

타석을 동반한 악하선 편평상피세포암

대구파티마병원 치과 및 구강악안면외과
장세홍 · 안재진 · 정민원 · 소재정

Abstract

PRIMARY SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE SUBMANDIBULAR GLAND WITH SALIVARY STONE

Se-Hong Chang, Jye-Jynn Ann, Min-Woon Chung, Jae-Jung Soh
Dept. of Dentistry & OMS Taegu Fatima Hospital

Primary squamous cell carcinoma occurring in the salivary glands involves a grave prognosis since the tumor exhibits infiltrative properties, metastasizes early and recurs readily. But it is so rare that the clinician may see only a few in a lifetime of practice.

The following report describes a case of primary squamous cell carcinoma arising from the submaxillary gland treated by combined therapy including surgery, radiotherapy and hyperthermia. The biologic behavior of the tumor was quite abnormal that immediate recurrence was noticed in two weeks after surgery. The progress was dismal and the disease became overwhelming before long.

목 차

- I. 서 론
- II. 증 례
- III. 총괄 및 고찰
- IV. 결 과
- 참고문헌

I. 서 론

타액선 종양은 주 타액선뿐만 아니라 구강내에 광범위하게 분포되어 있는 수많은 소타액선의 어느곳에서도 발생될 수 있으며 인체 타부위의 종양에 비해 다양한 병리조직학적 형태로 발생하는데 이것은 구성세포의 발생학적 복잡성과 다른 세포형태로 화생될 수 있는 잠재성 등에 기인하는것 같다^{1,2,4,5,24,25}. 일반적으로 모든 타액선 세포들은 각화하거나

편평상피화 할 수 있는 잠재성을 가지고 있는데 주로 배출관의 세포들이 염증이나 감염, 흡연, 방사선조사 등의 자극에 의해 편평상피로 화생하거나, 다형성선종, 점액성표피암과 같은 종양에 의해 이차적으로 편평상피세포암이 발생 될 수 있다^{1,2,4,5,7,20}.

이 종양은 대부분 이하선과 악하선에서 발생하고 전체 타액선종양의 0.1~0.5%를 차지하며, 50~60대의 남자에서 호발하는 것으로 보고되어 있다. 임상적으로 상부피부와 하부연조직에 고정되어 단단하고 빠르게 커지는 종물로 나타나며 이하선에서 발생시는 안면마비가 흔히 나타난다^{1,6,7}. 또한 이 종양은 침투성 성질을 나타내고 전이와 재발이 쉽게 일어남으로 예후가 좋지 못하며, 치료법으로서는 수술과 방사선 치료의 병행요법이 보다 나은것으로 보고되어 있다^{3,7,20}.

저자들은 악하선에 발생한 편평상피세포암을 경

부곽청술을 포함한 외과적 절제술과 방사선 치료법을 시행 하였으나 종양이 즉시 재발되는 등 다소 비전형적인 경과를 보였기에 이에 그 증례를 보고하는 바이다.

II. 증 례

47세 남자환자로서 하악우측 악하부에 동통 및 종창을 주소로 본원에 내원하였다. 내원 당시 직경이 약 4cm 정도의 종창이 우측 악하부에 존재하였으며 촉진시 비교적 단단한 느낌이 들었다(사진1, 2). 구강내 소견으로는 우측 구강저에서 타석으로



사진 1. 초진시 환자의 정면모습으로서 우측악하부에 종창이 존재하는 모습을 볼수있다.



사진 2. 환자의 측면모습으로서 종창이 존재하는 부위의 피부표면에 궤양은 존재하지 않고 약간의 발적을 관찰할 수 있다.

생각되는 단단한 물체를 촉진할 수 있었다. 우측 악하선 타액관의 타액분비는 전혀 되지않는 상태였으며, 식사중 동통 및 종창이 증가한다고 하였다.

