

## 반흔성 자궁내막증 2례

동국대학교 의과대학 산부인과학교실

박영복 · 조재훈 · 장원연 · 박태형 · 김도균 · 윤혜원

=Abstract=

### Two Cases of Scar Endometriosis

Young Bok Park, M.D., Je Hun Jo, M.D., Won Yeon Jang, M.D.,  
Tae Hyoung Park, M.D., Do Gyun Kim, M.D., Hae Won Yoon, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, Pohang Hospital, Dongguk University

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue(gland and stroma) outside the uterus. The incidence of scar endometriosis is quite rare, and must differentiate with cellulitis and abscess.

We have experienced one case of perineal endometriosis and one case of abdominal wall endometriosis at the site of postoperative wound scar. The possible pathogenesis of endometriosis and treatment were discussed.

**Key Words** : Scar, Perineal, Abdominal, Endometriosis,

## 서 론

자궁내막증은 자궁내막조직이 자궁외에 존재하는 것으로 정의되며,<sup>1</sup> 골반장기나 복막에서 주로 발견된다. 외과적 수술후 발생하는 반흔성 자궁내막증은 매우 드물어서 종종 농양이나 봉합 육아종, 암종 등과 감별이 필요하다.<sup>2</sup> 그러나 일단 발생가능성을 염두한 상태에서 환자의 병력과 특징적인 증상에 유의하면 비교적 쉽게 자궁내막증을 의심할 수 있으며 의외로 치료가 간단 할 수 있다.<sup>3</sup>

본원에서는 제왕절개술 후의 복벽반흔과 회음절개술 후의 회음부 반흔에 발생한 자궁내막증 2례를 체험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

## 증 례

### 《증례 1》

**환 자** : 이 0희, 48세.

**입원일** : 1998년 5월 21일.

**주 소** : 회음부(회음절개부위)의 동통 및 압통을 동반한 홍반성 결절.

**산과력 및 과거력** : 3-0-2-3

비교적 규칙적인 30일 주기의 월경력을 가지며 양은 보통이었고, 24세에 첫 분만, 30세에 마지막 질식분만을 시행하였으며, 내외측 회음절개를 시행하였고 분만시 특이사항은 없었음.

5년전부터 자궁내 피임장치를 사용중이었음.

**현병력** : 1985년 마지막 분만후 특별한 문제없이 지내다가, 1994년 11월 29일 우측 내외측 회음절개부에 약간의 동통을 동반한 홍반성 결절을 주소로 본원 외래에 내원, 회음부주위 감염이 의심되어 약물치료후 더 이상 내원하지 않다가, 1998년 4월 2일 회음절개부에 동통 및 압통이 심해지면서 결절의 크기도 커져 두번 채로 방문하였다. 일반외과 진

찰로 항문루와 항문주위농양을 배제한 후, 월경주기와 관련하여 지속되는 증상으로 자궁내막증 의심하에 5월 21일 수술하기 위해 입원하였음.

**입원시 소견** : 전신상태는 양호하였으며 혈압 110/70mmHg, 맥박은 70회/분, 호흡은 20회/분, 체온은 36.7도였다. 이학적 검사상 특이소견은 없었다.

**검사소견** : 혈액검사상 백혈구  $7600/\text{mm}^3$ , 혈색소 10.0g/dl였고, 혈소판  $298000/\text{ul}(\text{mm}^3)$ 이었고, 소변검사와 BUN/creatinine, PT/PTT 모두 정상이었다. 심전도와 흉부 X-선 검사는 모두 정상이었다. HBsAg(-), HBsAb(+), VDRL(-)였다.

**진찰소견** : 회음절개부위에 동통과 발적, 압통을 동반한 결절이  $3\text{cm} \times 3\text{cm}$  정도의 크기로 만져짐.

그 외의 내진소견과 절경소견은 정상이었다.

