

경구개에 발생한 거대 다형성 선종 1례

을지의과대학교 을지병원 이비인후과교실

김용우 · 정용재 · 김희규

= Abstract =

A Case of Huge Pleomorphic Adenoma of Hard Palate

Yong Woo Kim, M.D., Yong Jae Jung, M.D., Hee Kyu Kim, M.D.

*Department of otolaryngology, Eulji Hospital,
College of Medicine, Eulji University, Seoul, Korea*

Pleomorphic adenoma, the most common of the benign salivary gland tumor, is called benign mixed tumor.

The tumor was first described by Kaltschmied in 1725 and clinically systematized by Billoth in 1859.

Most pleomorphic adenoma arise in major salivary glands. However, their development in minor salivary glands of the oral cavity, pharynx, paranasal sinuses, and in skin and lacrimal glands is well known. The palate is the most common site of origin of pleomorphic adenoma in minor salivary gland.

Recently the authors have experienced a case of the huge pleomorphic adenoma of the hard palate in a 70 years old woman.

This is the report of a case with review of literature.

Key Words : Pleomorphic adenoma, Minor salivary gland, Palate

I. 서론

타액선 종양은 전 두경부 종양의 약 3% 정도로 발생하는 비교적 낮은 빈도의 종양으로 알려져 있으며, 그 중 다형성 선종은 가장 흔한 양성

종양으로서 주로 이하선에서 가장 많이 발생하며 소타액선에서는 구개에 잘생기고, 병리 조직학적으로 상피조직과 간엽조직에서 기원하는 종양으로 알려져 있다.

다형성 선종의 치료로는 수술적 요법이 적용되

교신저자 : 김용우(Yong Woo Kim, M.D.)

139-711 서울특별시 노원구 하계동 280-1 을지 의과대학 노원을지병원 이비인후과학교실

Tel : 02) 970-8025, Fax : 02) 970-8275



Fig. 1. 오른쪽 경구개에서 연구개에 이르는 4×3.5×2.5cm의 종물로 축진상 견고 하였으며 축진시 가동성이나 통증은 없었다.

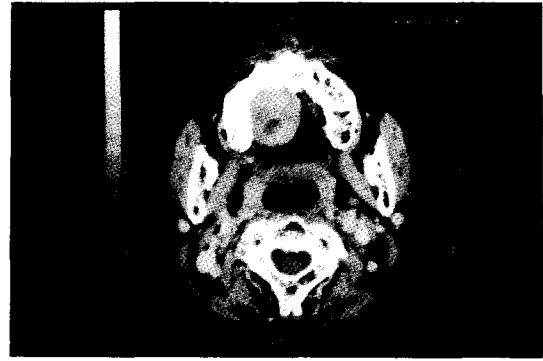


Fig. 2. 오른쪽 경구개를 거의 차지하는 3.3×3.0×2.0cm크기로 내부에 낭성변화에 의한 저음영의 부분이 존재하였다.

는데 종양의 단순적출술을 시행하였을 경우 보고자에 따라 0-70%²²⁾의 재발율을 보고하고 있고 또한 3-15%²³⁾에서 악성변화를 하는 것으로 알려져 있어 첫 수술에서 정확한 수술법이 요구된다고 하겠다.

저자들은 최근 70세의 여자에서 경구개의 거대다형성 선종 1례를 경험하였기에 문헌적 고찰과 함께 보고하는 바이다.

II. 증 례

환자 : 김○옥, 70세, 여자

초진일 : 1998년 1월 7일

주소 : 구개의 무통성 종물, 연하장애

과거력 및 가족력 : 특이 사항 없음.

현병력 : 환자는 8년전 쌀알만한 크기의 종물이 구개내 우연히 감지되었으나 불편한 증상없이 치료없이 생활하던중 약 6개월 전부터 갑자기 커지기 시작하며 연하장애를 일으키게 되어 내원하였다.

이학적 소견

전신 소견 : 나이에 대비하여 체격 조건이나 영양상태는 양호하였으며 경부임파절이나 종물은 촉진되지 않았고 타부위의 특기할만한 이상소견은 없었다.

국소 소견 : 오른쪽 경구개에서 연구개에 걸쳐 난원형의 종양으로 종양을 덮고있는 점막은 정상으로 관찰되었고 축진상 견고하였고 가동성과 축진시 통증은 없었다(Fig 1).

임상적 소견 : 백혈구 5,940, 혈색소 13.4, 혈액출혈시간 1분 30초, 혈액응고시간 3분 30초 및 흉부 X선검사서 특이할 소견은 없었다.

