

단방성 법랑아세포종의 보존적 수술에 관한 증례보고 및 문헌고찰

신민영 · 이혁기 · 최제원 · 신성수 · 박양호 · 박준우

한림대학교 의과대학 구강악안면외과학교실

Abstract (J. Kor. Oral Maxillofac. Surg. 2005;31:70-73)

LITERATURE REVIEW & CASE REPORT : THE CONSERVATIVE TREATMENT OF UNICYSTIC AMELOBLASTOMA

Min-Young Shin, Hyuk-Kee Lee, Je-Won Choi, Sung-Soo Shin, Yang-Ho Park, Jun-Woo Park

Dept. of Oral & Maxillofacial Surgery, College of Medicine, Hallym University

An Ameloblastoma is one of the most common odontogenic tumors. The treatment of ameloblastoma has been controversial because of this disease entity as a slow-growing, locally invasive tumor with high rate of recurrence.

Recurrence rate of ameloblastoma are reported 15% to 25% after radical treatment and 75% to 90% after conservative treatment.

On the other hand, Robinson and Gardner reported that the recurrence rate after conservative treatment of unicystic ameloblastoma was lower than those of multicystic or solid lesion.

In this report, what we want to show is to review the articles to find out pros and cons of conservative treatment of ameloblastoma. In addition we would like to discuss which requires conservative treatment or radical treatment are more acceptable through our case report.

Key words : Unicystic ameloblastoma, Conservative treatment

I. 서 론

법랑아세포종은 치아발생기에 생긴 잔존상피성분에서 발생한 양성종양으로 종양은 천천히 자라며 부분적으로는 공격적인 성향을 가지고 높은 재발을 보인다. 일반적으로 분절골절제술후의 재발율은 15~25%이며 보존적 치료 후의 재발율은 75~90%로 보고되고 있다¹⁻³⁾. 그러므로 악성종양의 치료와 같이 분절절제가 법랑아세포종에서도 흔히 추천된다. 반면 Robinson, Martinez⁴⁾, Gardner, Corio⁵⁾ 등은 단방성의 법랑아세포종은 다방성 또는 충실형보다 보존적 수술 후의 재발률이 적다는 것을 보고하였고 이는 절제술을 통한 근치적 수술보다 환자에게 있어서 심미적이나 기능적으로 많은 장점을 가지고 있다.

최근 법랑아세포종의 치료방법에 관하여 보존적 수술과 근

치적 수술간의 비교연구가 많이 보고되고 있으며 법랑아세포종의 방사선사진소견, 크기와 위치, 환자의 나이, 전신상태 등을 고려하여 수술을 시행하고 있다.

우리는 단방성법랑아세포종에서 보존적 수술을 통하여 종양의 크기를 줄이고 후의 수술의 범위를 줄이는 것에 관하여 문헌고찰과 함께 증례를 보고하고자 한다.

II. 증례보고

증례 1 (Fig. 1~4)

12세 여자환자로 2002년 3월 하악 전치부의 약간의 종창을 주소로 타원에서 낭종이 의심되어 본원에 의뢰되었다. 과거병력이나 내원 시 특이할 자발적 증상은 보이지 않았다. 초진시 구강의 소견으로 특이할 소견은 없었으며 구강내 소견으로 하악 전치부의 협측부로 치은 종창을 보이고 있었다. 하악 좌, 우 중, 측절치의 2도의 동요와 전기치수검사에서 음성반응을 보였다. 방사선학 소견으로 파노라마상 하악 우측 제2소구치에서 좌측 제1소구치부까지의 경계가 명확한 방사선 투과상 병변이 관찰되었고 하악 좌, 우 중, 측절치의 변위와 치근흡수가 관찰 되었다. CT소견으로 최대 5cm의 장경의 mass가 관찰되고

신민영

134-701, 서울시 강동구 길동445

한림대학교 강동성심병원 치과/구강외과

Min-Young Shin

Dept. of OMFS, KangDong Sacred Heart Hospital, Hallym University,

445, Gil-Dong, Gang-Dong Gu, Seoul, 134-701, Korea

Tel : 82-2-2224-2332 Fax : 82-2-483-9647

E-mail : Shimminyong@hanmail.net

이는 균일한 방사선투과를 보이고 내부에 불투과성은 보이지 않았다. Mass의 전방벽은 심한 erosion을 보이고 후방벽에도 일부 erosion을 보이고 있으며 피질골의 천공은 보이지 않았다.

