

점액 표피양 암종의 치험례

인제대학교 부속 부산백병원 구강악안면외과학교실

손용준 · 노재형 · 고영규 · 김종하 · 이희철

MUCOEPIDERMOID CARCINOMA OF THE MOUTH FLOOR

Yong-Jun Son, Jae-Hyeong No, Young-Gui Kho,
Jong-Ha Kim, Hee-Chul Lee

*Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, Pusan Paik Hospital,
College of Medicine Inje University*

Mucoepidermoid carcinoma occurs more frequently than any other in the major salivary glands. It is relatively more common in parotid than in submandibular gland.

Stewart at al published the first large series of these tumors in 1945 and suggested the name "Mocoepidermoid tumor".

Now it is divided three categories : low-grade, intermediate-grade, high-grade.

And Mucoepidermoid carcinomas are composed of mucous cells, epidermoid cells, and intermediate cells.

We treated low-grade mucoepidermoid carcinoma patient with induction chemotherapy, surgery, and adjuvont chemotherapy.

Key work : Mucoepidermoid carcinoma mouth floor.

I. 서 론

타액선의 종양은 다른 부위의 종양에 비하여 매우 다양하고 복잡하며 다형선종(Pleomorphic adenoma, Mixed tumor)의 발생 빈도가 가장 높은 것으로 알려져 있으며 다음으로 발생빈도가 높은 것이 점액표피양 암종으로 모든 타액선 악성종양의 약 34%를 차지하고(Spiro et al)있어 가장 흔한 악성종양으로 1945년 Ste-

wart Foote, Bosker 등에 의해 완만한 임상양상을 보이는 무통성이며 특이한 형태를 가지는 종양으로 점액표피양 암종이란 명칭이 처음 쓰여지게 되었다.

이후 점차 높은 이환율과 심각한 결과를 보이는 증례들이 보고되었으며 이들 대부분은 고형이고 침윤성증식과 세포의 역분화를 보였다.

점액 표피양 암종은 점액분비세포, 표피세

포와 중간세포의 세가지 종류의 세포로 구성된다.

1970년 Healey등은 점액구조와 편평세포지역의 상대적인 양에 따라 점액표피양 암종을 3가지 등급으로 분류하여 예후와의 관련성을 강조하였다.

저급(low-grade)의 종양은 대개 양성의 결과를 보이는 반면 고급 또는 3급(high-grade or grade III)의 종양은 상당한 이환율을 나타내는 것으로 보고하였다. 점액표피양 암종의 임상경과를 예측할 수 있는 뚜렷한 종양표지가 없어 조직병리학적 형태가 이 종양의 예후 평가에 유용한 수단이 된다.

발생부위별로는 이하선에 가장 호발하고 다음으로 구개에 호발하며 설하선과 그밖의 소타액선에서도 발생한다.

종물은 부분적으로 피막에 싸여 있기도 하지만 완전한 피막은 드물며, 단면은 단단하거나 낭성 변화를 보이며 투명하거나 점액질을 액체를 갖고 있다.

조직소견상 악성도가 낮을수록 점액분비세포가 많고 악성도가 높을수록 편평상피로 구성되어 있다.

임상적 행동양상은 조직학적 양상과 관련이 깊으며 점액세포가 많이 나타나고 낭성변화를 많이 동반하는 분화도가 좋은 암종에서는 적절한 근치술로 5년생존율은 90~100%에 이른다. 그러나 미분화되고 낭성변화가 거의 없고 주로 편평상피세포로 구성된 경우에는 5년생

존율이 20~40% 정도로 낮다.(Auclair & Ellis)

치료는 악성도가 낮은 경우, 이하선에 있어서는 안면신경을 유지시키는 보존적 절제술이 추천되고 이환된 악하선은 완전한 절제가 필요하며 악성도가 높고 전이가 있는 경우는 경부곽청술을 요한다.

