

CHRONIC PELVIC PAIN AFTER HYSTERECTOMY IN A PATIENT WITH DEPRESSIVE DISORDER: A CASE REPORT

Jae-Eun Ha, MD, Hyun-Joo Son, MD, Bo-Young Kim, MD, Yun-Ji Jung, MD, Gun-Young Chun, MD, Jang-Heub Kim, MD, Mee-Ran Kim, MD, Hyun-Hee Cho, MD

Department of Obstetrics and Gynecology, The Catholic University of Korea School of Medicine, Seoul, Korea

Chronic pelvic pain, defined as a non-cyclic pain of at least 6 months duration, is severe enough to require medical care or to cause disability. For such reason, only physical approaches and managements of chronic pelvic pain sometimes fail. Depression and posttraumatic stress disorder (PTSD) can cause chronic pelvic pain and affects the course of pain management. This case is about chronic pelvic pain of 39-years-old unmarried woman with adenomyosis. She wanted to control her pelvic pain with medical treatments of adenomyosis, but finally decided to scarify uterus due to uncontrolled pain. Pshychosomatic symptoms were considered to cause the pain because her pain did not disappear even after hysterectomy. She was diagnosed with PTSD and depression. This case suggests that chronic pelvic pain patients always need psychological evaluation even if they have definite causes of pelvic pain in gynecological area.

Keywords: Pelvic pain; Depression; Stress disorders, post-traumatic; Psychosomatic symptom

만성골반통(chronic pelvic pain)이란 6개월 이상 지속되는 골반 통증으로, 의학적 치료와 시간의 경과에도 불구하고 지속되는 특징을 가진다. 만성골반통의 발생빈도는 8.5–15%이다[1]. 대부분의 경우 의사와 환자 모두 통증이 지속되는 원인을 만족스럽게 설명할 수 없고 그 경과를 예측하기 어렵다. 만성골반통의 부인과적인 원인으로는 자궁내막증, 만성골반염, 골반유착, 골반출혈, 자궁선근증, 난소잔존증, 자궁근증, 암, 결핵성 난관염 등이 있다[1].

만성골반통을 치료할 때 그 원인을 단순히 기질적 문제로만 파악하고 병변에 대한 약물치료, 물리치료, 수술적 치료에만 의존한다면 기대했던 효과를 거두지 못하는 경우가 있는데, 그 이유는 통증이 단순히 신체적인 원인으로만 발생하는 것이 아니라 정신신체 현상(psychosomatic phenomenon)의 일종이기 때문이다. 즉, 신체 내부에 뭔가 이상이 있다는 신체적 신호와 주의, 인지, 정서 및 사회적 요소가 관여하는 신호에 대한 해석이 합해진 것이 통증이라는 것이다. 골반통이나 요통은 만성화됨으로써 환자에게 비정상적인 사고 및 행동을 유발하며, 인지의 왜곡과 우울증 등 다양한 심리적 변화를 유발하게 되는데, 이러한 심리적 변화는 역으로 통증을 악화시킬 수 있다[2]. 만성통증 환자에서 우울, 불안, 신체화, 약물남용과 같은 반응이 관찰되는 것도 이 때문이다. 종종 우울증의 정서적, 인지적, 증상들이 다양한 신체 증상 뒤에 가려지기도 하는데, 이를 가면우울증(masked depression)이라고 한다[3]. 그러므로 만성골반통이나 요통 환자에 대한 평가와 치료를 할 때는 기질적인 문제뿐만 아니라 심리, 정서적인 면을 포함한 포괄적 개념의 접근 방식이 필요할 것으로 생각된다. 하지만 만성골반통 환자를 일차적으로 접하는

임상의들이 골반통에 대한 평가와 치료 항목으로써 심리, 정서적인 측면을 고려하는 경우는 아직 드문 실정이다.

