

복벽반흔에 발생한 자궁내막종

전북대학교 의과대학 외과학교실

정 연 준 · 김 재 천

Endometrioma in the Abdominal Incisional Scar

Yeon Jun Jeong, M.D. and Jae-Chun Kim, M.D.

Endometriosis is a condition where uterine mucosal tissue is located outside of the uterus, which may be pelvic or extrapelvic. The term endometrioma is used when extrapelvic endometriosis appears as a discrete mass. A 34-year-old female, with an abdominal mass along the scar site of a cesarean section, was transferred from her local hospital following the diagnosis of a foreign body granuloma or infected lipoma. The patient had history of two cesarean sections, 5 and 7.5 years previously. The abdominal mass was associated with abdominal pain, which increased in severity during her menstrual cycle. The ultrasonography showed a solid irregular, ill defined mass, with heterogeneous echogenicity. The cytological findings showed epithelial and stromal cells. A mass excision was performed under local anesthesia. The final pathology results confirmed an endometrioma in the abdominal wall, and the microscopic findings indicated benign endometrial glands, with surrounding spindle endometrial cells in the soft tissue of the abdominal wall. The treatment of choice is wide local excision of endometrial tissue, with a clear margin. An endometrioma in the abdominal scar, following a cesarean section, is a rare event, but may be more frequent than estimated from the literature. This case was reported with a brief review of the literature. (*J Korean Surg Soc* 2003; 65:259-262)

Key Words: Endometrioma, Endometriosis, Scar, Abdominal wall

중심 단어: 자궁내막종, 자궁내막증, 반흔, 복벽

Department of Surgery, Chonbuk National University Medical School, Jeonju, Korea

책임저자 : 정연준, 전주시 덕진구 금암동 634-18
☎ 561-712, 전북대학교병원 외과
Tel: 063-250-1977, Fax: 063-271-6197
E-mail: j45817@chollian.net

접수일 : 2003년 3월 7일, 게재승인일 : 2003년 6월 17일

서론

자궁내막증은 난소호르몬의 자극에 반응하는 자궁내막조직이 자궁 이외의 장소에 위치한 것을 말한다.(1) 자궁내막증의 발생 부위로는 주로 난소, 자궁인대, 직장질중격, 골반복막 등에 발생하는 골반자궁내막증이 대부분이고, 골반 외 자궁내막증은 매우 드물기는 하나 충수돌기, 직장, S자형결장, 소장, 탈장낭 등의 장관이나 폐와 흉강, 피부, 림프선, 신경 및 뇌 등에 발생하며,(2) 골반 외 자궁내막증이 종양의 형태로 나타날 때 자궁내막종이라고 한다.(3)

최근 저자들은 34세 여자에서 제왕절제술 후 복벽반흔에 발생한 자궁내막종 1예를 치험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증례

34세 여자 환자는 내원 16개월 전부터 있어온 좌하복부 수술반흔 부위에 종괴와 종괴부위의 동통을 주소로 내원하였다. 과거력상 15년 전 충수돌기염으로 충수돌기절제술을 받았고, 7년 6개월 전과 5년 전에 제왕절개술을 받았다. 종괴는 제왕절개술 반흔(pfannenstiell incision)의 좌측 끝 부위에 위치하였고, 이 종괴는 생리가 시작될 때 동통이 발생하였다. 개인외과의원에서 이물육아종과 지방종 진단하에 전 원되었다. 신체검사서 복부 팽만이나 하복부에 압통은 없었으나 제왕절개술 반흔의 좌측 끝부분에 밤알 크기의 경계가 불분명하고 복벽에 고정되어 약간의 압통을 호소하는 종괴가 관찰되었다. 초음파 소견은 2.5×1.4 cm 크기의 경계는 불규칙적이고 불분명한 고형종괴를 보였고 종괴내부는 비균질적인 소견이었다. 종괴는 피하지방층에 위치하였고 하방은 근육층에 인접해 있었으며 종괴의 바깥쪽으로 작은 크기의 낭성소견이 관찰되었다(Fig. 1). 세침흡인세포검사의 도말표본에서 상피세포와 기질세포가 관찰되었다. 수술은 국소마취로 시행하였고 종괴가 축지되는 반흔을 포함하여 피부를 타원형으로 절개하고 종괴를 완전 절제하였는데, 종괴는 피하지방층과 외사근에 걸쳐 있었으며 복막은 침범되어 있지 않았다. 육안적으로 절제된 조직의 크기는 3×2.5×2.5 cm이었으며 절단면상 단면은 회백색의 섬

