

임신 29주에서 자궁선근증과 동반된 자궁각 임신의 자궁과열 1예

가톨릭대학교 의과대학 성빈센트병원 산부인과
윤철구 · 김옥경 · 이윤영 · 이희중 · 김재훈 · 권동진
박태철 · 유영옥 · 김대훈

=ABSTRACT=

A Case of Ruptured Cornual Pregnancy in Adenomyosis Uterus at 29 Weeks' Gestation

Chul Gu Yoon, M.D., Ok Kyung Kim, M.D., Yoon Young Lee, M.D.,
Hee Joong Lee, M.D., Jae Hoon Kim, M.D., Dong Jin Kwon, M.D.,
Tae Chul Park, M.D., Young Ok Lew, M.D., Dae Hoon Kim, M.D.
*Department of Obstetrics and Gynecology, Saint Vincent's Hospital,
The Catholic University of Korea, Suwon, Korea*

A case of ruptured cornual pregnancy in adenomyosis uterus at 29 weeks' gestation is presented here. A cornual pregnancy occurs when the conceptus implants at the junction between the tube and the uterus rather than in main part of uterine cavity. It is relatively rare entity, but the rich vascularity of the uterus in this location makes rupture particularly dangerous, resulting in higher maternal mortality. The presented case was unique in continuing till the third trimester of pregnancy. We present a case of a ruptured cornual pregnancy in adenomyosis uterus at the third trimester of pregnancy with a brief review of literatures.

Key Words : Cornual pregnancy, Adenomyosis

자궁과열의 발생빈도는 낮으며 특히 임신 중기 이후의 자궁과열은 매우 드문 사망률이 높은 심각한 산과적 질환 중의 하나이다. 다양한 임상증상을 나타내므로 다른 질환과의 감별을 요하며 또한 이는 급격히 치명적인 결과를 초래하므로 조기진단과 즉각적인 처치 및 응급 개복술을 필요로 한다. 자궁각 임신은 착상 부위가 자궁근층으로 보호되고 있으므로 다른 부위의 난관임신보다 임신이 더 오래 지속되어 보고에 의하면 임신 14-26주까지 지연될 수 있으나 결국 풍부한 혈관 밀집조직인 자궁각 부위가 파열되어 다량의 출혈을 초래하게 된다.¹ 저자들은 자궁선근증의 소견이 보이는 임신부에서 임신 삼분기까지 자궁각 임신이 지속되어 자연 자궁과열이 발생하여 자궁 적출술로 치료한 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환 자 : 김○정, 30세

증례 한 환자는 산과력은 0-0-0-0로 월경력은 초경은 14세, 월경주기는 25에서 27일로 규칙적이었으며 지속시간은 7일, 양은 월경 과다 증상을 보였으며 월경통도 심하여 임신 전 개인 산부인과에서 호르몬 치료받은 전력이 있었다. 가족력 상 환자 및 배우자 측의 가족들 중 선천성 기형 및 유전질환 등의 특이 사항은 없었다. 또한 과거력이나 수술 기왕력도 없었다. 첫 임신이었으며 최종월경일은 2003년 7월 12일이었고 분만예정일은 2004년 4월 20일 이었으며 입원 당시 임신 29주였다. 임신 초기에 초음파상 자궁 좌측 후하방에 근층내 근종으로 의심되는 7 cm 정도 크기의 종괴가 관찰되었다. 산전 진

