

蟲垂切除術 傷處에 發生한 子宮內膜症 1例

梨花女子大學校 醫科大學 產婦人科學敎室

<指導: 姜 信 明 敎授>

宋 善 喜·金 鍾 一

=Abstract=

A Case of Endometriosis in Appendectomy Scar

Sun Hee Song, M.D., Chong Il Kim, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine,
Ewha Womans University

<Director: Prof. Shin Myung Kang, M.D.>

Cutaneous endometriosis is one of the rare condition among the external endometriosis. The umbilicus is a favored site, as is the lower abdominal wall where surgical scars may be affected. Occasionally the inguinal area, the perineum or the vulva are involved. A case of endometriosis in appendectomy scar is presented with a brief review of related literature.

서 론

자궁내막증이란 자궁강 이외의 부위에 자궁내막이 부착되어 있는 상태로 1860년 von Rokitsansky가 처음으로 Pelvic adenoma라고 보고한 이래¹⁾ 자궁내막증에 관한 여러 보고가 이루어졌고 일반적으로 이 질환은 골반강 내에 국한되지만 골반장기 이외의 다른 장기에 발생하기도 한다²⁾.

저자는 최근 본원에서 경험한 중수절제술후 2년반 후에 상처에 발생한 피부자궁내막증 1례를 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환 자: 조○주, 17세, 미혼녀.

월경력: 초경 14세, 월경주기 28일, 지속기간 5일

양 소량.

가왕력: 미혼녀로써 성교력은 없었고 초경이후 계속 월경통으로 고생하였고 1976년 4월 중수염으로 개인 병원에서 중수절제술을 시행하였다.

가족력: 특기사항 없었다.

현병력: 초경이후 계속 월경통으로 고생하였고 2년 반전에 행한 중수절제술 이후에 그 상처가 월경시에 주기적으로 팽대되었다간 다시 없어지곤 하였으나 2달 전부터 월경시에 그 상처가 진한 갈색으로 변색되면서 호도만한 크기의 종창으로 팽대되어서 본원 의뢰를 통하여 입원하였다.

입원시 소견: 전신발육 및 영양상태는 중등도였으며 체중은 44 kg, 혈압은 130/90 mm Hg, 맥박은 70/분, 체온은 37°C이었다. 우측하복부의 중수절제술한 상처에 갈색으로 변색된 호도만한 크기의 종창을 보여주는 것 이외에는 다른 특별한 사항은 없었다(Fig. 1.).

내진 소견: 처녀막 파열은 없었고 자궁 및 좌우측부

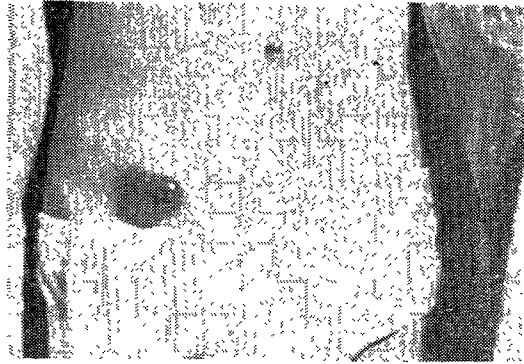


Fig. 1. Brownish walnut sized palpable mass on RLQ, in appendectomy scar.

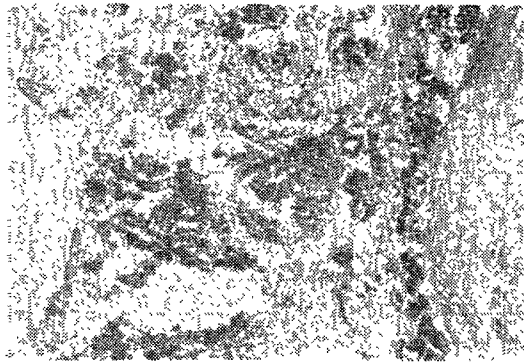


Fig. 2. Endometrial stroma with fibrosis and hemorrhage and chronic nonspecific inflammation show in the dermis and subcutaneous tissue in appendectomy scar. (H & E stain, $\times 200$)

속기는 직장을 통하여 축적하였으나 특기할만한 소견은 없었다.

