

# Lingual Developmental Groove

단국대학교 치과대학 치과보존학교실 교수 홍찬의

## Q uestion

비교적 큰 치근단 병소와 협측 치은에 누공을 보이는 상악 우측 측절치에 대해 근관치료를 하였으나 증상이 전혀 호전되지 않아 치근단 절제술까지 시행한 결과, 초기에는 증상이 호전되는 듯 하였으나 재발하였습니다. 원인이 무엇인지요?

## A nswer

첫 번째로는 불완전한 치근단 절제술 및 역충전과정을 들 수 있습니다.

즉, 병소내 염증조직의 잔존유무, 치근단부 치근의 절제량, 역충전외동의 깊이 등이 지대한 영향을 미치게 됩니다. 비록 부적절하게 치근단 절제술을 시행하였더라도 수술시 많은 자극원을 제거하였기 때문에 초기에는 치유과정이 일어납니다. 그러나 병소내와 치근주위에 부착되어 있는 염증조직을 완전히 제거하지 않은 경우에는 이것들이 자극원으로 작용하여 재발할 수 있습니다. 한편 치근단 부분에는 부근관의 발생빈도가 높습니다. 치근단에 부근관이 존재하는 경우 근관내의 잔존 자극원들이 이곳을 통하여 치근단 주위조직으로 빠져나와 재발을 야기할 수 있습니다. 이러한 부근관을 통한 누출을 방지하기 위해 치근단 절제시 최소한 3 mm정도를 절제하고 다시 역충전 외동을 3 mm정도 형성하고 충전하게 되면 대부분 부근관이 제거되거나 부근관에 의한 누출을 방지할 수 있습니다.

두 번째로는 lingual developmental groove(이하 lingual groove)나 수직치근파절을 들 수 있습니다.

상악 전치의 경우 간혹 설측에 lingual groove가 존재하는 경우가 있습니다만 간과하는 경우가 많고 crown이 되어 있는 경우에는 발견하기도 어렵습니다. 특히 누공이 협측 치은에 존재하는 경우는 더욱 간과하기 쉽습니다. 누공이 협측에 있는 경우에는 협측에서만 원인을 찾으려 하고 설측은 잘 살피지 않는 경향이 있기 때문입니다. 그러나 누공의 발생위치는 해당치아의 치근침이 어느 쪽에 가까우나에 따라 좌우되기 때문에 누공의 위치와 원인부가 항상 일치하지는 않습니

다. 정상치아의 경우는 lingual groove가 있어도 별다른 문제가 야기되지 않으나 비교적 큰 치근단 병소를 동반한 경우에는 점차 치근단부쪽에서 치경부로 lingual groove 주변의 골조직이 파괴되어 치근단 병소와 구강내가 개통되게 됩니다. 따라서 이러한 경우 아무리 근관치료를 잘하고 치근단 절제 및 역충전과정을 잘 하였다 하더라도 구강내의 자극원들이 lingual groove를 통하여 치근단 병소내로 지속적으로 침투하

기 때문에 실패할 수 밖에 없습니다(그림 1-4 참조). 이러한 문제점을 해결하기 위해 여러 가지 재료로 lingual groove를 메워보기도 하고 lingual groove를 갈아 없애보기도 하지만 만족할만한 결과를 얻지 못하고 결국 대부분 발치하게 됩니다. 따라서 비교적 큰 치근단 병소를 가진 상악 전치부에 대한 근관치료를 시행하는 경우 설측을 반드시 살펴보고 probing 해보는 것이 치료계획을 세우는데 많은 도움이 됩니다.



그림 1. 치료전 사진으로 이미 타병원에서 치근단 절제술을 받았으나 협축치은에 누공을 보임. 근관충전이 불완전하고 치근단 역충전이 되어있지 않아 실패한 것으로 진단하여 치근단 역충전하기로 치료계획을 세움.

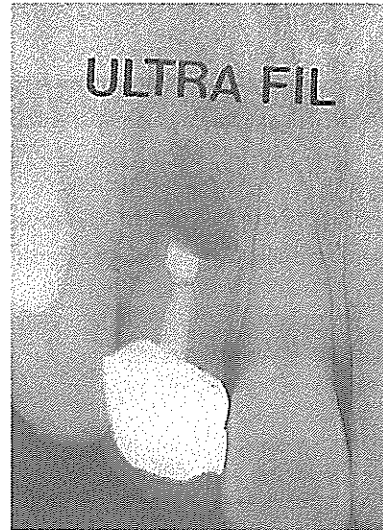


그림 2. 치근단 역충전을 시행하였음. 시술후 증상 및 협축 누공이 소실되었음.

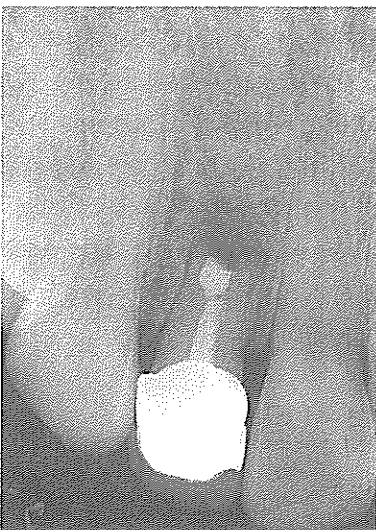


그림 3. 2개월 후의 사진으로 증상이 재발하였고, 설축치은열 구에서 고름이 나옴.

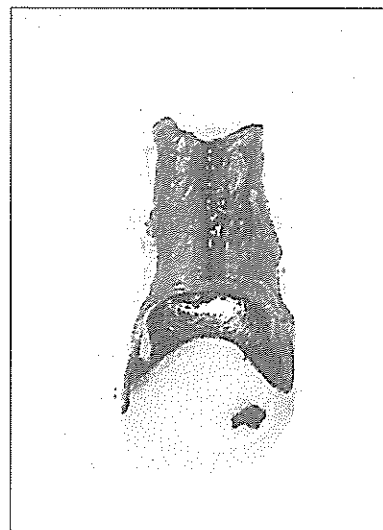


그림 4. 발거한 사진으로 lingual groove가 존재함