

복강경하 질식 자궁적출술 및 제왕절개술 후 발생한 골반외 자궁내막증 2 예

배제준 · 임미선 · 고민환 · 이태형 · 김미진*
영남대학교 의과대학 산부인과학교실 · 병리학교실*

Two Cases of Extrapelvic endometriosis following Laparoscopy-assisted
vaginal hysterectomy and Cesarean section

Jei Jun Bae, Mi Sun Lim, Min Whan Koh, Tae Hyung Lee, Mi Jin Kim.*

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

—Abstract—

Extrapelvic endometriosis is a rare disease. The majority of extrapelvic endometriosis cases involve scar tissue following obstetric and gynecologic procedures. We have treated two cases of extrapelvic incisional endometriosis. A 39 year old female patient with cyclic vaginal spotting after laparoscopic assisted vaginal hysterectomy due to uterine myoma and a 35 year old female patient with a painful palpable abdominal mass after cesarean section. Both underwent complete excision and were proven to have endometriosis by pathology. Here we report on both cases and review the medical literatures.

Key Words: Extrapelvic endometriosis, Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy, Cesarean section

서 론

자궁내막증은 자궁내막조직이 자궁외 부위에 위치하여 여성 호르몬 영향하에 증식하는

질환으로 주로 골반내 장기인 난소, 자궁천골 인대, 직장외, 자궁질중격 및 복막등에 호발하며 월경을 하는 여성의 8~15%에서 나타나는 흔한 양성 부인과 질환이다. 이 밖에 하부 소

책임저자 : 이태형, 대구광역시 남구 대명동 317-1, 영남대학교 의과대학 산부인과학교실
Tel: (053) 620-3432, Fax: (053) 654-0676, E-mail: thlee@med.yu.ac.kr

화기, 요관, 흉곽, 복부 및 골반 수술반흔 등에서 골반외 자궁내막증이 보고되고 있다.¹⁻²⁾ 자궁내막증 환자의 자궁적출술 후 질원개에 발생한 자궁내막증은 일부 보고가 있으나 자궁내막증이 없던 환자에서 자궁적출술 후 질원개에 자궁내막증이 발생하였다는 보고는 전무한 상태이며 복부 수술반흔에서 발생하는 골반외 자궁내막증의 빈도는 0.03~1.7%로 알려져 있다.¹⁻⁵⁾ 저자들은 아직까지 보고가 없었던, 자궁내막증이 없었던 환자에서 시행한 복강경하 질식 자궁적출술 후 질원개에 발생한 골반외 자궁내막증 1예와 비교적 드문, 제왕절개수술후 복부 수술 반흔에 발생한 자궁내막증 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례 1

환자: 송O순, 39세

주소: 생리 주기에 반복되는 질출혈

산과력: 15년전 남아를 질식 분만하였으며, 12년전 임신 7주경에 1회의 인공유산을 시행받았다(1-0-1-1).

월경력: 초경은 14세, 주기 28일, 지속기간 4일, 출혈양은 중등도, 월경통은 없었다.

과거력 및 가족력: 2003년 4월 자궁평활근증으로 복강경하 질식 자궁적출술을 받았다.

현병력: 2003년 4월 3일 자궁평활근증으로 복강경하 질식 자궁적출술을 받은 환자로 2006년 1월부터 생리 주기에 반복되는 질출혈 있어 2006년 5월에 영남대학교병원 산부인과에 내원하였다.

진찰 소견: 환자의 전신상태는 양호하였고, 이학적 검사 소견은 정상범위였다. 부인과 내진 소견상 질원개 상방에 작은 보라색 종물이

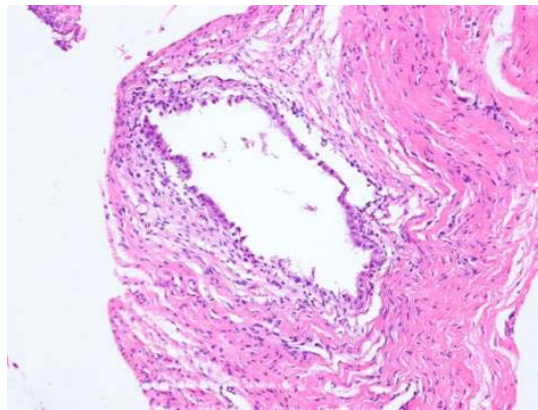


Fig. 1. Microscopic finding of extrapelvic endometriosis at vaginal vault(H&E x200).

관찰되었고 압통은 없었다.

수술 소견: 척추마취하에 질원개 상방 점막을 5 cm 정도 절개 하였다. 종괴는 점막하 0.5 cm 깊이에서 5.0×1.0×0.5 cm 크기로 비교적 경계가 불분명하게 주위 조직과 유착되어 있었고 주위 조직과 구분해 가며 종괴를 박리하여 절제하였다.