검사소견 : 혈액소견은 혈액색소 17.4 gm/dl, 적혈구 평균용적률이 55%, 백혈구 4700/mm³이었고, 뇨소견은 당 및 단백이 나타나지 않은 정상범위이었고 흉부 X-선 소견도 정상이었다.

수술소견 및 경과 : 척추마취하에 중수절제술을 행한 상처를 따라서 횡절개를 하여 축적된 팽대된 중앙이 자연적으로 파열되면서 약 30 cc의 진한 갈색의 혈액을 제거하고 상처를 절제하였다. 다시 하복부에 피부 횡절개를 하여 개복하였다. 복강내의 자궁은 단각자궁으로 정상 크기였으며 양측의 나팔관 및 난소는 심한 유착으로 관찰할 수 없었고 후측 자궁저의 장막이 복막에 유착되어 있었으나 자궁과 복막사이에 누공은 없

었고 중수절제술한 부위의 복막도 완전하였다. 자궁의 유착을 박리하고 복부절개를 봉합하였고 다시 중수절제술의 종창을 완전히 절제하고 봉합하였다.

조직학적 소견 : 중수절제술상처의 진피조직에서 전형적인 자궁내막선은 관찰할 수 없었으나 자궁내막기질은 볼 수 있었고 그리고 주위조직에서 염증반응 및 섬유화, 출혈을 볼 수 있었다(Fig. 2).

수술 후 경과 : 수술후 경과는 양호하여 수술후 제 7일에 합병증이 없이 퇴원하였으며 수술후 1달후 내원시엔 수술부위의 주기적인 팽대는 소실되었으나 월경곤란증은 계속되었다.

고 찰

자궁내막증은 자궁강 이외의 부위에 자궁내막이 착상되어 있는 상태로 일반적으로 골반강내에 많이 발생하지만 골반장기 이외의 다른 장기에 발생하기도 한다.

자궁내막증은 1860년에 von Rokitansky가 처음으로 Pelvic adenoma로 보고한 이래 1897년에 Pfannenstiel이 직장질벽의 Adenomyoma를 1899년에 Russel이 난소의 자궁내막증을 보고하였고 1900년에 Cullen과 Meyer는 자궁내막증에 대한 광범위한 보고를 하였고 1921년 Sampson에 의해서 처음으로 자궁내막증에 대한 임상 및 병리학적인 설명이 이루어졌다¹⁾.

자궁내막증의 발생기전에 대해서는 여러 학설이 보고되었지만 확실한 기전은 아직도 명확하지 않지만 현재 가장 많이 받아들여지는 학설은 첫째로 증식할 수 있는 자궁내막세포가 여러 방법으로 비정상적인 위치로 이동이 되는 Transportation theory, 둘째로는 자궁내막조직이 자궁의 장소에 발생하여 특별한 분화를 일으키는 Coelomic metaplasia theory와 셋째로는 위의 두가지 인자가 같이 작용하는 Combination theory이다. 이동설로는 Sampson²⁾이 처음으로 주장한 migratory pathogenesis으로써 월경기간중 자궁내막의 단편이 나팔관을 통하여 역류하여 난소 및 골반내의 조직에 착상하여 발생한다는 설과 Halban의 입파전이설과 수술후 그 반흔에 발생하는 경우에는 기계적 착상 및 사지에 발생하는 경우에는 patent foramen ovale 또는 paravertebral shunt를 통한 동맥혈행에 의해서 전이된다는 경우가 있다. 출산이나 월경시 등에 회음 절개창 및 다른 수술창에 부착되어서 발생한다는 경우 등이 이 학설에 해당되는 것이라고 하였다³⁾

피부자궁내막증의 발생기전도 자궁내막이 어떠한 방법으로든지 susceptible tissue에 운반되어서 그 자궁내막이 metaplasia를 일으켜서 발생한 combination

they에 해당한다고 하였다⁴⁾.

