

구강의 선양 낭종성 암종의 임상적 연구*

서울대학교 치과대학 구강악안면외과학교실

민 병 일

I. 서 론

선양 낭종성 암종은 1959년 Billroth에 의해 병리조직학적 소견에 따라 원주종으로 기술되었으나 Bauer & Fox(1945)는 근상피세포 기원이라고 주장하면서 선근상피 종양 이라 하였고 그후 선양 낭종성 암종으로 기술되었다(1953). 구강내에서는 구개부위가 가장 호발부위이고 병리조직학적 소견에 따라 사상체형, 관상형, 충실성 및 기저세포성형 등 3가지 형으로 분류하고 이중 관상형이 예후가 가장 좋고 충실 및 기저세포형이 가장 나쁜 암종으로 주장되고 있고(seifert 등 1986), 예후는 발생된 부위와 병리조직학적 종류에 따라 결정되는 것으로 알려져 있다. 대표적인 소견으로는 신경조직을 따라 암세포의 침윤상이 기술되고 있다. 저자는 관상형 1례와 충실성 및 기저세포성 1례를 경험하여 이를 보고하는 바이다.

II. 증 례 보고

증 례 1

성명 : 김 ○ 규 40세 남자
 병력 : 중학교때 비용으로 2회 수술했고 한약치료 2개월전 종창과 동통이 있었고 항생제 치료후 사라짐.
 방사선학적 소견 : #54-#57 부위에 점액유종 같

은 비교적 경계가 명확한 방사선 부분 투과성을 보임

병리학적 소견

육안적 소견 : 4.8×4.0×1.5cm 크기의 종양피 단면은 연회색을 보이고 경질성에 낭종성 변성 또는 출혈은 관찰할 수 없었다.

현미경적 소견 : 주로 점액 섬유성 상에 충실성 연속된편과 응집괴가 보였고 작고 어두운 핵을 가지고 세포질이 거의 없으며 세포막이 불명확한 비교적 일정한 크기의 세포들로 이루어진 많은 관상형의 도들이 보였고 관강내에는 호산성 또는 회색의 점액들이 관찰되었다. 때때로 괴사도 관찰할 수 있었으며 신경초, 골성주, 인접 소타액선에 침투상이 보였다.

치 료 : 편측 상악골절단술

증 례 2

성명 : 장 ○ 규 여자 69세
 병력 : 1년전에 좌측 구개에 종창이 천천히 성장, 6개월전에 손가락으로 눌러 터진후 궤양형성 때때로 삼출물과 출혈이 있었음. 2개월정도 항생제치료 효과가 있었음. 현재 구개에 종창과 궤양이 있음.

* 본 연구는 1986년도 서울대학교 병원 임상연구비로 이루어진 것임.

방사선학 소견 : 심한 파괴상을 보임

병리학적 소견

육안적 소견 : 3.4×3.0×1.4cm의 종괴, 딱딱한 연회색을 보이고 전체적으로 균질상을 보인다.

현미경적 소견 : 주로 관상형을 보였으며 가끔 주형과 사상체형이 관찰된다. 관피개 세포는 호산성 세포질에 수포성 핵과 뚜렷한 핵인으로 구성되어 있고 근상피 세포는 관피개 세포보다 약간 크고 공포성이 있는 세포질과 어둡게 염색된 핵을 갖으며 관상을 이루고 있다. 때때로 사상체형 둘레에 초자질화가 관찰된다. 신경초와 골성 침투가 보인다.

치료 : 부분적 상악골절단술

III. 고 안

선양 낭종성 암종은 대 타액선 종양중 약 4%가량을 차지하고 이하선에서는 모든 타액선 종양의 2-5%을 이룬다. 소 타액선에서 가장 호발하는 암종으로 보고되어 있고 특히 구강내에서는 구개로 알려져 있다. 나이는 40대 초반에서 50대 후반사이에 호발하고 성별에는 유의성이 없는 것으로 되어있다.