본교실에서는 저급(low-grade)이었으나 비교적 종양의 크기가 크고 약간의 임파선 비대의 소견을 보인 구강저에 생긴 점액표피양 암종을 항암화학요법과 병행한 보존적 절제술 및 부분총피부이식술로 치료하여 좋은 결과를 얻었기에 문헌고찰과 함께 보고 하는 바이다.

II. 증례보고

1. 환자 : 김○○ 59세 여자
2. 초진년월일 : 1993. 12. 17
3. 주소 : 혀의 좌측과 구강저 부위의 무통성종창 및 불편감.
4. 전신병력 : 특이 소견 없음.
5. 병력 : 약 4년전부터 저작시 혀의 좌측부위가 자주 씹혔으나 그대로 방치하시다 내원 약 3개월전부터 좌측하악부의 종창이 인지되어 개인병원 방문하였으나 큰 병원에 갈것을 권유받고 마산 모병원에서 컴퓨터 단층촬영후 본원으로 전원되어 93. 12. 7본원 이비인후과에서 생검시행하여 점액표피양 암종으로 진단 받았으나 하악골 침범이 의심되어 본과로 전과



그림 1. 내원광시 구강내 초진소견 및 파노라마 : 혀의 좌측방에 형성된 종괴를 볼수 있으며 파노라마상에서는 측이 소견을 볼수없다.



A



B

그림 2. 술전 CT소견 : A) 좌측 구강저와 혀의 좌측연을 따라 약 4.5×2×2cm 크기의 직사각형으로 약간 증가된 연조직 밀도를 가진 병소가 보이며 설골설근과 경돌설근이 제거된 모습과 함께 혀의 중격이 약간 우측으로 밀려난 것을 볼 수 있다. 병소는 전방에서 중앙으로 연장되어 있고 병소내 작은 점모양의 석회화 소견을 볼 수 있다. B) 좌측악하 임파절의 크기가 약간 증가된 소견을 볼수있다.



그림 3. 술후 동물에서 채취한 표본의 CM 소견 점액세포(화살표)들이 선구도를 형성하고 있으며 내강으로 분비된 점액을 볼수 있으며 그 주위로 squamous cell과 유사한 epidermoid cell nest를 보이는 점액표피양 암종의 양상을 볼 수 있다(별표).

되심.

6. 구강외소견 : 좌측 이하부와 악하부에 걸친 약 8×4cm 크기의 단단하고 잘고정된 무통성의 종창을 촉진할수 있었으며 종창부의 피부는 염증소견없이 정상적인 형태 및 색조를 보였다.

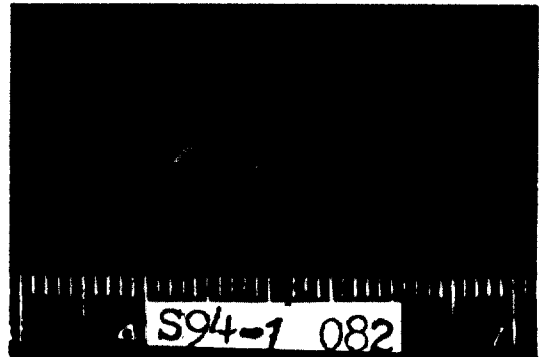


그림 4. 술후 절제된 하악 설측 피질골

7. 구강내 소견 : 하악좌측 제1대구치에서 구후삼각부에 이르는 혀의 좌측면과 구강저에 4×2cm 크기의 경계가 불분명한 단단하고 잘고정된 무통성의 종창을 보였으며 구강위생상태는 비교적 양호 하였으며 하악좌측 제2대구치에 금관을 장착하고 있었으며 점막의 상태도 비교적 양호하였으며 하악좌측구치부 치아들은 비교적 건전한 상태였다.

8. 방사선소견 : 파노라마, Skull P-A, Mn. series 등에서는 특이한 소견을 볼 수 없었으며 Chest P-A 상에서도 이상 소견을 발견할 수 없었다.



그림 5. 좌측 술후 7일째 발사후의 사진 우측 술후 1개월 경과후의 구강내 소견.



