



순천향대 서울병원 이은실 교수

임신과 동반된 부인과질환의 최신 지견

1. 자궁근종

임신중 자궁근종의 발생은 인종에 따라 그리고 초음파를 얼마나 자주 시행하느냐에 따라 달라지지만 일반적으로 2% 정도에서 관찰된다. 자궁근종이 있어도 대부분은 증상이 없지만 약 10%에서 임신중 자궁근종으로 인한 증상을 경험하며, 자궁근종으로 인한 증상은 근종의 위치에 따라 즉,점막하근종, 장막하근종 및 근층내근종이나에 따라 증상이 달라진다.

점막하근종이나 장막하근종은 때로 염전(torsion)이 초래되어 괴사되기도 한다. 임신중 자궁근종은 적색변성(red degeneration)을 일으키는데 이는 엄밀히 말하면 혈성경색(hemorrhagic infarction)을 의미한다. 적색변성에 의한 증상은 부분적 통증과 촉진 시 통증, 경미한 열감, 및 적혈구증가소견을 보인다. 때로는 경색이 발생한 근종부위에서 근종을 덮고 있는 복막의 염증반응으로 인해 복막의 마찰음(peritoneal friction rub)이 발생하기도 한다. 자궁근종의 변성으로 인한 통증 발생시 충수돌기염, 태반조기박리, 요로결석 혹은 신우신염

과의 감별을 요한다. 증상이 있는 자궁근종의 치료는 진통제를 투여하면서 경과를 관찰하게 된다. 대부분 며칠 이내에 증상이 호전되지만 염증반응으로 인해 조기진통이 발생하기도 한다.

임신 중 발생할 수 있는 합병증으로는 조산, 태반조기박리, 비정상태위, 분만장애, 제왕절개술, 및 산후 출혈의 빈도가 증가하는데 태반조기박리 및 둔위태아의 빈도는 4배 정도 증가하고 임신초기 출혈 및 분만장애는 2배, 제왕절개술은 6배 증가한다. 임신에 영향을 미치는 가장 중요한 요소는 자궁근종의 위치와 크기이다. 근종이 태반 착상 부위에 위치해 있는 경우 유산, 태반조기박리, 조기진통, 및 산후 출혈의 빈도가 증가하고, 근종이 자궁경부나 자궁하절부에 위치해 있는 경우 산도를 막아 분만을 방해할 수 있다. 자궁근종의 크기가 매우 큰 경우 하대정맥 폐색을 유발한 사례도 보고되었다.

임신기간동안 자궁근종의 성장이 촉진되는데 이러한 반응은 각 여성마다 다르므로 임신 중 얼마만큼 성장할 것인지 예측하기는 어렵다. 약 반수에서 임신기간동안 크기가 증가하며, 임신 1삼분기동안에는 모든 크기의 근종이 크기의 변

화가 없거나 여성호르몬인 에스트로겐에 반응하여 크기가 성장하고 3삼분기동안에는 2-6cm 크기의 근종은 크기의 변화가 없거나 크기가 작아지지만 6cm 이상인 근종의 경우에는 크기가 줄어들기도 한다. 초기 근종의 크기와 무관하게 임신 3삼분기동안에는 근종의 크기가 변하지 않거나 줄어들기도 한다. Neiger 등은 임신 초기에는 근종의 크기가 증가하지만 이후에는 변화가 없다고 보고하기도 하였다.

임신중 자궁근종의 진단을 위해서는 초음파가 필수적이다. 근종은 양성 및 악성 난소 종양과 구분해야 한다. 초음파와 더불어 MRI 촬영을 이용함으로써 진단적 정확도를 높일 수 있다.

2. 임신 중 난소 질환

임신 중 난소 종양은 초기에는 정기 골반 검사나 초음파에서 대개 발견되나 임신 2기 이후에 골반 내를 벗어나면 증상이 없는 경우 진단하기 어려워 제왕절개수술 시 우연히 발견되기도 한다. 임신 중 난소 종양의 발생빈도는 무증상으로 발견되지 않는 경우가 많아 정확한 평가가 어렵고, 보고자들의 진단 기준에 따라 차이가 많으나 외국에서는 346-2500 분만 중 1예로 알려져 있고, 국내에서는 130-289 분만 중 1예로 평균 빈도는 약 1:257의 빈도를 보인다. 임신과 동반된 전체 난소 종양 중 악성 종양의 비율은 2.4-7.9%로 다양하게 보고되고 있다.

임신 중 가장 많은 난소 종양은 기형종으로 알려져 있는데 Peterson 등은 22-40%를 보고하였고, 국내 한 연구에서는 38.7%를 보고하였으며, 난소의 유사종양 중에서는 황체낭종이 가장 흔하게 발견된다고 보고하였다.

합병증

임신 중 발생할 수 있는 난소 종괴의 급성 합병

증은 염전(torsion) 및 출혈이다. 난소 종괴의 염전은 약 5%에서 발생되며 그 빈도는 종괴의 크기가 클수록 증가하게 된다.