특히 이하선에서 발생하는 가장 흔한 악성종양으로 알려져 있다. 임상적 소견으로는 동등과 안면신경의 마비가 거의 1/3의 환자에게서 존재한다고 보고 되었고 (Berdal 등 1970), 특히 이하선에서 발생했을 경우 높은 발생율을 볼수 있었으며 (Ballanty 등 1963), 예후가 좋지 않은 것으로 보고되었다 (Blank 등 1967). 병리조직학적소견에서 일반적으로 3가지형으로 분류하는데 사상체형은 상피세포내에 원주상의 강동과 PAS+인 점액성 초자화 물질 또는 초자화 물질을 보여준다. 선양 낭종성 암종 중 약 40-50%를 이룬다. 관상형은 상피층이 초자화 간질에 쌓여 있고 관강은 다층의 원주형 세포로 피개되어 있고 때때로 경계가 좋은 사상체 지역도 관찰된다. 약 20-30%정도 이룬다. 두

번째 증례에서는 위와 유사한 소견을 보였고 신경초와 골내에 침투상을 보였다. 충실성 및 기저세포성형은 좁은 입방형세포로 이루어지고 세포피의 중심부에 작은 피사를 보여주며 전체적으로 기저세포성의 세포로 이루어진 엽, 도관상, 소주상을 보인다. 첫번째 증례에서는 부분적으로 사상체상이 관찰되고 점액성 물질도 관찰되었으나 세포분열은 거의 보이지 않았다. 이 형은 약 20%를 이룬다. 전자현미경적소견에서는 근상피를 닮은 세포는 개재도관의 외부 세포와 유사하고 (Bauer 등 1945) 방사선에 저항력이 있고 다각형의 분화가 좋지 않은 세포들이 선강을 피개하는 것으로 보고되었다 (Ooto 등 1958).

Seifert 등 (1986)은 이 암종은 분화도가 좋지 않은 도관상피세포와 근사상체를 갖는 근상피 세포로 이루어졌는데 강동은 가성낭종으로 기저막 물질, 점액성 다당류, 교원성 섬유원소를 포함하는 원섬유 물질을 포함하고 관강은 상피 세포로 피개되어 있고 상피성 분비물질을 포함하고 있다고 주장하였다. 이 암종의 기원에 관하여 근상피세포가 골격을 이루고 타액선 변연부 도관인 개재도관에서 유래된다고 보고된 바 있다 (Batsakis, 1979). 그리고 초자화상은 대개 사상체형과 관련되는데 변화된 간질조직이나 근상피세포의 산물인 호염기성의 점액성 물질로 알려져 있다. Kino 등 (1973)은 Feulgen 염색법으로 DNA 양을 측정하여 이배체 또는 사배체의 분포를 발견하였고 비교적 천천히 증식하는 구강내 악성종양과 유사한 소견을 보여 폐 또는 간에 전이의 억제가 가능하다고 주장했지만 저자는 구개 또는 구강저인 경우 정확한 수술 경계부의 결정이 어려워 각각 편측성 상악골 절단술과 부분적 상악골 절단술을 시행하였다. 병리조직학적 분류와 예후와의 관계에 큰 의미를 두지 않는 보고도 있지만 (Spiro 등 1974, Conley 등 1974, Fu 등 1977, Batsakis 등 1979), 최근에는 충실성 및 기저세포성형이 가장 예후가 나쁘고 관상형이 가장 좋은 것으로 주장되고 있다 (Byers 등 1970, Eby 등 1972, Seifert 등 1986).

특히 재발 또는 전이가 5년후 관상형이

14%, 사상체형이 36%, 충실성 및 기저세포성 형이 70%로 8년 후 생존율은 100%, 61%, 32%로 각각 보고하였다(Chomette등 1982, Gamel등 1982). 재발율에 대하여 Foot & Frazell(1953)은 25%가 없었고 5년 후에 31-35%, 15년후에 62-88%가 사망한 것으로 보고되었다(Blank등 1967, Leafstedt등 Conley등1974). Spiro등 (1974)은 발생 부위에 따라 10년후 완치율은 29%(이하선), 23%(구강), 10%(악하선), 7%(부비강 또는 후두)을

보고하였고 4-14년후에는 28%(소타액선), 64%(대타액선)가 생존하는 것으로 주장하였다(Conley등 1974). 이는 소타액선 부위의 종양이 피막상을 거의 보이지 않고 경계가 명확하지 않은 것으로 사료된다.

