

태반 유착을 동반한 만삭 자궁각임신

순천향대학교부속 부천병원 산부인과¹, 진단방사선과²

김태희¹ · 이해혁¹ · 정수호¹ · 이범하²

Term angular pregnancy with placenta accreta

Tae-Hee Kim, M.D.¹, Hae-Hyeog Lee, M.D., Ph.D.¹, Soo-Ho Chung, M.D.¹, Boem-Ha Yi, M.D., Ph.D.²

Departments of ¹Obstetrics and Gynecology, ²Radiology, Soonchunhyang University Bucheon Hospital,
Soonchunhyang University College of Medicine, Bucheon, Korea

Angular pregnancy is rare, in which the embryo in the lateral angle of uterine cavity and located medial to the utero-tubal junction. Angular pregnancy is differentiated from interstitial pregnancy. There is no report about term angular pregnancy in Republic of Korea, a few reports in other countries. Angular pregnancy has different clinical characteristics according to the trimester. We diagnosed angular pregnancy by ultrasonography and computed tomography (CT). The CT is a useful diagnostic method. We report a case of term angular pregnancy with placenta accreta and review the diagnostic process and complications.

Key Words: Angular pregnancy, Placenta accreta

자궁각임신 (Angular pregnancy)은 난관의 내측구 근처의 자궁의 외측 각에 태아가 착상한 경우로서 대부분의 문헌은 영국과 유럽에서 보고되고 있다.¹ 이는 미국의 Kelly²에 의해서 초기에 정의되었으나, 자궁외임신 중 자궁간질임신 (interstitial pregnancy)과 용어 자체가 동의어로 여겨져서 혼동되고 있다. 자궁각임신도 많은 합병증과 위험성을 동반하고 있지만 자궁외임신 중 하나인 자궁간질임신과는 임신 초기부터 임신이 지속되어 분만되는 과정까지 임상적인 경과가 다르므로 이를 감별하는 것이 중요하다. 현재 국내에서는 만삭분만된 자궁각임신은 보고되지 않았고, 임신 26주에 자궁이 파열되어 자궁절제술을 시행한 예가 보고되었으나,³ 진단기준과 경과에 대한 보고가

자세히 설명되어 있지 않다. 저자는 임신 41주에 만삭 자연분만 후에 태반유착이 동반되어 발견된 자궁각임신의 임신 전반에 대한 합병증과 관리에 대해서 보고하고자 한다.

증 례

환 자: 김○○, 33세
주증상: 분만 후 2시간 동안 태반이 떨어지지 않고 출혈이 지속됨.
산과력: 1-0-0-1
월경력: 초경은 14세에 있었고, 월경량은 많지 않았고, 월경곤란증은 처음 약 2일간 심하였다.
과거력: 23세에 충수절제술을 시행하였다.
가족력: 특이사항 없었다.
현병력: 임신 중기까지 2곳의 개인의원에서 임신을 확인하였고, 약 7주경에 처음 임신을 확인할 당시에 태반이 자

접 수 일 : 2010. 3. 6.
채 택 일 : 2010. 5. 12.
교신저자 : 이해혁
E-mail : hhl22@chol.com

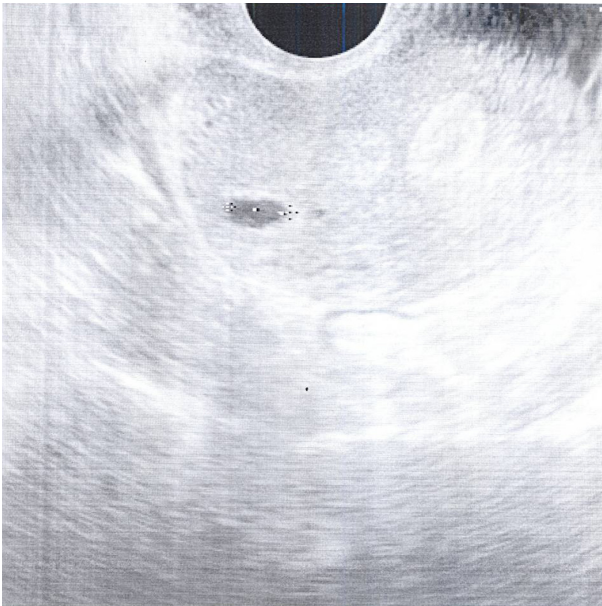


Fig. 1. Ultrasonographic finding at amenorrhea 7 weeks showed gestational sac located in right upper angular area.