파노라마사진상에서 하악 우측 우각부에 방사선 불투과성의 물질이 관찰되었고(사진3), 이것은 타액선 조형술에 의하여 우측 악하선 타액관내의 타석으로 확인되었다(사진4). 따라서 국소마취하에서 구강내 절개를 통하여 타석을 제거하였는데 적출된 타석의 크기는 1.5cm×1cm×1cm 이었으며, 둥글고 단단하였다(사진5). 타석 제거후 배관 등의 보존적인 요법을 시행하여 타액배출을 유도 하였음에도 불구하고 타액의 분비가 되지 않는 등 제반증상의 호전없이 동통 및 종창이 지속되어 타액선부위를 초음파촬영 한 결과 우측 악하선이 팽창되어 있으며, 내부에 직경이 2mm 정도의 타



사진 3. 파노라마사진상 하악우측 우각부에 방사선 불투과성의 물체를 볼수있다.



사진 4. 타액선조형사진상 타석이 우측 악하선 타액관내에 존재하는 모습을 볼 수 있다.

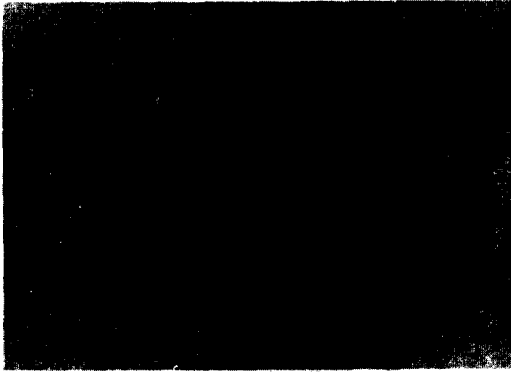


사진 5. 제거된 타석의 모습.

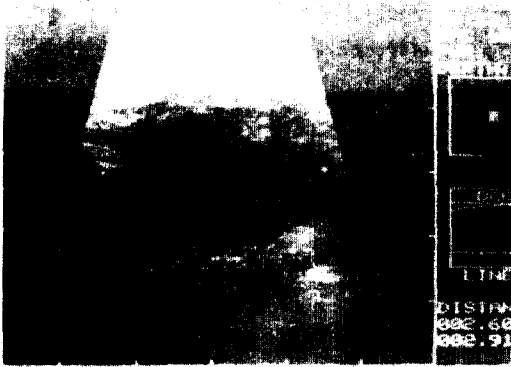


사진 6. 초음파사진상 악하선의 팽창된 모습과 수 개의 타석이 악하선내에 존재하는 상을 관찰할 수 있다.



사진 7. 슬후 제거된 종물의 모습.

석들이 4~5개 존재하였고(사진 6) 22G 흡입천자 생검을 시행한 결과 농이 흡입되었다. 배농을 시키기 위하여 우측 악하부위에 절개를 가한 결과 농이 약 2cc 정도 배출되어 다발성 타석을 동반한



사진 8. 타액관의 주위세포가 타석에 의한 자극으로 비전형적인 비후양상을 나타내고 간질 조직으로 중앙세포가 침투된 상이 관찰된다.

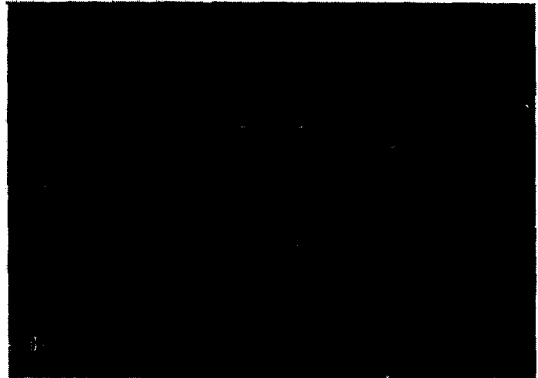


사진 9. 파색소성핵을 가지는 중앙세포가 관찰되며 각소진주가 보인다.

만성타액선염으로 진단하고 우측 악하선의 제거를 계획하였다. 수술중 입파절로 보이는 조직을 절취하여 냉동생검한 결과 편평상피세포암으로 진단되어 악하선절제와 함께 우측 경부곽칭술을 시행하였다(사진7).

수술후 약 2주만에 수술부위 상방의 하악체부위에 종창이 발생하여 생검한 결과 편평상피세포암으로 진단되어 방사선요법을 시행하였는데 전체 경부에 5,000 rad를 조사하고 하악체부의 종피부위에 추가로 2,000 rad를 온열요법과 병행하여 조사하였다(사진11).