그림 6. 술후사진 : 좌측은 수술직후 봉합을 완료한 상태이며 우측은 술후 6개월 경과후의 안면사진.

93. 12. 18 촬영한 술전 CT소견상에는 병소는 중앙쪽으로 치우쳐있었으며 크기는 $4.5 \times 2 \times 2$ cm 정도로 좌우로 길고 연조직보다 약간 중간된 밀도를 가졌으며 혀의 좌측면과 구강저를 따라 위치하며 실골설근과 경돌설근을 침범하여 설축격변을 우측으로 약간 변위시킨 양상을 보였다.

또 우측의 악하선은 약간 크기가 증가된 반면 좌측 악하선은 관찰할 수 없었고 좌측 악하임파절의 경계가 약간 증대된 양상을 볼 수 있었다.

9. 검사실 소견 : 혈당수치가 약간 높게 나온 것 이외엔 특이 소견 없음.

10. 처치 및 경과 : 93년 12월 8일. 본원이 비인후과에서 전신마취하에 생검을 시행하여 저급(low-grade)의 점액표패양 암종으로 진단 받고 하악골 침범이 의심되어 93-12.17 본과로

전과되어 93. 12. 23~27, 94. 1. 15~19에 걸쳐 각가 1st and 2nd systemic chemotherapy with 5FU/CDDP 시행후 94. 2. 16 통상의 전신 마취하에 병소와 주위 인접조직, 악하선, 하악체의 설축 치밀골을 포함하는 Supraomohyoid neck dissection with corticotomy를 시행한후 94. 3. 14~18, 94. 4. 8~5. 12 94. 5. 9~13, 94 6. 5~6.9 각각 3rd, 4th, 5th, 6th systemic chemotherapy with 5FU/CDDP 시행후 정기적으로 관찰하다.

96. 9. 12 전신마취하에 외과적 절제로 생긴 좌측 구강저의 협착 부위를 우측 대퇴부 피부의 부분층 피부이식편을 이용해 재건해주었다.

11. 병리학적 소견 : 종물에서 채취한 표본의 LM 소견으로 mucinous cell 이 grand를 형성하고 있으며 내강으로 분피된 mucin을 볼 수 있으며 그 주위로 squamous cell 과 유사한 epi-

dermoid cell nest를 보이는 Mucoepidermoid carcinoma의 양상을 확인할 수 있었다.

III. 총괄 및 고찰

점액표피양 암종은 주로 점액세포와 표피세포로 구성되어지는 조직학적 특성에 의해 명명되어진것으로 (1895년) Volkman에 의해 처음 보고 된후로 De & Tribedi(1939), Krompecher, Ewing, Schilling & Lang 등에 의해 계속보고 되었으나 1945년 Stewart, Foote & Becker 등에 의해 처음으로 점액표피양 암종이란 이름이 쓰여지게 되었다.

1953년 Foote와 Frazell 등에 의한 초기 보고들에 의하면 이 종양을 3가지 등급으로 구분하여 저급(low-grade)은 세포분열상이 매우 드물고 세포의 다형성도 없으며 일련의 성숙한 형태의 세포들로 구성된 낭측은 선구조로 이루어졌으며 중간급(intermediate-grade)은 중간세포(intermediate cell)가 대다수를 차지하며 딱딱하고 세포의 다형성이 약간증가 한다. 고급(high-grade)에서는 거의 단단한 고형의 종물로 이루어졌으며 낭측은 선구조는 거의 없고, 세포의 다형성과 세포분열상이 많이 보인다고 하였다.

그러나, 이런 개념은 오늘날에 이르기까지 수많은 학자들에 의해 수정되어졌는데 1968 Jakobsson 등은 주위조직의 침범여부에 의한 분류를 시도하였고 Healey 등은 낭포의 형성, 세포의 역분화, 세포분열상과 주위조직침범의 정도를 이를 분류하였으며 1984년 Acetta 등은 침범 양상에 의해 Gray 등은 점액낭에 세포를 가진 편평상피세포 암종으로 분류하였으며 이후 Bhaskar Bernier, Hamper et al, 등 많은 학자들에 의한 연구가 진행되었다.

