

자궁 수술 후 임신 중 합병증에 대한 Factsheet

- 자궁근종절제술과 자궁선근증감축술 후 임신합병증

대한모체태아의학회

최근 결혼과 출산 연령이 늦어지면서, 자궁 근종이나 자궁선근증으로 진단받아 자궁수술을 받은 후 임신을 계획하는 경우가 증가하고 있습니다. 자궁근종은 가임기 여성의 약20~25%에서 진단될 만큼 흔한 양성 종양으로, 월경과다나 월경통을 유발할 수 있으나 증상이 없는 경우도 많습니다. 자궁선근증은 자궁내막 조직이 자궁 근육층 안으로 증식하여 자궁벽이 두꺼워지는 질환으로 자궁근종과 비교하여 월경통, 월경과다를 동반하는 경우가 더 흔합니다.

난임 여성에서 자궁근종이 발견되더라도 난임과 직접적인 관련이 없는 경우가 많으며, 자궁근종절제술은 이후 임신에서 자궁파열이나 유착태반과 같은 심각한 합병증 위험을 증가시킬 수 있어 수술 여부를 신중히 결정해야 합니다. 자궁선근증은 난임과 관련이 있는 것으로 알려져 있으나 자궁선근증감축술(자궁선근증 부위를 절제하는 자궁수술)이 임신 가능성을 높이는지에 대해서는 아직 전문가들 사이에서도 의견이 일치하지 않습니다. 또한 자궁선근증감축술 후에는 임신 중 자궁파열과 유착태반 위험이 더 높게 보고되며, 국내에서도 자궁선근증수술 후 자궁파열이 발생한 임신부에서 아기의 사망이나 뇌손상 뿐만 아니라 산모가 사망한 사례도 있었던 것으로 확인되었습니다.

아래는 자궁수술력이 임신에 미치는 영향에 대한 내용입니다.

1. 자궁 수술 후 임신 중 발생할 수 있는 주요 합병증

자궁 수술 후 임신에서 가장 중요한 합병증은 자궁파열과 유착태반입니다.

	자궁파열 (Uterine Rupture)	유착태반 (Placenta Accreta Spectrum)
무엇인가요?	임신 중 자궁이 커지면서 수술로 약해진 자궁벽이 완전히 혹은 부분적으로 파열되는 상태입니다. 심한 출혈이 발생할 수 있으며, 산모의 저혈량성 쇼크, 태아사망, 신생아사망, 신생아 뇌손상 등이 발생할 수 있는 산과 응급상황입니다. 자궁수술 후 발생하는 자궁파열은 임신10	태반이 자궁 근육층에 비정상적으로 깊게 붙어 있는 상태입니다. 분만 시 태반이 잘 떨어지지 않아 심한 출혈이 발생할 수 있으며 경우에 따라 자궁절제술이 필요할 수 있습니다. 또한 태반이 자궁근육 전체를 침범하여 복강으로 태반이 일부 노출되는 천공태반은 임신 전 기간 동안 자궁파열로 인한

	자궁파열 (Uterine Rupture)	유착태반 (Placenta Accreta Spectrum)
	주 미만 매우 초기부터 임신 전 기간에 걸쳐 발생할 수 있습니다.	혈복강의 원인이 될 수 있습니다.
발생 빈도는 어느 정도인가요?	일반임산부: 0.01% 제왕절개술: 0.02-0.05% 제왕절개술 후VBAC시도: 0.2-0.9% 근종절제술: 0.5~1% 자궁선근증감축술: 3~12%	일반임산부: 0.17~0.37% 제왕절개술1회: 0.3%(횟수에 비례해서 증가) 근종절제술: 0.96~1.8% 자궁선근증감축술: 20~50%
임신 중에 진단할 수 있나요?	일반임산부의 자궁파열은 대부분 분만진통 중에 발생하지만, 자궁수술 후 자궁파열은 진통 없이 갑자기 발생할 수 있으며, 임신 초기에도 드물게 발생할 수 있습니다. 따라서 자궁파열 시기를 정확히 예측하는 것은 어렵습니다.	유착태반은 초음파 및 MRI 검사로 진단에 도움을 받을 수 있습니다. 그러나, 태반 위치나 유착정도에 따라 영상검사만으로 정확한 진단이 어려운 경우도 있습니다.

2. 자궁수술 후 임신 준비와 산전관리

임신을 계획하고 있다면, 자궁수술은 이후 임신에서 자궁파열이나 유착태반 위험을 높일 수 있으므로 수술 필요성을 충분히 상담한 후 결정하는 것이 중요합니다. 증상이 심하지 않다면 약물 치료를 우선 고려할 수 있으며, 수술이 임신 가능성을 반드시 높여 주는 것은 아니므로 자연임신이나 시험관 시술을 먼저 시도할 수 있는지 확인해 보아야 합니다.

