치성상악낭종 1례

인제의과대학 · 부산백병원 이비인후과학교실
손영광 · 박춘근

= Abstract =

A Case of a Dentigerous Cyst due to Impacted Tooth in the Maxillary Sinus Antrum

Young Kwang Son, M. D. and Chun Keun Park, M. D.
Department of Otolaryngology, College of Medicine, InJe University

The authors have recently experienced a case of large dentigerous cyst in the maxillary sinus with destruction of lateral wall of maxillary sinus.

The cyst was treated successfully by mean of Caldwell-Luc's approach without facial disfiguration or others complications.

서 론

상악에 발생하는 치성 낭종은 자각 증상없이 서서히 자라서 조기 발견이 힘든 비교적 드문 질환으로 1754년 Albinus의 보고 이래 국내에서도 김,[2,3] 정,[7] 류,[6] 박,[4] 신,[5] 고[1] 등에 의하여 보고된 바 있다. 저자는 골파괴를 동반한 상악동에 발생한 여포성 치성 낭종에 대한 치험을 보고하며 문헌적 고찰을 하는 바이다.

증 례

환 자 : 김○철, 남자 31세
초진일 : 1988. 8. 17
주 소 : 저작곤란(masticatory difficulty)
가족력 : 특이사항 없음
과거력 : 특이사항 없음
현병력 : 환자는 약 3개월전 저작 곤란이 갑자기 나타나 ○○부속병원에서 maxillary sinus cyst로 진단받고 수술을 권유받았으나 본인 사정으로 미루어 오다 증상이 계속되어 1988. 8. 17 수술을 받기위해 본원에 입원하였음.

입원시 진찰소견 :

전신상태 : 양호하였음

임상검사 : 혈액, 소변 및 간기능 검사 등에 이상소견이 없었음.

국소소견 : 양이 및 인후두에 병적 소견이 없었고 경부에 종물이 촉지되지 않았으며 전비경 검사에서도 특이한 소견은 없었으나 우측 협부에 압통이 없는 약간의 발적과 종창이 있었음(Fig. 1).

우측 상 치육 협측 추벽(gingivobuccal fold)에 1.0×1.0cm 크기의 유동성있는 종창이 있어(Fig. 2) 이곳을 천자하니 적갈색의 장액성 분비물이 나왔다. 그외 구강 소견에서 치아의 발육은 외관상 정상이었고 결손 치아도 없었음.

X-선 소견 : Water's view에서 우측 상악동

전체에 혼탁한 음영(cloudy)과 매복치로 의심되는 radiopaque density가 보였으며 좌측 벽의 골파괴 소견 및 경계가 둥근 단일 낭종형의 음영도 보였음(Fig. 3).

부비동 컴퓨터 단층촬영에서 우측 상악동내 경계가 선명한 종물이 상악동의 모든 방향으로 둥글게 커져 이 종물에 의해서 상악동의 전하외측벽과 치조돌기 아래까지 골파괴가 되었고(Fig. 4) 후상내측에 명확한 치아 모양의 radiopaque density가 보였으며 우측 후상악 간격(retromaxillary space)이 좁아져 있었음(Fig. 5). 그외 임파절 종창이나 종물의 전이 등은 보이지 않았음.