임상, 방사선학적, 술전 생검결과 단방성의 범랑아세포종으로 진단되었으며 환자의 나이와 단방성 범랑아세포종의 성질을 고려하여 2002년 4월 전신마취하에 조대술을 시행하였다. 술 후 2일째 하악 좌, 우 중, 측절치의 근관치료를 시행하였고 입원 일주일간 항생제를 정주하였다. 특이할 합병증 없이 퇴원 후 격일로 외래로 내원하여 소독을 시행하며 방사선검사로 크기의 감소를 확인하였다. 2003년 4월 방사선검사로 크기의 감소를 확인하였고 환자 또한 자발통증이 없었으나 조직절제검사 상 편평세포암종으로 진단되어 모치과대학 구강의과로 의뢰하였고 현재 특별한 수술 없이 주기적인 관찰만 하고 있다.

증례 2 (Fig. 5~10)

21세 남자환자로 2004년 2월 하악 좌측 구치부의 종창과 동통을 주소로 본원에 내원하였다. 초진시 구강의 소견은 하악 좌측 우각부의 종창과 경결감을 보이고 있으며 구강내 소견으로 하악 좌측 구치부의 치은종창과 누공형성, 농양이 관찰되었다. 파노라마상 5×7cm의 경계가 명확한 방사선 투과상 병변이 관찰되었고 하악 좌측 제1,2 대구치의 치근흡수와 제3대구치의 병변내로의 변위가 관찰되었다. CT소견으로 하악 우각부의 피질골의 천공은 보이지 않았다.

임상, 방사선학적, 술전 생검결과 단방성의 범랑아세포종으로 진단되었으며 2004년 2월 조대술을 시행하고 지속적인 소독을 시행하였고 3개월 뒤 큰 크기변화는 없었고 2차로 좌측 하악 2대구치의 발치및 적출술을 시행하였다. 현재 주기적인 소독 및 관찰을 하고 있으며 큰 변화가 관찰되고 있지 않다.