자궁내막증의 전체적인 발생빈도는 Kistner⁵⁾에 의하면 골반수술 중 15~15%에서 발견된다고 하였고 Norwood⁶⁾는 32.2%, Fallas⁷⁾는 27.1%를 보고하였다. Hofmeister와 Grinney⁸⁾은 충양물기의 자궁내막증으로 339명의 골반수술에서 4명(1.1%)으로 보고하였다. 그리고 수술상처에 발생한 자궁내막증의 발생빈도는 저자에 따라서 매우 다양한데 Masson과 Marble(1935년)은 576명중 10명(1.73%)에서 Fitzgibbons(1951년)는 182명중 2명(1.09%), Heppe(1952년)는 271명중 23명(0.84%)으로 약 1~2%에 해당되는 빈도를 보여주었다⁹⁾. Nora와 Meyer 등¹⁰⁾에 의하면 제왕절개술 후에 그 상처에 발생하는 빈도는 1000명당 1.5명이라 하였고 이는 다른 복식자궁수술 후에 그 상처에 발생하는 빈도의 $\frac{1}{15}$ 이라고 하였다. Field 등¹⁰⁾에 의하면 541예의 제왕절개술후 2예(0.37%)에서 상처에 자궁내막증이 발생한다고 하였다. Steck과 Helwig²⁾는 82명의 피부자궁내막증을 보고하였는데 이중 26명이 자연발생이었고 나머지 56명은 수술후 그 상처에 발생한 것이었는데 이중 26명은 이전에 제왕절개술을 받은 환자였다.

일반적인 자궁내막증환자의 연령분포를 보면 Kistner⁵⁾에 의하면 진단시에 27세에서 가장 많았고 이들중 15%가 30세 이하라고 하였고, Novak¹¹⁾에 의하면 75%의 환자가 25세~45세 사이라고 하였고 Norwood⁶⁾는 최소 나이로 15세, 최고령자로 62세로 보고하였다. 그리고 백인이 흑인에 비해서 2배의 발생율을 보이고 백인에서도 교육수준이 높고 경제적으로 부유한 사람에서 2~5배의 높은 발생율을 나타내었다⁶⁾. Steck과 Helwig²⁾도 82명의 피부자궁내막증 환자에서 63명이 백인, 6명이 흑인, 1명이 동양인으로 보고하였다.

증상과 증후를 보면 Stevenson과 Campbell¹²⁾에 의하면 월경통, 불임증, 월경과다, 성교곤란, 하복부의 통증의 주요증상이 나타나며 월경통은 25~80%의 환자에서 나타나는데 특징으로는 통증이 월경과 함께 또는 직전에 시작되어 점차적으로 심해지면서 월경 제 2일에 점차적으로 약해지는 점이다. 불임증은 약 40~50%의 환자에서 생기는데 이중 35%가 1차 불임증이라 하였고 월경과다 및 성교곤란은 각각 25%에서 관찰되었다고 하였다. Kistner⁵⁾도 역시 월경통, 성교곤란, 배변시 동통, 월경과다, 하복부 동통, 배뇨곤란, 혈뇨, 불임증을 주요 증상이라 하였고 불임증의 빈도는 30~40%라고 하였다. 피부자궁내막증의 증상 및 증후는 Steck과 Helwig⁴⁾의 82명의 환자보고에서 첫째로 모든 환자에서 팽대한 종창이 존재하고 이 종창

은 대부분이 단단한 것으로 크기 및 색상은 다양하다고 하였다. 둘째로는 종창부위의 동통을 44명의 환자에서 호소하였고, 셋째로는 주기적인 출혈을 10명의 환자에서 보고하였다. 그리고 33명의 환자에서 월경기간동안에 증상이 더욱 심해진다고 하였다. Nora와 Meyer 등¹⁰⁾도 역시 동통을 가진 종창을 주요 증상이라 하였고 이 동통의 정도는 각 환자에 따라서 다양하며 이 종창이 외부 출혈과 누공을 형성하면 동통이 둔화될 수 있다고 하였다. 본 보고된 예에서도 월경시마다 주기적으로 충수절제술의 상처가 호도만한 크기의 종창으로 진한 갈색으로 변색되었다. 그리고 처음 수술과 수술후 그 상처에 임상적으로 자궁내막증이 발생하는 시간은 1달에서 13년 사이로 매우 다양하지만 평균 30개월이었다²⁾. Field 등¹²⁾은 제왕절개술후 2명에서 각 4년반과 5년후에 그 상처에 자궁내막증이 발생하였다고 보고하였다. 본 보고된 예에서도 2년반 후에 발생하였다.