수술 약 3개월후 우측 하악체부 및 협부에 동통과 종창을 호소하여 C.T 및 골주사선촬영을 한 결과 하악체부 외측에 재발한 종물이 장경 약 4cm 의

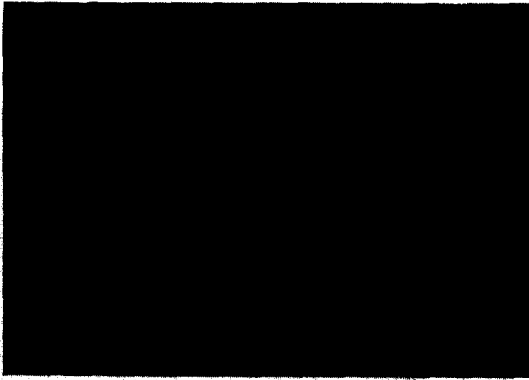


사진 10. 상피세포가 비후되어 있고 임파세포가 침투되어 있으며 배중심이 관찰된다.



사진 12. 수술약 3개월후의 측면모습으로 종창이 더욱 증가된 양상을 관찰할 수 있다.



사진 11. 수술 2주후의 모습으로 수술부위 상방인 하악체부에 종양이 재발된 양상을 관찰할 수 있다.

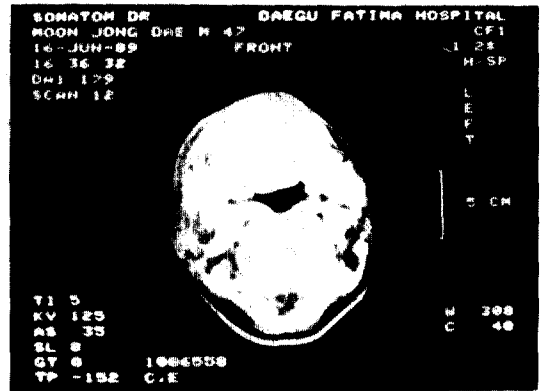


사진 13. 수술약 3개월후의 컴퓨터단층촬영사진으로 재발된 종물이 하악체부의 외측에 존재하며 중심부는 피사된 소견을 보이고 있다.

타원형으로 중심성피사의 양상을 보이고 있었으며 하악골파괴는 보이지 않았다(사진12,13). 환자는 방사선치료후 발생한 임파수종, 구강점막염, 인두염, 후두부종등으로 호흡곤란, 저작 및 연하장애의 소견을 보였다.

수술 약 4개월후 우측 구개부에 궤양을 동반한 4cm 정도의 원형종물이 발견되어 생검한 결과 재발된 편평상피세포암으로 진단되었으며, 따라서 화학요법을 계획하였으나 환자의 희망으로 타진료 권으로 전원되어 더 이상의 관찰은 할 수 없었다(사진14).

<병리조직학적 소견>

타액관의 주위세포가 타석에 의한 자극으로 비전형적인 비후양상을 나타내고 간질조직으로 종양



사진 14. 수술약 4개월후의 구강내 모습으로 구개부에 궤양을 동반한 종양의 재발된 양상이 관찰된다.

세포가 침투되어 있으며 과색소성핵을 가지는 종양세포의 존재와 함께 각소진주가 관찰되고 있다(사진8,9). 또한 독특한 형태의 과색소성핵을 가지는 비전형적이며 각화된 편평상피세포들이 하부 조직으로 침투되어 있으며, 상피세포층 하방에는 임파세포의 집합체가 관찰된다. 이러한 편평상피세포들은 인접임파조직내에서도 존재하며 만성염증세포들이 침윤된 상도 관찰할 수 있다(사진10). <진단>

편평상피세포암, 악하선.

III. 총괄 및 고찰

타액선에서 발생하는 편평상피세포암은 비교적 희귀한 종양이며 예후가 나쁘다고 보고되어 있다.

