

악하부종괴에 대한 임상적 연구

지방공사 강남병원 구강악안면외과

장현석 · 유준영

CLINICAL STUDY ON SUBMANDIBULAR MASSES

Hyun-Seok Jang, Jun-Young You

Dept. of Oral & Maxillofacial Surgery Kangnam General Hospital, Public Corporation

There are many kind of diagnostic entities in submandibular or neck masses, and we can set up treatment plan and estimate treatment result, prognosis by accurate diagnosis. By reasoning medical and dental history, physical examination, anatomical consideration of masses in submandibular or neck area, location of masses, laboratory and radiographic studies, we can formulate a clinical diagnosis or differential diagnosis. Although a clinical diagnosis might suffice in some instances, a definitive(microscopic) diagnosis is frequently required for proper treatment. In order to get some information about making accurate diagnosis and setting up appropriate treatment plan, we did clinical study and histopathologic classification of 82 patients who visited and were operated for submandibular masses at Department of Oral and Maxillofacial Surgery in Seoul National University Hospital from 1988 to 1992.

The results were as follows :

- 1. Submandibular masses occurred most frequently in forties and fifties, and there was no sex predilection.*
- 2. Chief complaints were in order of mass, swelling, pain and consistency were soft mass, mobile hard mass, firm mass, diffuse swelling in descending order.*
- 3. Most frequent pathologic finding was lymphadenitis.*
- 4. Site of submandibular masses were submandible, neck, submental, retromandible in descending order, and there was no predilection between left and right side.*
- 5. Accuracy rate between clinical impression and biopsy result was 51.2%.*

Key words : Submandibular mass, Lymphadenitis

I. 서 론

경부 및 악하부종괴를 주소로 구강악안면외과에 내원하는 환자의 수가 점차로 증가되고 있으며 이러한 악하부의 종괴에 대한 파악에 따라 술자는 적절한 치료계획을 수립하게 되는데 이와같은 종괴의 파악은 병력, 이화학적검사 및 악하, 경부의 정상해부학적 구조물과의 관계와 종괴의 악하부에서의 위치, 방사선사진 소견등을 고려하여 평가하여야 한다. 그러나 대부분의 경우 수많은 병변이 악하부종괴의 형태로 발현되기 때문에 위의 결과를 종합하여 수립된 임상진단만으로는 정확한 진단 및 치료계획의 수립이 불가능하여 추가로 배양이나 조직생검을 이용한 조직병리학적 관찰이 필수적이다. 본 연구는 임상적, 조직병리학적 조사를 통해 악하부에 발생하는 종괴의 진단 및 치료계획 수립에 도움을 주고자 시행하였다.

II. 연구방법

본 연구는 1988년 1월부터 1992년 1월까지 49개월간 악하부의 종괴를 주소로 서울대학병원 구강악안면외과에 내원하여 병리조직검사와 제반치치로 확진된 82명의 환자를 대상으로 하였다.

환자들의 병력지와 조직병리학적 검사결과를 토대로 성별, 연령별, 주소별, 증상 및 consistency별, 발생부위 및 좌우측별 발생빈도와 조직병리학적 검사소견에 따른 분류, 임상적 진단과 조직병리학적검사결과 사이의 일치여부를 조사하였다.

III. 연구결과

연령 및 성별분포는 50대와 40대에서 가장

Table 1. Age & Sex Distribution

| | 0-10 | 11-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | over 71 | Total |
|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-----------|
| M | 1 | 3 | 5 | 6 | 8 | 16 | 5 | 4 | 48(68.5%) |
| F | 3 | 1 | 8 | 3 | 8 | 5 | 5 | 1 | 34(41.5%) |
| Total | 4 | 4 | 13 | 9 | 16 | 21 | 10 | 5 | 82(100%) |

(M= male, F=female)

많은 빈도를 보이고 있으며 남성에서 여성보다 약간 많은 빈도를 보이거나 유의성은 없었다(Table 1).

악하부종괴의 주소로는 종괴, 종창, 동통의 순으로 나타났으며, 심미적요구도 15.9%나 되어 점차 심미적인 요구가 증가됨을 알 수 있었고 또한 이와같은 종괴의 양상은 soft mass 41%, mobile hard mass 30.4%, fixed hard mass 13.4%, diffuse swelling 14.6%로 나타났다(Table 2, 3).

