

## 양측 난관임신 1 예

이화여자대학교 의과대학 산부인과학교실

윤 혜 원・김 중 일

= ABSTRACT =

### A Case of Bilateral Tubal Pregnancy

H.Y. Yoon, M.D., C.I. Kim, M.D.

*Department of Obstetrics and Gynecology, College of Medicine, Ewha Womans University*

Fertilized egg is implanted anywhere except intrauterine cavity is referred to as ectopic pregnancy. Ectopic pregnancy was increased recently in spite of effective modern antibiotics therapy, because partial occlusion following episode of gonorrhoeal or non-gonorrhoeal salpingitis. Increasing incidence is contributed to IUD, artificial abortion and laparoscopic sterilization as means of birth control.

Bilateral tubal pregnancy is rare condition, which incidence was 1 in 1580 ectopic pregnancies, 232 cases have been reported until 1979. Etiologic factor of bilateral tubal pregnancy is similar as general ectopic pregnancy, but this condition may increase in the near future because of prevalent case of clomiphene and pituitary gonadotropin, the increase frequency of tubal surgery and the practice of conservation of the tubal in ectopic pregnancy.

We present a case of bilateral tubal pregnancy with brief review of literature.

### 서 론

자궁의 임신이란 자궁내막이외의 장소에 수정란이 착상되는 경우로 난관, 복강, 난소, 자궁경관, 광인대 등 여러부위에 올 수 있으나 그 95% 이상이 난관에 착상되는 것으로 알려졌다<sup>1)</sup>.

양측 난관임신은 1888년 winckel<sup>2)</sup>에 의해 처음 보고된 이래 현재까지 문헌상으로도 232 예 정도의 보고가 있었을 뿐이다. 빈도는<sup>3)</sup> 1580 회 자궁의 임신중 하나 꼴로 매우 드물고, 수술전 진단되는 경우는 거의 없으며 자궁의 임신의 진단하에 개복수술후 우연히 발견되

는 경우가 대부분이다.

저자는 양측 난관임신의 1 예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 이를 보고하는 바이다.

### 증 례

환 자 : 김 ○ 순, 35 세, 출산력 : G<sub>5</sub> P<sub>2</sub> (2-0-2-2).

월경력 : 초경은 16 세, 주기는 30 일형으로 규칙적이며 지속기간은 4-5 일, 양은 정상범위였고, 최종 월경일은 1982 년 5 월 25 일 이었다.

과거력 : 13 년전과 5 년전에 2 회외 임신분만으로써

아와 남아를 만삭분만 하였고, 12년전과 1년전에 임신 2개월에 2회의 인공임신중절을 한 바 있다. 1974년도에 골반염으로 일주일간 입원치료받았었다.

가족력: 특기사항 없음.

주소: 무월경 7주 및 심한 하복부 동통과 질출혈.

현병력: 입원 하루전 하복부 동통이 발생하였으며, 호전이 없이 증상이 더욱 악화되어 입원 1시간전 심한 하복부 동통과 질출혈을 동반하여 본원 응급실을 통하여 입원하였다.

입원시 진찰소견: 입원당시 혈압은 80/20 mmHg, 맥박은 116 회/min, 체온은 37°C였으며, 체격 및 영양상태는 비교적 양호하였으나, 매우 창백한 상태였고, 중등도의 복부 팽만 및 전반적인 직접 및 반동미통(rebound tenderness)이 있었고, 자궁 및 부속기는 복벽경직으로 촉지할 수 없었으며, 자궁경부의 유동성 동통이 유발되었다. 질경검사에서 소량의 적색 점상 질출혈을 볼 수 있었으며 자궁경 미란은 없었다. 다굴라스와 천자로 약 10cc의 비응고성 암적색 유리혈액을 쉽게 뽑아내었다.

검사소견: 혈액검사 소견은 혈색소 8.4gm/dl, 헤마토크리트는 24%였고, 백혈구는 12,000/mm<sup>3</sup>, 소변검사는 정상이었으며, 임신반응검사는 임신으로 나왔다. 간기능 검사 및 전해질은 정상범위였고, 흉부 X선상에는 양측 횡경막 상승 이외에는 특이한 소견은 없었다.