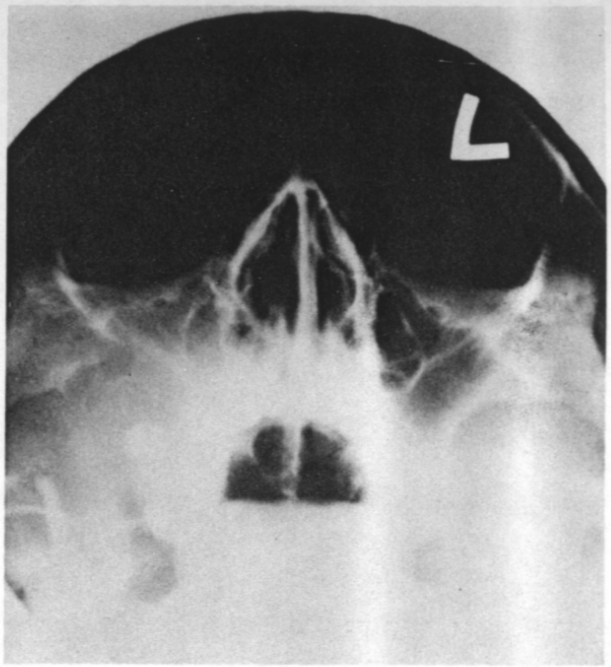

Fig. 3

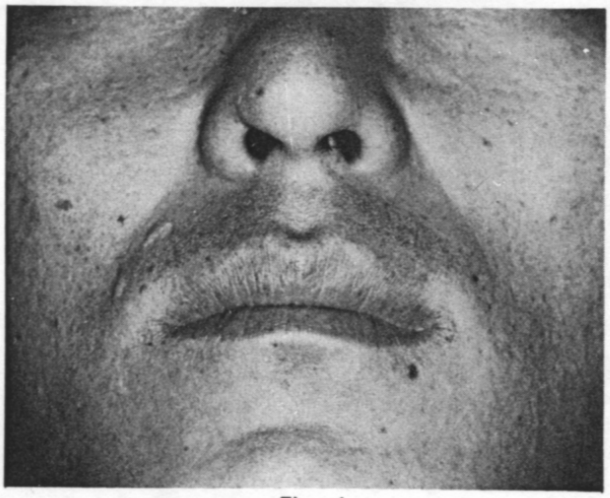

Fig. 1

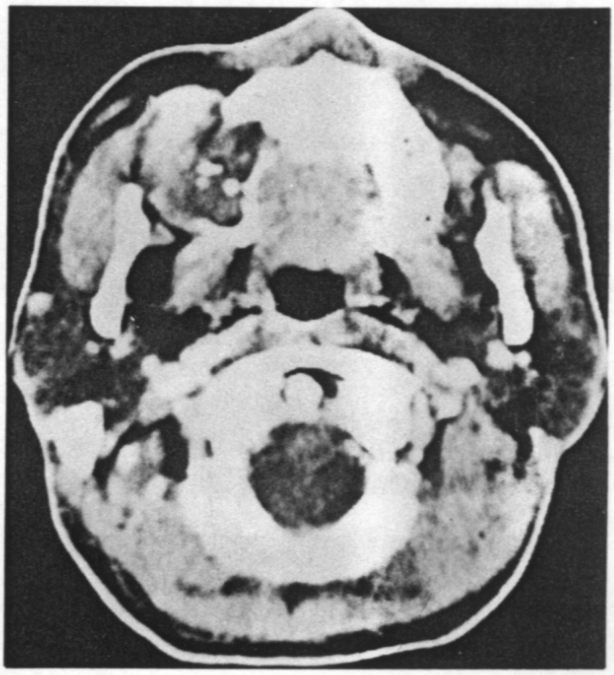

Fig. 4

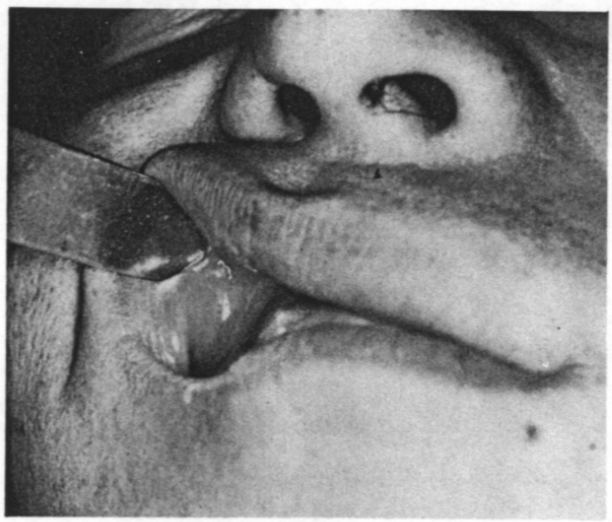

Fig. 2

치료 및 경과 : 이상의 병력과 소견으로 본 증은 골파괴를 동반한 치성 상악 낭종이란 진단하에 국소마취로 Caldwell-Luc씨 술식에 따라서 수술을 시행하였다.