방사선 소견 : 오른쪽 경구개를 거의 차지하고 있는 3.3×3.0×2.0cm 크기의 경계가 분명한 등근 종물로 구강내로 돌출되어 있었다. 약간의 조영 증강이 되며 그 내부에 낭성변화에 의한 저음영의 부분이 존재하였다. 종물에 의해 인접한 경구개와 치조돌기에 미란이 관찰되었으며 주위 림프절이나 경부림프절은 커져있지 않았다(Fig 2).

수술 소견 : 98년 2월 23일 전신마취하에 Jennig's 개구기를 사용하여 경구적으로 종양을 적출하였다. 절개는 재발을 최소한으로 줄이기 위해서 종양주위에 0.5cm정도의 건강한 점막을 포함해서 넣었으며 경구개 골막과 함께 종양을 박리하고 연구개부위는 비인강 측점막의 손상없이 완전적출하였다.

병리학적 소견

술전세침흡인 세포검사 : 상피세포성피가 곳곳에 산재해 있었고 교원섬유성 결합조직이 이를 둘러싸고 있었으나 다형성 선종을 의심할만한 결정적인 간질 성분은 발견되지 않았다.

술후육안적 소견 : 절제된 종피의 크기는 4.0×3.0×2.3cm로 피막에 둘러싸여 있었으며 연황색의 과립상 조직으로 부분적으로 소엽을 형성하고 점액성 물질을 함유한 낭성 변화를 보이고 있었다(Fig 3).

술후현미경적 소견 : 대부분은 초자양 근상피

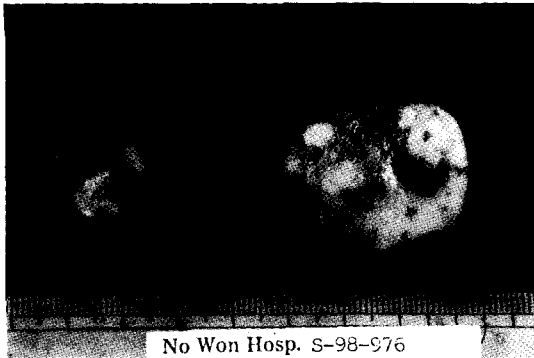


Fig. 3. 4.0×3.0×2.0cm 크기로 피막에 둘러싸여 있었으며 연황색의 과립상 조직으로 부분적으로 소엽을 형성하고 점액성 물질을 함유한 낭성변화를 보이고 있었다.

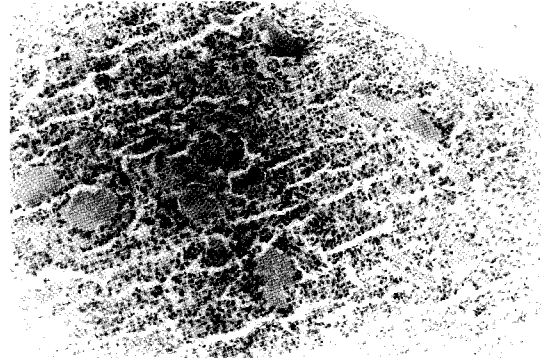


Fig. 4. 대부분 초자양 근상피 세포로 구성되어 있었으며 일부에서 선구조를 보이는 다형성선종의 전형적인 모습을 보이고 있다.

세포로 구성된 판상구조 혹은 위선양 구조를 형성하고 있어서 근상피종의 초자양형을 보였으나 일부에서는 선구조를 보이면서 성긴 부종성 간질을 보이는 전형적인 다형성 선종의 모습을 보여 주고 있었다(Fig 4).

III. 고 찰

타액선은 이하선, 악하선, 설하선을 포함하는 대타액선과 부비동을 포함한 전 상부 기관 식도에 분포하는 것으로 알려진 소타액선으로 구분되는데, 소타액선은 그 수가 600-1000 개에 이르고 구개부위에 가장 많은 것으로 보고되고 있으며 발생부위에 따라 다양한 임상 증상을 나타낼수 있다.

혼합종양이란 용어는 1752년 Kaltschmied¹⁶⁾가 처음 기술하였고 임상적으로 체계화한 것은 1859년 Biloth⁷⁾였다.

양성 혼합종양은 서서히 자라며 대개 주위조직과의 경계가 명확하고 조직학적으로 상피조직과 간엽조직에서 기원하는 종양으로 다양한 세포형태를 갖는 것이 특징이다.