궁 한쪽으로 치우친 모양이 보인다고 들었으나 (Fig. 1), 3주 뒤에 다른 개인의원에서는 우측 자궁의 나팔관으로 가는 끝부분에 고음영의 종괴로 의심되는 부분이 있었고, 태낭은 모양이 특이한 것은 없었다. 우측 자궁 끝부분의 종괴가 임신이 진행되면서 자궁이 커져 확인이 되지 않아 출산 후에 난소의 혹인지 자궁의 문제인지를 다시 확인하기로 하였다. 임신 20주경 우측의 자궁의 통증이 있으며 출혈이 보였으나 약 2주 후에 통증이 없어졌다고 하였다. 그 후 외래를 다니지 않고 가족 분만을 위하여 조산원에서 임신 41주에 여아 3.08 kg 정상 질식 분만 후 2시간 동안 태반이 자연적으로 만출되지 않아 본원 응급실을 방문하였다.

신체 검사 소견: 혈압 100/60 mm Hg, 맥박수 110회/분, 호흡수 20회/분, 체온 37.0°C, 자궁저부는 배꼽 위에서 우측에서 심하게 치우쳐서 만져졌으며 회음 절개 부분은 봉합된 상태였다.

검사실 소견: 병원 방문 당시 시행한 혈액검사에서 혈색소 11.8 g/dL, 적혈구용적 35%, 백혈구 수 23,300/mm³, 혈소판 수 182,000/mm³이었다. 간기능 검사에서 ALT 31 IU/L, Total protein 5.7 g/dL, albumin 2.9 g/dL, 혈액응고검사에서 PT 108%, aPTT는 22.7 sec, FDP정량은 58.9 µg/mL, D-dimer 정량은 23.02 µg/L, 요검사, 신기능 검사, 심전도와 흉부 X선 검사 등은 모두 특이소견을 보이지 않

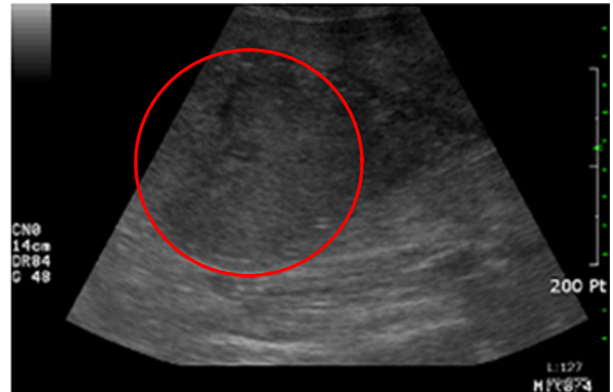


Fig. 2. Ultrasonographic finding after delivery is retained placenta and placenta accreta with suspicious cornual pregnancy.

았다. 간염 항원 항체 검사와 매독검사는 음성이었다.

초음파 검사 소견: 태반은 자궁의 우측에 치우쳐 있으며 태반유착 소견이 보인다 (Fig. 2).

복부 골반 CT (computed tomography) 검사 소견: 우측 난관 시작 부위까지 침범한 태반이 불분명한 변연부를 보이고, 자궁각 부위의 근층을 포함하여 자궁장막까지 침범하여 우측 자궁각 부위에 태반유착 소견이 보인다 (Fig. 3).

수술 소견: 마취 전 분만실에서 시행한 골반 내진 소견에서 자궁경부에서 태반까지 수기적 접근이 불가능하였고 가장 긴 포셉 (forcep)을 사용했음에도 불구하고 태반의 끝에는 접근이 되지 않았다. 전신마취하에 수술실에서 회음 절개 봉합을 제거한 후 분만 후 4시간 경과하였을 때 태반 수기 용출술을 시행하였다.