병리 조직학적 소견: 절제된 조직절편은 섬유성 기질부위로서 자궁내막선 및 자궁내막 기질로 구성된 전형적인 자궁내막증의 조직소견을 보였으며, 질점막의 상피세포는 관찰되지 않았다(Fig. 1).

수술후 경과: 수술 후 2일째 퇴원하였고 2006년 4월 11일 및 4월 21일에 triptorelin (Decapeptyl®)을 2회 근육주사 하였다. 4월 28일 외래 방문시 상처는 깨끗하였으며, 2007년 3월 전화 상담시 별다른 합병증이나 재발의 징후는 없었다.

증 례 2

환자: 김O영, 35세

주소: 우측 하복부 제왕절개술 반흔에 발생한 용기성 종괴와 동통

산과력: 1995년 자연유산, 1998년 11월에 제왕절개술, 2001년 7월에 반복제왕절개술을 시행 받았고 제왕절개술시 피부절개는 제외하 정중선 수직 절개를 하였다(2-0-1-2).

월경력: 월경주기는 26일로 규칙적이었으며, 지속기간은 약 7일, 월경량은 중등도였다.

과거력 및 가족력: 1997년 7월 충수돌기절제술을 받았다.

현병력: 2001년 반복제왕절개술을 시행 받은 후 별다른 증상 없이 지내다 2개월 전부터 우측 하복부 제왕절개술 반흔에 용기성 작은 종괴를 발견하였고 내원 4일전부터 동통이 동반되어 2006년 6월에 영남대학교병원 산부인과에 내원하였다.

진찰 소견: 환자의 전신상태는 양호하였으며, 이학적 검사 소견은 정상범위였다. 부인과 내진 소견상 자궁 및 자궁부속기는 정상 크기였고 수술 반흔 부위 우측에 호두알 만한 종괴가 촉지되었고 압통이 있었다.

수술 소견: 국소마취하에 수술반흔 부위 중

괴를 포함하여 피부를 3cm 정도 절개 하였다. 종괴는 피하 1cm 깊이에서 3.0×2.5×1.2 cm 크기로 비교적 경계가 불분명하게 주위 조직과 유착되어 있었으며 하방으로는 근막에 인접하여 있었다. 주위 조직과 구분해 가며 종괴를 박리하여 절제하고 봉합하였다.

병리 조직학적 소견: 절제된 조직 절편은 자궁내막선과 자궁내막 기질로 구성된 전형적인 자궁내막증의 조직소견을 보였다(Fig. 2).

수술후 경과: 국소마취하 수술 후 즉시 퇴원 하였으며 수술 후 7일째 외래 방문시 상처는 깨끗하였으며, 2006년 10월 외래 추적 관찰시 별다른 합병증이나 재발의 징후는 없었다.

고 찰

자궁내막증은 가임기 여성의 3~10%에서 나타나는 비교적 흔한 부인과 질환으로 아직까지는 병태생리학적 기전이 명확히 규명되지는 않았지만 생리혈 역류현상으로 인한 자궁내막조직 및 생리혈의 골반강 내 유입으로 자궁내막조직이 자궁바깥에서 착상하여 성장하면서 골반강 내의 염증성 반응과 골반강 내의 대식세포의 이동 및 활성화를 유발하게 되면서 여러 가지 병태생리학적 변화를 유발하는 부인과 영역에서의 고질적인 만성 질환이다.⁶⁾

골반의 자궁내막증은 하부 소화기, 요관, 흉곽, 복부 및 골반 수술반흔 등에서 발생한다고 보고되고 있으며, 이 가운데 복부 수술반흔에서 발생하는 골반의 자궁내막증의 빈도는 0.03~1.7%로 알려져 있다.^{1,3)}

골반의 자궁내막증의 발생기전은 제왕절개술, 자궁적출술, 자궁절개술 등의 복부 절개부위나 복강경수술시 트로카 삽입부위, 바틀린선

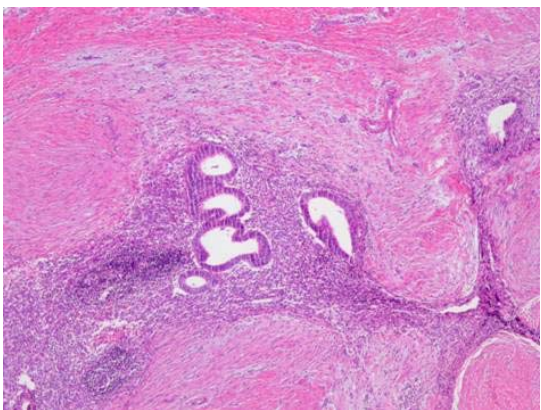


Fig. 2. Microscopic finding of extrapelvic endometriosis at abdominal incisional scar(H&E x200).