전벽의 골부는 이미 흡수 파괴되어 낭종이 앞으로 튀어나와 있어 박리도중 낭종벽의 파열로 약 10cc 정도의 갈색의 장

액성의 내용물이 유출되었다. 낭종벽은 상악동내를 덮고 있는 점막과 구분할 수 없이 서로 심하게 유착되어 있었으며 박리하여 보니 낭종의 크기는 4.0×4.0cm였고 외부면은 매끄러웠으며 대구치의 경부가 낭종벽에 쌓여있어 치근부의 발육이 불량하였고(Fig. 6) 내부면은 거칠었으며 대구치의 치관부가 상부를 향하여 강내로 돌출되어 있었음(Fig. 7).

낭종막과 매몰된 치아를 완전히 제거한 후 상악동을 관찰하니 본래의 크기보다 상당히 커져있었고, 주위 골벽은 매우 엷어져 있었으며 상악동의 외측벽과 후벽 및 치조돌기까지 골파괴 소견이 보였음.

모든 병적 조직을 제거한 후 대공을 만들고 점막 절개부를 봉합하였다. 수술후 저작 장애는 없어졌고 안면골 변형이나 합병증이 없이 경과가 양호하였으며 술후 7일째에 퇴원하였음.

병리조직 소견 : 낭종벽의 일부를 병리 조직학적으로 검사한 결과 낭종벽의 내막은 비각화 편평상피(nonkeratinizing stratified squamous epithelium)로 쌓여 있었고