태반 수기 용출술 후 경과: 자궁 출혈이 심해 자궁수축제인 옥시토신을 수액에 같이 정맥투여하였고, Duratocin® (Ferring, Buenos Aires, Argentina)을 한 차례 정맥투여 후에 출혈이 줄어들었으나 태반 용출 후에 바로 시행한 검사에서 혈색소 9.1 g/dL, 적혈구용적 27%, 백혈구 수 17,300/mm³, 혈소판 수 125,000/mm³이었다. 농축적혈구 2 파인트와 신선혈장 용액 1파인트 수혈하였다. 범발성 혈액응고장애 소견 보여 안티트롬빈 III (AT III)를 투여하였다. 수혈 12시간 후 시행한 혈액검사에서 혈색소 10.0 g/dL, 적혈구용적 29%, 백혈구 수 12,300/mm³, 혈소판 수 116,000/mm³이었다. 태반을 제거하기 전에 시행한 β-hCG는 43,764.0 mIU/mL였고, 분만 2일 후에 시행한 β-hCG는 1,978.7 mIU/mL, 분만 후 10일째 시행한 β-hCG는 646.1 mIU/mL였다. 태반 용출 2일 후에 추적 복부 골반

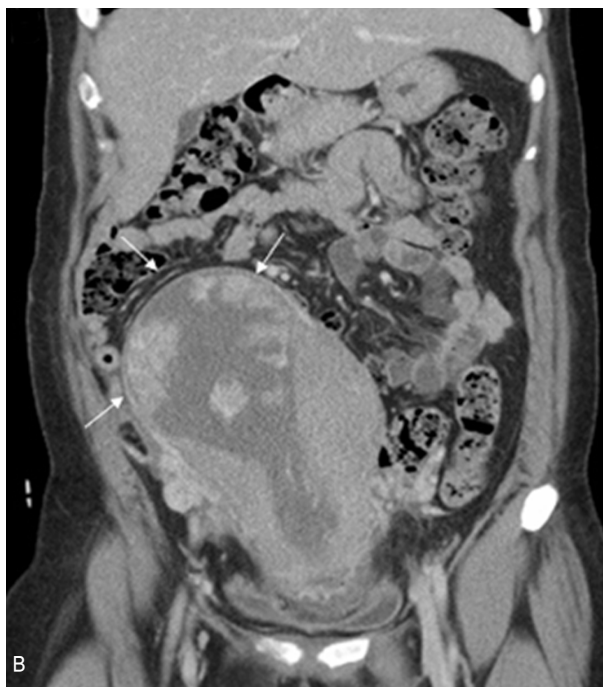
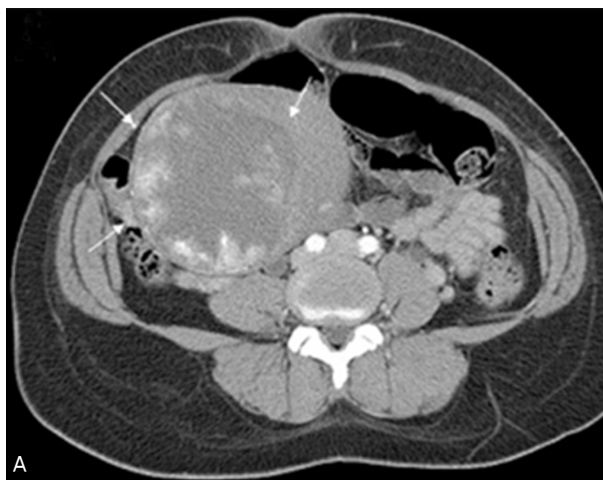


Fig. 3. (A) and (B) computed tomography scan showed lobulating enhancing mass-like lesion in right upper aspect of endometrial cavity (arrows). Overlying myometrium is less than 3 mm. Retained placenta is suggested on right cornual area. Remaining portion of uterus revealed mild enlargement with normal thickness of myometrium.