최근에는 치료와 예후를 결정함에 있어 조직학적 등급 뿐만아니라 임상양상이 중요한 역할을 한다고 생각되어지고 있다.

Spiro 등은 206명의 점액표피양암종 환자를 임상적(staging), 조직학적(grade)으로 분류하였는데, 5년치료율이 Stage I. II. III. 에서는 각각 92%, 63%, 27% 였으며 이러한 임상적·

조직학적 분류 사이의 불일치가 있을 경우, 결과는 대부분 임상적 단계(Stage)에 의해 영향을 받는다고 보고 했다.

이 증례에서는 임상적으로 T₃M₀N₁ 정도로 3기(Stage II)로 분류할 수 있었으며 조직학적으로는 저급(low-grade)으로 분류되어 임상적·조직학 분류일치하지 않는다.

그러나 Spiro등에 의하면 이 경우 임상적 단계에 영향을 받아 5년 치료율이 약 27%에 이르는 나쁜 예후를 보인다고 하겠다.

하지만, 환자분은 술후 약2년이 경과한 현재까지 임상적·조직학적 재발소견 없이 좋은 예후를 보이고 있다.

점액 표피양 암종을 일으킬수 있는 원인으로서는 방사선치료, 지방섭취, 이물질 등으로 이중 방사선치료가 가장 많은 비중을 차지하며 Spitz와 Batsokis는 방사선치료를 받은 후 타액선 암종을 일으킨 사람 가운데 43.8%가 점액 표피양 암종환자였다고 보고하였다.

이 증례에서 환자분은 방사선 치료등의 과거력은 없었으며 내원 약 4년전부터 혀의 좌측이 자주 씹히는 이외엔 특별한 원인을 찾을 수 없었다.

타액선의 악성종양가운데 점액표피양암종이 가장 발생 빈도가 높은 것으로 보고되고 있는데, Spiro 등의 의하면 점액표피양 암종은 모든 타액선종양가운데 15.7% 타액선의 악성종양의 34%를 차지하는 것으로 보고 되었다.

발생분포는 AFIP(Armed Forces Institute of Pathology)에 의하면 20대에서 80대에 이르기까지 비교적 고르게 발생하여 평균연령은 43.4세 였다.

남녀각각에서의 평균연령은 43.7세와 43.2세 였으며 발생빈도는 여성이 남성보다 우세한것으로 나타났다(64 : 36).

부위별로는 대타액선의 경우 이하선(46.5%), 악하선(6.6%), 설하선(1.0%) 순이었고 소타액선의 경우는 구개부(17.9%), 뺨(5.5%), 입술(3.4%), 혀(3.4%), 구강저(3.0%) 순으로 나타났다.

본 증례의 환자에서는 원발부위는 악하선으로 보여지며 인접연조직과 골격근, 혀, 임파선

등으로의 침윤을 보였다.

임상적으로 보면 대부분의 점액표피양 암종은 잘 경계 지워졌으며 최소한 부분적으로 피막화되어 있거나 드물게 표면상으로 완전히 피막화되어진 경우도 있다.

절단면은 대개 단단하고 분홍 혹은 노란색을 띤다. 때로 경화상을 보이기도 하며 대부분의 경우에서 낭의 형성을 보인다. 절단면의 대부분이 낭포로 이루어져 있거나 일부가 낭포를 형성한다.

낭내부는 투명한 점액질을 함유하며, 때로 국소적 출혈양상을 보이기도 한다. 이 증례에서 수술시 악하선을 포함한 절제된 종물은 부분적으로 피막화되어 있었으며 절단면은 불규칙하고 연한 노란색을 띄고 있었으며 흰 섬유상 격벽구조를 보였다.