악하부 종괴의 발생부위를 Figure 1과 같이 submental, submandible, retromandible, neck의 4부분으로 나누어 분류해본 결과 submandible, neck, submental, retromandible의 순으로 나타났으며, 좌우측의 발생빈도는 거의 차이가 없었다(Table 4).

조직병리학적검사 결과는 임파선염, 타액선염, 편평상피종, 혈관종, 악성타액선종양 순이었으며 그외에 Histiocytosis X, Scrofula, Soft tissue cyst, Lymphoma도 각각 3중례씩 나타났다. 또한 드물게 Ameloblastic carcinoma, Lymphoma, Neuroma, Pilomatrixoma등도 있

Table 2. Chief complaints

| | |
|------------|-----------|
| Mass | 38(46.3%) |
| Swelling | 29(35.4%) |
| Pain | 17(20.7%) |
| Esthetic | 13(15.9%) |
| Discomfort | 3(3.7%) |
| Discharge | 2(2.4%) |

Table 3. Sign, Symptom and Consistency

| Sign & Symptom | Consistency |
|------------------|--------------------------|
| Pain | 17(20.7%) Firm 11(13.4%) |
| Tenderness | 14(17.1%) Hard 25(30.4%) |
| Diffuse swelling | 12(14.6%) Soft 34(41.4%) |

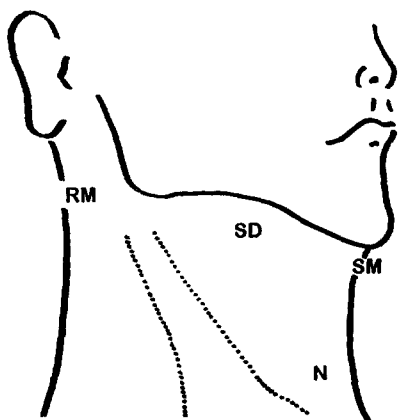


Fig. 1. Schematic Drawing of Regional Classification

SM=Submental area, SD=Submandibular area, RM=Retromandibular area, N=neck area

Table 4. Site & Side Involvement

| | Left | Right | Total |
|----|---------|---------|-----------|
| SM | 6 | 4 | 10(12.2%) |
| SD | 23 | 23 | 46(56.1%) |
| RM | 1 | 3 | 4(4.9%) |
| N | 10 | 12 | 22(26.8%) |
| | 40(49%) | 42(51%) | 82(100%) |

(SM=submandible, SD=submental, RM=retromandible, N=neck)

Table 5. Biopsy result

| Biopsy result | | |
|---------------------|----|--------------------|
| Lymphadenitis | 12 | Keloid 2 |
| Sialadenitis | 13 | Schwannoma 2 |
| SCC | 12 | Ameloblastoma 1 |
| Hemangioma | 5 | Lymphangioma 1 |
| Sal Gl Ca | 5 | Neuroma 1 |
| Histiocytosis X | 3 | Pilomatrixoma 1 |
| Tb(Scrofula) | 3 | Plasmacytoma 2 |
| Soft tissue cyst | 3 | Rhabdomyosarcoma 1 |
| Malignant lymphoma | 3 | Torticollis 1 |
| Pleomorphic Adenoma | 3 | |

(SCC=squamous cell carcinoma, Sal Gl Ca =salivary gland carcinoma, Tb=tuberculosis)

Table 6. Accuracy rate

| Accuracy rate between clinical impression and biopsy report | |
|---|---------------|
| Hemangioma | 80.8% (4/5) |
| SCC | 75.0% (9/12) |
| Lymphadenitis | 57.1% (12/21) |
| Sialadenitis | 46.2% (6/13) |
| Sal Gl Ca | 20.0% (1/5) |
| Ameloblastic Ca | 100% (1/1) |
| Keloid | 100% (2/2) |
| Lymphangioma | 100% (1/1) |
| Rhabdomyosarcoma | 100% (1/1) |
| Soft Tissue Cyst | 66.6% (2/3) |
| Pleomorphic Adenoma | 50.0% (1/2) |
| Tb(Scrofula) | 33.3% (1/3) |
| Malignant Lymphoma | 33.3% (1/3) |

(SCC=squamous cell carcinoma, Sal Gl Ca =salivary gland carcinoma, Tb=tuberculosis)

었다(Table 5).