접수일 : 2004. 1. 14.
주관책임자 : 이희중

찰 소견 상 근종은 임신 주수의 증가에 따라 점점 커지는 소견을 보였으며 임신 전까지 특이한 이학적 소견은 보이지 않았다. 임신 16주에 실시한 모체 삼중 검사에서 신경관 결손 고 위험 소견을 보여 양수를 배양하여 염색체 검사를 하였으며 염색체의 수적 구조적 이상은 없었다. 또한 양수 내 AFP (α -fetoprotein)는 2.0 MoM 미만으로 증가되지 않았으며 Acetylcholinesterase (AChE)는 음성이었다. 초음파 검사 상 개방형 신경관 결손이나 복벽 결손 등의 태아 기형은 관찰되지 않았다. 입원당시 임신 29주로 환자의 신장은 160 cm, 체중 65 kg, 이었으며 전신상태와 영양상태는 양호하였으며 맥박 84/분, 호흡수 20/분, 체온은 36도 6부였다. 피부와 결막이 창백한 급성병색을 보였으나 의식은 명료하였다. 하복부는 팽대되어 있었고 복부 전반에 걸쳐 심한 압통과 반발통이 있었다. 자궁고의 크기는 심한 압통으로 정확하지는 않지만 대략 27 cm이었고 태아 심음은 측정되지 않았다. 내진 상 자궁경부의 소실 및 개대는 없었으나 자궁경부를 움직였을 때 심한 통증이 있었다. 안면 및 사지부종은 없었다. 질강내 검사 상 특이 소견은 보이지 않았으며 복부 초음파 소견 상 태아위치는 자궁 우측 복강 내에 심박동이 없는 태아 두부와 체부 및 태반의 일부가 보였고 태아의 둔부 및 태반의 일부는 자궁내에 보였으며 복강내 광범위한 액체유입 소견이 보이고 질 초음파상 골반강 내에 액체유입이 관찰되어 자궁파열로 진단하였다. 또한 자궁 좌측 후하방에 횡경 13 cm 이상의 자궁근종으로 의심되는 부분이 관찰되었다. 산모 혈액 검사 상 혈색소 9.0 g/dL, 적혈구 용적 27.9%, 이었고 출혈 및 응고 시간은 각각 1분, 7분으로 정상범위였고 뇨 검사, 혈액화학검사 및 혈청 검사는 모두 이상 소견이 없었고 흉부 선 및 심전도 검사에서도 특이 소견은 없었다. 수술 소견 상 자궁각 우측이 현저하게 용기된 채 파열되어 있었고 자궁에서 완전히 빠져나온 태아가 자궁의 오른쪽에서 발견되었다. 태반의 일부분이 파열된 우측 자궁각에 부착된 채 복강 내로 노출되어 있었고 태아는 사망 상태에서 제대에 의해서 태반과 연결되어 있었다. 태아 체중은 895 gm으로 육안으로는 기형은 없었으며 자궁은 임신 30주 크기였으며 후벽에 심한 자궁선근증 소견이 보였고 자궁저부는 자궁 파열된 우측으로 편향되어 있었다. 복강 내에 약 2000 cc의 암적색의 혈액 및 응괴 혈이 고여 있었으며 후방 자궁 우측 난관 연결부위 하방에 검은색의 혈괴가 응고되어 있었다. 이후 양측 동맥 결찰술을 시행한 후 응급 자궁적출술을 시행하였다. 수술 중 7 pints의 농축 적혈구와 3 pints의 신선냉동혈장을 수혈하였다. 적출 자궁의 소견은 비대칭이었고 크기는 23.0×15.0×14.0 cm, 파열된 우측 자궁각 크기는 11×10×8 cm이었고 육안 소견상 파열된 부위의 자궁근층은 아주 얇았다 (Fig. 1).