저자는 우울증을 동반한 만성골반통 환자에서 자궁절제술 후에도 지속되는 골반통의 1예를 경험하였기에 이를 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환 자: 39세

Received: 2011. 5.16. Revised: 2011. 7.11. Accepted: 2011. 7.26.
Corresponding author: Hyun-Hee Cho, MD
Department of Obstetrics and Gynecology, The Catholic University of Korea School of Medicine, #505 Banpo-dong Seocho-gu, Seoul 137-701, Korea
Tel: +82-2-2258-6174 Fax: +82-2-595-1549
E-mail: drrabbit@catholic.ac.kr

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Copyright © 2011. Korean Society of Obstetrics and Gynecology

주 소: 질출혈을 동반한 만성골반통증

산과력: 0-0-5-0

월경력: 13세에 초경을 시작하여 30일 주기로 규칙적이고 지속기간은 7일이었으며, 양은 중등도로 월경통은 극심했다.

과거력: 1996년 충수돌기절제술, 2001년 자궁선근증절제술, 2004년 유방 양성 종양 절제술

가족력: 특이사항 없었다.

현병력: 환자는 39세 미혼 여성으로, 2007년경부터 간헐적인 부정기 출혈과 비주기적 골반통(noncyclic pelvic pain), 생리통이 있던 환자이다. 환자는 타 병원에서 2007년에 자궁선근증으로 진단을 받고 경구 피임약으로 약물치료를 하였으며, 증상 호전이 없어 자궁선근증절제술을 시행 받았다. 수술 후 조절되지 않는 통증이 발생하여 2주간 통증조절 치료 후 퇴원하였다. 수술 수 개월 후, 없어졌던 비주기적 골반통과 생리통이 다시 심해졌으며, 우측 하지에 칼로 찌르는 듯한 통증이 새롭게 발생하여 타 병원에 1년 동안 4차례 입원하여 마취 통증의학과에서 통증 조절치료를 받았다.

환자는 2008년 본원 산부인과 외래 방문하여, 선근증 및 자궁내막증으로 인한 만성골반통 및 생리통 진단하에, 통증 조절을 위해 레보노르게스테를 함유 자궁내 삽입장치를 삽입하였다. 그러나 삽입 후에도 생리통 및 만성골반통이 완전히 호전되지는 않았으며, 점상출혈도 지속되었다. 선근증 및 자궁내막증에 대한 약물치료(경구피임약, 다나졸 복용, gonadotropin releasing hormone agonist 치료)를 시도하였으나 환자가 느끼는 통증의 강도가 점차 심해지고 서해부와 양쪽 하지의 칼로 찌르는 듯한 통증이 발생하여, 본원 마취통증의학과 협진하에 meperidine (pethidine), nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID), oxycontin, durogesic patch로 통증을 조절하였다. 환자는 약을 먹지 않으면 통증이 조절되지 않아 마취통증의학과를 주기적으로 방문하여 약물치료를 받았으며, 밤에도 지속되는 통증으로 인해 불안, 수면장애가 발생하게 되었다. 환자는 통증조절 약물로 인한 심한 변비 및 위장장애, 수면장애로 심적 고통이 심한 상태였으며, 약물을 먹지 않으면 정상생활이 불가능하다는 것에 대해 괴로움을 호소하였다. 또한 환자 연령이 39세로 결혼 계획도 없었으며, 환자와 가족 역시 더 이상 자연임신이 불가능한 연령으로 생각하여 자궁선근증의 근본적인 치료를 위하여 전자궁절제술을 위해 입원하였다.

신체검사 소견: 입원 시 전신 상태는 양호하였고, 이전에 시행 받은 수술 반흔이 관찰되었다. 체중 51.7 kg, 신장 161.3 cm이었고, 혈압 131/74 mm Hg, 맥박 82회/분, 체온 36.5°C, 호흡수 20회였다. 환자는 흉부 청진에서 호흡음 및 심음은 정상이었으며, 복부는 팽만되지 않았으며, 위상 복부의 압통이나 반발통은 없었다. 하복부 진찰 시 자궁이 남자주먹 만한 크기였으며, 유착 및 자궁경부 반발압통이나 부속기 압통 등 기타 특이 소견은 없었다.