점액표피양암종은 조직학적으로 여러종류의 세포와 성장양상으로 특징지워지며 이들이 종양의 진단과 등급 구분의 근거가 되는데 단순히 이들의 존재만으로 가능한 것이 아니라 서로 간의 상대적 비로 종양의 진단과 등급 구분이 가능하다.

점액표피양 암종이란 말 그대로 이종양은 점액세포와 표피세포로 이루어지나 표피세포는 반드시 존재하는 것은 아니다. 이종양의 진단은 점액세포, 표피세포, 중간세포, 원주 혹은 투명세포(Clear-cell)등의 존재로 이루어지며 낭종 혹은 고형의 양상을 가지게 된다.

점액세포는 점액을 분비하는 상피세포로서 H & E 염색에서 볼수 있으며 비교적 크고 입방형, 타원형, 원형 혹은 유리잔의 형태를 가지며 밝은색의 풍부한 거품형태의 세포질을 가진다. 이러한 점액세포는 대개 작은 덩어리를 형성하거나 일렬로 낭을 형성하여 그내부로 점액을 분비하나 악성도가 높은 경우 점액세포가 극히 드물다.

점액은 PAS나 mucicarmine 염색에 양성으로 나타난다.

그러나, 점액세포는 매우 제한적으로 나타나는데 이종양의 5% 이하에서만 볼 수 있고, 주로 소타액선의 종양에서 우세하다.

점액표피양 암종의 진단에 있어 때로 점액

세포보다 더 중요하게 생각되어지는 것이 중간세포(intermediate cell)인데 이는 크기와 모양에서 기저세포(basal cell)와 표피세포의 중간이 되는 형태를 가진다.

중간세포는 여러가지 크기를 가지는데 우선 입파구보다 약간 큰, 작은 기저세포와 세포질내 광범위한 지주(rim)를 가지는 세포, 마지막으로 광범위하고 균등하게 분포된 세포질을 가지는 세포 등이 있다.

중간세포중 크기가 큰것은 기저세포의 2-3배에 이르며, 이러한 크기의 증가는 표피세포로의 변이 과정으로 보여진다. 그래서 이들세포의 성숙과정을 표피이형성이라 부른다.(epidermoid metaplasia)

기저급의 중간세포들은 모여서 진단을 이루고 여기서 더 성숙한 세포로 변화된다.

작은 기저세포들이 더 커다란 세포들에 의해 광범위 하게 둘러싸여 있고 큰 세포들은 표피세포, 점액세포, 투명세포(Clear cell)등으로 분화할 능력을 갖고 있다. 큰 중간세포와 표피세포를 완전히 구별하는 것은 매우 어려우며 이 두종류의 세포가 고형의 종양내 혼재되어 있다.

표피세포는 중간세포, 점액세포와 함께 낭을 형성하거나 고형종물을 이룬다. 표피세포는 뚜렷한 다각형의 세포의형을 가지며, 표피세포와 편평세포 영역은 중간세포와 뚜렷이 구분된다.

편평세포는 때로 각화진주를 형성하거나 독자적으로 각화된다.

투명세포는 크고 다각형이며 뚜렷한 세포질 경계를 가진다.

투명한 세포질을 가지나 형태학적으로 편평세포와 유사하며 한세포형태에서 다른 세포형태로의 전이도 보인다.

때때로 이 투명세포가 풍부하고 뚜렷한 점액을 가지기도 하나 대부분의 경우에는 국소적인 흔적만 가질 뿐이다.

본 증례에서는 육안 소견상 5.0×2.0cm 크기의 경계가 불분명한 고형성의 종괴가 관찰되었으며 단면은 균질한 연황색으로 섬유성의 격막이 관찰되었다. 현미경 소견상 풍부한 세

포질을 지닌 점액분비세포(mucous cell)들이 관상 및 낭성 구조를 이루는 부분이 주로 관찰되었으며 보다 크기가 작은 중간단계의 세포(intermediate cell), 그리고 편평상피성 세포들이 부분적으로 혼재되어 관찰되었다.