제거술, 정상분만시 회음절개부위에 자궁내막 조직이 기계적으로 전이되어 이소성 자궁내막이 생성되어 발생한다는 이식설이 수술반흔에 발생하는 자궁내막증의 주요 원인으로 생각되어 지고 있으며, 체강상피가 자극에 의해 자궁내막세포로 분화하여 자궁내막증을 발생시킨다는 체강상피 화생설, 임파절 및 골반 정맥을 따라 자궁내막 조직이 전이된다는 임파관 파종설 및 혈행성 전이설, 자가 면역설 등이 있다.

골반외 자궁내막증의 증상발현까지 잠복기는 복부 및 골반 수술 후 수개월 부터 10년까지라고 보고 되고 있다.^{6,7)} 본 증례 환자들은 모두 이전에 제왕절개수술이나 자궁적출술의 경험이 있는 예들로 수술 후 33개월 및 59개월 후 증상이 발현되어 본원에 내원하였다.

골반외 자궁내막증의 호발연령은 23~45세로 보고 되고 있으며 일반적으로 알려진 자궁내막증의 호발연령인 가임기 연령의 여성과 비슷하다.^{8,9)} 본 2예의 경우도 35세 및 39세로 기존의 보고들과 비슷한 가임기 연령의 여성이었다.

자궁내막증의 위험 인자는 자궁내막증에 대한 가족력, 만성 골반통, 월경 역류를 증가시킬 수 있는 상황으로 참기 어려운 심한 월경통, 27일 이하의 월경 주기, 월경 기간이 8일 이상인 경우, 한 번의 월경에서 생리대를 15~20개 이상 사용하는 월경 과다증, 불임증, 임신 혹은 출산 등에 의한 무월경이 없이 10년 이상의 기간 동안 지속되는 월경 주기, 한 자녀 여성, 30대 이상의 가임 연령층, 장기적인 자궁내장치의 사용, 자궁출구기형 등으로 알려져 있다. 그러나 골반외 수술반흔에 발생한 자궁내막증의 위험인자는 아직까지 잘 알려져 있지 않으며 복부 골반 수술당시에 자궁내막증이 동반된 경

우 25%의 환자에서 골반외 수술반흔 자궁내막증이 발생한다는 보고가 있으며 월경주기나 기간과 관련된 자궁내막증의 위험인자의 경우 골반외 수술반흔 자궁내막증의 위험인자와 일치하지는 않는다는 상반된 보고들도 있다.⁹⁻¹¹⁾

전형적인 임상양상은 수술 반흔 부근에 발생하는 단단한 결절의 축지로 생리 주기에 따라 주기적인 통증을 유발 시키는 경우가 약 50% 정도이다.¹²⁾ 또한 주위 조직 색깔 변화가 나타날 수 있으며 상처 회복이 늦어질 수 있다.

골반외 자궁내막증의 진단은 병력 및 임상적 소견이 중요하며 복부수술 반흔부위에 동통을 동반한 결절이나 종물이 관찰되는 경우 봉합사 육아종, 복벽 탈장, 농양, 악성종양, 피지낭 및 켈로이드와 비슷하여 감별진단에 포함하여야 한다.¹³⁾ 수술 후 수년간의 잠복기를 거쳐 증상이 발현되어 내원한 경우 진단하기에는 어려움이 있을 수 있으며 이 때에는 복부초음파, 복부컴퓨터 단층촬영, 자기공명 단층촬영, 미세바늘 조직 흡입술(fine needle aspiration)등이 진단에 이용된다.^{14, 15)} 초음파상 낭종형, 다낭종형, 혼합형 또는 종괴형으로 보이며, 전산화 단층촬영의 경우 조영제에 의해 자궁내막종은 국한된 또는 혼합형 종괴처럼 나타나며 혈중으로 보이기도 한다. 자기공명 단층촬영에서는 골반내막증과 비슷한 소견을 보인다. 그러나 확진은 절제한 조직의 병리학적 조직검사가 필수적이다. 병리조직검사상 자궁내막 선조직, 출혈을 동반한 기질 등을 나타내나 지속적인 자극을 받은 진전된 병소의 경우 명확한 자궁내막조직의 소견을 나타내지 않는 경우가 많다.

