

복강경하 근종절제술을 시행받은 병력을 가진 임신 28주 산모에서의 자연자궁파열 1예

오영림

고신대학교 의과대학 산부인과학 교실

A Case of Spontaneous Uterine Rupture at 28 Weeks' Gestation after Laparoscopic Myomectomy

Young-Lim Oh

Department of Obstetrics & Gynecology, Kosin University College of Medicine, Busan, Korea

Abstract

Spontaneous uterine rupture during pregnancy is a very uncommon but resulting in high maternal and neonatal mortality despite of prompt therapy. But it was difficult work in early detection, proper treatment, and prevention. **Recently**, we experienced a case of uterine rupture without bleeding nor fetal distress in pregnancy at 28 gestation weeks and a healthy infant was successfully delivered by Cesarean section in patient having a previous laparoscopic myomectomy. So we report this case with a brief review of the literature.

Key words : Uterine rupture, Laparoscopic myomectomy

서 론

자궁파열의 발생 빈도는 매우 낮으며 특히 임신 제2분기 동안 자궁파열은 매우 드문 산과적 응급질환이다. 자궁파열은 발생빈도는 매우 낮으나 갑작스러운 발생과 예측의 어려움으로 인해 산모와 태아에게 매우 위협적이다. 분만시 자궁파열의 가장 흔한 원인은 제왕절개와 근종절제술과 같은 이전의 자궁절개술 후에 반흔 근육의 과도한 신장 때문으로 생각된다.¹⁾ 특히 복강경 수술 시 지혈을 위해 많이 사용되는 전기조작에 의해 주변자궁조직이 손상을 입은 경우 이후에 자궁파열이 많이 올 수 있다고 하였다.²⁾ 본 병원에서는 복강경하 근종절제술을 시행한 적이 있는 산모에서 임신 2분기에

조기진통으로 인한 자궁파열을 경험하였기에 보고하게 되었다.

증 례

환자 : 신○호, 34세

주소 : 임신 28주 5일, 복통

산과력 : 0-0-0-0

월경력 : 초경은 14세였고, 주기는 25~28일이었으며 지속일수는 5일 정도, 월경량을 중등도 였다. 시험관시술을 통해 임신하였고 분만 예정일은 2009년 5월 5일 이었다.

과거력 : 2007년 3월 개인 산부인과에서 자궁저부에 크기 7cm 가량의 근종이 있어 복강경하근종절제술을 시행하였으며 그 외 다른 과거력은 없었다.

현병력 : 환자는 개인 산부인과에서 산전 진찰을 받던

교신저자 : 오 영 립
주소 : 602-702 부산광역시 서구 압남동 34번지
고신대학교 복음병원 산부인과
Tel : 051-990-6463 Fax : 051-244-6939
E-mail : marianna113@naver.com

중 내원 전날 저녁 6시경부터 배가 아파 내원당일 오전 10시에 다니던 개인병원을 방문하여 조기진통을 진단 받고 초음파 시행하던 중 자궁저부의 자궁벽이 부분적으로 얇아진 소견이 관찰되어 큰 병원 권유 받아 응급실 통해 본원으로 전원 되었다. 응급실 도착 당시 복통 및 자궁수축은 없는 상태였다.

진찰 소견 : 혈압은 110/70 mmHg, 맥박은 분당 61회, 체온은 36.8°C 였다. 태아심음은 좌하복부에서 160회/분이었고, 내진 소견상 자궁경부는 닫혀 있었고 양막도 파열되지 않았다. 복부의 압통이나 반발압통은 없었다. 검사 소견: 입원 시 혈색소는 10.1 gm/dL, 헤마토크리트 31.9%, 백혈구 19100/mm³, 혈소판 수는 19500/mm³ 이었다.

초음파 소견: 태아의 두정골간 길이는 7.1cm (임신 29주 크기), 대퇴골 길이 5.3cm (임신 29주 크기)였고 태반은 자궁 후벽에 위치하였으며 우측 자궁각 가까이에서 자궁벽이 약 5cm 가량 파열되어 양막이 4x5cm 크기로 튀어나와 있는 소견 보였다. (Fig. 1) 그 외 복강내 액체저류 소견은 보이지 않았다. 초음파 소견상 자궁파열 의심하에 즉시 개복수술 시행하였다.

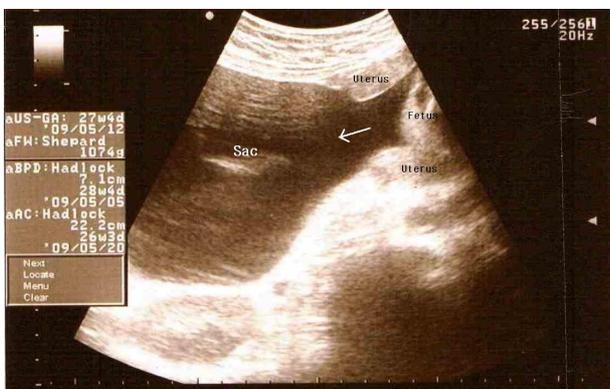


Fig. 1. Sonographic finding is large cystic bulging at right upper aspect in uterus.