호발부위는 Rauch²⁴⁾는 4,245례의 혼합종양중 대타액선에 92.5% 그 중 이하선에 84%, 악하선에 8%, 설하선에 0.5% 였고 소타액선에 6.5%였다고 보고하였고, Willis²⁹⁾에 의하면 이하선, 악하선 및 설하선에 발생하는 혼합종양의 비는 100 :

10 : 1이고 소타액선은 10이며 구개에 오는 혼합종양의 비는 소타액선의 반이라고 하였다. 한국에서는 오 등⁴⁾은 이하선 53.8%, 악하선 23.1%, 소타액선 23.1% 이였고 소타액선은 구개 15.4%, 부인두강 4.6% 구강, 비인강, 접형동이 각각 1.5% 이었으며 이 등⁵⁾은 18례중 구개에 발생한 것이 9례, 이하선이 6례 그 외 아하선 설근부, 대구치부 등이 각 1례였고, 박 등¹⁾은 76례중 이하선 65.8%, 악하선 13.2%, 소타액선 29%였고 소타액선은 구개 및 외측 경부가 각각 7.9%, 설하선, 구강저부, 성문하강, 이개전방연부조직이 각각 1.3%였다.

호발연령은 Hendrick¹⁴⁾과 Montreuil²¹⁾등은 20-40세, Taylor 및 Garcelon 등²⁸⁾은 30-40세, Robbins, G.F. 등²⁵⁾은 평균 35세로 보고하였으며 한국에서는 이 등⁵⁾은 21-40세가 50%로 가장 많았고 엄 등³⁾은 30대-50대에서 호발한다고 보고하였다.

성별을 보면 Montreuil 등²¹⁾, Robbins, G.F. 등²⁵⁾, Hendrick 등¹⁴⁾은 남녀 같은 비율로 하였고 Batsakis⁶⁾, Crocker 등⁹⁾은 여자가 많다고 보고하였다. 우리나라에서는 이 등⁵⁾이 1 : 2, 박 등¹⁾은 1 : 2.6, 양 등²⁾은 1 : 2.2, 엄 등³⁾은 1 : 1.8으로 여자에게서 많이 발생하는 것으로 보고하였다.

본 종양의 발생기원은 아직까지 논쟁의 여지가 많아 여러 가지 학설이 있다. 즉, Epithelial origin, Embryonic origin, Mesenchymal origin, Ecto-

mesodermal origin, Endothelial origin theory 등이 있으나 이중 Epithelial origin theory가 가장 많은 지지를 받고 있다¹²⁾.

혼합종양은 피포성 회색 탄력성 조직피로 피막으로 잘싸여져 있고 현미경상으로 보면 선관세포, 근상피세포, 증배엽세포들이 혼합되어 있고, 그 실질 역시 점액성, 연골성, 초자질성 조직, 드물게는 골성 조직까지 다양한 양상을 볼 수 있다.

임상적으로는 오랜시일을 두고 서서히 증식하는 종양으로 알려져 있으며 환자가 인식한 후 초진을 받게되는 기간은 MacFarland 등¹⁸⁾과 Cordrays⁸⁾는 7년, Robbins, G.F. 등²⁵⁾은 8.4년, Martin 등¹⁹⁾은 5년 이상이었으며 본 증례에서는 8년이였다. 또한 혼합종양의 성장속도는 일정하지 않으며 Robbins, G.F. 등은 38례중 27례는 서서히 커졌으나 11례에서는 수년간 변함없이 지나다가 갑자기 증가하기 시작했으며 특히 구개에 발생한 혼합종양은 저작과 연하장애가 주증상이었다고 한다.

본 종양의 진단 및 악성종양과의 감별진단은 CT, MRI 등이 있으며 종합적으로 판단함이 바람직하고, 세침흡인검사법은 근래에 소타액선 종양의 술전 진단법으로 많이 이용되고 있으며 정확도에 관하여 Frable 등¹¹⁾, Sismanis 등²⁶⁾은 75% 정도로 보고하고 Mavec 등²⁰⁾은 종양의 여부를 아는데 92%의 정확도가 있다고 보고하고 있다.

양성 혼합종은 피막으로 잘 싸여 있으나 미세 위축(Microscopic pseudopod)이 있고 방사선 저항성으로 단순 제거술만으로는 재발하기 쉬워서 Fee 등¹⁰⁾, Hanna 등¹³⁾은 혼합종 수술후 2-30%까지 보고하고 있으며, 수술후 10년 이상 경과후에도 재발되는 것으로 보고되는 바 있어 혼합종의 수술은 주위의 정상조직까지 포함하여 광범위하게 제거하는 것을 원칙으로 하고 있다. 적출시기에 대하여 MacFarland 등¹⁷⁾은 종양이 클수록 완전한 피막을 형성한다는데 근거를 두어 종양이 레몬크기만 할 때 적출하면 재발율이 적다고 하였다.