**수술소견 및 수술방법** : 척추마취하에서, 회음부의 결절을 절제하였다.

**육안적 및 조직학적 소견** : 육안적으로는 암적색의 비교적 단단하게 느껴지는 연조직이  $3.2\text{cm} \times 1.5\text{cm} \times 3\text{cm}$  크기로 존재하였고, 조직학적 소견으로는 자궁내막의 선과 기질이 피하층과 회음부근층까지 침윤된 소견을 보였다.(Fig 1, Fig 2)

**수술후 경과** : 수술후 특별한 문제없이 4일만에 퇴원하였고, 조직검사상 자궁내막증이 진단된 후 3개월간 매달 GnRH 0.3mg 피하투여후 1년간의 추적관찰을 시행하였으나, 특별히 호소하는 재발증상은 없었다.

#### 《증례 2》

**환자** : 신 0경, 33세



Fig. 1. There is dilated endometrial grand below the sweat glands(H&E,  $\times 100$ )

**입원일** : 1999년 12월 23일

**주소** : 제왕 절개술 후 복벽반흔에 발생한 동통과 압통을 동반한 종괴 촉진.

**산과력 및 과거력** : 2-0-0-2

비교적 규칙적인 28일 주기의 월경력을 가지며 지속 기간은 4-5일이었으며 양은 보통. 평소 월경통은 없었으며 30세에 태아 곤란증으로 좌측 제왕 절개로 응급제왕절개술을 시행하여 첫 분만을 하였으며, 31세에 반복제왕절개술 시행. 수술시 특이 사항은 없었음. 반복제왕절개술시 동시에 난관 결찰술을 시행하였으며, 현재 4세된 여아와 3세된 남아를 둔 상태.

**현병력** : 97년 12월 본원에서 반복 제왕절개술 시행 후 특별한 문제 없이 지내던 중, 98년 11월경 부터 수술 반흔에 종괴가 촉진되면서 간간히 불편한 정도로 그냥 지내던 중, 99년 11월 초 부터 월경시 종괴 부위에 발생한 동통과 압통이 심해지면서 종괴의 크기증가로 12월 22일 본원 외래에 방문하였으며, 자궁내막증 의심하에 99년 12월 23일 수술하기 위해 입원하였음.

**입원시 소견** : 전신상태는 양호하였으며, 혈압은 130/80mmHg, 맥박은 82회/분, 호흡은 20회/분, 체온은 36.7도였다. 검사소견은 혈액검사상 백혈구  $8100/\text{mm}^3$ , 혈색소 12.8g/dl, 혈소판  $261000/\text{ul}(\text{mm}^3)$ 였으며, 그 외의 검사소견은 모두 정상이었으며, 흉부 X-선 심전도 검사도 정상이었다. 종양 표지자 검사중 CA-125는 16.63으로 정상이었다.

**진찰 소견** : 좌측 제왕절개술 반흔 부위에 작은 계란크기의 결절이 촉진되었으며, 압통이 동반되

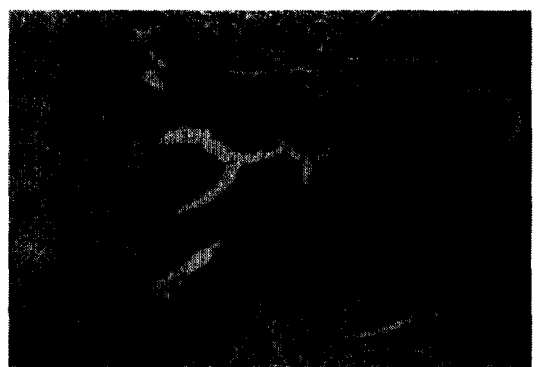


Fig. 2. Endometrial tissue is infiltrating fibrotic perineal muscle layers.(H&E,  $\times 100$ )

었다.

**수술방법 및 수술 소견 :** 국소마취하에 제왕절개 수술 반흔을 5cm 정도 절개하였다. 종괴는 피하층과 근육의 상단면까지 침범한 소견을 보였으며, 종괴를 제거한 후 결손된 근육층과 피하층을 봉합하였다.

**육안적 및 조직학적 소견 :** 육안적으로는 두개의 비교적 단단하게 느껴지는 연조직이 짙은 갈색으로 보였으며, 큰 조직은  $4 \times 3 \times 1.5$  cm 정도의 크기였다. 현미경적 소견으로는 자궁내막조직의 선과 기질이 피하층과 근육층에 존재함을 확인하였다.(Fig.3, Fig.4)

**수술후 경과 :** 수술후 특별한 문제없이 하루만에 퇴원하였으며, GnRH agonist 3.6mg을 3회 피하 투여 후 추적관찰 중이며 현재까지는 별다른 재발증상은 보이지 않고 있다.



Fig. 3 Endometrial tissue is infiltrating fascia layer of abdominal wall.(H&E,  $\times 40$ )