검사 소견: 혈액검사상에서 혈색소 14.2 g/dL, 헤마토크릿 41.6%, 백혈구 4,710/mm³, 혈소판은 271,000/mL이었으며, 생화학검사상에서 blood urea nitrogen 11.9 mg/dL, 혈청 creatinine 0.53 mg/dL, aspartate aminotransferase/alanine aminotransferase 36/48 IU/L, albumin 3.7

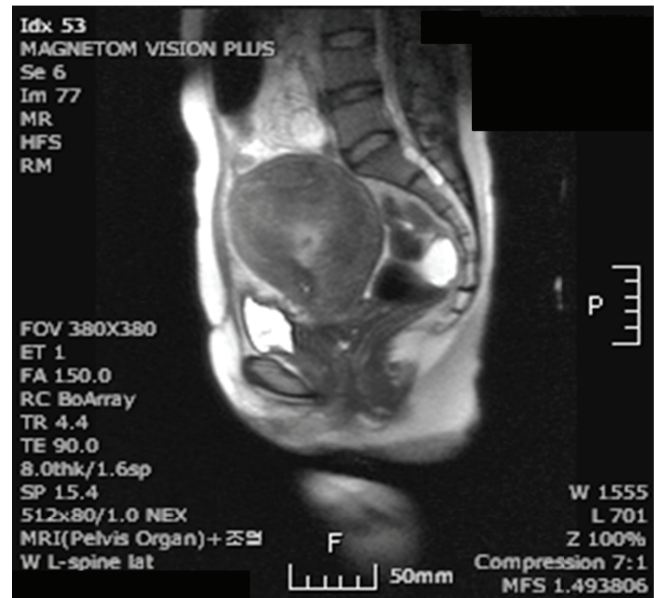


Fig. 1. Magnetic resonance imaging findings of the pelvic organ. Diffuse enlarged uterus showed highly heterogeneous signal intensity on T2WI. High signal intensity of endometrial cavity showed obliterated junctional zone. Uterus showed high signal intensity on T1WI. In contrast imaging, lace like enhancement of endometrial cavity and heterogenous enhancement of uterine wall was noted. R/O uterine sarcoma such as endometrial stromal sarcoma. R/O, rule out.

g/dL, C-reactive protein 0.11 mg/dL로 정상 소견을 보였다. 요검사 결과 혈뇨와 단백뇨 소견은 없었다. 흉부X-선 촬영은 정상이었으며, 골반 및 둔부 X-선촬영도 정상이었다. Magnetic resonance imaging (MRI) L-spine에서도 만성골반통증 및 하지 통증을 유발할만한 이상소견은 관찰되지 않았다.

MRI pelvis organ (Fig. 1)에서는 자궁선근증이 의심되는 소견과 함께 자궁육종일 가능성이 있어 감별진단이 필요하다는 소견이 보였다. 경질 초음파상 자궁은 전굴이었으며, 전체크기는 10.8×9.1 cm, 자궁벽두께는 앞쪽 4.2 cm, 뒤쪽 4.3 cm으로 자궁선근증 소견을 보였으며 양측 부속기는 특이 소견이 없었다. 자궁내 삽입장치는 정상 위치에서 관찰되었다.

수술 소견: 자궁은 남자 주먹만한 크기였으며 이전 수술로 인한 왼쪽 자궁부속기와 자궁의 유착이 관찰되었다. 구불결장이 자궁의 후면에 유착되어 있었으며, 장막과 장 사이의 유착이 있어 유착제거술을 시행받았다. 수술은 전자궁절제술을 시행하였으며 왼쪽 자궁부속기의 심한 유착으로 박리가 불가능하여 왼쪽 자궁부속기 절제술을 같이 시행하였다.

병리 소견: 육안 소견에서 자궁의 크기는 14.4×10.8 cm 측정되었고, 자궁근육층 두께가 4.7 cm로 비후되어 있었으며 자궁선근증 진단이 나왔다. 자궁경부와 내막에는 특이 소견이 없었고, 좌측 부속기에도 특이 소견은 보이지 않았다.