CT를 시행하였다 (Fig. 4).

고 찰

자궁각임신 (Angular pregnancy)으로 명명되는 본 예



Fig. 4. On the follow-up computed tomography scan after placental removal, myometrium on right cornual area is about 3.4 mm (arrows), indicating previous angular pregnancy. Hematoma is still noted within distended endometrial cavity.

는 현재 654예의 자궁외임신 21년 보고에서도 약 4예만이 보고되고 있고, 1930년부터 2010년 온라인 저널 (Pubmed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) 검색에서 “angular pregnancy”를 중심으로 보고된 예는 약 40예 정도로 유병률 자체를 보고할 수 없는 질환이다.⁴ 이는 자궁각임신의 진단이 자궁외임신 중 자궁간질임신과의 감별이나 증상이 명확하지 않을 뿐 아니라 자궁간질임신 자체도 전체 자궁외임신 중 에서 약 1% 내외로서 드물게 발생하기 때문인 것으로 보인다.⁴ 다른 보고에서도 0.5~0.7% 정도로 적은 빈도로 발생하여 임상적으로 충분한 의의를 가지지 못했다.¹ 그러나 출산율의 저하와 불임시술 등의 발달로 자궁외임신 중 발생 가능성이 있을 자궁간질임신과의 적절한 감별 진단과 관리가 중요할 것으로 보인다. 또한 불임시술로 인한 임신의 발전으로 자궁내임신과 동반되어 발생하는 자궁간질임신 또는 자궁각임신의 진단, 치료 등이 보고되고 있다.⁵

자궁각임신은 문헌고찰에 의하면 다음 3가지 중 하나를 충족시켜야 할 것으로 권장되고 있다.

- 1) 자궁이 비대칭적으로 커지면서 통증을 동반한 유산이

나 질식분만을 하는 임상양상, 2) 자궁파열을 동반하든지 하지 않든지 자궁이 외측으로 팽창하면서 직접적으로 원형인대(round ligament)를 외측으로 밀어내는 현상을 복강경 수술 시에 볼 수 있다. 이는 자궁간질임신의 경우 임신이 지속되면서 자궁이 비대칭적으로 팽창하는 부분이 원형인대 밖에서 존재하게 된다. 즉, 원형인대의 외측에서 존재하는 것은 자궁간질임신이고 원형인대의 내측으로 팽대되는 것은 자궁각임신으로 보는 것이라 할 수 있다. 3) 분만 후에 본 증례의 경우처럼 태반이 자궁각에 존재하며 배출되지 못하고 남아 있는 경우이다.¹

자궁각임신은 지금까지 발표된 예를 중심으로, 진단 기준을 참고하여 감별진단해서 관리하여야 할 것으로 보인다. 자궁각임신도 다른 자궁외임신과 같이 근종, 이종자궁, 자궁막이 존재하는 자궁기형인 경우에 좀 더 호발하는 것으로 보이고, 보고된 예들 중 유산한 과거력이 있는 예도 보고된 것으로 보아 자궁 내에 태반이 정상적으로 착상하는데 어려움이 있는 공간적인 문제점도 원인인 것으로 보인다.⁶ 그러나 본 증례의 경우 유산, 근종은 없었으나 10년 전에 충수절제술을 시행한 과거력은 있었다. 자궁각임신은 특별한 치료 없이 지켜보았을 때 약 38.5% 정도에서 계류유산이나 자연유산이 되는 것으로 보고되고 있다.¹ 자궁각임신의 초기에 자궁간질임신과의 감별을 하는 도중에 유산되어 수술을 시행할 때에는 자궁각 부위의 자궁근층이 매우 얇아져 있으므로 임신중절 소파수술 시에 자궁을 천공하지 않도록 주의하는 것이 중요하다. 내시경으로 수술 시 복강 내로 파열되지 않도록 주의하여 성공한 예는 여러 차례 보고되고 있어,⁷ 산부인과 의사들이 이를 주지한다면 예방에 효율적일 것으로 보인다. 자궁각임신은 초기에 통증을 동반하다가 임신 2분기에는 통증이 대부분 없어지고 임신을 유지할 가능성이 높다.¹ 이는 임신 중반기에 파열된 예가 보고는 되고 있으나, 임신이 지속되었을 때 대부분 파열되는 자궁간질임신과는 다른 임상 양상이므로 초기의 정확한 진단이 중요하다.¹ 초기의 진단을 위해서 진단 복강경하 시술을 통하여 원형인대의 위치를 확인하는 방법이 보고되고 있고,⁸ 질식 초음파검사서 초기에 자궁간질임신과 감별이 되지 않는 경우 임신이 지속되면서 임신 낭이 자궁내막으로 치우치며 자궁 내 중앙 공간을 차지하게 되는 경우가 자궁각임신이고, 자궁간질임신은 임신이 지속되면서 자궁강이 비어 있고 얇은 자궁근층에 둘러싸이게 된

