

거대 함치성 낭종 1례

이화여자대학교 의과대학 이비인후과학교실
김종남 · 박상일 · 이재연 · 조윤희

= Abstract =

Huge Dentigerous Cyst

Chong Nahm Kim · Sang Il Park · Jae Yeun Lee · Yoon Hee Cho

Department of Otolaryngology, College of Medicine, Ewha Womans University

Dentigerous cyst represents cystic enlargement of the follicle of an impacted tooth. It is the sites of predilection mirror the favored sites if impacted teeth : mandibular third molars, maxillary third molars, and maxillary canines. These cysts are most prevalent in the second to fourth decades. Most cysts are asymmetric and are discovered on routine dental radiographs, but large examples can cause displacement or resorption of adjacent teeth and infection. Microscopical examination discloses a stratified squamous epithelium covering a fibrocollagenous cyst wall.

In this case, authors present a case of huge dentigerous cyst on right piriform fossa across the midline that enucleated successfully through the right gingivobuccal approach.

KEY WORDS : Dentigerous cyst · Impacted tooth.

서 론

함치성 낭종은 치아발생후기에 치아가 정상위치로 벗어나 악골내에 발생하는 치성 낭종의 일종으로 치아가 비강 또는 상악동 등의 이상위치에서 발생한 증례는 1754년 Albus¹⁾의 보고와 국내에서는 1958년 문²⁾의 보고등이 있다.

저자들은 우측 비강저부에 발생한 우측 이상와(piriform fossa)에서 중앙부를 넘어서서 좌측 이상와에 까지 침범한 거대한 함치성 낭종 1례를 치험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

환 자 : 조○례, 여자 43세.

초진일 : 1998년 3월 4일.

주 소 : 우측 비구순구 부위의 종창 및 압통.

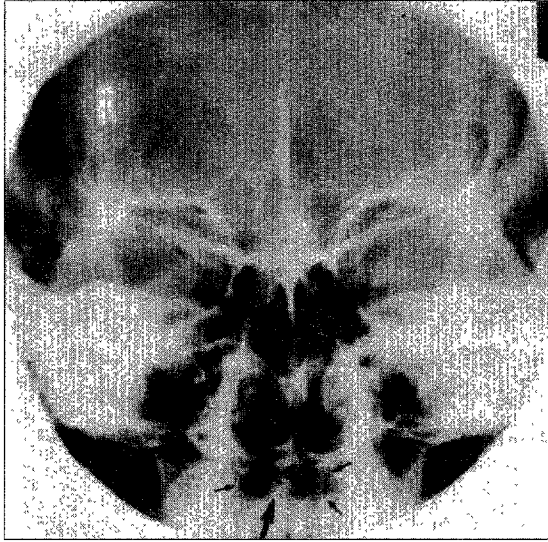
가족력 및 과거력 : 특이사항 없음.

현병력 : 약 3년전부터 우측 비구순구 부위의 간헐적 종창 및 압통을 주소로 하여 1998년 3월 4일 내원하였다. 우측 절치 부위에서 간헐적인 경한 치통을 느꼈으며 비폐색과 비루 등의 비증상은 없었다.

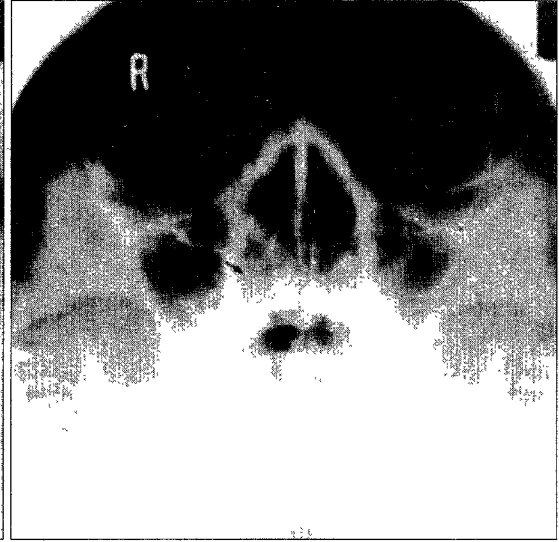
전신 소견 : 특이사항 없음.