치료

임신 중 6cm 크기 이하의 난소 종괴가 발견되는 경우 황체낭종일 가능성이 높으므로 보존적 치료가 가능하다. 그러나 파열이나 염전이 의심되는 종괴, 분만과정을 방해할 수 있는 종괴는 수술적 치료가 필요하고, 10cm 이상의 종괴는 악성 종양의 위험이 증가하므로 수술적 치료를 요한다. 5cm 이하의 단순 낭종이 발견된 경우 자연히 소실될 수 있으므로 경과관찰을 요한다. 5cm 이상 10cm 이하 크기의 종괴의 치료에 관하여는 논란이 되고 있다. 이 경우 종괴가 단순 낭종일 경우 경과를 관찰하고 만일 낭종 내에 격막이나 결절, 유두모양의 돌출부위나 고형 성분이 관찰된다면 제거하도록 권하고 있다. 또한 5-10cm 크기의 낭종이 파열되거나 염전 혹은 경색등의 합병증이 발생한다면 응급 수술을 요한다.

수술은 복강경을 이용한 수술이 점차 증가하고 있는데 이 경우 가장 우려되는 점은 인지되지 못했던 악성세포가 낭종파열과 더불어 복강내로 새는 것이다. 최근 임신 중기 이전에 난소 수술 목적으로 복강경 수술과 개복 수술을 비교한 결과 복강경 수술이 더 유리하다는 보고들이 증가하고 있다. 일부에서 임신중 기형종 치료를 위해 복강경 수술 시행중 기형종의 파열로 합병증이 우려되었으나 합병증은 발생하지 않았다고 보고하였다.

임신 중에 발견된 골반 종괴의 경우 우선적으로 악성의 가능성이 있는지, 자연히 소실될 가능성이 있는지, 염전이나 파열 혹은 산도를 방해할 가능성이 있는지 염두에 두어야 한다.

3. 자궁경부 이형성증 및 자궁경부암

임신 중 가장 흔히 발생하는 악성종양은 생식기관에 생기는 암이다. 이중 자궁경부암이 약 70%를 차지하는데 최근에는 예방접종으로 인해 발생이 감소하고 있다.

임신중에는 비임신기에 비해 비정상 자궁세포진 결과의 빈도가 최소한 같거나 증가한다. 2007년에 발표된 임신중 비정상 자궁세포진 결과에 대한 지침서는 다음과 같다.

1. ASCUS (비전형편평상피세포) : 비임신시와 같은 방법으로 관리하며 질확대경검사는 분만 후 6주 이후에 시행하도록 한다.
2. LSIL (저등급편평상피내 병변) : 임신중에 질확대경검사를 시행하는 것이 선호되나 분만 후 6주 이후에 질확대경 검사를 시행할 수도 있다. 임신 중 시행한 질확대경검사서 진행성병변을 시사하지 않는 한 임신 중 추가적인 세포진검사나 질확대경검사는 권고되지 않는다.
3. HSIL (고등급편평상피내 병변) : 질확대경검사를 시행하여 고등급병변이나 암이 의심되는 부분이 있다면 조직검사를 시행하도록 한다. 만일 질확대경검사의 결과가 만족스럽지 못한 경우에는 3개월 이내에 다시 질확대경검사를 시행한다. 분만 후 최소 6주 이상 경과한 후 세포진검사나 질확대경검사를 다시 시행한다.
4. 비전형선세포(atypical glandular cells) : 비임신시와 동일하게 관리하며 질확대경검사가 권고된다. 단 임신중 자궁경관소파술은 시행하지 않는다.

질확대경검사 및 조직검사

임신중에는 임신으로 인한 생리적 변화로 인해 자궁경부 이행대가 더 잘 노출되어 질확대경검

사를 시행하는 것이 더 용이하다. 병변이 의심되는 경우 질확대경검사를 통한 조직검사는 자유롭게 시행될 수 있다. 임신으로 인한 혈관의 발달로 조직검사 부위에서 출혈이 발생할 수 있으나 몬셀 용액, 질산은 용액, 거즈 삽입, 결찰 등의 방법으로 지혈이 가능하다.

환상부열요법(LEEP : loop electrosurgical excision procedure)이나 원추절제술은 출혈, 유산 및 조산의 위험이 증가하므로 침윤성자궁경부암이 의심되는 경우에만 시행하도록 하고 이외에는 가급적이면 피하는 것이 좋다.