병리소견에서 Kistner⁵⁾에 의하면 현미경학적으로 관찰되는 4가지의 구조를써 첫째 자궁내막상피, 둘째로는 자궁내막線 또는 線유사조직, 셋째는 기질, 넷째로는 출혈이라고 하였으며 자궁내막증에 있어서 출혈과 관계가 있는 것은 상피도 線도 아닌 자궁내막의 기질이라고 하였고 기질하나만 존재해도 자궁내막증의 진단이 내려질 수 있다고 하였다. Steck과 Helwig⁶⁾에 의하면 82명의 피부자궁내막증환자에서 경계가 불명확한 nodular한 병소가 진피와 혼하지 않게는 피하조직에 발생한다고 하였는데 모든 검사물에서 관찰된 주요 병리학적인 변화로는 첫째로는 자궁내막에서와 유사한 線조직과 기질을 볼 수 있고, 둘째로는 이러한 ectopic structure에 대한 위위조직의 변화 즉 inflammation, fibrosis 및 myxoid appearance를 볼 수 있고 출혈도 존재한다고 하였다. 그리고 이러한 ectopic gland에서 자궁내막주기의 모든 주기가 관찰되었다고 하였으며 9명의 환자에서는 decidual reaction도 관찰되었는데 이중 8명은 임신중이었다고 하였다⁴⁾.

피부자궁내막증은 진단 및 치료가 어려울 때가 있지만 그 예후는 한결같이 좋다고 하였다.

결론

17세된 미혼여성에서 충수절제술후에 그 상처에 발생한 자궁내막증 1례를 경험하였기에 이를 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

—References—

- 1) Scott, R.B.: External endometriosis-mechanism of origin, theoretical and experimental. Clin. Obstet. Gynecol. 3 : 429, 1960.
 - 2) Steck, W.D. and Helwing, E.B. : Cutaneous endometriosis. J. Amer. Med. Ass. 191 : 167, 1965.
 - 3) Sampson, J.A.: Development of the implantation theory for the origin of peritoneal endometriosis. Am. J. Obst. & Gynec. 40 : 549, 1940.
 - 4) Steck, W.D. and Helwig, E.B.: Cutaneous endometriosis. Clin. Obstet. Gynecol. 9 : 373, 1966.
 - 5) Kistner, R.W.: Gynecology principle and practice. 3rd edition. Year Book Medical Publishers. Inc. Chicago. 1979.
 - 6) Norwood, C.E.: Sterility and fertility in pelvic endometriosis. Clin. Obstet. Gynecol. 3 : 456, 1960.
 - 7) Fallas, R.E.: Endometriosis, a study of 150 private cases. West. J. Surg. 59 : 448. 1951.
 - 8) Hofmeister, F.J. and Grinney, L.R.: Endometriosis. Wisconsin M.J. 51 : 1184, 1951.
 - 9) Nora, E.S., Meyer, K.A. and Carbonera, P.: Ectopic endometrium in abdominal scars following cesarean section. Am. J. Obst. & Gynec. 71 : 876, 1956.
 - 10) Field, C.A., Banner, E.A. and Symmonad, R.E.: Endometriosis of abdominal scar after cesarean section. Staff meetings of the Mayo Clinic. 37 : 12, 1962.
 - 11) Novak, E.R.: Novak's Textbook of Gynecology. 9th edition. Williams & Wikins Co. Baltimore. 1975.
 - 12) Stevenson, C.S. and Campbell, C.G.: The symptoms, physical findings and clinical diagnosis of pelvic endometriosis. Clin. Obstet. Gynecol. 30 : 441, 1960.
-