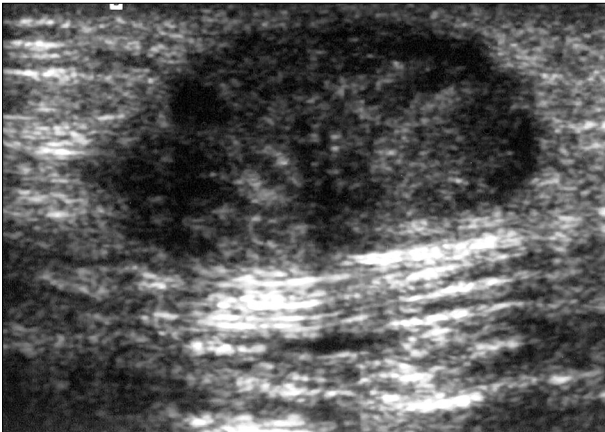


Fig. 1. The ultrasonography showed a solid mass that is irregular and ill defined, and heterogeneous echogenicity in the previous operative scar of lower abdomen.

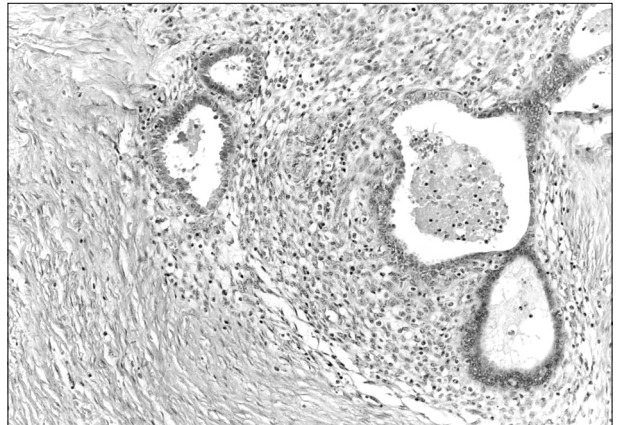


Fig. 3. Microscopic finding shows benign endometrial glands and surrounding spindle-shaped endometrial cells in soft tissue of abdominal wall (H&E stain, ×200).

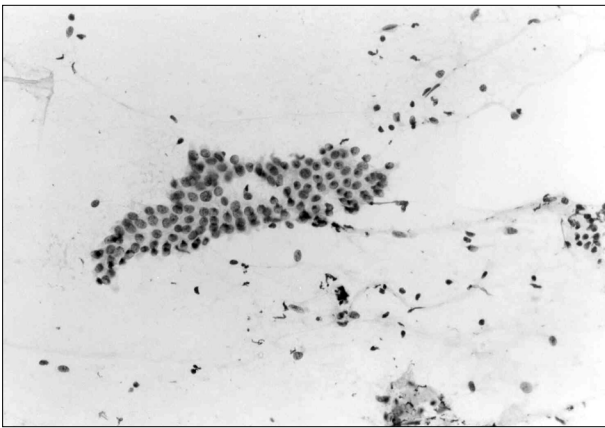


Fig. 2. Cytologic finding shows epithelial cells and stromal cells (H&E stain, ×200).

유화된 조직과 황색의 지방조직이 불규칙적으로 섞여 있었으며 낭성변화와 출혈을 동반하고 있었다. 병리소견에서 복부 연부조직 속에 자궁내막 선(endometrial gland)과 기질세포가 관찰되어 자궁내막증으로 진단되었다(Fig. 2). 환자는 수술 후 특별한 증상 없이 지내고 있다.

고 찰

자궁내막증은 자궁내막의 선과 기질이 자궁밖에 위치하는 것으로 정의되며 1860년 Rokitansky가 처음 문헌에 보고한 후 원인과 병인론에 대해 여러 가지 가설이 제시되어 왔다.(4) 자궁내막증이 유발되는 학설로는 월경 시에 난관을 통하여 자궁내막 세포가 역류해서 골반 장기 내에 착상되어 유발된다고 하는 착상설로 골반 내 장기에서 발견되는 자궁내막 증식증은 설명할 수 있으나,(5,6) 원격장기에서