악하부 종괴의 임상검사소견과 조직병리학 적검사 결과의 일치정도는 전반적으로 약 50% 정도로 나타났으며 각질환별로는 다양한 결과를 보이고 있었다(Table 6).

IV. 총괄 및 고찰

악하부를 비롯한 경부의 종괴에는 많은 종류의 병변을 포함하고 있다. 이의 정확한 진단을 위해서는 병력청취 및 임상적검사를 시행한뒤 이를 정상 해부학적 구조와 병소의 위치와의 관계를 고려하여 종합한 후 여기에 추가하여 이화학적 검사나 방사선 소견등을 이용하여 임상적진단 및 감별진단을 시행해야한다. 그러나 확진을 위해서는 배양을 비롯한 조직병리학적 검사가 필수적이다¹⁾.

악하부종괴의 임상검사에서는 양손을 이용한 촉진이가장 중요한 역할을 하며 병변의 종류에 따라 tenderness, consistency, mobility등에서 많은 차이가 있어 유용하게 이용된다. Tenderness는 조직자체의 염증이나 감염상태를 나타

내는 것으로 일반적으로 종양이나 낭종등에서는 tenderness를 보이지 않지만 종양이 신경에 침투되거나 감각신경을 압박할때 또는 급속한 증식을 보이거나 종양이나 낭종내에 2차적인 염증이나 감염이 발생되었을 때 tenderness가 나타나게 된다. 고형성종괴는 경결감을 보이지만 낭종이나 농양은 soft, rubbery한 양상을 보이고 결핵성병소의 임파절은 matted type의 종괴상을 보인다. 임파절은 일반적으로 유동성이 있지만 염증반응에 의해 임파절의 capsule이 파괴되어 주위조직과 fibrosis를 이루거나 악성종양의 전이에서 볼수 있듯이 악성종양세포가 capsule을 뚫고 주위조직으로 확산되었을때는 임파절이 고정되어 나타난다.

일반적으로 경부종괴는 임파절이 비대해진 경우, 악하선이나 이하선 또는 갑상선 등이 비대해지거나 내부에 종양이 생성되어 있는 경우, 선천성 낭종의 경우, 경부측방에서 신경이나 혈관의 형태이상 발생한 경우등 크게 4가지로 분류할 수 있는데 Regezi등²⁰⁾은 이를 Table 7에서와 같이 분류하고 있다.

임파선비대는 악하부 종괴의 가장 흔한 원인으로 급만성 감염에 의한 임파선염, 악성종양의 전이, 악성임파종과 같은 원발성 악성종양등 크게 3가지의 임파선 병소로 나누어 볼

