

악구강내에 발생한 점액유포피성 암종에 관하여*

서울대학교 치과대학 악안면외과학교실
교수 민 병 일

I. 서 론

점액유포피성 암종은 1945년 Stewart 등에 의하여 처음으로 기술된 드문 타액선 종양의 일종으로 악성도의 등급에 따라 치료방법, 재발율, 전이, 예후가 각각 다르게 나타나는 것으로 알려져있다.

병리조직학적으로는 점액분비 세포, 중간형 세포, 유포피성 세포로 구성되어 있고 전체적으로 이하선에 호발하고 구강내에서는 구개점막에 가장 잘 호발하는 것으로 보고되고 있다. 양성종양의 범주와 악성종양의 범주로 구분하는 보고도 있지만(Bhaskar 1962, Gray 1963, Eneroth 1964, Melrose 1973, Thackray 1974)

다양한 악성도를 보이는 악성종양으로 많은 선학들에 의하여 주장되고 있다(Spiro 등 1978, Healey 등 1970, Shafer 1983). 중심성 점액유포피성암종은 점액유포피성암종중 2%내에서 하악골의 소구치에서 구치부에 호발하는 것으로 보고되는 희유한 암종이다. 저자는 점액유포피성암종 1례와 중심성 점액유포피성암종 1례를 경험하였기에 이 암종의 임상적, 방사선학적, 병리학적 소견을 보고하는 바이다.

II. 증 례 보고

• 증 례 1

환자 : 김○기 48세 여자

주소 : 하악 우측부의 종물 증식

현증 : 무통성의 종물 증식이 하악 우측 후구치 치조부에서 보이며 동통이나 배설농은 없다.

방사선 소견 : 하악 우측 하악체 부에 다방성의 방사선 투과 상을 보이며 병소의 변연부는 경질골로 이루어지고 병소의 피개골은 용해되어 외부와 연결되어 있다.

병리학적 소견

육안적 소견 : 연백색의 연조직에 낭종성 강동을 보이고 있다.

현미경적 소견 : 병소는 포피세포로 이루어진 상피섬과 도관상 또는 낭종상의 구조를 보이며 편평상피세포나 점액세포에 의하여 피복되어 있다. 간질의 결체조직은 섬유세포로 이루어지고 심한 초자화 상을 보이고 있다.

병리 조직 진단 : 저급성 점액유포피암종

• 증 례 2

환자 : 오○순 51세 여자

* 본 연구는 1989년 서울대학교 병원 특진 연구비로 이루어졌음.

주소 : 하악 좌측 우각부 종창

현증 : 약 6개월전부터 하악 우각부가 종창되기 시작하여 현재는 귀밑부분 부터 제 1대구치에 이르는 부위까지 종창되어 있다. 동통이나 발열 등은 없다.

방사선 소견 : 하악 좌측의 과두 및 오해 돌기가 파괴되어 윤곽이 소실되고 하악지 및 우각부에 광범위한 방사선 투과상을 보인다.

병리학적 소견

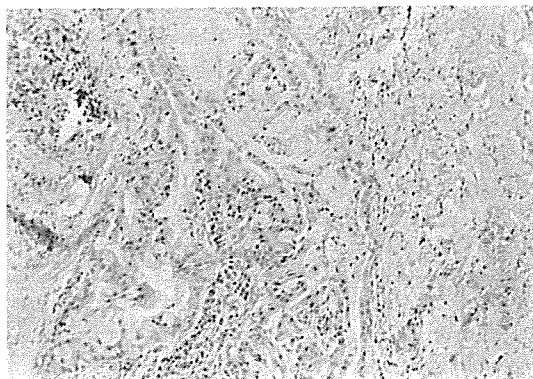
육안적 소견 : 생검시 골수로 부터 회색의 용액이 분출되고 편측 하악 절제술한 조직을 이등분한 바 끝내 수개의 낭종성 강동을 보이고 백색의 연조직으로 충만되어 있다.

현미경적 소견 : 종양 세포들은 세포질이 포말 상이고 핵은 편재되어 있는 점액 세포와 유포피 세포 및 중간형 세포들로 구성되어 있다. 낭종강도 종양 세포로 피개되고 주위 간질 조직은 섬유결합 조직으로 구성되고 만성염증세포의 침윤 상을 보인다.

