

임신과 동반된 자궁부속기 염전 1례

영남대학교 의과대학 산부인과학교실
황광영 · 전경숙 · 이봉규 · 이은지 · 이태형 · 고민환

A Case of Adnexal Torsion in Pregnancy

Kwang Young Hwang, Kyung Sook Jeon, Bong Gyu Lee
Eun Ji Lee, Tae Hyung Lee, Min Whan Koh

*Department of Obstetrics and Gynecology
College of Medicine, Yeungnam University, Taegu, Korea*

- Abstract -

Adnexal torsion is not a common surgical emergency in obstetrics and gynecology, and is not observed frequently during pregnancy with its incidence being one out of about 5,000 pregnancies: pregnancy is a factor that encourages torsion. The traditional treatment for ischemic and twisted adnexa consists of oophorectomy or salpingo-oophorectomy. With early diagnosis, a conservative approach is recommended in cases of young women to assure future fertility. With a brief review of literature, we report a case of unilateral salpingo oophorectomy during pregnancy due to adnexal torsion with the delivery of a normal baby.

Key Words: Adnexal torsion, Pregnancy

서 론

자궁부속기 염전은 잘 알려진 임상적 외과적 질환이다. 주로 일측성으로 생식 연령층에 발생하며 흔히 병적으로 커진 자궁부속기에 발생하나 정상 상태에서도 생길 수 있다(Bider 등, 1991). 임신시 발생빈도는 5000명당 1명으로 매우 드문 질환이다(Alfredo 등, 1997). 저자들은 최근 영남대학교 의과대학 부속병원 산부인과에서 임신 10주 4일의 임신부에서 자궁부속기

염전으로 우측 난소난관절제술후 progesterone을 주사하여 성공적으로 임신이 유지된 임신중 자궁부속기 염전 1례를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환자: 김 ○ 정, 27세, 임신 10주 4일의 초산부

주소: 이틀간의 지속적인 우측하복통 및 구토

현병력: 상기 환자는 1998년 7월 2일부터 시작된 상기 주소와 우측 하지 방사통으로 개인병원을 방문하여 초음파를 시행한 결과 우측 기능성 난소낭종으로 진단받고 1998년 7월 3일 본원 응급실을 통해 입원하였다.

과거력: 특이 사항 없음.

가족력: 특이 사항 없음.

산과력: 이번이 처음 임신이며 유산이나 조산의 과거력은 없었다.

월경력: 초경은 14세, 월경주기는 28일로 규칙적이며, 월경량은 보통이고 월경장이나 월경통은 없었으며, 최종 월경일은 1998년 4월 20일이었다.

초진소견: 산모의 체격은 보통이었으며 내원당시 혈압은 110/70, 맥박 84회/분, 호흡 23회/분, 체온 36.6℃였으며 우하복부에 압통은 있었으나 반동압통은 미미하였으며 복부의 긴장으로 종물의 촉진 여부는 불확실하였다. 내진시 자궁경관의 개대와 소실은 없었으며 3cm 길이의 자궁경부용종이 관찰되었다.

검사소견: 입원당시 혈액검사 소견상 WBC 7100/mm³, Hb 7.2g/dl, Hct 22.6%, platelet 261,000/mm³, CRP 2.0mg/dl, 요검사, 간기능 검사, 특수 혈액응고 검사, 흉부 X선 검사, 심전도 검사 소견은 정상이었다. 초음파소견상 우측에 9.24x3cm 크기의 고형성 종물은 양쪽 끝에 1cm와 2cm의 난포가 보여 난소로 생각되었고(그림 1) MRI의 T1 강조영상관상면에서 커진 우측 난소는 저신호강도를 보이고 말단부위에 커진 난포가 보였고 우측난소 아래쪽에 임신된 자궁을 볼 수 있었다(그림 2).

수술소견: 우측 자궁부속기는 9.0x4.5cm 크기의 작은 낭종을 포함한 부정형의 종물이 보였고(그림 3), 시계방향으로 두 바퀴 염전되어 있었다. 임신자궁은 부드럽고 정상보다 커져 있었으며 비정상적인 소견은 없었다. 복강내 200cc의 복수가 있었으며, 우측 난소난관절제술을 시행하였다.

조직학적소견: 우측 난관의 길이는 7x1.5cm, 우측 자궁부속기는 9x4.5cm 크기의 종피로 표면은 적갈색이었고 종피의 내부는 경색과 출혈이 있었고 출혈성 황체낭종이 관찰되었다.