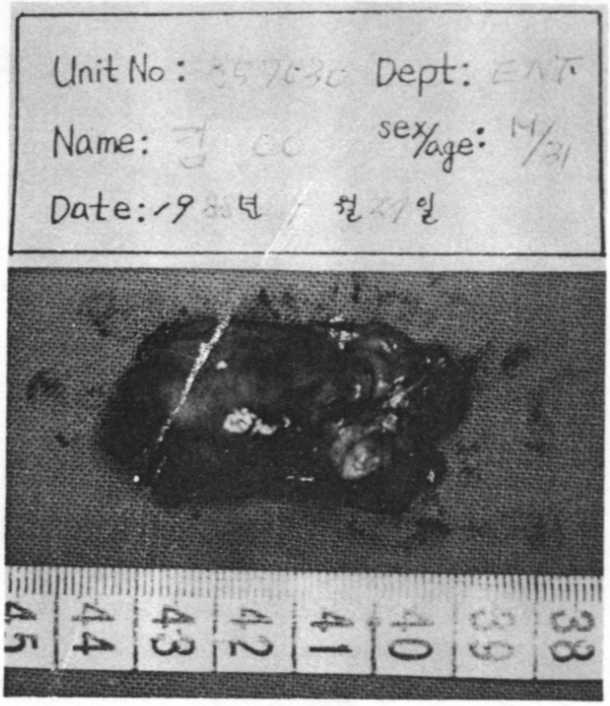

Fig. 6

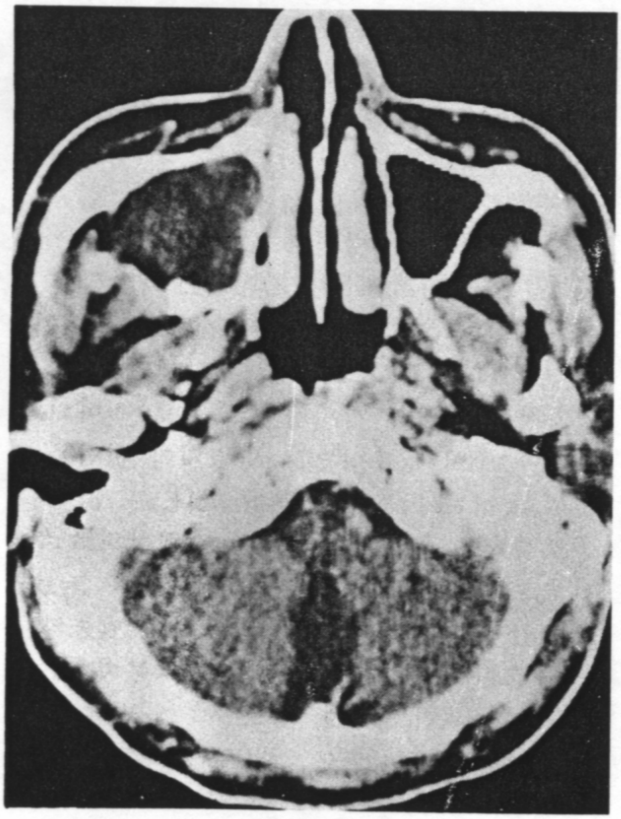

Fig. 5

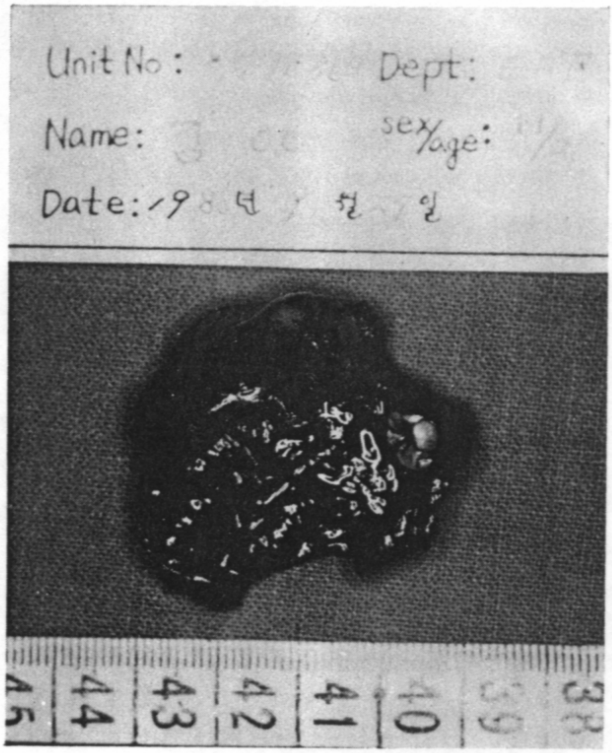

Fig. 7

외막은 원주상피(stratified columnar epithelium)로 쌓여 있었으며 그 주위의 섬유간질은 만성염증성 세포침윤을 보였음(Fig. 8).