다.⁹ 그러나 초음파검사에 의한 진단이 부정확하여 자궁각임신과 자궁간질임신을 구별하기 힘든 경우 자기공명촬영술(magnetic resonance imaging)을 통하여 자궁간질임신의 진단을 확인한 보고도 있다.¹⁰ 자궁각임신은 자궁간질임신과의 감별이 가장 중요하지만 쌍각자궁의 임신, 자궁근종이 있는 임신, 난소 낭종, 충수염 등 과도 감별하여야 한다.^{3,11} 자궁각임신의 임신 종결은 3가지의 경우를 통하여 진행되는 것으로 보고되고 있다.

1) 자궁 파열을 통한 자궁 밖으로 수태 물질의 배출, 2) 자연 유산되는 경우, 3) 정상적인 자궁내임신이 가능하도록 임신 낭의 위치가 조정되나 이런 경우에는 태반은 원래 임신 부위에 남아 있어서 본 예와 같은 상황으로 보여진다. 그러나 이런 경우는 분만 시에 태반이 만출되지 않아 많은 출혈을 하게 되고 자궁절제를 하는 경우가 발생한다.¹²

본 예는 초기에 임신낭의 위치가 한 쪽으로 치우쳐 있다고 들었으나, 그 후 다른 개인 의원에서는 자궁내임신이 가능하도록 임신낭의 위치가 조정된 형태를 보게 되었고, 자궁각임신을 의심하지 않은 것으로 보이며 다만 우측 자궁과 나팔관 부위에 의심되는 종괴 부분을 자궁각임신의 음영으로 초음파상 발견하지 못한 것으로 보인다. 그러나 정상 임신이 가능한 상태로 임신낭의 위치는 이동하였으나 태반이 자궁각 부위에 남아서 분만 후에 4시간 동안 태반이 만출되지 않은 3번째의 임신 종결 진행 과정을 보여준다.

자궁각임신이 지속된 경우 산전에 진단되거나 의심되지 않은 경우라도 분만 후에 통증을 호소하면서 자궁의 비대칭적인 팽창과 함께 태반이 유착되고 잔류된 경우에 자궁각임신을 의심해야 한다. 본 예와 같이 만삭분만 후에 태반유착과 함께 태반이 만출되지 않는 경우에는 응급 자궁절제술을 시행하거나 개복수술을 통하여 태반을 제거하는 것으로 보고되고 있다.^{6,13}

본 증례의 경우 태반이 만출되지 않아 조산원에서 분만 후 전원된 후에 마취 전 태반을 수기로 제거할 수 없고 자궁이 비대칭적으로 우측이 팽배된 증상을 보였고, 이 때 응급 CT를 시행하여 자궁각임신의 태반유착으로 판단하여 전신마취하에서 개복수술을 준비한 후 개복 직전에 질을 통한 성공적인 태반 만출을 시도한 후 자궁수축제와 수혈을 통해서 자궁을 보존하였다. 태반이 비정상적으로 만출되지 않고, 수기로 만출시키는 것이 힘든 상황에서는 CT가 진단에 도움이 될 것으로 보인다. 본 예는 만삭까지 유지

