된다(Ball & Platt, 1962; Steck & Helwig,

1966). 또한 Steck와 Helwig 보고에 의하면 배꼽에 발생하는 자궁내막증은 반드시 수술부위에 나타나지 않고 경우에 따라 자발적으로 나타날 수 있으며 또한 82명의 골반외 자궁내막증 환자 중 26명이 배꼽에서 발생했는데 수술 반흔이 배꼽주위에 있더라도 자궁내막증은 반드시 배꼽에 정확히 위치한다고 보고하였다(Steck & Helwig, 1966).

본 저자들은 최근 자궁내막증이 제왕절개수술 부위 및 외음부에 발생한 3예를 경험한 바 있어 문헌 고찰과 함께 보고하며 이에 대한 원인, 병리, 진단, 그리고 예방에 대해 논의하고자 하는 바이다.

#### 원 인

자궁내막증의 조직형성 및 병인에 대한 이론은 지금 현재 여러 학설이 발표되어 왔으나 그

**Table 1.** Incidence of extrapelvic endometriosis

Location	Incidence
Appendix	1.4
Diaphragm	?
Incisional-abdominal	0.8
Incisional-vulva	0.2
Inguinal	0.8
Kidney	?
Lung and pleura	
Omentum	0.6
Rectovaginal septum rectosigmoid involvement	1.6
Rectovaginal septum with vaginal extension	1.8
Sigmoid colon	0.8
Small intestine	0.2
Umbilical	0.8
Extensor carpi radialis muscle	?

중 어느 하나로 자궁내막증의 모든 병리, 역학, 임상적 특성이 설명이 결론적으로 되지 않고 있으며 많은 연구에도 불구하고 논란의 여지가 아직 있다. 그러나 자궁내막증에서 가장 합리적인 학설은 Sampson 이식설, 체강화생설, vascular dissemination설 등이다. 피부 자궁내막증에서는 수술상처 부위에 자궁탈락막 세포가 이식될 수 있는 가능성을 보여주며 특히 자궁외에서 자궁내막 세포의 생활력과 성장이 증명되었다(Telinde & Scott, 1950). 또는 이들은 수술상처 부위에 자궁탈락막 세포가 이식되더라도 제왕절개술이나 회음부 절개술 후 자궁내막증의 발생빈도가 낮은 것은 임신만기 자궁내막 세포보다 초기 임신 자궁내막세포가 더 쉽게 이식될 수 있기 때문이라고 보고 하였다. 더불어 최근에는 임신중절을 위해 자궁절개술 시행의 빈도가 증가하는 추세이며 Stallworthy(1973)는 초기 임신 자궁내막세포가 쉽게 이식될 수 있으므로 자궁절제술 중 약 2%의 환자에서 피부 자궁내막증이 발생한다고 보고하였다(Stallworthy, 1973). 자궁내막의 이식 정도는 자궁내막의 종류에 따라 다르다고 이들은 동물실험을 통해 발표하였다. 이 순서는 postmenopausal > interval > secretory > premenstrual > menstrual > early pregnancy > late pregnancy 순서다. 다시 말하면 폐경기의 자궁내막이 다른 조직에서 가장 잘 발생하는 반면 임신만기의 자궁내막이

비교적 자궁내막증을 일으키지 않는다. 그 외 Rani등(1981)은 27명의 제왕절개술 후 수술 반환에서 발생한 피부 자궁내막증 환자를 조사한 결과 74%의 환자는 임신 제 2기때 임신 중절을 위해 자궁 절개술을 시행받았던 환자들이었다. 또한 Chatterjee(1980)도 비슷한 71%의 빈도를 보고하였다.

## 증상 및 진단

골반내 자궁내막증은 월경통, 성교통, 불임 등 3개의 triad으로 증세를 나타낸다고 하였다. 그러나 수술반흔부위나 회음부절개부위등에 발생하는 골반외의 자궁내막증은 생리때 심해지는 병변 발생부위의 통증, 촉진되는 종괴 등으로 나타나며 경우에 따라 자궁내막낭종 까지 발생할 수 있다. Steck와 Helwig(1966)는 총 82명의 피부 자궁내막증 환자를 조사한 바 수술 후부터 병변의 발생까지의 기간은 평균 30개월 이라고 보고하였다. 회음부절개 후 회음부에 자궁내막증 발생까지의 기간은 19개월에서 11년까지 매우 다양하게 나타난다(Hambrick et al., 1979).