국소 소견 : 전비경검사상 우측 외비공 바닥과 비구순구 부위의 경도의 종창과 중등도의 압통이 있었고 종창부위를 천자시에 약 2cc의 혈농성 액체로 차있었다. 그 외 비강내 소견은 정상이었으며 구강과 치아의 배열 상태 및 발육상태는 정상이었다.

부비동 X선 소견 : 후두전두방향촬영(Water's view) 및 후두비부방향촬영(Caldwell's view) X-ray 검사상



(1) Caldwell's view



(2) Water's view

Fig. 1. Radiograph of showing a supranumerary tooth shadow above the right incisors (large arrow) and the radiolucent shadow around the teeth suggested of cystic lesion (small arrow).

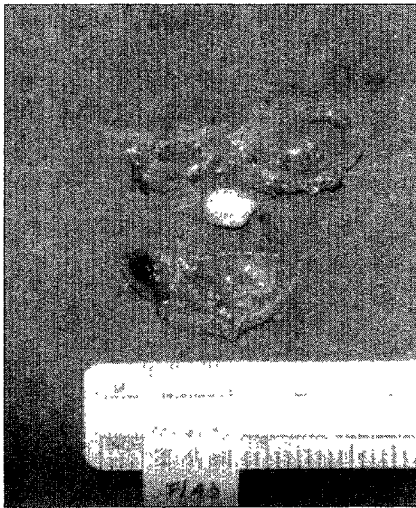


Fig. 2. Photograph, showing a gross specimen of odontogenic cyst, which was 3.5×2.8×1.5cm in size, containing a supernumerary teeth.

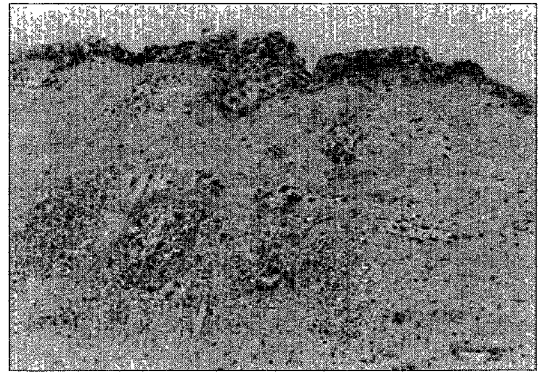


Fig. 3. Photomicrograph of the dentigerous cyst, showing stratified squamous epithelium-lined fibrous cystic wall. H & E stain ×400.

에서 우측 비강 저부에서 우측 절치(incisor) 상방으로 치아로 추정되는 음영이 관찰되었다(Fig. 1).

혈액 및 소변검사 : 정상.

수술 및 경과 : 우측 비강저부의 치아낭종 진단하에 국소마취하에 우측 구순하 점막을 절개하고 골막을 박리하여 보니 골벽은 거의 녹아 없어졌으며 낭종벽이 곧 노출되었다. 낭종벽은 우측 이상와(piriform fossa)에

서 중앙부를 넘어서서 좌측 이상와에까지 뻗쳐져 있었으며 낭종 내용물은 혈농성 액체였다. 치아는 낭종바닥에서 치관부가 낭종 내면으로 향하고 있었다. 낭종벽을 완전히 박리한후 치아와 함께 적출해 내었다. 문치관부위의 사강(dead space)은 vaseline gauze로 packing 하였으며 silastic drain을 넣었다.

술후 1일째 vaseline gauze를 제거하였고 술후 2일째 silastic drain을 제거한후 퇴원하였다. 퇴원 후 현재까지 외래 추적관찰에서 재발소견은 없었다.