병리조직진단 : 저급성 중심성 점액유포피암종

III. 고 안

모든 타액선 종양중 4-5%가 점액유포피성암



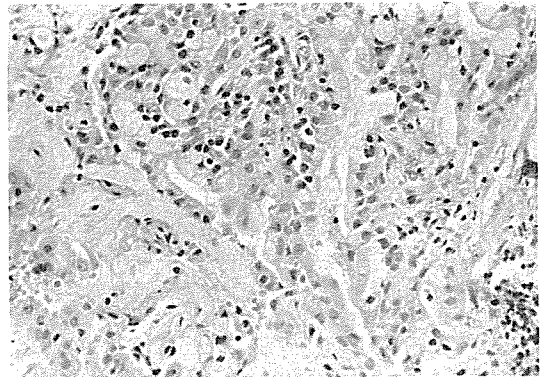
<만성염증이 침윤된 교원성조직내에 점액성세포들과 중간형세포들이 엽상을 이루는 소견을 보인다(H&B x40).>

종에 속하고 약 69%가 이하선에 발생하고 나머지가 소타액선에 발생하며 모든 구강내 발생하는 타액선 종양중 약 10%을 이루며 구개점막이 호발 부위로 알려져 있다. 여성에 약간 현저하게 나타나며 40대에 가장 빈도가 높은 것으로 보고되었고(Foote & Frazell 1953), 최초의 진단과 조직학적 진단사이에는 평균적으로 6.4년으로 알려져 있다(Jacobsson 등, 1968). 첫번째 증례는 저등급 악성도의 종양으로 천천히 팽윤하였으며 동통없는 종양 덩어리로 나타났지만 두번째 증례에서는 환자가 종창을 약 6개월전부터 인지하여 현재 직경 약 5cm 정도로 급격하게 성장한 소견을 보였다. 조직 병리학적 소견을 기준으로 악성도에 따라 3가지 단계로 구분하였는데(Healey 등 1970 Foote & Frazell 1953),

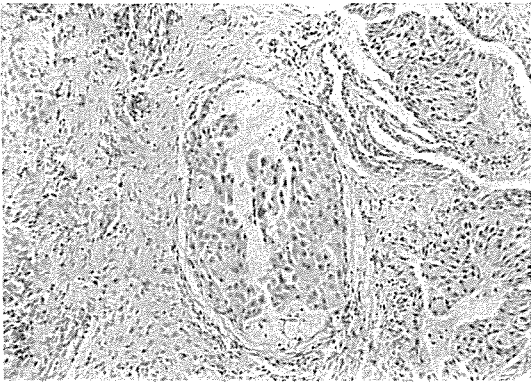
본 증례들은 저등급 점액유포피성 암종에 속하고 두번째 증례에서 만성염증의 침윤상이 관찰되었는데 점액을 함유하는 낭종이 터져 점액이 저류되어 발생된것 같다.

전자현미경 소견에서는 점액분비 세포는 많은 점액성구와 섬세한 세포질성 사상체와 다양한 소기관들을 포함하고 중간형 세포는 당원과립을 포함하는 것으로 보고되었고(Chen 1979).

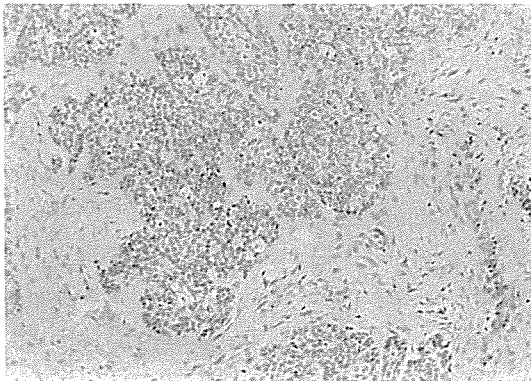
점액분비세포와 유포피성 세포에서 낭종성 강공을 둘러싼 미세용모가 있는 것으로 알려져



<핵이 한쪽으로 치우치고 세포질이 포말상을 보이는 점액성세포와 호염기성 세포질을 갖고 어두운 염색질을 갖는 중간형세포들로 이루어져있다(H&E x200).>



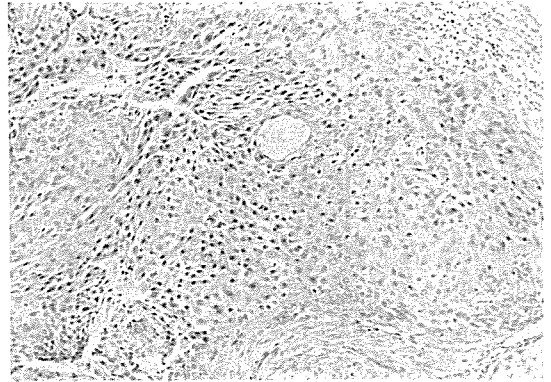
<점액근처에 점액성세포들과 중간형세포들로 이루어진 도형상을 보인다(H&E 40).>