수술소견: 자궁의 임신의 진단하에 응급 개복수술을 시행한 결과 약 4000cc의 혈괴 및 비응고 유리혈액이 복강내에 고여있었다. 좌측 난관 팽대부가 파열되어 심한 출혈을 보이고 있었으며, 복강내에 태반조직이 흩어져 있었다. 좌측 및 우측 난소에 각각 10 × 15 × 7 cm, 7 × 6 × 3 cm 정도로 팽대된 불규칙한 기형종이 있었고, 자궁은 임신 8주의 크기로 커져있었으며, 호두크기의 근종이 우측자에 부착되어 있었다.

양측 난소난관 절제술 및 복식 전자궁적출술, 우시적 중수 절제술을 시행하였다. 수술중 혈액 8 pints를 수혈하였다.

수술후 경과: 환자는 수술후 특별한 합병증 없이 수술 제 7일에 발사후 퇴원하였다.

병리조직학적 소견: 육안적으로 파열된 좌측 팽대부에서 태조직을 볼 수 있었다. 근종으로 생각하였던 우측 자궁각에서 병리조직검사 결과 피사성 음모조직이 확인되었다. 양측 난소는 모두 기형종이었다.

## 고 찰

자궁의 임신은 흔히 볼 수 있는 산부인과 영역의 급성 질환으로서 자궁이외의 부위에 수정란이 착상된 경

우이다.

자궁의 임신을 일으키는 요인은 여러가지가 있을 수 있으나 최근 인공유산의 급증 및 자궁내 피임장치, 성병의 빈도증가와 더불어 복강경 불임술이나 난관 복원술후에 증가하는 경향이 있다.

인공임신 중절이 최근 가족계획의 일환으로 부분별하게 행해지는 결과, panayotou<sup>4)</sup>는 이러한 그룹에서 자궁의 임신의 빈도는 비교 그룹보다 10 배이상 높다고 보고하면서 이것은 인공유산이후 subclinical 한 자궁 내막염 및 이차적인 난관 주위염, 난관 유착등으로 난관의 부분폐쇄를 가져오기 때문이라고 설명하였다.

Prichard<sup>5)</sup>는 인공유산 및 자궁내 피임장치, 불임수술등의 기왕력이 자궁의 임신의 발생경향에 상당히 중요한 요인으로 작용하고 있다고 강조하였다.

Te Linde<sup>6)</sup>도 유산후 골반감염이 자궁의 임신의 원인이 된다고 하였다.

자궁내 피임장치를 사용한 이후에 자궁의 임신의 발생빈도는 4.3%~8.9%로 자궁내 피임장치는 수정란의 자궁내 착상을 방지하는 반면, 자궁의 임신을 더 가져오는 듯 하며, 자궁외의 착상비율은 자궁내 피임장치의 사용기간과 비례한다고 하였다.

급만성 골반염도 중요한 요인으로 대두되는데, 성생활이 활발한 젊은층사이에서 성병의 빈도가 급증함과 더불어 우수한 항생제 사용에도 불구하고 자궁의 임신이 더욱 증가하는 추세에 있다<sup>6)</sup>. 항생제 사용이전에는 급성 난관염인 경우 난관이 완전히 막히는 것이 보통이어서 불임을 초래하는 경우가 많았으나, 최근 항생제 남용에 의한 난관염의 불완전한 치료도 중요한 요인으로 작용하고 있다<sup>9)</sup>.

우리나라에서 가족계획사업으로 추진하고 있는 복강경 시술후에도 자궁의 임신의 빈도가 높을것으로 사료되는데, Tatum<sup>10)</sup>에 의하면, 자궁의 임신의 빈도는 전기소작법(Coagulation method)으로 한 경우가 가장 많았고, 다음으로 Band technique, Spring clip의 순이라고 하였다.

난관 복원술후의 자궁의 임신의 빈도<sup>11)</sup>는 첫 1년동안 가장 많았고, 수술방법으로 미세난관접합술(Microsurgical tubotubal anastomosis) 및 난관자궁각접합술(Tubocorneal anastomosis)인 경우엔 낮은편이었으나, 육안적 난관접합술(Macrosurgical anastomosis)인 경우엔 높은편으로 나타났다.