병리조직소견 : 육안소견상 3.5×2.8×1.5cm 정도의 낭종 내부에 혈농성 액체 및 1cm 정도의 미발육형 치

아를 포함했다(Fig. 2). 현미경 소견상 낭내벽은 중층 편평상피세포로 덮혀있었고 그 주위 섬유조직내에는 염증세포의 침윤을 보였다(Fig. 3).

고 찰

1754년 Albus¹⁾가 치아의 위치이상을 보고한 이래로 Stafne³⁾등이 비저부에 발생한 과잉치를 보고하였고, 국내에서는 문²⁾이 상악동내 유리치에 대해 보고한 이래로 현재까지 매몰치아에 대한 보고의 예를 찾아볼 수 있었다.

과잉치의 발생원인은 아직도 정확히 규명되지 않았으며, 원인에 대해서는 여러학자들간의 견해차이가 있다. Thoma⁴⁾, Shafer⁵⁾등은 치근발생시에 정상수보다 많은 치아기질이 태생기에 전위되어서 나타나는 선천성 기형과 또는 생후에 치아의 성숙기에 염증성 변화가 있을 때 치근의 위치가 이동되는 결과로 미입치아 또는 이상치아가 발생한다고 하였으나 반면에 치근의 수가 정상인 때에도 미입치아나 이상치아가 생길 수 있기 때문에 아직은 이에 대한 확실한 원인을 단언하기는 어려운 실정이다.

함치성 낭종은 매복 혹은 미입치아의 치관부를 함유하며 악골내에 발생한 낭종을 말한다.

이러한 함치성 낭종의 내면은 중층편평상피세포로 덮혀 있고, 1개 내지 2개의 치아를 함유하고 치관은 낭내부로 향한다. 대개 천천히 성장하나 때로는 급속히 성장하여 주위의 골조직을 파괴할 수 있고, 낭종의 내용물은 감염되기전까지는 cholesterol을 포함한 호박색 점성액체이지만 2차감염이 되면 점액농성, 혈성, 농성 혹은 반고체성 액체로 변하게 된다.

함치성 낭종은 난포성 치아 낭종의 약 95%를 차지하고 전체 치성낭종의 18~24%를 차지하며⁶⁾ 대개 10대, 20대의 젊은층에 발생하지만 소아나 노인에서 보고된 예도 있다. 함치성 낭종은 대개 단발성이다. 그러나 Basal cell nevus syndrome⁷⁾이나 Cleidocranial dysostosis⁸⁾ 경우는 다발성으로 잘 생기며 역으로 다발성 경우 위의 두 경우를 의심해 볼 수 있다. 함치성 낭종의 매복 치아는 영구치에서만 발생하며 발생부위별로는 Wood⁹⁾, Kruger⁷⁾ 등에 의하면 하악 제3대구치, 상악 견치, 하악소구치, 상악 제3대구치, 상악동, 안와저면의 순으로 호발한다고 한다. 악성종양으로의 전환은

1933년 Cahn¹⁰⁾이 처음으로 범랑아세포종으로 이행한다는 보고를 하였고 그 이외에도 상피암종, 점액상피암종으로 이행한다는 보고⁶⁾도 있다.

낭종의 증상 및 증후는 병소의 크기와 연관되며 크기가 작은 경우에는 증상이 없어 우연히 방사선 검사에서 발견되기도 한다. 흔한 증상으로는 이차 감염에 의한 농양 및 감염 증상과 서서히 커지는 악골부위의 팽창을 들 수 있으며 치아의 소실 및 부정이 진단에 도움이 된다⁶⁾. 그외 드물지만 감각이상 및 누공이 초래되기도 한다.