<대부분이 중간형세포들과 사이사이에 점액성 세포들이 가끔 존재하는 도형상과 염상을 관찰 할수있다(H&E x40).>

있다(Sugar & Toth 1967, Huber & Kleinsasser 1970, Serfert & Donath 1978, Nicolau 등 1979). 이러한 결과를 토대로 특히 중심부 분절에서 관찰이 되므로 타액선 도관에서 유래되는 것으로 알려져 있다(Seufert 1986).

치료는 TMN 단계와 분화정도에 따라 다른 데 저급 악성도 종양은 표층성 또는 완전 이하선 절제술을 시행하지만 수술후 방사선 치료는 하지 않는 것으로 되어 있다. 그러나 고급 악성은 RND와 함께 이하선 절제술을 시행하는 것으로 주장되었다(Jakobsson 등 1968). 재발율에 대하여는 저등급 15%와 고등급 60% (Frazell 1954), 15%(Bhaskar & Bernier 1962), 30%(Jakobsson 등 1968) 등의 다양한



<명확한 세포질을 갖는 중간형세포들과 약간의 세포질이 비어있는 세포들과 밝은 염색질을 갖는 유포피성 세포들이 집락을 이루고있다(H&B 100).>

결과들이 보고되어있다. 본증례에서는 수술중 동결 절편을 시행하여 인접 임파선의 전이를 조사하였으나 발견되지 않았지만 고급 악성도 종양은 주위 임파선에 전이를하여 폐, 뼈, 뇌 등에 전이율을 66%(Foote & Frazell 1953), 33%(Frazell 1954)로 각각 보고하였다. 그러나 Sakzela 등 (1971)은 15%의 전이율을 보고하였고 Spiro 등(1978)은 저급, 중급, 고급 악성도에 따라 각각 2%, 16%, 35%의 전이율을 나타낸다고 주장하였다. 예후는 5년 생존율이 저급 악성도 종양의 경우 95%, 고급인 경우 25%로 보고하였으나(Chomette 등 1982) Spiro 등은 각각 92%, 49%의 보고를 했다.

중심성 점액유포피성암종은 Alexander (1974), Silvergalde(1968), Schletz(1969)에 의하여 기술되었는데 여성에게 약간 현저하고 30-40대에 구치부위에 호발하며 일반적으로 다방상의 방사선학적 소견을 보여 법랑아세포종이나 치성 낭종과 유사하다고 보고하였다 (Browand 1975). 병리조직진단은 대부분이 저급성 악성도의 범주에 속하고 전이된 모든 증례가 주변 임파선에 국한되었다. 본증례에서도 위와 같은 유사한 결과를 알수있었다. 치료술식으로는 보고된 증례중 40%가 보존적 치료 방법을 사용하였고 그밖에 en bloc 절제술, RND, 방사선 치료등이 보고되었다. 본증례는 편측하악골절제술을 시행하였다. 병인론에서는

하악골내 후구치주위에 점액성선이 잔존하여, 하악골내에 발생시 태아의 악하선이 잔존하여, 합치성 낭종을 피복하는 세포중 발견되는 점액 분비세포가 종양으로 변형하는 3가지 경우를 주장하였는데(Silverglade 1968, Smith 1968, Shafer 1974) 본증례는 방사선학적 소견에서 범랑아세포종과 유사한 상을 보였고 임상적으로 종양의 기원부위가 외부와 연결성이 없었으며 병리조직학적 소견에서는 골내부에 중심성 병소가 있는것으로 미루어 세번째 가설에 가까우며 중심성 저급점액유포피암종으로 진단하였다.

문헌적 고찰을 통하여 볼때 점액유포피종양을 양성과 악성으로 나누기보다 다양한 악성도를 보이는 점액유포피암종으로 하는 것이 좋은 것 같다.

IV. 결 론

저자들은 점액유포피성암종 1례와 중심성 점액유포피성암종 1례를 경험하였기에 문헌적 고찰과 함께 이를 보고하는 바이다.