발견되는 자궁내막증은 설명하기 곤란하다. 다른 가설로는 체강상피 화생설이 있는데 태생학적으로 자궁내막은 밀러씨관에서 유래하고 밀러씨관 자체는 체강벽에서 유래되므로 골반 복막의 생식 상피세포가 비정상적으로 분화하여 자궁내막, 선조직 및 기질세포가 생긴다는 것이다.(7) 또한 임파선에 의한 전이설은 원격장기에서 발생한 예에서 설명할 수 있으며,(8) 혈액 파종설은 비강이나 항문주위 조직에 생긴 것을 설명할 수 있다.(9) 그 이외에 세포면역 또는 체액성면역의 변성을 요인으로 보는 면역방어 기능의 연구(10)와 가족력의 연구를 통해 다인자성 유전, 단일상 염색체의 우성 또는 열성 유전자 변이 또는 단일 유전자 변이로 유전된다는 보고도 있다.(11) 하지만 한 학설만으로는 충분히 설명할 수 없으며 여러 학설을 종합해야 자궁내막 증식증의 원인을 설명할 수 있다고 하겠다. 자궁내막증에서는 자궁내막세포가 골반외 장소로 전이되어 자궁내막증을 일으킨다는 전이설과 체강상피 화생설이 가장 설득력 있게 받아들여지는 가설이다.(3)

자궁내막증은 주로 수술반흔에서 발견되고 또한 외과적 반흔 없이 자연적으로 발생하는 경우도 있다.(12,13) 수술반흔에 발생한 자궁내막증은 주로 자궁과 나팔관 수술 후에 발생하지만,(13) 이런 현상은 충수돌기절제술,(14) 회음부 절개,(14,15) 복강경 수술,(16) 양수천자술,(17) 서혜부탈장 교정술(18) 후에도 발생한다. 자연적으로 발생하는 자궁내막증은 제대부, 음문, 회음부, 서혜부, 사지 등의 부위에서 보고되고 있다.(19) 제왕절개술 후 자궁내막증의 발생빈도는 0.45~1%까지 보고되고 있다.(3,20,21)

자궁내막증의 증상은 수술반흔 특히 제왕절개술 반흔에 압통이나 동통이 있는 종괴로 나타난다. 동통은 대개 주기적이고 월경기간과 관련이 있고, 간혹 무증상인 경우도 있다.(3) 일반적으로 자궁내막증의 증상은 자궁내막조직이 위축되었거나 증식되는 기능적인 상태에 좌우되는 것으로 되

어있다.(22) 수술반흔 자궁내막종 발생시기는 수술 후 평균 30개월이며 대부분 1~2년 후 발생하고,(18) 호발 연령은 일반적인 자궁내막증이 호발하는 20~40대에 나타난다.(13) 반흔에 종괴가 있을 때 감별해야 할 질환으로는 농양, 혈종, 지방종, 이물육아종, 육종, 자궁내막종, 데스모이드 종양(desmoid tumor), 림프종, 전이성 악성질환 등이 있다.(3) 반흔에 발생한 자궁내막종의 경우 골반강 내에 자궁내막증이 동반될 가능성이 26%로 보고되었다.(23)

진단은 문진과 신체검사만으로도 진단에 도움이 되고, 진단방법으로는 초음파검사가 양성인지 고형성인지를 결정하는 데 유용한 방법이고 복강 내 다른 병변을 배제할 수 있으나 자궁내막종을 진단하는 데는 비특이적이다.(24) 전산화단층촬영은 질환의 범위를 결정하는 데 도움이 되고, 자기공명영상은 자궁내막종 진단에 이용되고 있다.(25) 또한 세침흡인세포검사는 악성여부를 확인하고 다른 종양이나 혈종 등과의 감별로 진단에 유용하다는 보고가 있다.(26) 본 증례에서도 세침흡인세포검사로 진단에 도움이 되었다. 자궁내막종의 조직학적진단은 자궁내막양 선(endometrial-like glands), 자궁내막 기질 혹은 혈철소 색소(hemosiderin pigment) 소견 3가지 중에서 2가지 소견이 있을 때 진단할 수 있다.(3)

자궁내막종의 경우 자궁내막조직에서 악성종양이 발생할 수 있다고 하고 주로 밀러관 형태의 종양이 보고되어 있다.(22) 이들 대부분이 난소에서 발생하지만 난소 이외에 다양한 부위에서도 발생가능한 것으로 되어 있다.(27) 일반적으로 자궁내막종과 마찬가지로 복강외 자궁내막종의 치료 방법에도 여러 가지가 있다. 이중 경구 피임제, 황체 호르몬제와 안드로겐 등 약물치료방법이 있으나 수술반흔에 생긴 자궁내막종에서는 효과가 일시적이므로 외과적인 절제가 근본적인 치료방법이고,(3) 자궁내막종의 국소제발을 방지하기 위해서는 절제면에 병변이 포함되지 않도록 광범위절제술을 하는 것이 기본 원칙이다.(14,28)

가임기 여성에서 복부에 수술반흔이 있으면서 복부종괴가 축적되는 경우에 자궁내막종을 의심해 보아야 하고, 부인과 수술반흔 이외에도 발생할 가능성이 있고 자연적으로 발생한 경우가 있으므로 복부에 발생한 종괴를 접할 때 감별 진단의 일환으로 자궁내막종을 고려해 보는 것이 좋을 것으로 생각한다.