수술후 경과: 수술 후 환자 상태는 양호하였고 수술 후 7일간 매일 progesterone 50mg을 주사하였

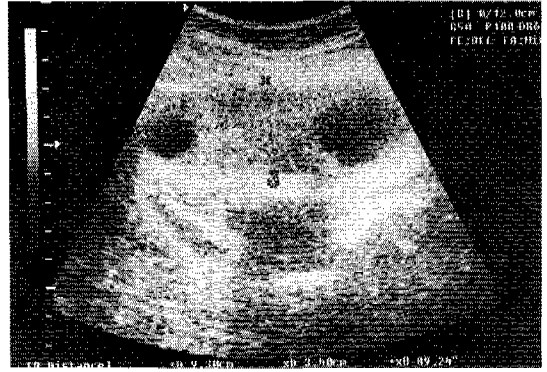


Fig. 1. Ultrasonography shows markedly enlarged right ovary with two peripherally located enlarged follicles, about 9.24x3cm in size.

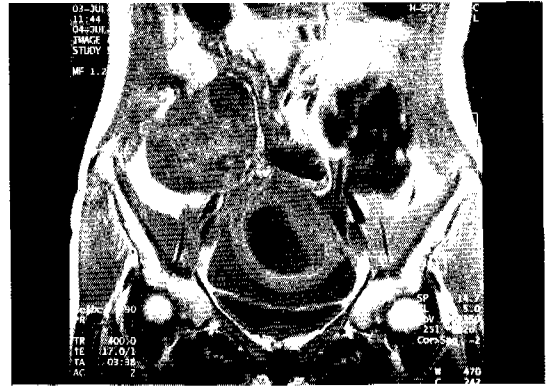


Fig. 2. On coronal T1-weighted MRI image, markedly enlarged right ovary shows iso or slightly low signal intensity and peripherally located dark signal intensity enlarged follicle. There is pregnant uterus adjacent to enlarged right ovary inferiorly.



Fig. 3. Photograph of tortuous right adnexa. The entire adnexa is enlarged and fragile.

으며 퇴원후 정상적인 임신과정을 거쳐 임신 36주 6일인 1999년 1월 5일 흡입분만을 시행하였으며 산모와 신생아의 상태는 양호하였다.

고 찰

자궁부속기 염전의 12-18%는 임신중 발생하며 (Chamber 등, 1979; Nichols와 Julian, 1985; Bider 등, 1991) 임신 1기, 주로 임신 10주에 대부분 발생하며 임신 2기에는 드물다(Philippe 등, 1997; Hibbard, 1985). 임신이 진행됨에 따라 복부검사로 정확한 진단이 더욱 어려워 골반종괴를 놓치기 쉽다(Bider 등, 1991). 3:2의 비율로 우측에 호발하는데 이는 좌측 하복부와 골반의 공간이 감소, 양측 난소의 정맥혈류 배액의 차이 때문이다 (Tammy와 Pleas, 1995).

과자극된 난소, 선천적 해부학적 결함, 종양이 있을 경우에 자궁부속기 염전이 잘 생긴다(Bider 등, 1991; Philippe 등, 1997). 젊은 여성에서는 정상적인 자궁부속기의 운동성이 좋아 복압의 증가나 자세변동에 의해 염전이 더 잘 생기며 드물게 난소의 악성종양이 있는 경우와 정상적인 부속기와 난관인 경우에도 발생한다(Hibbard, 1985; Mage 등, 1989). 임신은 자궁부속기 염전을 유발하는 위험인자이다. 임신시 황체낭이 있을 때 염전의 빈도는 비임신시보다 크게 증가되며, 임신부에서 커진 자궁은 부속기를 골반 밖, 복강 안으로 밀어 올려 이때 난소는 넓어진 공간에서 움직임에 저항을 적게 받아 더 많은 운동성을 가지게 되어 염전에 대한 위험이 높아진다(Mage 등, 1989; Mashiach 등, 1990). 본 증례의 경우 배란유도에 의한 과배란 임신이 아닌 자연배란에 의한 임신이었고 종물이 없이 정상적인 자궁부속기에서 발생하였다.

자궁부속기 염전의 임상적 증상들은 애매모호한 점이 특징이다(Mage 등, 1989). 옆구리와 동측 대퇴부로 방사되는 급성 동통, 오심, 구토, 미열과 간헐적인 동통등이 있으며(Nichols와 Julian, 1985; Alfredo 등, 1997) 복통은 급성의 발작적인 통증이 생겼다가 완쾌기를 가지거나 계속 꼬인 상태에서는 지속적인 통증이 있게 되며 증상의 정도와 임상

적 결과가 일치하지는 않는다. 지속적인 통증과 혈색소수치의 점진적인 하강은 조기개복술의 적응증이다(Mage 등, 1989). 본 증례의 경우 구토, 지속적인 하복통, 점진적인 혈색소 수치의 하강, 압통이 발견되어 응급개복술을 시행하였다.