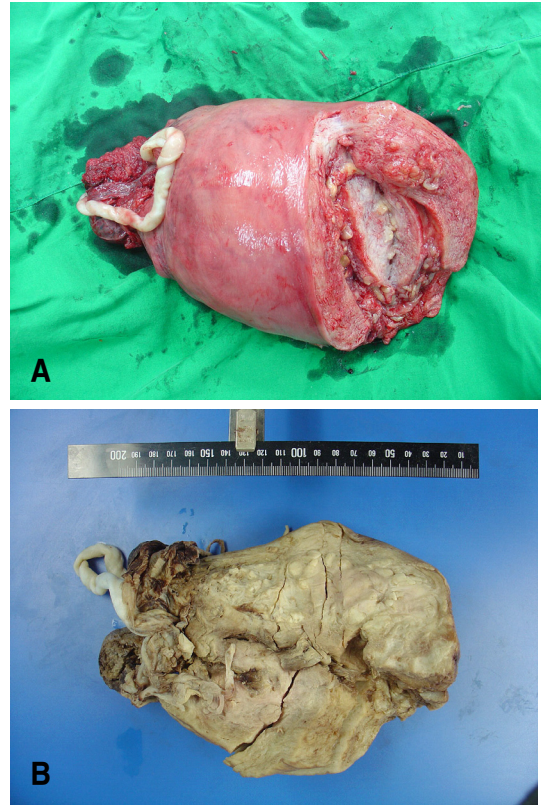


Fig. 1. Asymmetrically enlarged myometrium and ruptured right cornual end of the uterus (A), macroscopic section of the specimen consists of a uterus (23.0×15.0×14.0 cm), placenta (9.5×7.0 cm), and umbilical cord (26.0×1.5 cm) (B).

적출 표본의 조직 소견상 파열된 자궁각 벽에는 용모와 영양배엽이 자궁벽을 침윤하고 있었다. 자궁은 비대해 있었고 자궁근층에 자궁내막선과 함께 기질 구조가 있는 증식기 내막조직 소견을 보이는 자궁선근증 소견을 보였다. 자궁내막은 탈락막 소견을 보였으며 태반은 특이 소견 보이지 않았다 (Fig. 2).

수술 후 환자 상태는 경과가 양호하여 특별한 이상이나 합병증 없이 수술 후 6일째 퇴원하였다.

고 찰

자궁파열의 가장 흔한 정의는 태아의 복강 내 탈출여부와 상관없이 임신 중인 자궁벽의 완전한 분열이다.² 자궁파열의 시기는 대부분 급속한 태아 발육 및 자궁 근육의 신장으로 만삭 임신 시나 분만 중에 주로 발생한다고 보고하고 있으며 자궁파열의 위치는 대부분 임신중

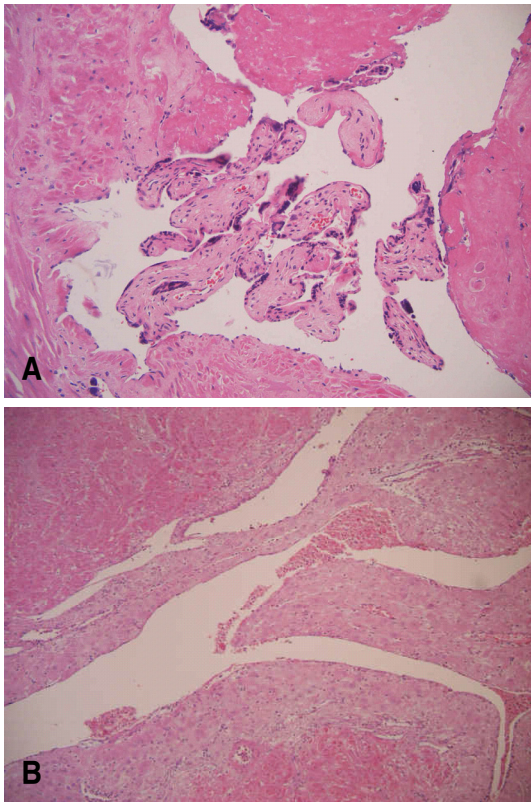


Fig. 2. Chorionic villi directly invade in myometrium of uterine cornus (H&E, ×200) (A), adenomyosis with decidual change (H&E, ×100) (B).