양측 난관임신은 1888년 Winckel에 의해 처음 보고된 이후 Dajani와 Shaer<sup>2)</sup>가 문헌고찰 한 바에 의하면 1979년까지 232명의 양측 난관임신이 보고되었다고 한다.

Arey<sup>12)</sup>는 일난성 쌍생아는 자궁내 임신보다 난관서

더 잘 착상되는것을 보고하였다. 양측 난관임신은 이란성 쌍태임신의 가장 흔한 형태로 난관임신에서 수정란이 사망한 경우나, 유산이 된 경우, 수정란이 완전 흡수된 경우에 동측 또는 양측의 난관임신이 계속 발생할 수 있다고 한다.

Henry<sup>13)</sup>에 의하면, 양측 난관임신은 첫째, 다발성 배란이 일어나서 둘째, 2개의 난자가 수정되어야 하며, 셋째, 수정된 한개의 난자가 난관의 병소부위에 착되어야 한다는 것이다.

Norris<sup>14)</sup>도 양측 난관임신의 생리적 기전을 첫째, 두개의 난자가 동시에 일측 또는 양측 난소에서 배란되어 양측 난관에서 수시간 이내에 수정되어 난관 파열이 일어나는경우와 둘째, 중복수정의 경우로 그 기간이 수주 내지 수개월되어 양측 난관의 용모막 용모가 서로 다른 발생시기를 보이는 경우라고 하였다.

양측 난관임신의 발생요인은 일반 자궁의 임신과 다를 바 없으나 최근 그 빈도가 증가하는 이유로는<sup>15)</sup> 배란유도를 위한 클로미펜 및 뇌하수체 성선자극 호르몬의 사용빈도가 증가하였으며 인공유산 및 골반염 빈도의 증가, 난관수술의 빈도 증가 및 자궁의 임신수술중 난관 보존술 시행율의 빈도가 증가하는 때문이다.

배란유도를 위해 클로미펜이나 뇌하수체 성선자극 호르몬을 사용한 경우에 100 회 자궁의 임신중 하나꼴<sup>15)</sup>로 나타난다고 한다.

양측 난관임신의 수술적 임상진단은<sup>2)</sup> 대개 양측 난소낭종 또는 난소종양 또는 일측 난관임신과 감별을 요한다. 그러나 수술전에 양측 난관임신으로 진단된 경우는 없다고 한다.<sup>1) 3) 14) 16)</sup>

자궁의 임신의 특이한 진단방법은<sup>1)</sup> 없으나 무월경, 질출혈 및 일측 동통, 내진시 일측 부속기 촉지, 수축기 혈압 저하 및 빈맥등을 볼 수 있고, 보조 진단방법으로, 다클라스와 천자, 복강경 검사, 초음파 검사 및 내분비학적 검사 등으로 확진할 수 있다. 최근 용모성선자극 호르몬을 Monoclonal antibody를 사용한 radioimmunoassay 방법으로써 자궁의 임신시 극히 미세한 혈중 HCG를 급속하고도 더욱 정확하게 알아낼 수 있게 되었다<sup>17)</sup>.

1939년 Fishback<sup>18)</sup>은 양측 난관임신을 확진하기 위하여는 양측 난관에서 태아 또는 그 일부와 함께 태반 조직을 볼 수 있어야 한다고 하였으나, 1953년 Norris<sup>14)</sup>는 양측 난관에서 용모막 용모의 확인만으로도 충분하다고 하였다.

양측 난관임신의 경우 수술방법은<sup>19)</sup> 쇼크 환자의 경우 가장 간단한 수술방법을 선택하며, 양측 난관 절제술이 대체로 필요하고, 협부에 존재할 경우엔 난관절제 및 자궁각 주위를 계상절제 하여야 한다.

