성인 여성에서 발생한 Skene's duct 낭종 증례 보고

원광대학교 의과대학 비뇨기과학교실

백 상 훈 · 정 희 중

A Case of Skene's Duct Cyst in Adult Woman

Sang Hoon Baick, Hee Jong Jeong

From the Department of Urology, Wonkwang University School of Medicine and
Institute of Wonkwang Medical Science, Iksan, Korea

Skene's duct cyst in the adult is rare lesion. A 40-year-old woman was referred with a chief complaint of dysuria. Examination of the external genitalia revealed a 1 cm cystic mass on the right side of the urethral orifice. VCUG, ultrasonography and cystourethroscopy showed no abnormal findings. A surgical excision was decided as it was considered that the most probable diagnosis was a Skene's duct cyst. The pathology report showed the cyst wall was lined by stratified squamous epithelium and confirmed the clinical diagnosis of Skene's duct cyst. (J. Korean Continence Society 2007;11:197-199)

Key word: Skene's duct cyst

Skene's duct 낭종은 성인에서는 매우 드문 질환으로 임상증상은 종물, 통증, 성교통, 배뇨통, 배뇨시 요의 분사, 배뇨곤란, 질 분비물 등으로 다양하며 간혹 무증상인 경우도 있다. 내진으로 확인이 불가능한 경우도 있어 수술 전 간혹 진단이 잘못되는 경우도 있다. 낭종과 감별해야 할 질환으로는 요도계실, 요도탈출증, 방광류, 평활근종, 요도 주위 농양, 종양, 그리고 이소성 요관류를 들 수 있다. 감별을 위해서는 배설성 요로조영술, 배뇨중 요도방광조영술 및 방광경 검사가 필요하며, 이소성 요관류, 요도계실을 배제하기 위해서는 낭종의 천자 흡인과 조영제 주입이 필

요하다. 저자들은 최근 요도 주위에 발생한 Skene's duct 낭종 1례를 경험하여 문헌고찰과 함께 보고한다.

중 례

한달 전부터 시작된 배뇨통을 주소로 내원한 40세 여자 환자로 개인 산부인과에서 검사 도중 요도 주위 낭종이 발견되어 본원으로 전원되었다. 과거력상 두차례 제왕절개술을 시행 받았고, 1년 전에는 자궁근종으로 근치적 자궁적출술을 시행 받았다. 배뇨통 이외의 증상은 없었다. 내진에서 요도 입구 주위 9시 방향에서 1cm 크기의 낭종성 종물이 관찰되었으며 압통이 있었다 (Figure 1-2). 요검사 및 요배양 검사는 정상이었고, 그 외 혈액 검사에서 특이 소견은 없었다. 방광경 및 배뇨중 요도방광조영술 검사에서 요도계실이 없음을 확인하였다. 수술

접수일자: 2007년 5월 20일
채택일자: 2007년 8월 26일
교신저자: 백상훈, 원광대학교 의과대학 비뇨기과학교실
경기 군포시 산본동 1142 ☎ 435-040
Tel: 031-390-2363, Fax: 031-390-2244
E-mail: bsh7396@dreamwiz.com

Figure 1. Clinical photograph shows paraurethral cyst near external urethral meatus.

은 척추 마취하 쇄석위에서 먼저 낭종을 천자하였다. 천자된 낭종액의 배양 검사 결과는 음성이었다. 요도 손상을 방지하기 위해 카테타를 유치하였으며 낭종을 주위 조직으로부터 조심스럽게 박리하여 완전 제거하였으며 낭종은 비교적 쉽게 제거 되었다. 낭종을 제거한 후 절개 부위를 비연속적 봉합으로 복원하였다. 병리조직학 검사 결과 낭종 벽은 편평상피로 덮여 있었으며 악성 소견은 관찰되지 않았다. 술 후 3일째 카테타를 제거하였고 수술 후 3개월째 추적 관찰 결과 술 전의 배뇨통은 없어졌으며 재발의 징후는 관찰되지 않았다.

고 찰

여성의 외요도구에 발생하는 선천성 요도주위 낭종은 다양한 발생학적 성분과 흔적 기관의 잔유물에서 발생하게 되며, 낭종 상피의 조직검사로 구분이 가능하다 (1-3). 선천성 낭종은 발생학적 성분에 따라 müllerian duct cyst, mesonephric duct cyst (Gartner's duct), urogenital sinus derivatives (Skene's ducts and other paraurethral glands) cyst 이렇게 세가지로 분류할 수 있으며 감염에 의하여 크게 훼손되더라도 덮여있는 상피의 조직학적 특징에 따라 낭종의 기원을 분류할 수 있다 (1,2). Skene's gland는 1880년 Alexander Johnston Chalmers Skene에 의해 발견되었으며 여성 요도 내부 또는 주위로 개구하는 30개의 관 중에서 가장 큰 두 개를 Skene' duct 라고 한다 (4,5). Skene's gland는 여성의 원위부 요도의 고유층에 위치한 많은 작은 선으로 구성되며 이러한 선들은 공통의 관을 가지게 되는데 외요도구 입구 측면으로 개구하게 된다. 성적 자극시 점액성 물질을 소량 분비하여 성교시 요도의 윤활 작용을 한다. 특히 원인을 찾을 수 없는 성교통이 있는