수술 후 상처에서 발생하는 종괴의 진단은 결코 쉽지 않다. 고려해야할 질환들은 다양하게 나타날 수 있으며 여기에는 켈로이드 형성, 수술육아종, 종양이식증, 섬유육종 등이있다. Karnaky(1971)는 피부 자궁내막증 환자가 의심되면 진단방법으로 0.1mg stilbesterol을 경구 투여한 후 종괴의 통증이 심해지며 종창화되면 피부 자궁 내막증 진단을 할 수 있다고 하였다. 골반내 자궁내막증에서는 흔히 임상적으로 월경통, 불규칙한 월경, 성교통, 불임증등으로 나타날 수 있지만 소화기 계통에서 발생하게 되면 복통, 장출혈, 장폐쇄증, 장중첩증 등으로, 비뇨기 계통에서 발생하게되면 측복통, 오한, 배뇨통, 혈뇨 등으로 다양하게 나타날 수 있다(Saleh & Daw, 1980; Pillay & Hardie, 1980). 폐에서는 기흉 또는 혈흉을 일으킬 수 있다(Karpel et al., 1985).

## 증례

증례 1: 이○규, 38세, 가정주부

환자는 내원 수년 전부터 하복부 및 항문주위의 불편감이 있었고, 최근 2개월 전부터 항문주위에 종괴가 촉진되며 특히 월경시 회음부의

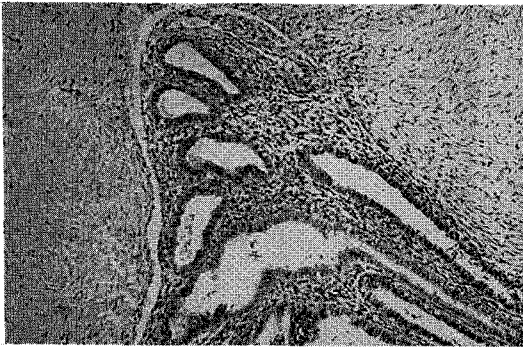


Fig. 1. Endometrial glands and stroma in the dense collagenous stroma of episiotomy scar endometriosis

팽창 및 통증이 있어서 1993년 3월 16일 본 병원에 처음 내원하였다. 산과력상 3회의 분만은 모두 정상분만이었고 마지막 분만은 7년 전이었으며 1회의 유산한 적이 있었다. 월경력은 주기 24일로 규칙적이고 5일 정도 지속하였으며, 양은 중등도, 월경통은 심하게 있었다. 과거력상 8년 전에 소파수술을 받았고 그 외에 다른 내과적 또는 외과적 치료나 입원한 경험은 없었다. 내원당시 혈압은 120/80mmHg, 맥박은 분당 72회, 체온은 37.0°C, 호흡은 분당 21회, 흉부청진상 호흡음은 정상이었다고 심음도 정상이었다. 복부 진찰상 장음은 정상이었다고 촉지되는 종괴는 없었다. 하지부종은 관찰되지 않았다. 골반진찰상 우측 회음부 절개상처가 관찰되었으며 6×6×5cm 크기의 자궁근종이 있었고 질입구에서 질후벽 2cm 상방에 직경 0.8cm 정도의 통증이 동반되는 종괴가 촉지되었다. 입원시 혈액 검사, 소변검사, 간기능검사, 흉부 X-선촬영 및 심전도는 모두 정상범위였고 매독검사, 간염검사는 음성이었다. 환자는 1993년 3월 24일 전자궁절제술, 그리고 회음부에 위치하는 연조직의 생검을 시행한 결과 병리조직학 검사상 회음부 자궁내막증이 증명되었다(그림 1).

**증례 2:** 도○수, 30세, 가정주부

환자는 1991년 2월부터 양측 제왕절개술 반흔 부위에서 평상시는 콩알크기, 월경중에는 작은 호두알크기의 종괴가 만져지고 특히 월경중 종괴주위의 통증을 주소로 1992년 12월 31일 본원 외래에 내원하였다. 산과력상 1990년 9월 임신 34주에 조기양막파수, 태아관란증으로 개인의원에서 제왕절개술을 시행 받았고 1회의 자연유산이 있었다. 월경은 25-35일 주기

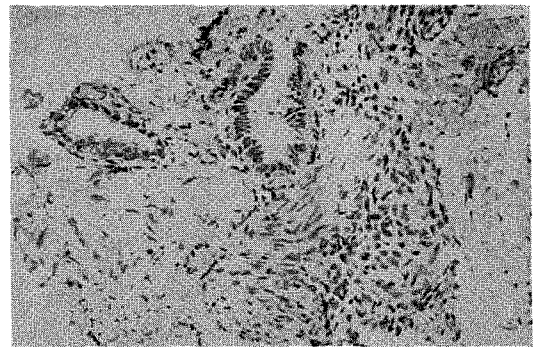


Fig. 2. Endometrial glands and stroma in the dense collagenous stroma of cesarean section scar endometriosis.