점액표피양암종의 등급구분의 저급·고급의 2 등급과 저·중·고급의 3등급으로구분하는 경우가 있는데 이는 저급과 중급의 구분에 많은 견해 차가 있기 때문이다.

중급의 존재를 주장하는 경우는 재발율, 국소, 원격전이 5년 생존율등의 생물학적 행동양상이 저급과 고급의 중간에 있는 종양이 존재하기 때문이다. 또 이들의 조직학적 소견도 저급·고급의 어느 것에도 일치하지 않아 제3의 분류를 필요로 하는 것이다. 저급의 점액표피양암종은 특징적으로 뚜렷한 낭의 형태를 가지고 점액세포와 풍부한 세포의 점액을 포함하는 다수의 성숙한 세포성분을 가진다.

이 낭은 인접한 타액선의 실질과 결합조직으로의 침윤을 보이지만 신경침범(neural invasion)은 보이지 않는다.

낭(cyst)의 경계는 다양한 두께와 세포조성을 가지지만 전형적으로 한층에서 세층의 세포두께이다. 고급 종양에 비해 저급종양에서는 점액세포가 우세하며, 작은 타액선 형태로 종양의 강을 형성하며 이는 점액으로 채워져 있다.

중급의 점액표피양 암종은 저급에 비해 전체종양에서 낭이 차지하는 비중이 적으며 수나 크기에 있어서도 작다.

세포조성은 중간세포가 우세하고 가끔 분산된 점액세포와 큰 고형 종양을 형성하는 표피세포가 보인다. 편평세포는 드물게 각화진주층 형성하며, 세포 분열상은 아주 드물다. 핵인은 저급에서 보다 더 자주 보인다.

저급과 중급의 구분은 일차적으로 낭과 고형세포지역의 상대적비, 중간세포와 표피세포의 비에 근거한다.

고급의 점액표피양 암종은 표피세포와 중간세포의 고형세포종식에 의해 특징지워지며 핵과 세포질의 비는 다양하며 핵인이 많이 보이며 세포분열상도 많이 볼 수 있다. 또 특징적으로 편평 상피세포암종과 유사하게 표피세포의 증

식을 보인다. 물론 상피세포암과의 구분은 선조직의 존재 여부로 가능하다.

점액표피양암종의 전체적인 재발율은 25%로써 Thorvaldsson 등은 저급에서 10% 고급에서는 74%로 보고하였다.

전이는 조직학적등급, 임상단계, 원발 부위에 영향을 받는데 Spiro 등은 국소전이는 악하선에서 가장 흔하며 원격전이는 이하선등에서 많이 발생하는 것으로 보고하였다. 원격전이 부위로는 폐·골격, 뇌등이다. 생존율은 임상단계 및 조직학적 등급과 밀접하게 관련되어 있으나 각각 독립적으로 작용하기도 한다.

본 증례에서는 악하선이 원발부위로 인접조직 및 임파절로의 국소전이 소견을 보였으나 임상방사선학적 소견상 원격전이 소견은 보이지 않았다.

Grade I의 종양은 Stage에 관계없이 Grade III의 종양보다 덜 공격적이거나 등급에 관계없이 더 낮은 Stage의 종양이 예후가 더 좋다.

예후에 영향을 주는 다른 요소들로는 나이, 성, 침범 부위 등이 있는데, 여성과 젊은층에서 생존율이 더 높다.

Tinsley등은 이종양을 가진 아동들의 사망율은 0%라고 보고 하기도 하였다. Ellis등에 의하면 60세이상의 경우에는 예후가 상당히 나쁜데 이는 아마도 젊은 환자에서 그 대부분 저급의 종양을 갖는 비율이 높기 때문이라고 보고했다.

악하선과 설하부의 병소가 다른 대·소타액선 병소보다 나쁜예후를 보이며, 골조직의 침범이 있을 경우는 예후가 극히 나쁘다.

