

복강경 수술에 의한 조기 일차성 복강 임신 치료 1예

연세대학교 의과대학 산부인과학교실
신종승 · 김세광 · 박기현 · 배상욱 · 임종철 · 안은희
허은하 · 안정미 · 남은지

=ABSTRACT=

Laparoscopic Management of Early Primary Abdominal Pregnancy

Jong Seung Shin, M.D., Sei Kwang Kim, M.D., Ki Hyun Park, M.D.,
Sang Wook Bae, M.D., Jong Cheol Lim, M.D., Eun Hee Ahn, M.D.,
Eun Ha Huh, M.D., Jung Mi Ahn, M.D., Eun Ji Nam, M.D.

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

Abdominal pregnancy is a very rare case consisting 1% of ectopic pregnancy and occurring once in 372-9714 of normal pregnancies. However, the possibility of massive bleeding which is a main cause of maternal death can lead to the death rate of 5.1 in every 1000 cases and is certainly a difficult subject in proceeding laparoscopic procedures. Here we are reporting with a brief review, an experienced case where an abdominal pregnancy is successfully treated with laparoscopy without massive bleeding or any other complications.

Key Words : Abdominal pregnancy, Laparoscopy

복강 임신은 수정란이 난관, 난소, 광인대대를 제외한 복강내에 착상된 임신 상태로서 그 빈도는 자궁외 임신 중 약 1% 정도를 차지하고 정상분만 372-9714명 중 1명 정도 발생하는 매우 드문 부인과 질환이다.¹ 또한 복강 임신은 자궁외 임신으로 인한 모성 사망률의 20% 정도를 차지하고 대량 출혈로 인하여 1000명의 복강 임신당 5.1명이 사망하는 산모에게 매우 치명적인 질환이다.^{1,2} 복강 임신으로 인한 대량 출혈은 개복 수술이 현재까지 우선적인 치료 방법으로 여겨지게 하였으나 최근 복강경 수술장비의 발전과 수술 술기의 발전으로 복강 임신의 복강경 수술사례 보고가 늘고 있다.^{4,7} 그러나 복강 임신시 일어나는 대량 출혈은 모성 사망률을 초래하는 주원인이고 복강경 수술에 의한 치료 방법은 여전히 어려운 문제임은 주지의 사실이다. 이에 저자는 일차성 복강 임신을 대량 출혈 등의 합병증 없이 조기에 복강경 수술로 적절한 치료를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환 자 : 최○정, 30세

산과력 : 2-0-1-2

월경력 : 초경은 12세, 월경 주기는 30일로 규칙적이었고, 약 5일간 지속되며, 양은 보통이고, 생리통은 없었으며, 최종 월경일은 2003년 3월 31일이었다.

과거력 : 특이 사항 없음.

가족력 : 어머니가 제2형 당뇨병으로 현재 약물치료 중.

주소 및 현병력 : 상기 환자는 2003년 5월 초부터 있던 하복부 동통이 지속되고 생리가 없어 자가 임신 반응 검사 양성 확인 후 개인 의원 내원하였으며 당시 시행한 초음파 검사에서 자궁외 임신 의심되어 본원으로 전원되었다.

이학적 소견 : 신장은 168 cm, 체중은 72 kg, 입원시 혈압 110/70 mmHg, 맥박 80회/분, 호흡수 20회/분, 체온

36.5℃이었고, 경미한 하복부 동통 외에는 특이 사항 없었다. 골반 진찰 결과 자궁은 정상 크기였으며, 양측 부속기는 이상 소견 없었다. 자궁경부 이동성 압통 (moving tenderness)와 외음부 및 질과 자궁 경부는 육안 소견상 정상이었다.

검사 소견 : 혈색소 13.3 g/dL, 적혈구 용적 38.8%, 백혈구 5,950/ μ L, 혈소판 207,000/ μ L 이었으며, 간기능과 신기능검사, 흉부 X선 검사 및 심전도는 정상이었다. 입원 당시 혈청 β -hCG는 9,899.4 mIU/mL 이었다.

초음파 소견 : 자궁 체부는 정상 크기였으며, 자궁 내에 임신 산물의 음영은 관찰되지 않았고, 양측 난소는 정상적으로 관찰되었고 우측 난소 옆에서부터 더글라스와 (cul-de-sac)로 이어지는 7.5 cm \times 3.1 cm 크기의 임신체 (conceptus)로 보이는 종괴 음영이 있었다. 임신낭의 크기는 7주 크기였으며, 태아 심박동이 없는 배아 (CRL 1.6 cm)가 관찰되었다 (Fig. 1, 2).