로 비교적 규칙적이었으며 7일간 지속하였고 양은 많은 편이고 월경통은 심한 편이었다. 과거력상 2개월전에 소파수술받은 이외에 다른 내과적 또는 외과적 치료나 입원한 경험은 없었다. 환자는 내원당시 이학적 검사 소견상 하복부 Pfannenstiel 수술반흔 양끝에서 약 2×2cm 정도로 촉지되는 통증을 동반하는 종괴가 발견되어 needle aspiration을 시행한 결과 chocolate 색깔의 액체가 흡입되어 자궁내막증 의심하에 1993년 4월 28일 본원에 입원하였다. 입원시 혈액 검사, 소변검사, 간기능검사, 흉부 X-선촬영 및 심전도는 모두 정상범위였고 매독검사, 간염검사는 음성이었다. 환자는 1993년 4월 28일 국소 마취하에 양측 복벽 종괴절제술을 시행받은 후 특별한 문제없이 수술 후 1일째 퇴원하였으며 외래에서 추적한 결과 그 이후 월경중 종괴부위 통증은 소실되었다. 병리검사소견은 자궁내막증이였다(그림 2).

**증례 3:** 박○숙, 29세, 가정주부

환자는 1991년 1월 부터 회음부에 통증이 동반되는 종괴가 촉지되며 특히 월경시 통증이 심해서 개인의원에서 회음부에 자궁내막증이 의심되어 1992년 8월 21일 본 병원에 내원하였다. 산과력상 2회의 분만은 모두 정상분만이었고 유산한 경험은 없었다. 월경력은 주기 30일로 규칙적이고 4일정도 지속하였으며, 양은 중등도, 월경통은 심하지 않았다. 과거력상 내과적 또는 외과적 치료나 입원한 경험은 없었다. 처음내원 후 약 6주간의 danazol(400mg/d) 투여 받았으며 증상의 호전은 있었으나 완치되지 않아 병변 절제술을 시행하기 위해 1993년 2월 1일 입원하였다. 내원당시 전신 건강 상태는 대체로 양호하였다. 흉부 청진상 호

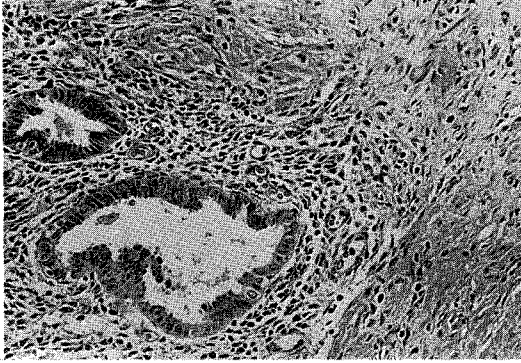


Fig. 3. Endometrial glands and stroma in the dense collagenous stroma of vulvar endometriosis.

흡음은 정상이었고 심음도 정상이었다. 복부 진찰상 장음은 정상이었고 촉진되는 종괴는 없었다. 하지부종은 관찰되지 않았다. 골반진찰상 약간의 통증이 동반되는 종괴가 우측소음순 하단에 촉진되었다. 입원시 혈액검사, 소변검사, 간기능검사, 흉부 X-선촬영 및 심전도는 모두 정상범위였고 매독검사, 간염검사는 음성이었다. 환자는 1993년 2월 3일 우측 소음순 하단에 위치하는 종괴 절제술을 시행받고 수술 후 5일째 퇴원하였다. 병리조직학적 검사상 연조직의 자궁내막증이 증명되었다(그림 3).

### 치료 및 예방

피부 자궁내막증의 치료에 대해서는 아직 논란이 많이 있다. 경구용 피임약, 프로그스테론제제, 엔드로겐제제, danazol 등 여러 약물이 사용되어 왔지만 치료 결과는 불확실하다. Danazol은 폐, 뇨관, 질 등에서 발생하는 자궁내막증 증상의 호전은 되지만 재발률 높다(Koskimies et al., 1984; Matsuura et al., 1985). Johnson & Tyndal(1987)에 의하면 7명의 폐 자궁내막증 환자에서 4명이 수 개월간의 danazol로 치료되었지만 나머지 3명은 재발했다고 한다. 또한 Wolf 등도 국소 병변부의 충분한 광범위 절제술로만 치료가 된다고 보고하였다(Wolf & Singh, 1989). 본 저자들도 위 3명의 환자를 현재까지 추적 조사한 결과 광범위 절제술 후 재발한 예는 없었다. 골반외에 발생하는 자궁내막증은 재발하더라도 예후는 좋은 편이다. 그러나 매우 드물게 악성종양이 발생하는 경우도 있다(Lash & Rubenstone, 1959).