Hickman 등은 이 종양의 5년과 10년생존율이 각각 71%와 50%라고 보고했으며, Memorial Sloam-Kettering Cancer Center에서는 5·10·15년 생존율을 각각 49%·42%·33%로 보고했다.

점액표피양 암종의 치료는 우선 이하선의 Stage I II의 암종의 경우 안면신경을 보존하는 보존적인 절제술이 추천하며, 이환된 악하선은 완전한 절제가 요구된다.

또 경부임파절로의 전이가 있거나 T₃ 종양을 가진 경우 경부파악술을 요한다. 고급의 종양

이었으나 임파전이 보이지 않는 경우에도 occult metastasis가 3%에서 발견되기 때문에 임파절제술이 고려되어야 한다.

과거에는 안면신경마비가 있는 환자는 치료가 불가능한 것으로 여겼으나 최근 연구에서는 치료가 불가능하지는 않은 것으로 보고되고 있다.

5년 disease free rate는 적극적인 치료를 받은 경우 약 60%에 이른다.

스타엑션의 점액표피양암종의 경우에서도 선택할 수 있는 일차적인 치료방법은 외과적 절제술이다. 일반적으로 광범위한 외과적 절제술이 추천된다.

만약 종양이 하부의 골을 침범했을 경우 안전지역(Safety margin)을 확보하도록 골을 절제해야 한다.

경구개 병소의 치료에 대해서는 논란이 많다. Olsen 등은 병소의 등급과 크기에 상관없이 상악부분절제술이 행해져야 한다고 주장하고 있으며 Tran 등은 광범위한 구개절제술을 시행하고 수술 후 변연이 의심스럽거나 고급의 종양일 경우 방사선 요법을 권하고 있다. 또 Melrose 등은 잘 분화된 종양일 경우 임상적으로 건전한 조직을 남겨두는 국소적 절제술에 의한 치료 또는, 골파괴의 증거가 있다면, 골의 부분절제술(block resection)으로 적절히 치료가 가능하다고 보고하고 있다.

Ellis 등은 골침범이 없을 경우 1~2cm의 안전지역을 가진 골막하절제술을 추천하고 있다.

경부곽청술의 적응증은 대타액선종양의 경우와 비슷하나 혀의 원발부위이고, 특히 2cm 이상일 경우는 특별한 주의가 필요한데 하악의 원발성 부위절제를 포함한 경부 곽청술이 추천된다.

4cm 이상의 크기이거나 부위에 관계 없이 임파선 비대의 소견이 보일 경우 임파절제술을 요한다.

1970년 Jakobsson과 Eneroth는 점액표피양암종은 방사선 치료에 효과가 없다고 하였으나 오늘날과 비교하면 당시의 방사선 조사량은 극히 낮았으며 더우기 최근의 보고에 의하면 고급과 높은단계의 종양 또한 안면신경을 침

범한 경우 높은 조사량의 방사선 치료가 효과적이라고 한다.

그러나 여전히 방사선치료의 정확한 역할은 논란의 대상이다.

Trans 등은 외과적절제술 후 변연부에 병소가 남아있을 경우 보조요법으로 방사선 치료가 효과적이거나 변연부에 병소가 없이 건전할 경우에는 적절한 치료법이 되지 못한다고 보고했다.

Kaplan, Suen과 Johns 등은 고급의 점액표피양암종의 경우 항암화학요법에 편평상피세포와 유사한 반응을 보였다고 보고하였다.

본 증례에서는 비교적 종양의 크기가 크고 국소 임파선 비대의 소견을 보여 방사선 및 항암화학요법 등 보조요법을 고려하였으나 방사선 치료에 대한 환자분의 심한 거부감으로 인해 술전 및 술후 5FU와 CDDP를 이용한 항암화학요법을 6회에 걸쳐 시행 하였으며 현재까지 치료경과로 보아 항암화학요법에 아주 양호한 반응을 보였다.