된 자궁각임신이 분만 후에 태반이 만출되지 않아 CT를 통한 진단 후 자궁의 보존을 위해 전신마취하에 태반 만출을 수기로 시행한 예이다. 전원되었던 당시 본원에서 산전진찰을 시행받은 적이 없고, 분만 후 태반이 분리되지 않아 응급으로 전원 되었으며, 조산원에서 분만을 시행하여 임신 후기 초음파나 혈액검사조차 시행받지 않은 산모였으

로, 기본적인 제한이 존재하였다.

본 예를 통하여 자궁각임신의 임신 초기에 자궁간질임신과의 감별에서 임신 중기에 파열의 가능성을 동반할 수 있으므로 주의깊은 관찰과 분만 후에 태반 용출 시에 자궁출혈 가능성에 대한 전반적 상황을 보고하고자 한다.

참고문헌

1. Jansen RP, Elliott PM. Angular intrauterine pregnancy. Obstet Gynecol 1981; 58: 167-75.
2. Kelly HA. Operative Gynecology. Baltimore: Johns Hopkins Bulletin; 1896.
3. Kim HG, Park BS, Kang YP, Lee SB. A case of ruptured angular pregnancy at 26th gestational week. Korean J Obstet Gynecol 1995; 38: 2163-7.
4. Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1970; 106: 1004-19.
5. Divry V, Hadj S, Bordes A, Genod A, Salle B. Case of progressive intrauterine twin pregnancy after surgical treatment of cornual pregnancy. Fertil Steril 2007; 87: 190. e1-3.
6. Deckers EA, Stamm CA, Naake VL, Dunn TS, McFee JG. Hysterotomy for retained placenta in a term angular pregnancy. A case report. J Reprod Med 2000; 45: 153-5.
7. Tarim E, Ulusan S, Kilicdag E, Yildirim T, Bagis T, Kuscü E. Angular pregnancy. J Obstet Gynaecol Res 2004; 30: 377-9.
8. Lancet M, Bin-Nun I, Kessler I. Angular and interstitial pregnancy. Int Surg 1977; 62: 10709.
9. Stiller RJ, de Regt RH. Prenatal diagnosis of angular pregnancy. J Clin Ultrasound 1991; 19: 374-6.
10. Filhastre M, Dechaud H, Lesnik A, Taourel P. Interstitial pregnancy: role of MRI. Eur Radiol 2005; 15: 93-5.
11. Coady DJ, Snyder JR, Goldstein SR, Subramanyan BR. Ultrasound diagnosis of interstitial pregnancy. N Y State J Med 1985; 85: 655-6.
12. Barron LR, Rona G, Tucker E. Ruptured angular (cornual) pregnancy. Can Med Assoc J 1966; 95: 162-3.
13. Triolo O, Mancuso A, De Vivo A, Falcone S. Term angular pregnancy with placenta accreta. A case report. Clin Exp Obstet Gynecol 2004; 31: 147-8.

= 국문초록 =

자궁각임신은 매우 드물게 발생하는 질환으로 난관의 내측 구 근처에 위치하고, 자궁각 부위의 외각에 위치하는 임신이다. 자궁각임신은 자궁간질임신과 감별하여야 한다. 현재까지 우리나라에서는 만삭 자궁각임신이 보고된 바가 없으며, 외국에서도 거의 몇 예만 보고되었다. 자궁각임신은 임신 주수에 따라 다른 임상적인 특징을 가지고 있다. 본 저자들은 분만 후에 자궁각임신을 컴퓨터단층촬영을 통해 진단하였고, 컴퓨터단층촬영이 진단적으로 유용한 것으로 보인다. 본 저자는 만삭 자궁각임신이 태반유착과 동반된 예를 중심으로 문헌고찰을 통한 진단과 합병증에 대해서 보고하고자 한다.

중심단어: 자궁각임신, 태반유착