전이율은 20%에서 50%까지 다양한 보고가 있고(Harrison 1956, Moran등 1961, Conley 등 1974), 일반적으로 경부, 임파절, 폐, 골격, 뇌, 간, 그리고 신장등에 전이하는 것으로 알려져있다.

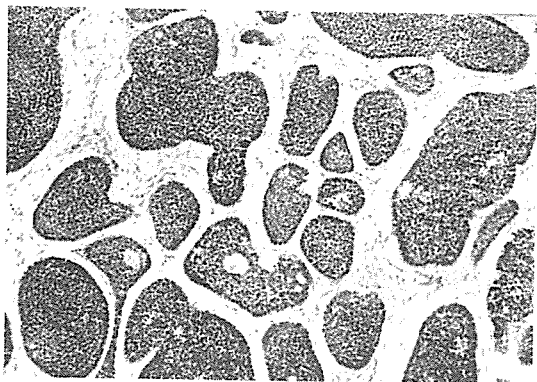


Fig. 1 기저세포성 세포들로 이루어진 다수의 도들이 관찰되고 가끔 도내에 가성낭종이 보인다.

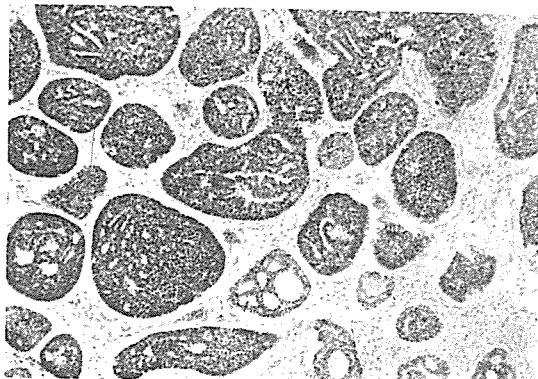


Fig. 2 유두상 또는 가성도관들이 도내에 관찰되고 핵구조를 이루며 사상체형도 보인다.

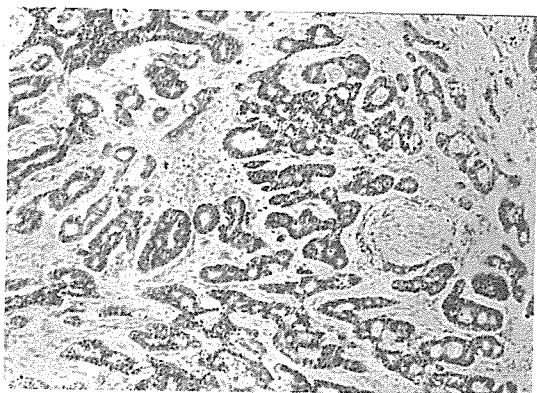


Fig. 3 관상형의 암종세포들이 신경초를 침투하는 상을 보인다.

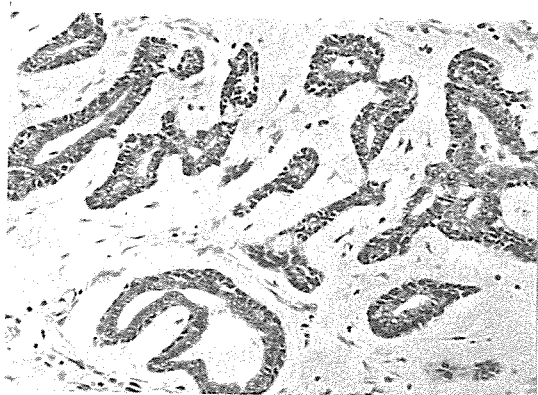


Fig. 4 외부에는 농염된 방추형의 세포들로 쌓여 있고 내부에는 약간 큰 낭포성의 핵을 갖고 핵인이 뚜렷하고 불명확한 세포질을 갖는 세포들로 쌓여있다.