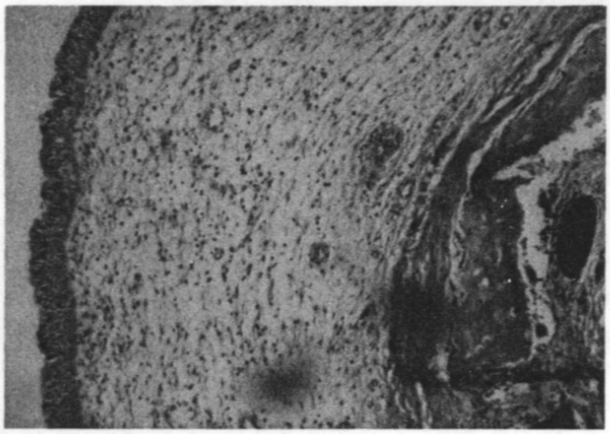

Fig. 8

고 찰

여포성 치성 낭종(dentigerous cyst or follicular cyst)은 매복치의 치관부를 함유하는 악골내에 발생한 일종의 저류 낭종(retention cyst)[17]으로 매복치의 법랑질 표면(enamel surface)은 법랑질 상피(enamel epithelium)로 덮여서 밀착되어 있는데 어떤 원인으로 이 상피가 법랑질 표면으로부터 분리되면 그 사이에 액체가 고여 커져서 낭종을 만들고, 이 낭종이 커짐에 따라 주위의 골조직은 압박되고 파괴흡수된다. 낭종벽은 치관부와 치근부 사이 즉 경부를 싸고 있어 치관부는 낭종강내에 돌출되고 낭종 내벽은 법랑질 상피로 부터 유래된 편평상피세포로 덮이게 된다.[5]

원인은 아직도 정확히 밝혀지지 않았으나 선천적기형설과 염증에 의한 자극설이 있다. Archer,[8] Thoma,[17] Shafer[16] 등은 치근이 정상보다 많이 있어서 과잉 치아의 기질이 태생기에 전위되어 나타나는 선천적기형설을 주장하였고, Beyrent,[10] Thoma 및 Brumental[17] 등은 치아낭종은 유전성이 있다고 보고하였다. 그러나 치근이 정상적인 숫자이거나 그 보다 적은 예에서도 원인 모르게 일어나는 경우도 있다고 하므로 이에 대한 확실한 원인을 단언하기에는 어려운 실정이다. 염증에 의한 것은 생후 치아의 성숙기에 염증성 변화에 의한 치근의 전위로 일어난다고 하는데 이 때는 이동의 흔적으로 누공(fistula)을 남기는 경우가 많다.[7]

발생 연령은 유치가 영구치로 교환되는 시기인 10~20대에서 많이 볼 수 있으며 남자가 여자보다 약간 많다.[11] 발생 부위는 상하악골 어디에서나 발생할 수 있으나 특히 상악동을 침범하는 경향이 있고[13] 원인 치아로는 Bhaskar 등[11,14,15,16]에 의하면 하악 제3대구치, 상악 견치 및 제3대구치, 그리고 하악 제2소구치에 많이 발생한다고 한다. 발생빈도는 전 상악낭종의 3% 정도 밖에 되지않는 드문 질환이다.[13]

이 낭종은 서서히 자라며 특별한 자각 증상이 없는 것이 특징으로 낭종의 증대나 치골벽의 침윤 혹은 낭종내의 2차적 감염이 있을 때만 비로소 발견되고 종창이나 동통, 감각 이상, 안면부 기형까지도 일으킬 수 있고 구강이나 비강으로 누공(fistula)을 형성하기도 하며 낭종이 모든 방향으로 커져 병적 골절(pathologic fracture)까지 나타날 수 있다.[12]

본 증례는 30대의 남자로서 상악대구치의 과잉 매몰치에 의한 발생으로 볼 수 있으며 증상이 없다가 낭종의 발육에 의한 상악동 후벽의 압박으로 골파괴후 후상악간격(retromaxillary space)이 좁아지고 저작근의 압박에 의한 저작장애가 나타나 알게 되었다.

진단은 상세한 병력과 두개골 X-선 촬영, dental film, 자각증상이 거의없는 악골의 종창, 치아 결손등 국소 소견으로 비교적 용이하게 할 수 있다.[3]

가장 특이적인 방사선 소견으로 치아의 경부에 낭종이 방추상으로 연결되어 치아를 완전히 둘러싸고 있는 소견이 있다.