REFERENCES

- Alexander, RW, Duperis, RH, and Holten, HH: Central Mucoepidermoid Tumor (Carcinoma) of the Mandible, *J. Oral Surg.* 32:541-547, 1974.
- Bhaskar, SN, Bernier, JL: Mucoepidermoid Tumors of Major and Minor salivary gland. Clinical features, histology, variation, natural history and results of treatment for 144 cases. *Cancer (Philad.)* 15:801-817, 1962.
- Browand, BC and Waldron, CA: Central Mucoepidermoid Tumors of the jaws. *Oral Surg.* 40:631-643, 1975.
- Chen, SY Ultrastructure of Mucoepidermoid Carcinoma in Minor salivary glands. *Oral Surg.* 47:247-255, 1979.
- Chomette, GM, Auriol, Y, Tereau, JM. Vaillant: Les Tumeurs Mucoepidermoides des glandes salivaires accessoires. Denombrement. Etude clinico-pathologique, histoenzymologique et ultrastructurale. *Ann. Pathol.* 29, 1982.
- Eneroth, Carl-Magunus: Histological and Clinical aspects of Parotid Tumors. *Acta Oto-Laryngol. Supp.* 191:1-99, 1964.
- Foote, FW Jr and Frazell, EL: Tumors of Major salivary glands. *Cancer* 6:1065-1033, 1953.
- Frazell, EL: Clinical aspects of Tumors of the Major salivary glands. *Cancer* 7:637-659, 1954.
- Gray, JM, Hendrix, RC, and French, AJ: Mucoepidermoid Tumors of Salivary glands. *Cancer* 16:183-194, 1963.
- Healey, WV, Perzin, KH, and Smith, L: Mucoepidermoid Carcinoma of Salivary gland origin. Classification, clinical-pathologic correlation, and results of treatment: *Cancer* 26:368-388, 1970.
- Hubner, GO, Kleinsasser: Zur Feinstruktur und Genes des Mukoepidermoidtumors der speicheldrusen: *Virchows Arch. Path. Anat.* 349:281, 1970.
- Jakobsson, PA, Blank, C, and Eneroth, CM: Mucoepidermoid Carcinoma of the parotid gland. *Cancer* 22:111-124, 1968.
- Nicolatou, ORD, Harwick, P, Putong, C, and Leifer: Ultrastructural characterization of intermediate cells of Mucoepidermoid Carcinomas of the palate. *Oral Surg.* 48: 324-336, 1979.
- Saksela, EB and Grahne, US: Clonal patterns of metastasis in a case of Malignant Mucoepidermoid Tumor of the palatal salivary gland. *Acta Otolaryng.* 71:430, 1971.

15. Schultz, W and Whitten, JB, Jr: Mucoepidermoid Carcinoma in the Mandible: Report of a case, *J. Oral Surg.* 27:337-340, 1969.
16. Seifert, GK, Miehke, A, Haubrich, J, and Chilla, R: *Diseases of the Salivary Glands*, ed. 1, Stuttgart, New York, 1986, GTV Thieme Inc, 231-237.
17. Shafer, WG, Hine, MK, and Levy, BM: *A Textbook of Oral Pathology*, ed. 3, Philadelphia, 1974, WB Saunders Co., 231.
18. Siverglade, LB, Alvares, OF, and Olech, E: Central Mucoepidermoid Tumors of the Jaws: Review of the Literature and Case Report, *Cancer* 22:650-653, 1968.
19. Smith, RL, Dahlin, DC, and Waite, DE: Mucoepidermoid Carcinomas of the Jaw bones, *J. Oral Surg.* 26:387-393, 1968.
20. Spiro, RH, Huvos, AG, Berk, R, and Strong, EW: Mucoepidermoid Carcinoma of Salivary gland origin. A Clinicopathologic study.
21. Stewart, FW, Foote, FW Jr, and Becker, WF: Mucoepidermoid Tumors of Salivary glands, *Ann. Surg.* 122:820-844, 1945.

— ABSTRACT —

MUCOEPIDERMOID CARCINOMA OF MAXILLOFACIAL AND ORAL CAVITY

Min Byung Il, D.D.S.

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Dental College, Seoul National University

Authors experienced a case of low grade mucoepidermoid carcinoma in 48-year-old female and a case of low grade central mucoepidermoid carcinoma in 51-year-old female, respectively.

The former occurred in right mandibular angle and showed multilocular radiolucent area surrounded by sclerotic rim but perforation of cortical bone connected with tumor mass in oral cavity radiographically. The latter occurred in left mandibular angle and ramus. Radiographic feature showed large radiolucent area in left mandibular angle and ramus, and destruction of coronoid process but intact condylar process. The origin of the latter might be mucus secreting cells of lined epithelium in dentigerous epithelium. In two cases metastases were not found.