수 있다. 임파선염은 급성이나 만성, 고립성 혹은 다발성, 국소적이거나 전신적, 특이성 혹은 비특이성등의 여러 형태를 띠는데 급성염증인 경우에는 심한 동통 및 괴사, liquefaction 및 농양형성을 보이거나 짧은 기간내에 정상형태의 임파선으로 회복되지만 만성적으로 장기간 염증상태가 지속되면 임파선이 영구적으로 비대해진 상태로 유지되는 benign lymphoid hyperplasia로 이행되는 경우도 있다. 임파선비대는 tenderness를 보이는 경우와 tenderness를 보이지 않는 경우등으로 나누어 볼수 있는데 non-tender lymphoid hyperplasia는 가장 흔한 형태의 임파선비대로 대부분 경결감을 보이지만 유동성을 가지고 있어, 단단하고 고정되어 있는 전이성 악성종양과 감별이 가능하다. 급성임파선염은 임파선비대 다음으로 호발되는 악하부 종괴의 원인으로서는 심한 동통을 보이는 종창이 그 특성으로 구강, 비강, 편도선, 인두등의 일차적 감염이나 점막의 열상이나 궤양에 의해 흔히 발생되는데 임파절은 보통 경결감을 보이지만 유동성이 있는 임파선 비대양상을 보인다. 급성임파선염은 Ludwig's angina, 감염된 낭종 등과 감별을 요한다. 본 연구에서는 악하부 종괴등 임파선염이 가장 높은 빈도를 차지하고 있었다. 대부분의 임파선염은 bacteria나 virus에 의한 일차감염으로 발생되지만 이와 달리 결핵, histoplasmosis, sarcoidosis, infectious mononucleosis등도 발생될수 있어 생검으로만 명확한 진단이 가능하다²¹⁾. 악성종양의 경부임파절 전이는 악성임파종과 같은 원발성 악성종양에 비해 호발하는데 편평상피종이 가장 흔하며 다음으로 타액선에서 발생한 adenocarcinoma, melanoma순으로 발견되며 흔하지는 않지만 sarcoma가 발견되기도 한다. 대부분 무통성이어서 상당한 크기가 되어야 자각증상을 보이며 단단하고 유동성이지만 임파절의 capsule이 파괴되어 주위조직으로 종양이 침투되면 고정된 양상을 띠게 된다. 구강에 발생하는 악성종양은 흔히 submandibular lymph node나 subdiaphragic lymph node로 전이된다. 악성임파종은 임파선의 reticuloendothelial system에 발생하는 악성종양으로 일반적으로는 전신질환

Table 7. Neck swelling

| |
|---|
| Lateral neck |
| Branchial cyst |
| Lymphadenitis-Nonspecific, Bacterial, Fungal |
| Metastatic carcinoma to lymph nodes |
| Lymphoma |
| Parotid legion-Neoplasm, Sjögren's syndrome, Infection, Metabolic disease |
| Carotid body tumor(Paraganglioma, Chemodectoma) |
| Epidermal cyst |
| Lymphangioma(Cystic hygroma) |
| Midline |
| Thyroglossal tract cyst |
| Thyroid gland tumor |
| Dermoid cyst |

으로 여겨지지만 약 10% 정도는 경부임파절에 단독으로 발생된다^{4,5)}. 촉진시 고무와 유사한 촉감을 보여 단단한 전이성 악성종양과 감별이 가능하고 전이성 악성종양과 달리 젊은 연령층에서 호발되며 증상을 보이지 않는 경우가 많지만 체중감소, 발한, 발열등을 보이기도 한다. Sebaceous cyst는 체모를 지난 부위에 발생하는 표재성의 dome모양 종피로 무통성이며 느린 속도의 증식을 보이지만 2차적 감염이 될수도 있다. 대부분의 악하부종피는 악하선이나 임파절에서 발생되는데 임상검사를 통하여 이들을 감별하는 것이 중요하다.

V. 결 론

저자는 악하부 종피로 내원한 82명 환자의 임상검사와 조직병리학적 소견을 종합하여 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

1. 연령별로는 50대와 40대에 빈발하였고 성차는 없었다.
2. 악하부 종피의 주소는 종피, 종창, 동통 순이었으며 종피의 양상은 soft mass, mobile hard mass, firm mass, diffuse swelling순으로 나타났다.

3. 조직병리학적검사 결과는 임파선염이 가장 많이 나타났다.
4. 종피의 발생부위는 submandible, neck, submental, retromandible순으로 나타났으며, 좌우측의 발생빈도는 거의 차이가 없었다.
5. 악하부 종피의 임상검사소견과 조직병리학적검사 결과의 일치정도는 51.2%이었다.

참 고 문 헌

1. Wood NK, Goaz PW : Differential diagnosis of oral lesions. 4th edi, St Louis, Mosby, p616-637, 1991.
2. Regezi JA, Sciubba J : Oral pathology, clinical pathologic correlations. 2nd edi, WB Saunders Company, 1993.
3. Robbins SL : Textbook of pathology, 3d 3, Philadelphia, WB Saunders Co, p665, 1967.
4. Batsakis JG : Tumors of the head and neck. Baltimore, p346, 1974, Williams & Wilkins.
5. Rosenberg SA, Diamond HD, Jaslowitz B, Craver LF : Lymphosarcoma : a review of 269 cases, Medicine 40 : 31-84, 1961.