타액선은 추체세포, 입방세포, 원주세포, 평활근상피세포등으로 구성되어 있으며, 편평상피세포암이 상기세포중 어떠한 세포에서 유래되는지는 아직 명확히 밝혀지지 않았으나 타액관세포가 비교적 쉽게 편평상피로 화생될 수 있으므로 타액관에서 발생하는 것으로 알려져 있다^{1,2,4,5,7,15}.

대략적인 병리소견으로는 피낭되어 있지 못하고 아주 침투적이며 단단하고 회백색이거나 노란색을 띤다⁴.

조직학적으로는 세포간교, 각소형성 및 두드러진 수중성변화의 병소부를 관찰할 수 있다. 이 종양의 발생원인으로는 만성타액선염과 같은 염증이나 감염, 흡연, 방사선조사등을 들 수 있고, 다형선선종, 점액성표피암과 같은 종양에 의해 이차적으로 편평상피세포암이 발생될 수 있다^{4,7,8}. Friedman과 Hall은 구강과 구강인두에 방사선 조사후 타액관과 소포가 편평상피로 화생되었다고 보고했으며, Rice, Batsakis, McClatchy는 이전에 이온방사선의 조사와 관련된 22종의 악성 타액선종양에 관해 보고했다^{4,8,17}. Belsky 등은 방사선조사를 받지않은 대조군과 비교하였는데 원자폭탄투하시 살아남은 일본인에서 타액선 종양의 발생율이 5배나 높다는 흥미로운 보고를 했다⁸.

이 종양의 발생부위는 대부분 주타액선으로서 특히 이하선(66%)과 악하선(33%)에서 발생하나 소타액선에서도 발생할 수 있다. 발생율을 보면, 모든 이하선종양의 0.1~0.5%, 악하선종양의 약 3

%를 차지하며, 이하선과 악하선에서 발생하는 악성종양중에서는 3~10%, 4%를 각각 차지한다. 성별로는 남성에서 호발하는 것으로 되어 있으며, 대부분 50~60대에 발생한다^{3,5,7,8,9}.

이 종양은 임상적으로는 아주 단단하며 하부조직이나 상부피부에 고정된 빠르게 커지는 종물로 나타나며 때로 궤양을 동반한다. 동통은 존재하지 않을 수도 있으며, 종양의 경계는 불명확하고 이하선에서 발생시는 안면마비가 흔히 나타난다. 대다수의 경우에 시작부터 악성의 경향을 나타내며 쉽게 전이하고 재발함으로 예후는 아주 나쁜 것으로 보고되어 있다. 국소적인 재발은 악하삼각부위와 구강저에서 대체로 일어나고 국소 임파절로의 전이는 흔히 나타나나 원격전이는 드문 것으로 알려져 있다^{3,9,10,11}. 이러한 타액선 편평상피세포암은 임상적으로 점액성표피암과 유사하여 감별을 요하는데 발생율은 점액성표피암이 많은 것으로 나타나며 편평상피세포암은 점액성표피암과는 달리 남성에서 호발하는 것으로 보고된다. 조직학적으로 점액성표피암은 세포질내 점액이 존재하고 편평상피세포암은 세포내 각소의 형성과 수중성 변화를 보이는 병소부가 특징적으로 나타나는데 mucicarmine 염색시 수중성 세포가 염색되지 않으므로 감별진단에 유용한 것으로 보고되어 있다^{7,8,14,16}.

진단에는 이학적 검사와 타액선 조형술, 통상적 X-ray 촬영, sonography, 컴퓨터단층촬영, 전자생검법등의 모든 방법을 활용하여 정확성을 높여야 하고, 수술시 냉동생검을 이용하는 것이 추천될 수 있다^{7,16}.

치료법으로는 수술과 방사선치료의 병행요법이 보다 나은 것으로 보고되고 있고, 수술시 예방적 혹은 치료적 경부파형술을 시행하는 것이 좋다^{7,16,18,19}. 방사선요법은 수술후 가능한 즉시 시행되어야 하고, 수술부위와 전체경부를 포함해야 하며, 5000~7000rad의 dose로 조사되어야 한다. 이러한 병행요법은 어느 한 치료만이 시행되었을때 일어날 수 있는 실패율을 어느정도 감소시킬 수 있는 것으로 기대된다^{7,18,19}.