에는 자궁체부에서 분만 중에는 자궁하절에 주로 발생한다고 보고하고 있다.^{3,5} 자궁 파열의 원인은 다산의 출산력, 고령임신, 아두골반 불균형, 거대아, 태위이상, 태반 유착증, 자궁기형, 자궁선근증, 동정맥 기형, 침윤성 포상기태 등이 있고 그 외에 자궁근종 절제술, 자궁각 절제술, 제왕절개술 기왕력 등이 있으며 분만 중 자궁파열은 반흔 자궁에서 더 흔했다고 보고하고 있다.^{6,8} 임상 증상과 이학적 소견은 하복부 동통, 질 출혈, 복강 내 출혈 등으로 다양하며 진통중의 산모는 날카로운 통증 이후 자궁수축의 소실 및 동통의 격감, 저혈압성 쇼크 등에 빠질 수 있다. 이때 복부 촉진상 자궁 옆에서 태아가 용이하게 촉진되며 내진상 선진부의 후퇴 혹은 소실과 때로는 파열된 자궁벽을 직접 촉진할 수도 있다. 자궁 파열이 진단되면 신속한 응급처치 및 개복수술을 시행하여야 하는데 환자의 전신 상태, 파열 부위와 정도, 출혈 정도에 따라 수술적 조치가 다를 수 있지만 다음 번 임신이 위험하거나 단순 봉합이 불가능 할 경우에는 주로 자궁적출술을 시행하고 있다.

자궁각 임신은 자궁벽 내를 주행하는 난관에 배포가 착상된 임신의 형태를 말하는 것으로 이 부위는 난소동맥과 자궁동맥이 문합을 이루는 풍부한 혈관 밀집 조직이기 때문에 다른 부위의 난관 임신에 비하여 높은 모성 사망율을 초래한다.⁹ 이 부위에 착상이 이루어지면 자궁근층이 임신 태낭을 보호하기 때문에 다른 부위 보다 임신이 더 오래 지속되나 결국은 용모가 자궁각 부위의 혈관을 침범하여 다량의 출혈을 초래한다. 가장 흔한 종결 양상은 파열로서 착상 부위가 난관 협부에 근접할수록 시기가 빨라진다고 하였다. 보고에 의하면 그 시기가 보통 임신 12-16주에 파열된다고 하였다.¹⁰ 모성 사망은 다른 난관 임신에 비하여 자궁각 임신에서 두 배 정도 높은데 이는 임상적으로 파열되기 전에 진단이 이루어지면 다량의 실혈로 인한 이환 상태를 예방할 수 있으나 파열되기 전에는 진단이 매우 어렵기 때문이다.¹¹ 임상적 증상이 다른 난관 임신과 특이하게 다르진 않으나 골반 내진 상 자궁각 밖으로 광범위한 종괴가 촉진되거나 자궁의 비대칭 소견이 보일 때 이를 진단 할 수 있으며 이전의 자궁 모양을 알고 있으면 진단에 도움이 된다. 또한 이때 쌍각 자궁, 자궁 근종 등과 감별을 요한다. 감별 진단이 어려울 때는 색 도플러로 현저한 혈류를 확인 할 수도 있다.¹² 과거에는 진단이 주로 개복에 의한 확인이 주로 이루어 졌으나 초음파의 발전으로 임신 초기에도 심각한 합병증이 발생하기 전에 자궁각 임신을 쉽게 발견 할 수 있었다. 특징적인 초음파소견은 임신 태낭이 자궁기저부로부터 심하게 외측으로 편위되어 있거나 태낭과 자궁강 사이에 자궁근층이 보일 때 등이다.¹³ 수술에 의한 자궁각 임신의 전형적인 치료는 자궁각 절제술이 이용되고 있으며 복원하기 어려울 정도로 파열된 경우에는 전자궁 적출술이 가장 안전하다. 자궁각 파열이 없는 임신초기에는 methotrexate 등의 비수술적 요법으로 생식기능을 보존할 수 있다.