수술 후 경과: 수술 당일 저녁 환자는 수술 부위 통증만을 약하게 호소하였으나 수술 후 1병일부터 양쪽 하지의 저린감과 두통, 전신적인 통증을 호소하였다. 수술 후 2일째부터 일반적인 술 후 통증과는 다른 양

상으로 지속적인 골반통증, 양쪽 하지의 저린감, 하지통증, 불안증세, 불면, 우울감을 호소하여 신경정신과 협진을 의뢰하였다. 신경정신과에서는 불안장애와 하지불안증후군 진단하에 serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor, benzodiazepine, β -blocker 약물을 투여하였다. 약물 투여 후 야간 통증과 수면장애는 어느 정도 호전되는 양상을 보였으나 낮 동안 지속되는 골반과 양쪽 하지의 통증호소 및 우울감은 여전하였다. 수술 후 5일째 환자는 점차 심해지는 골반통과 양쪽 하지의 통증을 호소하였고 통증조절을 위해 마취통증의학과에 협진이 이루어졌다. 척추요 신경차단술(paravertebral block L1, both) 시행하였으나 진통 조절의 효과는 없었다. 수술 후 7일째 천장관절통증후군(SI joint syndrome) 진단하에 양측 대퇴신경차단술(Bilateral femoral nerve block)이 시행되었으며 meperidine (pethidine), NSAID, oxycontin, durogesic patch가 투여되었으나 통증이 경감되지 않았다. 환자 수술 후 15일째 지속되는 통증으로 인한 우울 장애, 불안, 수면 장애로 suicidal idea 보여 신경정신과로 전과되었다.

정신과 치료 경과: 정신과 치료 2병일째, 환자는 어릴 때 막내외삼촌으로부터 지속적인 성폭행을 당해 왔음을 이야기하였다. 환자는 내원 7년 전에 엄마와 언니에게 본인의 성폭행 피해사실을 털어놓았으나, 가족들은 이해해주지 못했다고 하였으며, 그 사실을 친척들에게 다 알려져 사죄와 보상을 받고 싶다고 하였다. 자신을 성폭행했던 외삼촌과 자신을 이해해주지 않는 친척들에 대한 분노와 적개심을 표출하였고, 현재 자신의 신체증상을 모두 투사하려는 모습을 보였다. 환자의 정신과적으로 주요우울증, 정신신체장애를 진단받았으며, 이후 지속적인 정신과 약물치료(quetipine, duloxetine, valproic acid, alprazolam, clonazepam, propranolol)와 지지정신치료(supportive psychotherapy)를 통해 활동량 및 수면량은 점차 늘어나는 양상을 보였다. 환자 통증의 강도는 정신과적 약물복용 후 점차 줄어 들어, 통증클리닉에서 처방되었던 진통제를 사용하지 않아도 조절될 정도로 호전이 되었다. 이후 외래 경과 관찰하기로 하고 퇴원하였다.

고 찰

만성골반통의 빈도는 10%로 천식이나, 편두통과 그 빈도가 비슷하다. 기질적 원인을 가지고 있는 경우가 많이 있으나, 환자의 성격, 사회문화적 배경, 심리적 상태가 증상의 발현에 역시 영향을 미치게 된다. 기질적 원인에 의한 만성통증 환자에서도 심리적 증상이 자주 나타나며, 우울(depression), 불안(anxiety), 신체화(somatization), 약물남용(substance abuse)과 같은 반응이 흔하다. 이 중 우울증이 가장 많이 나타난다[3]. 기질적 병리를 가진 만성통증 환자의 20~40%에서 주요 우울증(major depression)을 보이며, 40%에서 기분부전장애(dysthymia)를 가진다는 보고도 있다[4]. 만성골반통 환자들은 우울, 불안 등의 기분 장애의 상태에서 보다 심하게 통증을 호소하게 되는데, 정신병리를 가진 환자들이 보다 많은 통증을 호소하며 특히 우울증과 만성 통증 사이에도 상호관계가 있음이 여러 연구에서 밝혀진 바 있다[5]. 이는 우울증

과 가장 연관되는 신경전달물질인 세로토닌(serotonin)과 노르에피네프린(norepinephrine)이 통증 조절에 있어서 중요한 역할을 하기 때문으로 생각되고 있다[6]. 따라서 만성통증 환자는 수면 양상, 입맛, 체중, 성욕의 변화와 같은 신경생계(neurovegetative symptom) 증상을 호소하기도 하며, 동시에 예민해지거나 의욕이 감소하며 집중력이 떨어지는 등 우울증의 증상과 유사한 양상을 보이게 된다[7].