Fig. 1. The large-sized Ameloblastoma on mandible symphysis area

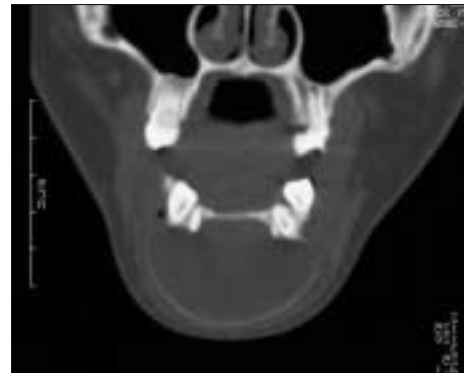


Fig. 2. Cortical plate is expanded



Fig. 3. Follow-up after 6month

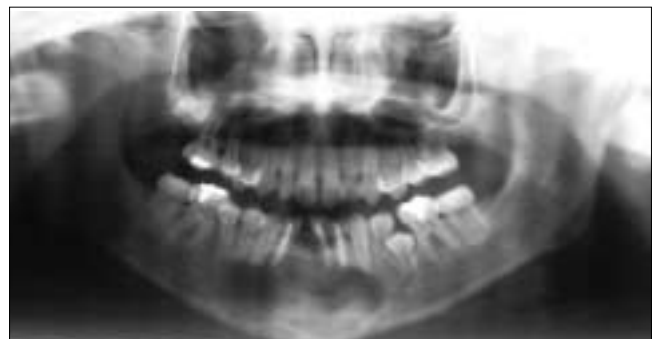


Fig. 4. Follow-up after 12month

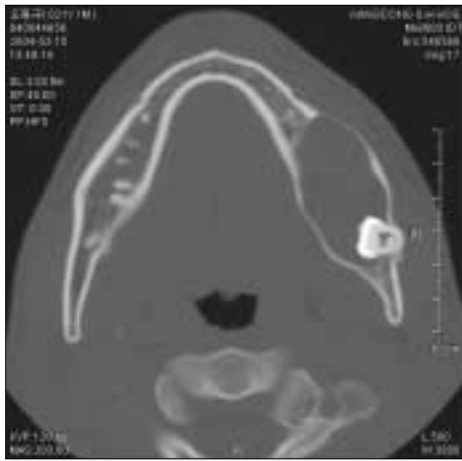


Fig. 5. Preoperative CT view

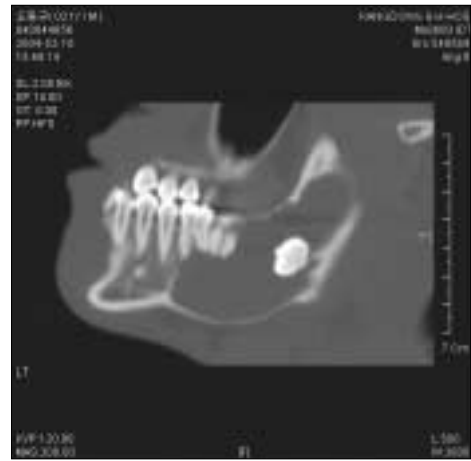


Fig. 6. Cortical plate is expanded



Fig. 7. 1st operative X-ray view



Fig. 8. 2nd operative X-ray view



Fig. 9. After marsupialization

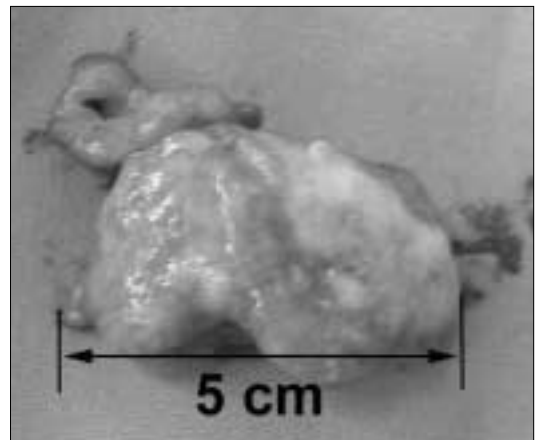


Fig. 10. Resected mass

Ⅲ. 고 찰

법랑아세포종은 악골에서 발생하는 비교적 드문 종양으로 세포학적으로는 양성이지만 부분적으로 공격적인 침윤성장을 하며 아주 드물게 악성으로 전이하는 형태를 하고 있다.

이는 임상적, 방사선상의 진단과 치료방법 에후에 따라 3가지로 분류⁶⁾되는데 1. 전형적 충실형, 다방성 법랑아세포종(conventional solid, multicystic)(전체 86%) 2. 단방성 법랑아세포종(unicystic)(전체 13%) 3. 주변성(골외) 법랑아세포종(peripheral, extraosseous)(전체 1%) 이 중 전체 13%를 차지하는 단방성 법랑아세포종은 젊은 환자에 흔하게 나타나며 증상없이 악골의 팽윤을 보이는 것이 특징이다. 주로 맹출되지 않은 하악의 제3대구치의 치관을 포함하여 원형의 방사선 투과상을 보이며 이는 함치성 낭종과 유사하여 감별진단이 필요하다.

법랑아세포종의 치료방법⁷⁻¹⁰⁾에는 많은 논란이 있으나 크게 조대술(marsupialization), 소파술(curettage), 적출술(enucleation)의 보존적 수술방법과 변연절제술(marginal resection), 분절골절제술(segmental resection), 편측악골절제술(hemisection)의 근치적 수술방법으로 나뉘며 그 외 방사선치료, 냉동외과술(cryosurgery)이 있으나 이는 주로 외과적수술과 병행하여 시술하고 어떤 치료에도 재발율은 높은 것으로 나타난다. 악골의 광범위한 절제는 법랑아세포종의 가장 추천되는 치료법이나 이는 환자에게 안모변형, 저작 장애, 비정상적인 악골운동 등 심각한 합병증을 준다.