Fig. 4 Dilatated endometrial gland in abdominal wall was seen.(H&E,  $\times 100$ )

## 고 찰

자궁내막증은 1860년 Rokitanski에 의해 처음 보고 되었고, 회음부에 발생한 자궁내막증은 1923년 Schickele가 처음 보고 하였다.<sup>4</sup> 그 이후 제왕절개부, 자궁적출술, 복강경 반흔, 바토린선 제거부위 등에 자궁내막증이 발생한다고 알려져 왔다.<sup>5</sup>

1957년 Prince와 Abrams는 이러한 반흔성 자궁내막증은 산과적 또는 수술적인 손상을 받은 뒤 발생한 것이라고 보고하였다.<sup>6</sup> 산과적 혹은 수술적인 손상 후 자궁내막증이 발생하는 기전은 정확하게 알려져 있지 않으나 Sampson의 이식설, 체강상피화생설, 혈행성 또는 림프관 파종설 등으로 설명되어지고 있다.<sup>7</sup>

이 중 대표적인 발생기전으로는 기계적 전이설 (mechanical transplantation)으로 수술 또는 산과적 조작에 의해 전이 된다는 것으로 정교한 술기가 시행될 경우 수술 반흔 자궁내막증 발생율이 감소된다고 생각하였다.<sup>8,9,10</sup> 실제로 생리혈에 존재하는 자궁내막조직을 양막을 이용하여 배양한 결과 양막 상피층에 다양한 크기의 자궁내막조직의 유착을 증명하기도 하였다.<sup>11</sup>

한국에서 자궁내막증의 발생 빈도는 부인과 입원 환자의 1.0%, 개복수술을 시행한 환자의 2.2%를 차지하며, 그 유병율이 점차적으로 증가하는 추세이다.<sup>12</sup> 수술 반흔에 발생하는 자궁내막증의 빈도는 잘 알려져 있지 않을 정도로 드물며 일부 보고에서, 제왕절개술 후에 약 0.03% 정도의 비율로 발생한다는 보고가 있다.<sup>13</sup>

자궁내막증의 호발연령은 Prince 와 Abrams (1957)는 23-45세로 평균 38세,<sup>14</sup> 조 등<sup>12</sup>은 평균 36세였고, 본 증례에서는 48세와 33세 였으며 보통 20-30대에 호발하는 것으로 알려져 있다.

반흔성 자궁내막증의 발생시기는 수술 후 평균 30개월<sup>15</sup> Paull(1972)등<sup>16</sup>은 평균 21개월, 박 등<sup>8</sup>은 평균 30개월, 유 등<sup>17</sup>은 2.5년, 오 등<sup>18</sup>은 평균 3년이었으며, 본 예에서는 9년과 24개월로서 차이가 있으나 대개 수술 후 최종적으로 반흔성 자궁내막증으로 확진되기까지는 수술 후 평균 5.8년 정도 소요된다고 한다.<sup>18</sup>

반흔성 자궁내막증의 진단은 수술이나 분만의 과거력이 있는 다산모에서 그 수술부위에 압통을 동반하는 결절이 있으며 특히 생리주기와 일치하는 주기적인 동통 및 크기증가 등의 소견이 보이면 강하게 의심하여야 한다.<sup>8</sup> 그 외에 비침습적인 방법으로 초음파 검사와 컴퓨터 촬영 등이 있어 복강내 다른 병변을 배제하는데 이용되며, CA-125의 혈중치 측정 또한 의미가 있어 자궁내막증 환자에서 유의하게 증가하며, 그 병기가 진행 될수록 CA-125 측정치가 증가되어 있을 확률이 더 높기 때문이다.<sup>17</sup>

감별해야 할 질환으로는 탈장, 원발성 또는 전이성 종양, 임파종, 육종, 농양, 지방종, 피하선종 등과 회음부에 위치한 경우 바토린선염, 항문주위 농양, 항문루 등과의 감별 또한 필요하다.<sup>4,8</sup>

반흔성 자궁내막증의 치료로는 Danazol, GnRH agonist, 경구 피임제 등의 약물치료도 있지만,<sup>17</sup> 병소 부위를 수술적 요법으로 제거하는 것이 가장 빠르고 정확한 방법이다.