진단은 임상증상, 해부학적인 위치, 방사선학적 소견 등으로 가능하며 조직검사에 의해 확진할 수 있다. 방사선학적 검사는 이학적 검사만으로 발견하기 어려운 이들 낭종의 진단에 매우 중요하며 이들 병변의 치료계획을 세우는데 필수적이다. 가장 유용한 촬영법은 panoramic view로서 하악지와 관절구를 포함하는 하악의 전장과 상악과 상악동 및 생치(dentition) 등을 모두 보여준다. 전산화 단층촬영은 흔히 사용하지는 않으나 병변이 큰 경우나 골 및 인접 연부조직 침범 등을 알아내어 치료계획을 세우는 데 중요하다. 낭종은 대개 윤곽이 뚜렷한 원형의 방사선 투과성 병변으로 나타나며, 낭종의 종류, 발생부위와 팽창 및 이에 의한 골과피 등으로 말미암아 여러가지 변형된 병변의 소견을 보인다⁶⁾.

낭종의 치료법은 완전적출술(Enucleation), 조대술(Marsupialization) 및 감압술(Decompression) 등의 방법이 있다. 재발 및 잠재력 때문에 완전적출술을 시행하는 것이 바람직하다. 그러나 감압술은 골절의 위험이 있을 때, 환자 상태가 불량할 때, 주위치아의 혈관 및 신경이나 주위구조물에 손상을 줄 때, 소아에서 치아가 날 부위에 큰 낭종이 있는 경우 등에 행하는 술식으로 낭종의 점막과 구강 점막을 연결시켜 낭종의 크기를 줄인 후에 근치술을 행하는 방법이다.

치료후의 재발률은 25~40%정도로 수술시 얇은 상피층이 떨어져 주위로 전파되면서 재성장예 의해 재발이 생긴다고 알려져 있다¹¹⁾¹²⁾.

본 증례는 치아 숫자와 배열이 정상인 것으로 보아 과잉치아에서 유래한 함치성 낭종인 것으로 추정되며 우측이상와에서 중앙부를 넘어서서 좌측이상와에 까지 침범한 거대한 함치성 낭종으로 enucleation에 의해 좋은 효과를 얻었다.

결 론

저자들은 과잉치아에서 발생한, 우측 이상와에서 중양부를 넘어서서 좌측 이상와에 까지 침범한 거대한 합치성 낭종 1례를 치험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

References

- 1) Archer WH : *Oral and Maxillofacial Surgery. 5th ed. Philadelphia ; W.B. Saunders, 1975 : 518-705*
- 2) 문일영 : 상악동 내 유리치 1례. 대한이비인후과학회지 1958 ; 1(1) : 42-48
- 3) Stafne EC : *Oral Roentgenographic diagnosis. 3rd ed. Philadelphia. ; W.B. Saunders, 1963 : 149-155*
- 4) Thoma KH, Goldman HM : *Oral Pathology. 6th ed. St. Louis ; CV Mosby, 1970 : 445-480*
- 5) Shafer WG, Hine MK, Leny BM : *Text book of Oral Pathology. 2nd ed. Philadelphia ; W.B. Saunders, 1974 : 236-242*
- 6) 김선곤 · 김현수 · 장경진 · 김경래 · 이형석 : 악골 낭종에 대한 임상적 고찰. 대한이비인후과학회지 1996 ; 39(6) : 1025-1030
- 7) Kruger GO : *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery. 5th ed. St. Louis ; CV Mosby, 1979 : 254-258*
- 8) Levin MP, Green L, Dix F : *Multiple Impacted Teeth in Cleidocranial Dysostosis. Oral Surg 1972 ; 30 : 669*
- 9) Wood NK, Goan FN : *Differential Diagnosis of Oral Lesions. St.Louis ; CV Mosby, 1975 : 305-309*
- 10) Cahn LR : *The Dentigerous Cyst is a potential Adamantinoma. Dent Cosmos 1933 ; 75 : 889-893*
- 11) Vedtofte P, Prartorius F : *Recurrence of the odontogenic keratocysts in relation to clinical and histological features : A 20 year follow-up study of 72 patients. Int J Oral Surg 1979 ; 8 : 412-420*
- 12) Williams TP : *Surgical treatment of odontogenic keratocysts. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 1991 ; 3 : 137-153*