본 종양의 악성변화는 보고에따라 차이가 있으나 증례의 3-15%에서 발견되며, 악성전환의 증거로는 종양의 급속한 성장, 촉진시 종양면의 불

규칙한 변화, 종양의 괴사 및 동통성 괴양 등이 다²⁷⁾. 특히 절제된 부위내에서의 급속한 성장은 악성 혼합종(carcinoma ex pleomorphic adenoma)를 의심해야 한다. Johns 등¹⁵⁾은 양성혼합종의 악성 변형의 위험성은 종양의 유병기간에 따라 증가한다고 하며, 5년내는 1.6%, 15년이상 경과에는 9.4%의 악성 변형의 가능성을 보고했으며, 양성혼합종이 의심되면 후에 악성으로 변하는 것을 피하기 위하여 조기 수술을 권해야 한다고 한다. 본 증례에서도 경구개내 발생한 거대 다형성 선종을 경구를 통해 수술로써 완전히 적출하였다.

IV. 결 론

저자들은 최근 경구개에 발생한 소타액선의 거대 다형성 선종 1례를 체험하고 문헌적고찰을 해 보았다.

References

1. 박창식·정평귀·김천식 등: 이비인후과 영역에 발생한 양성혼합종의 임상적 고찰. 한이인지 36(3): 399-404, 1993
2. 양재수·서병국·강경화 등: 타액선종양에 관한 임상적 고찰. 한이인지 26(4): 828-833, 1983
3. 엄순길·정윤재·구재철 등: 이하선종양 42예에 대한 임상적 고찰. 한이인지 29(6): 834-840, 1986
4. 오경균·이국행·추무진 등: 타액선 양성 혼합종의 임상적 고찰. 한이인지 35(5): 632-639, 1992
5. 이병춘·주양자·이영민 등: 이비인후과 영역에 발생한 혼합종양. 한이인지 7(1): 75-77, 1964
6. Batsakis J: *Tumors of the Head and Neck. The William & Wilkins Company. Baltimore: 1-75, 1979*
7. Bilroth: *cited from 12)*
8. Cordray, D.P.: *Mixed Tumors of the region of the Head. Arch. Otolaryngol., 49: 631, 1949*
9. Crocker DJ, Cavalaris CJ & Finch R: *Int-raoral Minor salivary gland tumors. Oral*

- Surg* 29(1): 60-68, 1970
10. Fee We, Giffinet DR: Recurrent mixed tumors of the parotid gland: *results of surgical therapy, Laryngoscope* 88: 265-273, 1978
 11. Frable WJ: *Thin needle aspiration biopsy, Philadelphia, 1983 WB Saunders*
 12. Gavin, JF.: *Mixed tumors of salivary gland origin occurring in the palate. Arch Otolaryngol* 59: 204, 1954
 13. Hanna DC: *Management of recurrent salivary gland tumors. Am J Surg* 132: 453-458, 1976
 14. Hendrick JW, Ward GE & Lacy MM: *Salivary tissue neoplasm. Am J Surg* 81: 373, 1951
 15. Johns Me, Nachlas NN: *Salivary gland tumors. In Otolaryngology, Volume III, head and neck(ed. Paparella MM, et al), 3rd Ed. Philadelphia, WB Saunders Co, pp2099-2127, 1991*
 16. Kaltschmied: *cited from 14)*
 17. MacFarland, J.: *Three Hundred Mixed Tumors of Salivary Glands, of which 69 recurred. Surg., Gynec. & Obst.,* 63: 457, 1936
 18. MacFarland, J.: *The Mysterious Mixed Tumors of the Salivary Glands. Surg., Gyne. & Obst.,* 76: 23-34, 1943
 19. Martin, H.: *Tumors of the palate(Benign & Malignant). Arch Surg.,* 44: 599, 1942
 20. Mavec P, Eneroth CM, Franzen S: *Aspiration biopsy of salivary gland tumors. Acta Otolaryngol* 58: 471-484, 1964
 21. Montreuil, F.: *Mixed Tumor of the Palate. Otolaryngol.,* 67: 313, 1958
 22. Myssiorek D, Rauh CB & Hybels RL: *Recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland. Head & Neck* 12: 332-336, 1990
 23. Rankow RM & Poyes IM: *Diseases of the salivary glands 1st ed., Philadelphia, WB Saunders Company pp106-107, 1976*
 24. Rauch: *cited from 6)*
 25. Robbins, G.f.: *Tumors of Salivary Gland origin So-called Mixed Tumors. Surg.,* 14: 924-930, 1943
 26. Sismanis A, Merriam JM, Kline TS, et al: *Diagnosis of salivary gland tumors by fine needle aspiration biopsy. Head and Neck Surgery* 3: 482-485, 1987
 27. Spiro RH: *Salivary neoplasm, overview of a 35-years experience with 2807 patients, Head and Neck Surgery* 8: 177-184, 1986
 28. Taylor, G.W. & Garcelon, G.G.: *Tumors of Salivary gland origin. New England J. Med.,* 238: 766-768, 1948
 29. Willis: *cited from 12)*