REFERENCES

- Williams HE, Barsky S, Storino W. Umbilical endometrioma. *Arch Dermatol* 1976;112:1435-6.
- Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989;16:193-219.
- Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. *Dig Dis Sci* 2002;47:456-61.
- Kim YS, Shim JH, Kwun WH. A case of endometriosis in the abdominal scar following cesarean section. *Korean J Obstet Gynecol* 1998;41:928-31.
- Sampson JA. Postsalpingectomy endometriosis (endosalpingiosis). *Am J Obstet Gynecol* 1930;20:443.
- Badawy SZ, Cuenca V, Stitzel A, Jacobs RD, Tomar RH. Auto-immune phenomena in infertile patients with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1984;63:271-5.
- Oliker AJ, Harris AE. Endometriosis of the bladder in a male patient. *J Urol* 1971;106:858-9.
- Scott RB, Nowak RJ, Tindale RM. Umbilical endometriosis and the Cullen sign; a study of lymphatic transport from the pelvis to the umbilicus in monkeys. *Obstet Gynecol* 1958;11:556-63.
- Kim JH, Park CS, Kim CK. Endometriosis of the abdominal wall. *J Korean Surg Soc* 1977;19:77-9.
- Dmowski WP, Steele RW, Baker GF. Deficient cellular immunity in endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1981;141:377-83.
- Simpson JL, Elias S, Malinak LR, Buttram VC Jr. Heritable aspects of endometriosis. I. Genetic studies. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137:327-31.
- Ashfaq R, Molberg KH, Vuitch F. Cutaneous endometriosis as a diagnostic pitfall of fine needle aspiration biopsy. A report of three cases. *Acta Cytol* 1994;38:577-81.
- Brenner C, Wohlgenuth S. Scar endometriosis. *Surg Gynecol Obstet* 1990;170:538-40.
- Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993;177:243-6.
- Yackovich FH, Bender GN, Tsuchida AM. Case report: perianal episiotomy scar endometrioma imaged by CT and sector endoluminal ultrasound. *Clin Radiol* 1994;49:578-9.
- Healy JT, Wilkinson NW, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. *Am Surg* 1995;61:962-3.
- Kaunitz A, Di Sant'Agnese PA. Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol* 1979;54:753-5.
- Steck WD, Helwig EB. Cutaneous endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1966;9:373-83.
- Popoff L, Raitcheu R, Andreev VC. Endometriosis of the skin. *Arch Dermatol* 1962;85:186-9.
- Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980;56:81-4.
- Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incision endometriomas. *Am Surg* 1994;60:259-61.
- Scully RE, Mark EJ, McNeely WF, Ebeling SH, Phillips LD, Ellender SM. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 13-2000. A 26-year-old woman with bouts of abdominal pain, vomiting, and diarrhea. *N Engl J Med* 2000;342:1272-8.
- Rani PR, Soundararaghavan S, Rajaram P. Endometriosis in abdominal scars: review of 27 cases. *Int J Gynaecol Obstet* 1991;36:215-8.

- 24) Vincent LM, Mittelstaedt CA. Sonographic demonstration of endometrioma arising in cesarean scar. *J Ultrasound Med* 1985; 4:437-8.
- 25) Yu CY, Perez-Reyes M, Brown JJ, Borrello JA. MR appearance of umbilical endometriosis. *J Comput Assist Tomogr* 1994;18: 269-71.
- 26) Griffin JB, Betsill WL Jr. Subcutaneous endometriosis diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 1985;29:584-8.
- 27) Brooks JJ, Wheeler JE. Malignancy arising in extragonadal endometriosis: a case report and summary of the world literature. *Cancer* 1977;40:3065-73.
- 28) Dellon AL, Grodin J, Ketcham AS, Chretien PB. Recurrent abdominal scar endometriosis in a patient with a fibrous mandibular neoplasm. *Am J Obstet Gynecol* 1974;120:849-50.
-