수술 소견: 전신마취하에 정중절개로 개복수술을 시행하였고 복강내에 혈종은 없었다. 자궁저부로부터 우측 후자궁각으로 7cm 정도 되는 자궁파열이 있었고 파열부위 가장자리는 비교적 깨끗하였고 두드러진 출혈도 없었다. 태아와 태반이 양막에 싸인 채로 복강내로 튀어나와 있었으며 파열 부위는 이전 자궁근종절제술 위치와 일치하였다. 자궁 양측 부속기는 정상이었으며 제

왕절개수술을 통해 태아 만출 후 자궁과열부위를 다중 봉합으로 복원하였다. 태아는 출생당시 1260gm 이었고 아프가점수는 1분에 5점, 5분에 8점이었고 기관삽관은 하지 않았다.

수술 후 경과: 수술 후 활력징후가 안정된 상태로 경과가 양호하여 수술 후 6일째 별다른 합병증 없이 퇴원하였다. 태아는 출생 후 신생아중환자실에서 치료 후 입원 53일 만에 퇴원하였다.

고 찰

임신자궁파열은 예기치 않은, 잠재적으로 무서운 합병증이고 여전히 중요한 산과 응급들 중 하나이며 높은 모성과 태아의 사망률 및 이환률과 관계가 있다.³⁾ 자궁파열의 분류는 파열정도에 따라 복강과 자궁강이 서로 통하는 완전파열과 자궁이나 그 광인대의 자궁장막에 의해 덮여 있어 복강과 통하지 않은 불완전파열로 나누고 임상적으로 파열시기에 따라서 임신 중과 분만 중으로 분류하며, 원인적으로는 술후 반흔자궁파열, 자연자궁파열 및 외상성 자궁파열로 분류한다.

임신 중 자궁파열의 시기는 대부분 최종 3개월 중에 일어나며 임신 중의 자궁파열은 자궁체부에서, 분만 중 파열은 자궁하절부에서 주로 발생한다.⁴⁾

자궁파열의 위험인자 중 가장 흔한 것은 제왕절개 분만의 기왕력이며, 초임부에서 발생한 자궁파열의 경우에는 유사한 위험인자로 다른 자궁수술의 기왕력이 있는 경우를 들 수 있다. 가장 많이 보고된 예는 복식자궁근종절제술로서 그 빈도는 5% 까지도 보고된 바 있다.⁵⁾ 제왕절개와 근종절제술과 같은 이전의 자궁절개술 후의 반흔근육의 과도한 신장 때문에 분만시 파열이 일어난다고 생각이 되며 최근에 다산, 유도분만, 자궁과팽창, 자궁기형, 천공태반 등과 같은 몇 가지 위험인자가 보고되고 있다.^{1,6)}

최근 많이 시행되고 있는 복강경하 자궁근종절제술 후 임신에서 발생하는 자궁파열의 빈도에 대해서 Dubuisson 등⁷⁾은 100건 중 1% 정도로 보고하였고 Seracchioli 등⁸⁾은 158건의 수술 후 임신에서 단 한 건의 자궁파열도 발생하지 않았다고 보고하고 있다. 그러나

Hockstein 등⁹⁾은 복강경 수술시 봉합의 기술적 어려움 뿐만 아니라 자궁결손의 결합시 적은 수의 봉합이 자궁 벽 내 혈종을 형성하여 절개선이 약화될 지도 모르며 전기조작의 광범위한 사용이 개복술 시 자궁봉합에 의한 조직손상보다 더 많은 조직을 손상시킬 수 있다고 하였다.

자궁파열의 증상은 아무런 전구증상 없이 오는 수도 있으나 대개는 경련성 복통, 빈호흡, 불안감, 자궁하부의 압박감, 이상수축륜이 출현한다. 상기 전구증상 후 자궁수축의 소실, 출혈로 인한 급성 빈혈과 쇼크, 질출혈이 나타날 수 있으며 파열부위로부터 태지 등을 포함한 양수가 모체혈관 속으로 들어가 폐혈관 내에 색전을 형성하여 호흡곤란과 청색증 등을 초래한다. 내진상 태아 선진부가 후퇴 또는 소실되고 복벽 직하부에서 자궁 밖으로 탈출된 태아를 촉진할 수 있으며 이 때 태아곤란증을 보이거나 태아의 심음이 소실되는 수가 많다. 불완전 자궁파열의 경우 증상 없이 제왕절개 수술 중 자궁수술 반흔이 파열된 것을 발견하여 진단되는 경우가 대부분이다.