양측 난관임신은 진단에 어려움이 있지만 적절하고도 신속한 처치로 자궁의 임신으로 인한 사망율을 감소시켜야 할 뿐 아니라, 수술시 양측 부속기의 주의 깊은 관찰 및 아기를 원하는 경우 난관 복원술의 과제를 안고있다.

## 결 론

본 이화여자대학교 부속병원 산부인과에서 양측 난관임신 1 예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하였다.

## REFERENCES

- 1) Jones III, H.W., Julian, C.G., Novak, E.R., Wentz, A. C., Woodruff, J.D. : Novak's Textbook of Gynecology, 10th ed. Williams & Wilkins Co. pp. 636-658, 1981.
- 2) Dajani, Y.E., Shaer, J.R. : Bilateral tubal pregnancy in the presence of an IUD : A case report. Am. J. Obstet & Gynecol, 16 : 398, 1979.
- 3) Abrahams, R.A., and Kantor, A.E. : Bilateral simultaneous extrauterine pregnancy. Am, J. Obstet & Gynecol. 56 : 1198, 1948.
- 4) Panayotou, P.P., Kaskarelis, D.B., Miettinen, O., Trichopoulos, D.B., Kalandidi, A.K. : Induced abortion and ectopic pregnancy. AM J. Obstet & Gynecol. 114 : 507, 1972.
- 5) Prichard, J.A., Macdonald, P.C. : Williams Obstetrics, 16th ed. Appleton-Centry - Croft. New York, pp. 527-548, 1980.
- 6) Te Linde, R.W., Mattingly, R.E. : Operative Gynecology, fifth edition, Philadelphia. J.B. Lippincott Co. pp. 367-368, 1977.
- 7) Lehfeldt, H., Tietze, C., and Gorstein, F. : Ovarian pregnancy and the intrauterine device. Am. J. Obstet & Gynecol, 108 : 1005, 1970.
- 8) Vessy, M.P., Johnson, B., Doll; R., and Peto, R. : Outcome of Pregnancy in woman using an intrauterine device, Lancet, 1 : 495, 1974.
- 9) Franklin III, E.M., Zeiderman, A.M. : Tubal ectopic pregnancy : Etiology & Obstetric

- and Gynecologic sequele. Am. J. Obstet. & Gynecol, 117 : 220, 1973.
- 10) Tatum, H.J., and Schmidt, F.H. : Contraceptive and sterilization practice and extrauterine pregnancy, a realistic perspective, Fertil. Steril. 28 : 407, 1977
  - 11) Zuspan, F.P., Christian, C.D. : Reid's Controversy in Obstetrics and Gynecology -III. W. B. Saunders Company, Philadelphia, pp. 4 476 - 493, 1983.
  - 12) Arey, L.B. : The cause of tubal pregnancy and tubal twining, Am. J. Obstet & Gynecol. 5 : 163, 1923.
  - 13) Foster, H.M., Lakshin, A.S., Taylor, W.F., : Bilateral tubal pregnancy with vaginal delivery, Obstet & Gynecol 60 : 664, 1981.
  - 14) Norris, S. : Bilateral simultaneous tubal pregnancy, Can. Med Assoc. J. 68 : 379, 1953.
  - 15) Berger. M.J., Taymor, M.L. : Simultaneous intrauterine and tubal pregnancy following ovulation induction. Am.J. Obster. & Gynecol. 113 : 812, 1972.
  - 16) 한중희 · 정도영 · 이명우 · 오원섭 ; 양측 난관임신 1 예. 대한산부인과학회지, 20 : 101, 1983.
  - 17) Stenman, U.H., Tanner, P., Ranta, T., Schröder, J., Seppälä, M. : Monoclonal antibodies to chorionic gonadotropin : Use in a rapid radioimmunoassay for gynecologic emergencies. Obstet' & Gynecol. 59 : 375, 1982.
  - 18) Fishback, H.R. : Bilateral simultaneous tubal pregnancy, Am. J. Obstet. & Gynecol. 37 : 1035, 1939.
  - 19) Malkasian, G.D., Hunter, J.S., ReMine, W. H. : Pregnancy in the tubal interstitium and tubal remnants, Am. J. Obst. & Gyneec, 77 : 1031, 1959.
-