Fig. 1. This finding shows CRL is 16.3 mm.



Fig. 2. This finding shows fetus and placenta. Small arrow shows fetus and large arrow shows placenta.

임상진단 : 복강 임신

수술 소견 : 복강경 수술 시행시 자궁, 양측 난소 및 난관은 정상 소견이었으며 양측 난관 체부 (fimbria) 어디에서도 출혈흔적을 찾을 수 없었다. 복강내에는 대략 200 cc의 피 및 혈종이 고여 있었고 더글라스와 우측에 착상한 2 cm \times 2 cm \times 2 cm 크기의 일차성 복강임신을 확인할 수 있었다 (Fig. 3). 더글라스와에 부착되어 있는 임신낭과 태반을 제거한 후 활성의 출혈 (active bleeding)이 착상 부위로부터 지속되어 (Fig. 4) 전기소작을 시행하였고 전기소작술 후 활성의 출혈은 멈추었으나 소량의 출혈 (oozing)이 있어 지혈을 위해 써지셀 (surgicell)을 이용하여 출혈 부위에 도포하고 드레인 (drain) 삽입 후 수술을 종결하였다.



Fig. 3. This finding shows 2 cm \times 2 cm \times 2 cm sized gestational sac.



Fig. 4. This finding shows implantation site's bleeding. The arrow indicates implantation site on the cul-de-sac.

수술 후 경과 : 수술 후 24시간 후에 나간 혈청 β -hCG는 1,961 mIU/mL 이었다. 드레인은 수술 후 2일째 제거하였고 환자의 경과가 양호한 상태로 회복되어 수

술 후 5일째 퇴원하였다.

고 찰

자궁의 임신은 수정란이 정상 자궁강의 자궁내막 이외에 착상된 임신을 말하며, 산부인과 영역에서 가장 빈번한 응급질환중의 하나이다. 최근의 보고에 의하면 방사면역 측정법에 의한 혈청 β -hCG 검사, 질식 초음파검사, 진단적 복강경 등에 의해 조기진단율이 높아지고 복강경 수술 등에 의한 적절한 치료로 인해 자궁의 임신으로 인한 모성 사망율은 현저히 감소했다. 그러나, 자궁의 임신의 발생 빈도는 인공 유산, 골반내 감염, 복강경을 이용한 난관 불임술 및 복원, 자궁내 피임장치, 배란 유도제를 사용한 배란 촉진 및 시험관아기 시술, 난관임신의 기왕력 등의 증가로 인해 빈도가 증가하는 양상을 보이고 있다. 복강 임신은 자궁의 임신으로서 임신낭이 복막 표면에 착상한 것을 정의하며 일차성 또는 이차성으로 분류할 수 있다. 일차성 복강 임신은 처음부터 복강내 착상한 경우이고 이차성은 처음엔 생식 기관 중 어느 곳에 착상한 후 유산 또는 파열되어 복막 표면에 재착상한 경우로² 복강 임신의 대부분을 차지하고 있다. Studdiford의 진단 기준에⁸ 의하면 일차성 복강 임신은 양측 난소, 난관이 정상이어야 하고, 자궁과 복막사이에 누공의 뚜렷한 증거가 없어야하고, 복강벽에 국한된 임신이라는 것이 확인되어야 하고 일차로 난관에 착상이 일어난 후에 이차로 복강 임신이 되었을 가능성을 배제할 수 있어야 한다. 일차성 복강 임신의 장소로서 간,⁹ 장장간막 (intestinal mesentery), 장골 혈관, 횡격막,¹⁰ 비장,¹¹ 더글라스와,¹² 자궁의 장막 표면 (serosal surface),¹³ 대망¹⁴ 등이 보고되고 있다. 복강 임신은 매우 드물어 372-9714번의 정상분만당 1회로 보고되고 있고 자궁외 임신의 약 1% 정도를 차지하는 것으로 알려져 있다. 또한 복강 임신시 증상은 대부분 비특이적이어서 진단이 어려워 대개 개복 후 발견된다. 복강 임신은 대량 출혈로 인하여 1000명의 복강 임신당 5.1명이 사망하는 산모에게 매우 치명적인 위험한 질환의 일종이다.¹² 이러한 복강 임신과 동반되는 대량 출혈은 개복 수술이 현재까지 우선적인 치료 수단으로 여겨지게 하였고 복강경 수술시 극복해야할 가장 큰 문제가 바로 출혈의 지혈인 것이다. 최근 복강경 수술장비의 발전과 수술 술기의 발전