Figure 2. Cyst wall was lined by squamous epithelium and present proliferation of fibromuscular tissue. No evidence of malignancy. H&E X200

경우 이러한 낭종이 그 원인이 될 수 있으므로 낭종의 유무를 확인해야 한다. 낭종의 정확한 원인에 대해서는 아직 규명되어 있지는 않지만, 감염 또는 염증에 의한 관의 폐색에 의한 것으로 알려져 있다 (6). Sharifi-Aghdas 등 (7)은 낭종 발생의 위험 인자로 임신과 질식 분만을 제시했으며 임신하지 않은 여성에서도 발생할 수 있다고 하였다. Skene' duct cyst는 성인에서는 매우 드문 질환으로 임상 증상은 종물, 통증, 성교통, 배뇨통, 배뇨시 요의 분사, 배뇨곤란, 질 분비물 등이 있으며 간혹 무증상인 경우도 있으며 내진으로 확인이 불가능한 경우도 있다. 낭종과 감별해야 할 질환으로는 요도계실, 요도탈출증, 평활근종, 요도주위 농양, 요도 및 질 종양, 그리고 이소성 요관류 등이 있다. 종양의 경우는 요도 내에서 유두상 모양으로 자라나며, 균상의 부드러운 종물 형태로 궤양성 병소를 가지거나 또는 점막하 종물로 질 전벽에 경결을 형성한다. 이러한 병소의 경우 수술 전 조직 검사가 필요하다 (7). 이소성 요관류는 일반적으로 근위부 요도에 위치하며 요도계실의 경우는 요도아래 종물로 나타난다. 이에 비해 요도주위 낭종은 요도 원위부 측면에 위치한다 (8). 요도탈출의 경우 일반적으로 요도 입구를 둘러싸며 부종성, 그리고 종종 출혈성 종물 형태를 보인다 (9). 요도계실은 질전벽의 종물로 나타나며 이 부위를 압박하면 요도에서 화농성 또는 혈액성 분비물이 나온다 (10). 수술 전 감별을 위해서는 내진, 배설성 요로조영술, 배뇨중 요도방광조영술, 초음파 및 방광경 검사가 필요하며, 이소성 요관류, 요도계실과 감별을 위해서는 낭종의 천자 흡인과 조영제 주입이 필요하다. 그러나 요도 주위 낭종은 내진만으로도 타 질환과 감별이 충분한 경우가 많으며 Sharifi-Aghdas 등 (7)도 배설성 요로조영술, 배뇨중 요도방

광조영술, 자기공명영상 같은 침습적이거나 비싼 검사는 불필요하며 내진 및 방광경검사로도 충분하다고 하였다.

신생아에서는 성인에 비해 임상 경과가 비교적 양호한 편으로 가끔 파열되어 자연 치유가 되기도 하는데, 낭종의 천자 흡인만으로도 치유가 가능하며 낭종의 부분 절제 및 조대술로 재발을 충분히 방지할 수 있다.(3) 성인의 경우는 낭종 외피가 자연적으로 파열되는 경우는 거의 없고, 만성 염증이 동반 되는 경우가 있기 때문에 낭종을 완전히 제거하는 것이 필요하다고 하였다 (1,11). 하지만 Sharifi-Aghdas 등 (7)은 요도 주위 낭종 25례 모두에서 낭종 조대술을 시행하였으며 재발한 경우는 없었다고 보고하였다. 이에 따라 낭종이 큰 경우, 심한 염증 소견이 관찰 될 때, 술 전 진단이 불명확할 때 그리고, 악성 의심될 때는 완전 제거가 필요할 것이며 그 이외의 경우는 조대술 등의 덜 침습적인 방법도 충분히 적용할 수 있을 것이다.

REFERENCE

- 1) Das SP. Paraurethral cysts in women. J Urol 1981;126:41-3.
- 2) Bergner DM. Paraurethral cysts in the newborn. South Med J 1985;78:749-50.
- 3) Blaivas JG, Pais VM, Retik AB. Paraurethral cysts in female neonate. Urology 1976;7:504-7.
- 4) Skene AJC. The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra. Am J Obstet 1880;13:265-70.
- 5) Huffman JW. The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult human female. Am J Obstet Gynecol 1975;45:632-7.
- 6) Lee NH, Kim SY. Skene's duct cysts in female newborns. J Pediatr Surg 1992;27:15-7.
- 7) Sharifi-Aghdas F, Ghaderian N. Female paraurethral cysts: experience of 25 cases BJU Int. 2004;93(3):353-6.
- 8) Stovall TG, Muram D, Long DM. Paraurethral cyst as an unusual cause of acute urinary retention. J Rep Med 1989;34:423-5.
- 9) Devine PC, Kessel HC. Surgical correction of urethral prolapse. J Urol 1980;123(6):856-7.
- 10) Davis HJ, Te Linde RW. Urethral diverticula. An assay of 121 cases. J Urol 1958;80:34-9.
- 11) Ishigooka M, Hayami S, Hashimoto T, Tomaru M, Yaguchi H, Sasagawa I, et al. Skene's duct cyst in adult women: report of two cases. Int Urol Nephrol 1995;27(6):775-8.