자궁 경 부 상 피 내 종 양(CIN : cervical intraepithelial neoplasia)

임신 중에 조직학적으로 자궁경부상피내종양이 확진된 경우 자궁경부세포진검사와 질확대경검사를 이용한 조직검사를 통해 추적 관찰하도록 하고 질식분만이 가능하며 분만 후 치료를 시행하도록 한다. 따라서 임신중 질확대경검사는 침윤성암을 배제하기 위해 시행할 수 있다. 임신중 CIN 1이 발견된 경우에는 분만 후 다시 평가한다. 임신 중 CIN 2나 CIN 3가 발견된 경우 침윤성 암이 의심되지 않는다면 추가적인 세포진검사나 질확대경검사의 시행간격은 최소한 12 이상의 간격을 두고 시행하도록 한다. 추가 검사에서 진행성 병변을 보이거나 세포진검사서 암세포가 발견된다면 조직검사를 다시 시행하도록 한다. 이 외의 경우에는 분만 후 최소 6주 이후에 재검하도록 한다.

결론적으로 침윤성암이 발견된 경우가 아니라면 임신중의 병변의 치료는 권장되지 않으며 진단적 목적의 절제술 역시 침윤성암이 의심되는 경우에만 시행하도록 권고되고 있다.

침윤성자궁경부암

임신 중 침윤성자궁경부암의 발생빈도는 약

2000 임신 중의 1에 정도로 보고되고 있다.

임신은 자궁경부암의 병기를 평가하고 치료하는데 있어 장애가 될 뿐 아니라 암의 범위 또한 임신 중에는 저평가될 수 있다. 임신 중 자궁경부암의 진단을 위해 MRI를 이용하여 병변의 부위와 요로 및 임파선의 침범 여부를 평가할 수 있다. 방광경 및 직장내시경 또한 필요시 시행할 수 있다. 예후는 비임신시와 다르지 않으며 전반적인 5년 생존율은 임신시나 비임신시 모두 약 80% 정도이다.

임신시 자궁경부암이 진단된 경우 치료는 암의 병기, 임신 주수 및 향후 임신을 지속할 지 여부에 따라 달라진다. 원추절제술에 의해 미세침습 자궁경부암이 진단된 경우에는 임신을 지속하고 질식 분만을 시행한 후 치료를 시행하는 것이 안전하다고 평가된다. 그러나 침윤성암은 빠른 치료를 요한다. 임신 전반기에 침윤성암이 진단되었다면 즉각적인 치료를 권하는 것이 원칙이지만 임신을 지속할지 여부에 따라 달라질 수 있다. 임신 후반기에 진단되었다면 태아의 생존가능성 및 성숙도를 고려하여 기다릴 수 있다. 침윤성자궁경부암 IIA 이하의 경우에는 병변이 아주 크지 않다면 치료를 지연시키는 것이 가능하다는 보고가 있고 대부분의 연구에서 초기 침윤성암의 경우 치료를 지연하는 것이 경과의 예후를 나쁘게 하지 않는다고 보고하고 있다.

병변의 크기가 3cm 이하인 병기 I과 IIA의 침윤성암에서는 근치적자궁절제술 및 골반임프절제술을 시행하되 임신 20주 전이라면 태아를 자궁에 둔 채로 시행하고 임신 20주 이후라면 자궁절개술을 통해 태아를 만출한 후 수술을 시행한다. IIA 이하의 병기에서는 근치적 수술과 방사선 치료의 치료 효과가 유사한 것으로 보고되고 있지만 난소기능 및 성기능을 고려하고 방사선 치료에 의한 부작용을 고려할 때 수술적 치료가 선호되고 있다.

IIA 보다 진행성암인 경우에는 방사선 치료를 시행하도록 한다. 만일 임신 초에 치료를 결정하였다면 체외방사선치료를 시행하고 이후 자연유산이 되지 않는 경우 소파술을 시행한다. 임신 2삼분기동안에는 자연유산이 지연될 수 있으므로 태아만출을 위한 자궁절개술이 필요하기도 하다. 유산 후 1주 후에 체외방사선치료를 시작으로 방사선 치료를 다시 재개하도록 한다.

분만 방법에 대하여 특히 초기 침윤성암의 경우 논란이 되고 있다. 대부분의 보고에서 질식분만시 자궁경부의 열상이 발생하면서 암세포의 전이가 우려되고 자궁경부의 병변에서 많은 출혈이 발생할 수 있으므로 복식분만을 선호하고 질식분만시 회음절개 부위에서 자궁경부암의 재발이 발생한 사례가 보고되기도 하였다. 제왕절개수술은 고전적 수술방법이 선호되는데 자궁하절부에 절개를 시행할 경우 경부암 종괴가 동시에 절개되어 심각한 출혈을 유발할 수 있기 때문이다.

■참고문헌

1. 허민 등. 임신 중 난소종양의 임상적 고찰. 대한산부회지 2003;46:637-41.
2. Cummingham FG, et al. Williams Obstetrics 23rd edition.
3. Greene JF, et al. Large myomatous uterus resulting in complete obstruction of the inferior vena cava during pregnancy. Br J Obstet Gynecol 2002;107:1189-91.
4. Hoover K, et al. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2011;205:97-102.
5. Neiger R, et al. Pregnancy-related changes in the size of uterine leiomyomas. J Reprod Med 2006;51:671-4.