만성골반통은 본 증례에서처럼 성폭행 후에 그 후유증으로 발생하기도 한다. 성폭력의 피해경험은 전체 만성골반통 환자의 약 34.5%에서 조사된다[8]. 성폭행 이후 나타날 수 있는 신체화 증상으로는 과민성 대장증후군, 만성골반통, 외음부통(vulvodynia), 섬유근육통, 만성통증 증후군(chronic pain syndrome) 등이 있으며, 정신적 후유증으로는 알콜 및 약물남용, 불안, 우울, 수면장애 그리고 강간손상증후군(rape trauma syndrome)과 외상후스트레스장애(posttraumatic stress disorder, PTSD)가 있을 수 있다[9]. 여성의 경우, PTSD가 발생할 가능성이 남성보다 두 배 더 높는데, 골반통증을 호소하는 여성의 1/3에서 PTSD의 screen 결과 양성이었다는 보고도 있다[5]. McLean 등[10]은 아동 학대 후 발생한 외상후스트레스증후군 환자에서 보여지는 중추신경계 내에서의 통제불능 상태가 만성통증증후군의 발병에 크게 기여한다고 보고한 바 있다.

외상후스트레스증후군은 우울증과 마찬가지로 만성골반통의 증상 발현뿐만 아니라 치료에도 영향을 줄 수 있다. 통증의 강도가 비슷한 환자 중, 외상후스트레스증후군이 있는 환자에서 통증을 더 심하게 호소한다는 보고가 있으며[11] 우울 증상을 동반한 만성 통증 환자는 일반 만성 요통환자보다 통증자각도가 유의하게 높고 치료 후 호전 정도가 낮다고 보고된 바도 있다[12]. 만성골반통의 치료로 자궁절제술을 시도하는 경우, 효과는 78~96% 정도로 우수한 편이지만 우울증을 가지고 있는 여성에서는 효과가 좀 더 약하다는 보고도 있다[13]. 또한 수술 전에 골반통과 우울증을 모두 가지고 있는 그룹과 우울증 없이 골반통증만 있는 그룹을 비교했을 때, 수술 24개월 후 통증 발생률이 각각 19%, 9%로 감소한 것으로 나타나 우울증을 동반한 경우 자궁절제술 후 통증 발생률이 좀 더 높은 것으로 나타났다[13]. 이는 본 증례에서와 같이 뚜렷한 산부인과적 질환이 있는 경우에도 수술 후 만성골반통증이 지속된다면 정신과적 치료가 필요함을 의미한다. Fishbain 등[14]은 통증과 우울증의 연관성에 대한 연구에서, 대부분 통증이 먼저 발생한 후에 우울증이 생기는데 통증의 유병 기간과 강도는 우울증의 정도와 관련이 있으며, 만성통증 환자는 평생 중에 우울증이 발생할 확률이 더 높다고 보고하였다.

Waddell [15]은 요통은 질병이 아니고 증상일 뿐이며 통증보다 장애에 주안점을 두고 신체적, 사회적, 정신적인 측면을 고려하여 치료에 임하면서 환자가 능동적으로 재활할 수 있도록 유도하는 것이 중요하다고 하였다. 만성골반통이나 요통환자를 접하는 임상가들은 심리, 정서적인 면을 고려하는 포괄적 치료의 개념이 가져야 한다는 것이다. 그러므로, 골반내 부인과적 기저질환이 있는 환자에서 만성골반통증이 있는 경우, 환자의 우울 증상 동반여부, 환자의 과거 정신, 신체적 외상의 과거력, 그리고 그로 인한 외상후손상증후군의 증상 등을 평가하여 기질적인 질환에 대한 치료뿐 아니라 우울증 및 외상후스트레스증후군에 대한 치료를 병행한다면 정신적 증상을 고려하지 않고 치료를 하는 것보다 심리

적인 안정을 통해 능동적인 환자의 참여를 유도함으로써 더 큰 효과를 기대할 수 있을 것으로 생각된다.