자궁부속기 염전의 진단은 초기 임신과 비임신 여성에서 유사하다(Ben-Rafael 등, 1990; Bider 등, 1991). 그러나 증상의 비특이성과 모호한 특성 때문에 진단이 잘못되거나 지연될 경우 예후가 불량하며 임신한 경우 임신이 진행됨에 따라 자궁이 커져 복부 촉진이 어렵기 때문에 염전을 진단하기 더욱 어렵다(Chamber 등, 1979; Bider 등, 1991; Alfredo 등, 1997). 임신초기의 증상들인 오심과 구토 같은 소화기 계통의 증상과 증후가 자궁부속기 염전시 악화될 수 있어 진단이 어려울 수 있다(Bider 등, 1991). 임신중 수술전 진단의 정확성은 70%이다(Hibbard, 1985; Mage 등, 1989). 상기 모호한 증상들이 있으면서 초음파검사로 골반종괴가 진단된 경우에 자궁부속기 염전의 조기 진단을 내리는데 큰 도움이 된다. 본 증례의 경우 질식 초음파로는 접근이 불가능하였으며 복부초음파상 우하복부에 종물이 난소종양보다는 난관종물로 추정되지만 소화관에서 유래한 종물과 감별되지 않아 확진을 위하여 MRI를 시행하여 커진 우측난소의 주변부에 큰 난포가 있는 것을 볼 수 있었으나 자궁부속기 염전을 진단하는데 초음파보다 우수한 점은 없었다.

전통적으로 추천되는 치료는 진단이 지연된 경우 허혈이 일어난 부속기를 제거하는 것이고(Hibbard, 1985; Nichols와 Julian, 1985; Alfredo 등, 1997), 임신 10주 이전에 난소를 제거한 경우 progesterone 150mg을 1회 근주하는 것이 추천되며 자궁부속기 염전이 조기 진단될 경우 보존적 치료를 할 수 있다. Bider(1991)는 진단의 지연과 부속기 모양에 관계없이 염전된 부분을 풀어준 결과 임신시와 비임신시 모두 합병증과 부작용이 없었으며 임신 동안 항생제나 자궁수축억제제를 사용하지 않고 좋은 결과를 얻을 수 있어 약품의 투여가 자궁수축과 감염을 방지하는데 필수적인 것은 아니라고 하였다(Bider 등, 1991). 보존적 치료의 경우에도 혈전색전증의 가능성이 증가하지 않으며 이환률을 낮추고 앞으로 생식력을 보존할 수 있어서 임신 초기의 경우

많이 실시한다(Bider 등, 1991; Oelsner 등, 1993; Alfredo 등, 1997). 복강경은 임신시 자궁부속기 염전의 진단과 치료에 사용되며 16주까지 안전하게 시행할 수 있다. 16주 이후이거나 난소종양이 양성인지 의심스러울 때는 개복술을 시행하는 것이 좋다(Philippe 등, 1997). 본 증례의 경우 우측 자궁부속기 절제술을 시행한 후 임신을 유지하기 위해 progesterone 50mg을 7일간 투여하여 성공적으로 임신유지가 되었다.

요 약

저자들은 영남대학교 의과대학 부속병원 산부인과에서 임신과 동반된 자궁부속기 염전 1례를 경험하였기에 간단한 문헌적 고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

Alfredo M, Giuseppe B, Luigi GA, Vito P: Adnexal torsion in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol* 76: 83-4, 1997.
Bider D, Mashiach S, Dulizky M, Kokia E, Lipits S, Ben-Rafael Z: Clinical, surgical and pathologic finding of adnexal torsion in

pregnant and non-pregnant women. *Surgery Gynecol Obstet* 173: 363-6, 1991.
Ben-Rafael Z, Bider D, Mashiach S: Unwinding of ischemic hemorrhagic adnexum via laparoscopy. *Fertil Steril* 53: 569-71, 1990.
Chambers JT, Thiagarajah S, Kitchin JD: Torsion of the normal fallopian tube in pregnancy. *Obstet Gynecol* 54: 487-9, 1979.
Hibbard LT: Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 152: 456-61, 1985.
Mage G, Ganis M, Manhes H: Laparoscopic management of adnexal torsion. *J Reprod Med*, 34: 520-4, 1989.
Mashiach S, Bider D, Moran O, Goldenberg M, Ben-Rafael Z: Adnexal torsion of hyperstimulated ovaries in pregnancies after gonadotropin therapy. *Fertil Steril* 53: 76-80, 1990.
Nichols DH, Julian PJ: Torsion of the adnexa: *Clin Obstet Gynecol* 28: 375-380, 1985.
Philippe M, Christine LS, Charles C, Jean BD: Laparoscopy for adnexal torsion in pregnant women. *J Reprod Med* 42: 435-9, 1997.
Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S: Long-term follow-up of the twisted ischemic adnexa managed by torsion. *Fertil Steril* 60: 976-9, 1993.
Tammy EB, Pleas RC: Adnexal torsion, a clinical dilemma. *J Reprod Med* 40: 447-449, 1995.