으로 복강 임신의 복강경 수술사례 보고가 늘고 있다.^{4,7} 그러나 복강 임신시 일어나는 대량 출혈은 모성 사망률 증가의 주원인이고 복강경 수술시행에 여전히 어려운 문제로 대두되고 있다. 하지만 다행히도 대다수의 복강 임신은 무월경 12주 내에 발견되어지는 것으로¹⁵ 보고되고 있고 이러한 경우 태반 부착 부위에서의 출혈은 심하지 않고 전기소작술에 의해 쉽게 조절될 수 있다.⁴ 본례의 경우도 조기 일차성 복강 임신으로 복강경 수술로 모든 임신체를 제거할 수 있었고 태반 부착 부위의 출혈도 전기 소작술로 지혈할 수 있었다. 그러므로 복강 임신의 치료는 조기 진단과 조기의 복강경 수술이 유효한 것으로 사료된다. 그러나 복강 임신이 주수가 많이 진행되고 태반부착 부위가 넓고 깊은 경우는 대량 출혈의 위험으로 개복 수술이 보다 더 유리할 것으로 생각된다.

- 참고문헌 -

1. Atrash HK, Friede A, Hogue CJ. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 333-7.
2. Little KJ, Green MM. Abdominal gestation. *The Journal of Emergency Medicine* 1995; 13: 195-8.
3. Costa SD, Presley J, Bastert G. Advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1991; 46: 515-25.
4. Toshiyuki T, Tasuku H, Hiroki Y. Laparoscopic management of early primary abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 68-78.
5. Shimon Ginath, Gadi Malinger, Avi Golan. Laparoscopic management of abdominal pregnancy. *Fertility and Sterility* 2000; 74: 601-2.
6. Uzan M, Von Theobald P, Lucas V, Barjot P, Liegeois P, Levy G. Ectopic abdominal pregnancy. Two cases treated by laparoscopic surgery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod(Paris)* 1993; 22: 429-30.
7. Abossolo T, Sommer JC, Dancoisne P, Orvain E, Tuailon J, Isoard L. First trimester abdominal pregnancy and laparoscopic surgical treatment. Two case reports of evolving abdominal pregnancy treated with laparoscopy at 10 and 12 weeks. *J Gynecol Obstet Biol Reprod(Paris)* 1994; 23: 676-80.
8. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy: a case report and review. *Am J Obstet Gynecol* 1942; 44: 487-91.
9. Mitchell RW, Teare AJ. Primary hepatic pregnancy: a case report and review. *South African Med J* 1984; 65: 220.
10. Norenberg DD, Gundersen GH, Janis JF, Gundersen AL. Early pregnancy on the diaphragm with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1977; 49: 620-2.
11. Huber DE, Martin SD, Orlay G. A case report of splenic pregnancy. *Aus New Zeal J of Surg* 1984; 54: 81-2.
12. Johnson A. G. Primary peritoneal pregnancy. *British Medical Journal* 1968; 4: 96-7.
13. Kasby C, Krins A. Primary peritoneal pregnancy in association with intrauterine contraceptive devices: two case reports. *Br J Obstet Gynaecol* 1978; 85: 794-5.
14. Acker D, Jenson AB, Tenn GK. Abdominal pregnancy with intrauterine device in-situ. *Obstet Gynecol* 1973; 42: 36-9.
15. Alto WA. Abdominal pregnancy. *Am Fam Physic* 1990; 41: 209-14.

=국문초록=

복강 임신은 자궁외 임신중 약 1% 정도를 차지하고 정상분만 372-9714명 중 1회 꼴로 발생하는 매우 드문 부인과 질환이다. 또한 복강 임신은 대량 출혈로 인하여 1000명의 복강 임신당 5.1명이 사망하는 산모에게 매우 치명적인 질환이다. 복강 임신시 일어나는 대량 출혈은 모성 사망률 증가의 주원인이고 복강경 수술시행에 여전히 어려운 문제임은 주지의 사실이다. 이에 저자는 일차성 복강 임신을 대량 출혈 등의 합병증 없이 복강경 수술로 적절한 치료를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

중심단어 : 복강 임신, 복강경 수술