REFERENCES

1. Ballantyne AJ, Mc Carten AB and Banze M: The extension of the head and neck through peripheral nerves. *Am. J. Surg.* 106:651, 1963.
2. Bauer WH and Fox RA: Adenomyoepithelioma (cylindroma) of palatal mucous glands. *Arch. Pathol.* 39:96-102, 1945. (Correction, 40:80, 1945.)
3. Batsakis JG: Tumors of the Head and Neck. Baltimore, ed. 2, The Williams & Wilkins Co., 30-34, 78-79, 1979.
4. Berdal PD, DeBesche A and Mylius BE: Cylindroma of salivary glands. *Acta Otolaryng.* 263:170, 1970.
5. Billroth T.: Beobachtungen über Geschwülste der Speicheldrüsen. *Virchow's Arch. (Pathol. Anat.)*, 17:357-375, 1859.
6. Blank C, Enroth CM, Jacobsson F, and Jacobsson PA: Adenoid cystic carcinoma of the parotid gland. *Acta Radiol.* 6:177-196, 1967.
7. Byers RM, Jesse RM, Guillaumondegen OM and Luna MA: Malignant tumors of the submandibular gland. *Am. J. Surg.* 126:458, 1976.
8. Chomette GM, Auriol P, Tranbaloc JM and Valliant: Adenoid cystic carcinoma of minor salivary glands. Analysis of 86 cases. Clinicopathological, histoenzymological and ultrastructural studies. *Virchow Arch Path. Anat.* 395:289, 1982.
9. Conley J and Dingman RL: Adenoid cystic carcinoma in the head and neck (cylindroma). *Arch Otolaryng.* 100:81-90, 1974.
10. Eby LS, Johnson DS and Baker HW: Adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *Cancer (Philad.)* 29:1160-1168, 1972.
11. Foote FW Jr and Frazell EL: Tumors of major salivary glands. *Cancer.* 6:1065-1113, 1953.
12. Fu KK, Leibel SA, Levine ML, Friedlander LM, Boles R and Philips TL: Carcinoma of the major and minor salivary glands. Analysis of treatment results & sites & causes of failures. *Cancer.* 40:2882-2890, 1977.
13. Garmel JW and Font RL: Adenoid cystic carcinoma of the lacrimal gland. The clinical significance of a basaloid histologic pattern. *Human Pathol.* 13:219-225, 1982.
14. Harrison K: A study of ectopic mixed salivary gland tumors. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 18:99-122, 1956.
15. Kino I, Richart RM and Lattes R: Nuclear DNA in salivary gland tumors. II. Adenoid cystic carcinomas. *Arch. Pathol.* 95:325-329, 1973.
16. Leafstedt SW, Gaeta GF, Sako K, Marchetta FC and Shedd DP: Adenoid cystic carcinoma of major and minor salivary glands. *Am. J. Surg.* 122:756-762, 1971.
17. Moran JJ, Becker LW, Brady LW and Rambo VB: Adenoid cystic carcinoma — clinicopathologic study. *Cancer.* 14:1235-1250, 1961.
18. Oota K and Takahashi N: Electron microscopic studies on the so-called benign tumors of the salivary gland. *Jap. J. Cancer Res.* 49 (Suppl): 234-235, 1958.
19. Seifert GK, Miehke A, Haubrich J and Chilla R: Diseases of the salivary glands, ed. 1, Stuttgart, New York, GTV Thieme Inc, 239-248, 1986.

20. Spiro RH, Huvos AG, Berk R and Strong
EW: Adenoid cystic carcinoma of salivary

origin. A clinicopathologic study of 242
cases. Am. J. Surg. 128:512-520, 1974.

— ABSTRACT —

A CLINICAL STUDY OF ORAL ADENOID CYSTIC CARCINOMA

Min Byong Il, D.D.S., Ph. D.

*Department of Oral & Maxillofacial Surgery
College of Dentistry Seoul National University*

Author experienced a case of tubular type, and a case of solid & basaloid type in adenoid cystic carcinoma and presented these cases through the review of literature. The paralysis was found. Both cases showed perineural, muscular tissue and bony invasion. Respectively hemimaxillectomy, and subtotal maxillectomy were operated. The origin of adenoid cystic carcinoma was considered as myoepithelial cell combined with intercalated duct reserve cell.