골반외 반흔 자궁내막증의 효과적인 치료로는 인접 부위의 근막이나 가능하면 피부까지도

완전하게 제거하는 수술요법과 매월 월경주기에 따른 생체 내의 여성호르몬의 변화에 반응하여 증식하는 자궁내막증의 특성 때문에 약물요법이 포함된다. 자궁내막증 병변의 성장에는 난포호르몬이 필수적이므로 완전한 외과적 절제술 후 경구용 피임제, Danazol, 프로게스테론 제제, GnRH agonist 제제를 이용한 약물요법은 절제가 불완전 했거나 골반 자궁내막증이 합병된 경우 및 주요기관이 침범 되었을 때 고려할 수 있다.^{16, 17)}

수술 반흔 자궁내막증의 예방은 자궁내막조직의 기계적 전이를 방지하는 것으로, 수술 후 절개 부위를 봉합하기 전 주의깊게 복벽주위를 세척하여 자궁내막 및 태반 조직등이 오염된 수술기구가 복벽에 사용되지 말아야 하며 자궁을 봉합한 수술바늘로 복벽을 봉합하는데 사용하지 말아야 한다. 또한 정상분만 후 회음절개 부위와 자궁경부, 질 열상부위에도 자궁내막 조직전이가 생길 수 있고, 분만 후 소파수술 실시 후에도 잘 생길 수 있으므로 회음절개부위를 충분히 소독하는 것이 자궁내막의 기계적 전이를 방지하는데 중요하다.¹⁸⁾

저자들은 영남대학교병원 산부인과에서 국내외에 아직까지 보고가 없었던 자궁근종으로 복강경하 질식 자궁적출술 받은 후 질원개에 발생한 골반의 자궁내막증 1예와 비교적 드물게 보고되고 있는 제왕절개수술후 복부 수술 반흔에 발생한 자궁내막증 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G : Abdominal wall

- endometriomas near cesarean delivery scars : sonographic and color Doppler findings in a series of 12 patients. J Ultrasound Med 2003; 22:1041-7.
2. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: results of magnetic resonance imaging. Gynecol Obstet Invest 2003;55(4): 220-4.
3. Kaloo P, Reid G, Wong F. Caesarean section scar endometriosis: two cases of recurrent disease and a literature review. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2002 May;42(2):218-20.
4. Metzger DA, Lessey BA, Soper JT, McCarty KS Jr, Haney AF. Hormone-resistant endometriosis following total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy: correlation with histology and steroid receptor content. Obstet Gynecol. 1991 Nov;78(5 Pt 2):946-50.
5. Kim KS, Moon WS, Song HW, Kim JH, Cho SN. A case of persistent endometriosis after total hysterectomy with both salpingo-oophorectomy managed by radiation therapy. Arch Gynecol Obstet. 2001 Nov;265(4):225-7.
6. Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. J Obstet Gynaecol Res. 2005 Oct; 31(5):471-5.
7. Dragoumis K, Mikos T, Zafrakas M, Assimakopoulos E, Stamatopoulos P, Bontis J. Endometriotic uterocutaneous fistula after cesarean section. A case report. Gynecol Obstet Invest. 2004;57(2):90-2.
8. Prince LN, Abrams J. Endometriosis of the perineum. Review of the literature and case report. Am J Obstet Gynecol 1957 Apr;73(4): 890-3.
9. 박정엽. 홍성률. 이태엽. 공두식. 박윤정. 서영욱 등. 제왕절개술후 복벽반흔에 발생한 자궁내막

- 중의 임상적 고찰. 대한산부회지 1999 Apr;42(4): 729-34.
10. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg.* 1996 Dec;62(12): 1042-4.
 11. Candiani GB, Danesino V, Gastaldi A, Parazzini F, Ferraroni M. Reproductive and menstrual factors and risk of peritoneal and ovarian endometriosis. *Fertil Steril.* 1991 Aug;56(2): 230-4.
 12. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM, Greig JD. Presentation of endometriosis to general surgeons : a 10-year experience. *Br J Surg* 1995 Oct;82(10): 1349-51.
 13. Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incision endometriomas. *Am surg* 1994 Apr;60(4):259-61.
 14. Amato M, Levitt R. Abdominal wall endometriosis : CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1984 Dec;8(6):1213-4.
 15. Griffin JB, Betsill WL Jr. Subcutaneous endometriosis diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 1985;29(4):584-8.
 16. Greenblatt RB, Dmowski WP, Mahesh VB, Scholer HF. Clinical studies with an antigonadotropin-Danazol. *Fertil Steril.* 1971 Feb;22(2):102-12.
 17. 강지영, 박만철, 진건. 수술의 기왕력이 없는 환자에서의 복벽 자궁내막증 1예. *대한산부회지* 2007 Jan;50(1):217-21.
 18. Paull T, Tedeschi LG. Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar. *Obstet Gynecol.* 1972 Jul;40(1):28-34.
-