임신 시 자궁의 근층이 동반되었을 때 급성 동통을 동반하면서 흔치 않은 합병증을 보일 수 있는데 이때에는 자궁근종은 적색 이차변성을 동반할 수 있다. 보고에 의하면 괴사성 자궁근종의 자연 파열을 보고한 예가 있으며 특히 이는 임신 20주 이후에 흔한 것으로 알려져 있다.¹⁴ 또한 임신 시 자궁선근증이 동반될 빈도는 흔하지 않으나 그 중에서 드물게 자궁 파열, 분만 후 자궁 이완, 산후 출혈 등의 산과적 합병증을 동반한다. 본 예는 임신 삼분기의 산모에서 자연 자궁파열 이후 응급으로 자궁적출술을 시행하였으며 수술시 발견된 자궁각 임신에 의한 자궁파열과 자궁선근증이 동반된 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

- 참고문헌 -

1. Graham M, Cooperberg PL. Ultrasound diagnosis of interstitial pregnancy: Findings and pitfalls. J Clin Ultrasound 1979; 7: 433.
2. Ravi K, John RF. Spontaneous mid-trimester uterine rupture. Aust. N.Z.J. Surg 1996; 69: 685-6.
3. Sweeten KM, Graves WK, Athanassiou A. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol 1995; 172: 1851-6.
4. Saglamtas M, Vicdan K, Yilmaz Z, Yesilyurt H, Gokmen O. Rupture of the uterus. Inter J Gynecol Obstet 1995; 49: 9-15.
5. Bretones S, Cousin C, Gualan M, Mellier G. Uterine rupture. A case of spontaneous rupture in a thirty week primiparous gestation. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997; 26(3): 324-7.
6. Ziadeh SM, Zakaria MR, Sunna EI. Obstetric uterine rupture in north Jordan. J Obstet Gynaecol Res 1996; 22(3): 209-13.
7. Chen LH, Tan KH, Yeo GS. A ten-year review of uterine rupture in modern obstetric practice. Ann Acad Med Singapore 1995; 24(6): 830-5.
8. Adanu RMK, Obed SA. Ruptured uterus at the Korle-Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana. Inter J Gynecol Obstet 2001; 73: 253-5.
9. Adel AE, Frcog-Fics, Hussein M, Bayomy, Mohamed TB, Hany SN, et al. A review of 126 cases of ruptured gravid uterus. Int Surg 1993; 78: 231-5.
10. Fernandez H, De Zeigler D, Bourger P, Feltain P, Frydman R. The place of methotrexate in the management of interstitial pregnancy. Hum Reprod Med 1991; 6: 302-6.
11. Goldberger SG, Rosen DJD, Cohen I I, Fejgin M, Tepper F, Beyth Y. Laparoscopic resection of a cornual pregnancy; a first case report. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1994; 1: S12.
12. Pansky M, Bukovsky I, Golan A, Raziell A, Caspi E. Conservative management of interstitial pregnancy with operative laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1995; 2: S40.
13. Cohen JR, Luxman D, Davi MP. Endoscopic treatment of interstitial pregnancy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1995; 2: S49.
14. Tanaka T, Hagashi H, Kutsuzawa T, Fujimoto S, Ichinoe K. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate; report of a successful case. Fertil Steril 1982; 37: 851.

=국문초록=

임신 시 자궁과열은 다양한 임상적 증상을 나타내므로 다른 내과, 외과적 질환과의 감별을 요하며 조기 진단하여 즉각적인 처치를 해서 치명적인 결과를 방지하여야하는 산과적 질환 중의 하나이다. 산전 진단과 적절한 치료를 하여 산모의 사망률과 이환률을 감소시키는 것이 중요하며 저자들은 임신 29주에 발견된 자연 자궁과열에서 자궁각 임신으로 확인된 1예를 경험하였기에 간단한 문헌 고찰과 함께 이를 보고하는 바이다.

중심단어 : 자궁과열, 자궁각 임신, 자궁선근증