병소 부위를 완전히 제거함으로써 재발을 방지하고, 필요하다면 전기소작술을 병행할 수도 있다.<sup>7</sup> 최근 자궁내막증 치료에서 GnRH agonist의 효용성이 입증됨에 따라<sup>19</sup> 수술 후 호르몬 치료를 병행함으로써 재발을 방지하는 효과를 기대할 수 있다.<sup>7</sup>

본 2례에서도 수술적인 종양 제거 후 3개월 동안 매달 GnRH agonist 피하 투여를 시행 하였으며 현재까지 특별한 재발소견은 보이지 않은 상태이다.

## 결 론

본원에서는 회음절개부위와 제왕절개술 후 수술 반흔에 발생한 자궁내막증 2례를 경험하였기에 이를 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

## - 참고문헌 -

1. Berek JS, Adashi EY, Hilland PA. Novak's Gynecology, 12th ed. Baltimore: Williams & Wilkins;

- 1996 ; 887-905
2. Rovito P, Gittleman M. Two of endometriosis in cesarean scars, Surgery 1986 ; 100 : 118
3. 노정석, 정승관, 박준혁, 문태식, 박영세, 우영주. 항문주위에 발생한 자궁내막증 2례. 대한산부회지 1998 ; 41 : 1, 309-12
4. 하진완, 장육재, 허의중, 박진완, 이원기. 회음 절개 부위에 발생한 자궁내막증 1례. 대한산부회지 1998 ; 41 : 1, 2665-67
5. Scott RB, Telinde RW. Clinical external endometriosis. Obstet Gynecol 1954 ; 4 : 502-9
6. 광주전, 이 탁, 윤성도, 서영옥. 회음부에 발생한 자궁내막증 1례. 대한산부회지 1986 ; 29 : 1, 127-9
7. 신윤식, 박재인, 정백수, 유길조, 정재훈. 자궁경부에 발생한 자궁내막증 1례. 대한산부회지 1982 ; 25 : 10, 1213-16
8. 박정엽, 홍성률, 이태엽, 공두식, 박윤정, 서영옥 등. 제왕절개술 후 복벽반흔에 발생한 자궁내막증의 임상적 고찰. 대한산부회지 1999 ; 42 : 4, 729-33
9. Brenner C, Wohlgemuth S. Scar endometriosis. Surgery, Obstet Gynecol 1990 ; 170 : 538
10. Martin RH, Higginbottom J. Hysterectomy and endometriosis. Lancet 1973 ; 2 : 106
11. 궁미경, 전진현, 김은수, 고정남, 홍수정, 송지홍 등. 생리혈내 탈락한 자궁내막세포의 유착력에 관한 연구 : 자궁내막증의 병인 연구를 위한 실험 모델. 대한산부회지 1999 ; 42 : 12 : 2700-4
12. 조주연, 최동희, 송찬호, 광현모. 자궁내막증에 관한 임상적 고찰. 대한산부회지 1984 ; 27 : 13, 1802-11
13. Chatterjee SK. Scar endometriosis : a clinicopathologic study of 17 cases. Obstet Gynecol 1980 ; 56 : 81
14. Prince LN, Abrams J. Endometriosis of the perineum. Review of the literature and case report. American J Obstet Gynecol 1957 ; 73 : 890
15. Steck WD, Helwig EB. Cutaneous endometriosis. Clin Obstet Gynecol 1966 ; 9 : 373
16. Paull T, Tedeschi LG. Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar. Obstet Gynecol 1972 ; 40 : 28
17. 유태욱, 정대현, 김경태, 조수현, 박문일, 유중배 등. 반흔성 자궁내막증 4례 대한산부회지 1997 ; 40 : 10, 2335-9
18. 오갑선, 이희섭. 제왕절개술 후 복벽반흔에 발생한 자궁내막증 1례. 대한산부회지 1992 ; 35 : 297-304
19. 이진용, 최영민, 신창재, 문신용, 장윤석. 자궁내막증 치료에 있어 GnRH agonist의 효용에 관한 연구. 대한산부회지 1989 ; 32 : 08, 1019-24

= 국문 초록 =

자궁내막증은 자궁내막조직이 자궁외에 존재하는 것으로 정의된다. 반흔성 자궁내막증은 매우 드물어서 종종 봉합 육아종이나 농양등과 감별이 필요하다. 저자들은 제왕절개수술후 수술반흔과 회음절개부위에 발생한 자궁내막증이 수술로서 완치됨을 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

**중심 단어 :** 자궁내막증, 제왕절개수술 반흔, 회음절개부.