Paull와 Tedeschi(1972)는 산후출혈을 예방

하기 위해 소파술을 시행한 22,028명의 정상분만 산모에서 회음부 절개부위 자궁내막증이 15명에서 발생하였으나 소파술을 시행하지 않은 13,800명의 산모에서는 단 1명도 발생하지 않았다고 보고하였다. 이들은 수술후 병변의 발생까지의 기간은 평균 21개월이라고 보고하였다. 반면에 Sully(1977)는 2명의 소파술을 시행받지 않았던 환자에서 회음부 절개부위 자궁내막증을 보고하였고 Chalmers(1975)는 3명의 환자에서 회음부 절개부위 자궁내막증을 보고하였는데 이들중 1명만 소파술을 시행받았었다. 그러나 회음부 자궁내막증은 회음부 절개술 없이 발생하는 경우는 현재까지 단 1예도 보고된 바가 없으므로 이는 자궁내막 세포의 체강화생설이나 임파, 혈액을 따른 전이보다 이식기전을 지지하고 있다. 상처 부위에서 발생할 수 있는 자궁내막증중 양수천자술 후 needle tract 자궁내막증이 발생하는 경우도 있으며 이러한 현상은 아마 자궁내막 세포가 복벽에 직접 이식되었기 때문일 것이다(Kaunitz & Sant' Agnese, 1979).

Wolf & Singh(1989)는 5명의 제왕절개술 후 3명에서 자궁내막을 gauze나 sponge으로 긁었고 이 과정에서 자궁내막 세포가 복벽에 이식될 수가 있다고 했으나 본 제왕절개술 환자에는 이러한 방법을 사용하지 않았다.

### 결 론

골반외 자궁내막증은 골반수술 후 수술 반흔이나 생리적 반흔인 배꼽에서 가장 빈번하게 발생하며 경우에 따라 회음부, 서혜부에서도 발생하고 원위장기에서도 드물게 발견할 수 있다. 현재까지 알려져 왔던 3가지의 설 단독으로는 골반외 자궁내막증의 발병기전의 설명은 되지 않지만 3개의 설의 혼합이 여러학자들에게 인정된다고 생각된다.

월경주기에 따라 변하는 종괴의 통증이 발견되면 피부 자궁내막증을 우선 의심해야 하고 종괴 절제를 충분히 시행하여 병리조직 검사를 하여 확인후 필요하면 내과적 치료를 추가해야 한다.

### 인 용 문 헌

Ball TL, Platt MA: Urologic complications of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1962,

- 84, 1516-1521.
- Chalmers JA: Endometriosis. *Butterworths London* 1975, 84
- Chatterjee SK: Scar endometriosis, a clinicopathological study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980, 56, 81-84.
- Hajdu SI, Koss LG: Endometriosis of the kidney. *Am J Obstet Gynecol* 1970, 106, 314-315.
- Hambrick E, Abcarian H, Smith D: Perineal endometriosis in episiotomy incisions. *Dis Colon Rectum* 1979, 22, 550-552.
- Johnson WM, Tyndal CM: Pulmonary endometriosis: treatment with danazol. *Obstet Gynecol* 1987, 69, 506-507.
- Karnaky KJ: Diagnosis and treatment of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1971, 111, 598-599.
- Karpel JP, Appel D, Merav A: Pulmonary endometriosis. *Lung* 1985, 163, 151-159.
- Kaunitz A, Di Sant'Agnese PA: Needle tract endometriosis: An unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol* 1979, 54, 753-755.
- Koskimies AI, Meyer B, Widholm O: Treatment of vaginal endometriosis with danazol. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984, 123(Suppl.), 67-68.
- Lash AR, Rubenstone AI: Adenocarcinoma of the rectovaginal septum probably arising from endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1959, 78, 299-302.
- Matsuura K, Kawasaki M, Oka M: Treatment with danazol of ureteral obstruction caused by endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985, 64, 339-343.
- Paull T, Tedeschi LG: Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar. *Obstet Gynecol* 1972, 40, 28-34.
- Rani PR, Soundararaghavan S, Rajaram P: Endometriosis in abdominal scars—a review. *Int J Gynecol Obstet* 1991, 36, 215-218.
- Saleh N, Daw E: Endometriosis in non-surgical sites. *Practitioner* 1980, 244, 1189-1195.
- Stallworthy J: Endometriosis. *Lancet* 1973, 1, 1057.
- Steck WP, Helwig EL: Cutaneous endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1966, 9, 373-383.
- Sully L: Endometrioma of the perineum associated with episiotomy scars. *Scot Med J* 1977, 22, 307-309.
- Telinde RW, Scott RB: Experimental endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1950, 60, 1147-1173.
- Wolf G, Singh KB: Cesarean scar endometriosis: a review. *Obstet Gynecol Survey* 1989, 44, 89-95.