Shatkin¹⁾과 Hoffmeister²⁾는 병소의 적출과 소파술만으로 치료한 경우 86%, 악골절제술을 시행한 경우 14%만이 재발율로 법랑아세포종의 수술시에는 주위의 정상조직을 0.5~1.0cm 범위로 포함시켜 절제해야한다고 보고하였고 Mehlisch³⁾등도 90%의 재발율을 보고하면서 5cm이상의 큰 종양은 악골절제를 3cm 이하의 크기에서는 적출술도 가능하며 어떤 경우에도 소파술은 금하였다.

반면 Gardner⁹⁾등은 다방성, 충실형 법랑아세포종은 인접조직에 공격적인 침윤경향을 보이는 것과 다르게 단방성 법랑아세포종은 낭종의 섬유성 낭으로 잘 분리되어 적출, 소파술 등의 보존적 수술에서 재발율이 11%라고 보고하였다. 또한 Eversole¹¹⁾ 등은 18%, Olaitan과 Adekeye¹²⁾는 18.2%의 재발율을 보고하였다. 최근 Nakamura¹³⁾등은 단방성 법랑아세포종에서 조대술은 악골의 광범위한 절제를 피할 수 있어 첫 번째로 고려되어야 한다고 하였고 조대술시 주의할 사항을 보고하였다. 1. 개창형성시 낭내 격벽이나 낭내 종괴들을 완전히 제거해야하고(그렇지 않으면 이들이 잠재적인 성장을 함) 2. 엄격한 술 후 점

검을 충실히 하여 종의 크기가 줄지 않거나 커질 경우 즉시 다른 치료를 해야 하며 3. 조대술 후 낭의 크기감소 후 충분한 절제나 적출을 시행해야한다.

본 두 증례에서는 크기가 5cm 이상의 큰 종양임에도 술 전 절제생검시 단방성 법랑아세포종으로 진단되고 방사선 검사상 피질골의 천공이 되지 않았고 연조직으로의 침윤이 보이지 않았으며 젊은 환자의 나이를 고려하여 보존적 수술을 시행하였다. 비록 첫 번째 증례에서는 편평세포암종으로 전이되었으나 두 번째 증례에서는 주기적인 관찰을 통해 환자에게 심미적 결손과 저작의 기능적 부전을 피하고 심리적으로 부담을 덜어 줌으로써 적절한 치료가 되었다고 판단된다.

Ⅳ. 결 론

우리는 두 명의 단방성 법랑아세포종을 가진 젊은 환자에서 근치적수술이 아닌 조대술과, 적출술을 통하여 비록 완벽한 결과는 얻지 못했으나 주기적인 관찰을 통하여 환자에게 안모 변형이나 저작장애 등의 큰 합병증을 줄일 수 있었다.

참고문헌

1. Shatkin S, Hoffmeister FS: Ameloblastoma: a rational approach to therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1965;20:421-435.
2. Mehlisch DR, Dahlin DC, Masson JK: Ameloblastoma: a clinicopathologic report. *J Oral Surg* 1972;30:9-22.
3. Sehdev MK, Huvos AG, Strong EW, Gerold FP, Willis GW: Ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer* 1974;33:324-333.
4. Robinson L, Martinez MG: Unicystic ameloblastoma : a prognostically distinct entity. *Cancer* 1977;40:2278-2285.
5. Gardner DG, Corio RL: Plexiform unicystic ameloblastoma. A variant of ameloblastoma with a low-recurrence rate after enucleation. *Cancer* 1984;53:1730-1735.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE: *Oral & maxillofacial pathology* 2nd edition. 611-619
7. Gardner DG: The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principle. *Cancer* 1980;46:2514-2519.
8. Crawley WA, Levin LS: Treatment of the ameloblastoma. A controversy. *Cancer* 1978;42:357-363
9. Muller H, Slootweg PJ: The ameloblastoma, the controversial approach to therapy. *J Maxillofac Surg* 1985;13:79-84.
10. Williams TP: Management of ameloblastoma: A changing perspective. *J Oral Surg* 1993;51:1064-1070
11. Eversole LR, Leider AS, Strub D: Radiographic characteristic of cystogenic ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984;57:572-577.
12. Olaitan AA, Adekeye EO: Unicystic ameloblastoma of the mandible: A long-term follow-up. *J oral Maxillofac Surg* 1997;55:345-348.
13. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T: Comparison of long-term result between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2002;93:13-20.