자궁파열의 치료는 진단즉시 신속하게 심한 출혈에 대비한 수혈과 쇼크를 처치하고 응급개복수술을 실시하여야 한다. 수술방법은 환자의 전신상태, 파열 유형, 부위와 정도, 출혈정도에 따라 단순봉합과 자궁적출술로 나눌 수 있으며 지혈이 용이하지 않는 경우는 자궁동맥이나 내장골 동맥결찰을 시행할 수 있고, 감염시 항생제의 투여는 필수적이다.⁴⁾

술중에 명백한 원인이 발견되고 환자가 다산이며 다음번 임신이 위험하거나 단순봉합이 기술적으로 불가능하다면 자궁적출술을 시행하고, 환자의 분만횟수가 낮고 다음번 임신을 원한다면 단순봉합을 시행할 수 있다.³⁾ Miller 등¹⁰⁾은 단순봉합시 다음번 임신 때 자궁파열의 재발빈도가 4.3~19%였다고 보고하였고, Thakur 등¹¹⁾은 응급상황에서 자궁적출술이 단순봉합보다 수술 시간, 환자의 이환율과 사망률, 입원기간을 의미 있게 낮추었다고 보고하였다.

Usta 등¹²⁾은 자궁파열로 진단받은 37명 중 26명에서 단순봉합을 시행하였고 이 중에서 다음 임신 24건 중 33.3%에서 자궁파열이 재발하였다고 보고했다. 이 보고서에서 자궁파열이 일어난 군에서는 이전 자궁파열과

다음 임신과의 시간간격이 2년으로, 파열이 일어나지 않은 군에서의 시간간격 5년 보다 짧았으며, 이전에 세로로 자궁파열이 있었던 경우 3건에서는 모두 자궁파열이 재발하였고 가로로 자궁파열이 있었던 경우는 9건 중 2건에서 재발하였다고 보고했다.

본 증례의 경우는 초산이며 출혈이 거의 없어 단순봉합을 시행하였으나, 세로로 자궁파열이 발생하였고 향후 재발할 가능성이 있으므로, 향후 임신 계획은 2년 이상의 간격을 두는 것이 좋을 것으로 권유하였다.

저자는 임신 제 이삼분기에 완전 자궁파열이 있었지만 심한 출혈이나 태아곤란증이 동반되지 않은 드문 경우를 경험하였으며 자연자궁파열을 단순봉합으로 치료하였기에 간단한 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참고문헌

- 1) Ogawa M, Konishi Y, obara M, Tanaka T. Uterine rupture at parturition subsequent to previously repeated cervical surgeries. *Acta Obstet Gynecol scand.* 8: 869-70, 2001
- 2) Parker WH, Iacampo K, Long T. Uterine rupture after laparoscopic removal of a pedunculated myoma. *J Minimally Invasive Gynecology* 14: 362-4, 2007
- 3) Al Sakka M, Hamsho A, Khan L. Rupture of the pregnant uterus—a 21-year review. *Int J Gynaecol obstet.* 63: 105-8, 1998
- 4) Schrimsky DC, Benson RC. Rupture of the pregnant uterus: A review. *Obstet Gynecol Surv* 33: 217-32, 1978
- 5) Roopnarinesingh S, Suratsingh J, Roopnarinesingh A. The obstetric outcome of patients with previous myomectomy or hysterotomy, *West Indian Med J* 34:59-62, 1985
- 6) Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. *BJOG.* 112: 1221-8, 2005
- 7) Dubuisson JB, Fauconnier A, Deffarges JV, Norgaard C, Kreiker G, Chapron C. Pregnancy outcome and deliveries following laparoscopic myomectomy. *Hum Reprod* 15: 849-73, 2000
- 8) Seracchioli R, Manuzzi L, Vianello F, Gualerzi B, Savelli L, Paradisi R et al. Obstetric and delivery outcome of pregnancies achieved after laparoscopic myomectomy. *Fertil Steril* 86: 159-65, 2006
- 9) Hockstein S. Spontaneous uterine rupture in the early third trimester after laparoscopically assisted myomectomy. *J Reprod Med.* 45: 139-41, 2000
- 10) Miller DA, Goodwin TM, German RB, Paul RH. Gherman,

Richard H. Paul. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet & Gynecol* 89: 671-3, 1997

11) Thakur A, Heer MS, Thakur V, Heer GK, Narone JN, Narone RK. Subtotal hysterectomy for uterine rupture. *Int J Gynaecol obstet* 74: 29-33, 2001

12) Usta IM, Hamdi MA, Musa AA, Nassar AH. Pregnancy outcome in patients with previous uterine rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86: 172-6, 2007