치료후 생존율은 조직학적인 등급보다는 임상적인 단계와 밀접한 관련이 있으며 Foote와 Frazell은 약 25%의 5년생존율을 보고하고 있다⁹. 예후에 나쁜영향을 미칠 수 있는 요소로는 신경과 타액

선주위연조직 및 하악골로의 종양세포의 침투, 국소임파절로의 전이여부등을 들 수 있으며, 때로 궤양, 출혈, 감염등에 의해 국소적인 상황이 악화될 수도 있다”.

본 증례는 편평상피세포암으로는 드물게 타액선에 발생하였으며, 수술후 빠른 시간내에 재발되었고 미분화정도가 높은 형태의 편평상피세포암임에도 불구하고 방사선치료에 내성을 나타내는 등 비전형적인 임상경과를 거치는 증례였다.

IV. 결 론

저자들은 본원에 내원한 47세 남자환자의 악하선에서 발생한 편평상피세포암을 접하여 경부파형술을 포함한 외과적 절제술과 방사선치료법을 시행하였으나, 술후 약 4개월만에 종양이 광범위하게 재발되었다. 이 종양은 편평상피세포암으로는 드물게 타액선에서 발생하였으며 수술후 빠른 시간내에 재발되었고 미분화정도가 높은 형태의 편평상피세포암임에도 불구하고 방사선치료에 내성을 나타내는 등 비전형적인 임상경과를 거치는 증례이었던 것에 문헌고찰과 함께 그 증례를 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. Chen KK, Hafez RR : Unfiltrating Salivary duct Carcinoma. Arch Oto. 107 : 37, 1981.
2. Fayemi AO, Toker C : Salivary duct carcinoma. Arch Oto. 99 : 366, 1974.
3. Byers RM, Jesse RH, Guillaumondegui OM, Luna MA : Malignant tumors of the submaxillary gland. Am J Surg. 126 : 458, 1973.
4. Foote FW, Frazell EL : Tumors of the major salivary glands. Cancer 6 : 1110, 1953.
5. Karen KF, Steven AL, Michael LL, Lawrence MF, Roger B, Theodore LP : Carcinoma of the major and minor salivary glands. Cancer 40 : 2882, 1977.

6. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW : Cancer of the parotid glands. Am J Surg. 130 : 452, 1975.
7. Barnes L : Surgical Pathology of Head and Neck (ed. 1st). New York, Marcel Dekker Inc., 1986.
8. Shafer WG, Hine MK, Levy BM : A Textbook of Oral Pathology(ed. 4th). Philadelphia, WB Saunders Co., 1983.
9. Rankow RM, Polayes IM : Diseases of The Salivary Glands(ed. 1st). Philadelphia, WB Saunders Co., 1976.
10. Batsakis JG : Tumors of The Head and Neck(ed. 2nd). Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1979.
11. Spiro RH, Alfonso AE, Farr HW, Strong EW : Cervical node metastasis from epidermoid carcinoma of the oral cavity and oropharynx. Am J Surg. 128 : 562, 1974.
12. Thackray AC, Lucas RB : Tumors of the major salivary glands. Atlas of Tumor Pathology. Washington DC, Armed Force Institute of Pathology., 1974.
13. Eneroth CM : Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland, and the palate region. Cancer. 27 : 1415, 1971.
14. Foote FW, Frazell EL : Tumors of the major salivary glands. Atlas of Tumor Pathology. Washington DC, Armed Force Institute of Pathology., 1954.
15. Evans RW, Cruickshank AH : Epithelial Tumors of The Salivary Glands. Philadelphia, WB Saunders Co., 1970.
16. Friedman EW, Schwartz AE : Diagnosis of Salivary gland tumors. CA. 24 : 266, 1974.
17. Batsakis JG : Tumors of The Head and Neck. Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1974.
18. Rankow RM : Surgical decisions in the treatment of major Salivary gland tumors. Plast Reconstr Surg. 51 : 514, 1973.
19. Frazell EL : Observations on the management of salivary gland tumors. CA. 18 : 235, 1968.