수술시 악이복근 전·후복, 악하선 및 임파절, 하악정중부의 근육, 혀의 점막 및 근육, 좌측하악체 부위의 치밀골·해면골 및 이설골근 등의 절제 부위중 악하선 및 임파절, 정중부 및 하악체 부위의 이설골근과 혀등에서 악성 종양세포를 확인할 수 있었다.

절제 후 생긴 결손부 및 이로 인한 혀의 운동제한 등은 수술 후 약 1년 8개월간 보조 요법 및 추적관찰 후 임상 및 방사선학적으로 재발 소견이 없음을 확인하고, 96년 9월 12일, 우측대퇴부 피부의 부분층 피부이식술을 시행하며 생검을 시행한 결과, 종양세포가 없음을 확인하였다.

IV. 결 론

본 교실에서는 악하선에 발생한 비교적 크기가 크고 임파선 비대의 소견을 보여 임상적으로는 진행된 단계의 양상을 보이거나 조직학적으로는 양호한 점액표피양 암종에 대한 악하선을 포함한 견갑설골근 상부 경부곽청술, 항암화학요법 및 부분층 피부이식술을 시행하여

술후 현재까지 재발의 소견을 보이지 않는 등 양호한 결과를 얻었기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 헌

1. Evans HL : Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands : a study of 69 cases with special attention to histologic grading. *AJCP* 81 : 696, 1984.
2. Jakobasson PA, Blanck C, Eneroth CM : Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. *Cancer* 22 : 111, 1968.
3. Rosenfeld L, et al : Malignant tumors of salivary gland origin : 37-year review of 184 cases. *Ann Surg* 163 : 726, 1966.
4. Eneroth CM, Hijertman L, Moberger G, Soderberg G : Mucoepidermoid carcinomas of the salivary glands : with special reference to the possible existence of a benign variety. *Acta Otolaryng* 73 : 68, 1972.
5. Stewart FW, Foote FW, Becker WF : Mucoepidermoid tumors of salivary glands. *Ann Surg* 122 : 820, 1945.
6. Eversle LR : Mucoepidermoid carcinoma : review of 815 reported cases. *J Oral Surg* 28 : 490, July 1970.
7. Healey WM, Perzin KH, Smith L : Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin : classification, clinical-pathologic correlation, and results of treatment. *Cancer* 26 : 368, 1970.
8. Shafter WG, Hine MK, et al : *Textbook of Oral Pathology*. 4th ed. pp248, W.B. Saunder Company.
9. Spiro RH, Hajde SI, Strong EW : Tumors of the submaxillary gland. *Am J Surg* 132 : 463, 1976.
10. Deane CE Jr, Meade FG : Mucoepidermoid carcinoma of a minor salivary gland : report of cases. *J Oral Surg* 26 : 194, 1968.
11. Spiro RH, Huvous AG, Berk R, Strong EW : Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. *Am J Surg* 136 : 461, 1978.
12. Thorvaldsson SE, Beahrs OH, Woolner LB, Simons JN : Nucoepidermoid tumors of the major salivary glands. *Am J Surg* 120 : 430, 1970.
13. Auclair PL, Goods RK, Ellis GL : Mucoepidermoid carcinoma of intraoral salivary glands : evaluation and application of grading criteria in 143 cases. *Cancer* 69 : 2021, 1992.
14. Clode AL, Fonseca I, Santos JR, Soares J : Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands : a reappraisal of the influence of tumor differentiation on prognosis. *J Surg Oncol* 46 : 100, 1991.
15. Bhaskar SN, Bernier JL : Mucoepidermoid tumors of major and minor salivary glands : clinical features, histology, variations, natural history, and results of treatment for 144 cases. *Cancer* 15 : 801, 1962.
16. Olsen KD, Devine KD, Weiland LH : Mucoepidermoid carcinoma of the oral cavity. *Otolaryngol Head Neck Surg* 89 : 791, 1981.
17. Nascimento AG, Amaral AL, Prado LA, Kligerman J, Silveira TR : Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands : a clinicopathologic study of 46 cases. *Head & Neck Surg* 8 : 409, 1986.