수술 후에는 충분한 회복 기간(적어도6~12개월 이상)이 필요하며, 수술 후 임신까지의 기간이 길다고 해서 자궁파열 위험이 완전히 사라지지는 않습니다. 자궁수술 후에는 특히 자궁파열의 위험성이 더욱 높기 때문에 시험관 임신을 시도하는 경우 단일 배아 이식을 권장합니다. 쌍둥이 임신은 자궁 벽에 가해지는 부담을 크게 늘려 자궁파열의 위험을 더욱 증가시키기 때문입니다. 유착태반이 진단된 경우에는 출산 시 출혈에 대한 대비가 필요하므로 최소28주 이전에 상급기관으로 전원하여 분만시기를 결정하는 것이 좋습니다. 임신 중 초음파와MRI 검사는 유착태반을 확인하는데 도움이 되지만, 영상 검사만으로 태반유착을 완전히 파악하는 것은 어려우므로 유착태반이 의심된다면 상급기관에서 산전관리와 분만을 고려하는 것이 좋습니다.

결론

자궁근종절제술과 자궁선근증감축술은 자궁을 보존하면서 증상을 치료하는 수술입니다. 그러나 이후 임신에서는 자궁파열과 태반유착의 위험성이 증가할 수 있으므로, 임신계획이 있다면 수술 전 충분한 상담과 신중한 결정이 필요합니다. 또한, 수술 후 임신한 경우에는 임신 전 기간 동안 정기적인 산전관찰과 주의 깊은 관리가 중요합니다.

참고문헌

1. Lee SJ, Ko HS, Na S, Bae JY, Seong WJ, Kim JW, et al. Nationwide population-based cohort study of adverse obstetric outcomes in pregnancies with myoma or following myomectomy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:716.
2. Pyeon SY, Kim SC, Yang JI, Bae JG, Lee GS, Seong WJ, et al. Clinical aspects of uterine rupture or severe placenta accreta spectrum during pregnancy after adenomyomectomy in women with adenomyosis. *Perinatology*. 2025;36(2):52-61.
3. Jung Hyun Park, Kyung-Hee Chae, Sukil Kim, Jung Yoon Park, Jae-Yen Song, Youn-Jee Chung, et al. Prevalence, incidence, and treatment trends of adenomyosis in South Korean women for 15 years: A national population-based study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024 Oct;167(1):197-205.
4. Kim HS, Oh SY, Choi SJ, Park HS, Cho GJ, Chung JH, et al. Uterine rupture in pregnancies following myomectomy: a multicenter case series. *Obstet Gynecol Sci*. 2016;59(6):454-62.
5. Gil Y, Badeghiesh A, Suarathana E, et al. Risk of uterine rupture after myomectomy by laparoscopy or laparotomy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020;49:101843.
6. Claeys J, Hellendoorn I, Hamerlynck T, Bosteels J, Weyers S. The risk of uterine rupture after myomectomy: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Gynecol Surg*. 2014;11:197-206.
7. Gambacorti-Passerini Z, Gimovsky AC, Locatelli A, Berghella V. Trial of labor after myomectomy and uterine rupture: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95:724-34.
8. Koo YJ, Lee JK, Lee YK, et al. Pregnancy outcomes and risk factors for uterine rupture after laparoscopic myomectomy: a single-center experience and literature review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015;22:1022-8.
9. Osada H. Uterine adenomyosis and adenomyoma: the surgical approach. *Fertil Steril*. 2018;109:406-17.
10. Sayama S, Iriyama T, Hashimoto A, et al. Possible risks and benefits of adenomyomectomy on pregnancy outcomes: a retrospective analysis. *Am J Obstet Gynecol Glob Rep*. 2023;3(4):100265.
11. Eric Jauniaux, Catey Bunce, Lene Grønbeck et al. Prevalence and main outcomes of placenta accrete spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Sep;221(3):208-218
12. Ming-Wei Lin, Heng-Cheng Hsu, Elise Chia Hui Tan, et al. Risk of placenta accreta spectrum following myomectomy: a nationwide cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 231(2):p 255e1-255e10
13. Ru Yang, Lizi Zhang, Lu Sun, et al. Risk of Placenta Accreta Spectrum Disorder After Prior Non-Cesarean Delivery Uterine Surgery. *Obstet Gynecol*. 2025 Feb 6;145(6):628-638.
14. Ichinose M, Iriyama T, Hiraike O, et al. Hysteroscopic endometrial defect following adenomyomectomy and incidence of placenta accreta spectrum and uterine rupture complications for subsequent pregnancy. *Reprod Sci*. 2025;32:467-73
15. Statistics Korea. Vital statistics (2023). Statistics Korea; 2024.