조직학적 소견으로 낭종은 편평상피로 쌓여 있고, 치성 상피의 일부분이 보이며 hyaline body인 Rushton body가 보여 치성 낭종의 진단에 도움이 되고[16] 낭종벽에 점액분비 세포가 있어 드물지만 중요한 합병증을 유발할 수 있다고 한다.[12]

감별할 질환으로 1. 치성 각화 낭종(odontogenic keratocyst), 2. 중심성 거대 세포병변

(central giant cell lesion), 3. 에나멜 아세포종(ameloblastoma), 4. 치성 점액종(odontogenic myxoma), 5. 에나멜 아세포 섬유종(ameloblastic fibroma), 6. 혈관종(hemangioma), 7. 농양(abscess), 8. 골수염(osteomyelitis), 9. 상악동염(maxillary sinusitis) 등이 있으나 치성 각화낭종 및 중심성 거대 세포병변은 방사선상 multilobulated되어 있고, 에나멜 아세포종과 에나멜아세포 섬유종은 honey comb appearance로 보이고 농양이나 골수염, 상악동염과는 임상 증상으로 비교적 쉽게 감별할 수 있다.[16]

재발은 거의 없고 빨리 치유되어 예후는 좋은 편이다.

치료는 낭종적출술로 낭종을 완전히 제거하는 것이 최선의 방법이다. 병변의 위치나 정도에 따라 치료가 달라지는데 적거나 중등도의 크기의 낭종이면 flap을 사용하여 수술하고 큰 낭종이면 특히 mandibular body나 mandibular angle 부위에 있을 때 먼저 marsupialization을 시행하여 낭종의 흡수와 수축이 일어나 하악에 적당한 강도가 유지된 후 enucleation을 시행한다. 이때 악간고정(intermaxillary fixation)이나 손상된 골에 대한 골이식(bone graft)이 필요할 때도 있다.[12] 상악에 위치할때는 Caldwell-Luc씨 술식이 많이 시행된다.[9,16]

결 론

상악의 매몰치에 의한 골파괴를 동반한 상악동 치성 낭종 1례를 경험하여 문헌적 고찰과 함께 보고하는 바이다.

References

1) 고강훈 외 : 거대한 매몰치아 낭종의 1증례. 한이인지 16(3) : 77－80, 1973
2) 김은우 외 : 상악동 여포성 치아낭종 2례. 한이인지 18(3) : 93－96, 1975
3) 김진구 : 감염된 치성상악종 1례. 한이인지 15(4) : 119－121, 1972
4) 박인용 : 여포성 치아낭종의 3례 및 우측 비강내 몰입치아의 1례. 한이인지 7(2) : 53－56, 1964
5) 신영철 : 상악 과잉 역생 및 매몰치아 낭종의 1증례. 한이인지 5(1) : 23－25, 1962
6) 유방환 : 거대한 치성 상악 낭종 1례. 한이인지 9(1) : 91－92, 1966
7) 정복순 : 거대한 매몰치아 상악낭종 1례. 한이인지 21(3) : 83－85, 1977
8) Archer W H : Oral and Maxillofacial Surgery. 5th Ed, W B Saunders Co, 1969
9) Ballenger J J : Disease of the nose, thorat, ear, head and neck. 3rd Ed Lea and Febiger, 1985
10) Beyrent J R : Multiple dentigerous cyst in four members of one family. J A D A 215 : 625, 1938
11) Bhaskar S N : Synopsis of Oral Pathology. St. Louis C V Mosby 213－228, 1973
12) Cummings C W : Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Vol. II Mosby 1487－1490, 1986
13) Durcan C J and Holden H B : A Case of a Dentigerous Cyst Causing Chronic Antral Infection. J of Laryn & Otol 76 : 644, 1962
14) Gardner D D, Sapp J P and Wyscoki G P : Epithelial cysts of the Jaws. Bull Int Acad Pathol 17 : 6－22, 1976
15) Lucas R B : Pathology of Tumours of the Oral Tissues, Baltimore. Williams & Wilkins 318－347, 1972
16) Shafer W G, Hine M K and Levy B M : A Textbook of the Oral Pathology. Piladelphia W B Saunders 236－251, 1974
17) Thoma K H and Blumental F R : Heredity and cyst formation. Am J Orthodontic and Oral Surgery 32 : 273, 1964