References

1. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:93-9.
2. Rush AJ, Polatin P, Gatchel RJ. Depression and chronic low back pain: establishing priorities in treatment. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:2566-71.
3. Stoudemire A, Kahn M, Brown JT, Linfors E, Houpt JL. Masked depression in a combined medical-psychiatric unit. *Psychosomatics* 1985;26:221-4, 7-8.
4. Krishnan KR, France RD, Pelton S, McCann UD, Davidson J, Urban BJ. Chronic pain and depression. I. Classification of depression in chronic low back pain patients. *Pain* 1985;22:279-87.
5. Peteet J, Tay V, Cohen G, MacIntyre J. Pain characteristics and treatment in an outpatient cancer population. *Cancer* 1986;57:1259-65.
6. Koenig TW, Clark MR. Advances in comprehensive pain management. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:589-611.
7. Shin YK, Lee CU. Depressive disorder in patients with chronic pains. *J Korean Pain Soc* 2002;15:110-5.
8. Meltzer-Brody S, Leserman J, Zolnoun D, Steege J, Green E, Teich A. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2007;109:902-8.
9. Elliott DM, Mok DS, Briere J. Adult sexual assault: prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *J Trauma Stress* 2004;17:203-11.
10. McLean SA, Clauw DJ, Abelson JL, Liberzon I. The development of persistent pain and psychological morbidity after motor vehicle collision: integrating the potential role of stress response systems into a biopsychosocial model. *Psychosom Med* 2005;67:783-90.
11. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med* 2001;134:917-25.
12. Seok H, Son BK, Ha YR, Ryu HH, Moon JH. Clinical influence of emotional depression on chronic low back pain. *J Korean Acad Rehabil Med* 2003;27:568-74.
13. Hartmann KE, Ma C, Lamvu GM, Langenberg PW, Steege JF, Kjerulff KH. Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstet Gynecol* 2004;104:701-9.
14. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997;13:116-37.
15. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 1987;12:632-44.

우울증을 동반한 만성골반통 환자의 자궁절제술 후 지속된 통증의 1예

가톨릭대학교 의과대학 산부인과학교실

하재은, 손현주, 김보영, 정윤지, 천근영, 김장흠, 김미란, 조현희

만성골반통(chronic pelvic pain)이란 6개월 이상 지속되는 골반통증으로, 의학적 치료와 시간의 경과에도 불구하고 지속되는 특징을 가진다. 만성골반통증을 기질적 문제로만 파악하고 병변에 대한 약물치료, 수술적 치료에만 의존한다면 기대했던 효과를 거두지 못할 수도 있다. 그 이유는 통증이 단순히 신체적인 원인으로만 발생하는 것이 아니라 정신신체 현상(psychosomatic phenomenon)의 일종이기 때문이다. 외상후스트레스증후군 역시 만성골반통의 증상 발현뿐만 아니라 치료에도 영향을 준다. 본 증례는 자궁선근증이 있는 환자에서 발생한 만성골반통의 증례로, 자궁선근증에 대한 치료를 받았으나 통증의 호전이 없어 자궁절제술을 받은 경우이다. 자궁절제술 후에도 환자의 증상이 호전되지 않아 정신과적 치료를 받았으며 외상후스트레스증후군과 우울증으로 인해 정신신체화 현상이 나타난 것으로 진단받은 환자이다. 이는 만성골반통 환자의 경우 산부인과적으로 뚜렷한 기질적인 원인이 있더라도 정신과적 평가가 필요하다는 것을 의미한다.

중심단어: 만성골반통, 우울증, 외상후스트레스증후군