

하악에 발생한 과잉치의 치험례

박정아 · 양규호 · 최남기 · 김선미 · 장희숙

전남대학교 치과대학 소아치과학교실 및 치의학 연구소

국문초록

과잉치는 정상치판(dental lamina)의 과도한 증식의 결과로 발생되어, 가족적 성향을 보이며, 쇄골두개이형성(Cleidocranial dysplasia), Gardner 증후군 등의 여러 질환과 관련되어 나타나기도 한다. 그 빈도는 유치열에서 0.3~0.8%, 영구치열에서 1.0~3.5% 이고, 남성에서 호발되며(2 : 1), 상악에서 더 많이 발생한다(9 : 1).

상악에서는 mesiodens라고 불리는 중절치 사이의 위치가 가장 흔한 부위이고, 그 다음은 fourth molar와 측절치 부위이다. 하악에서는 소구치 부위가 가장 흔한 부위이고 전치부위에서는 약 2%로 매우 드물게 발생한다.

과잉치의 만기 잔존은 치간 이개, 인접한 치아의 맹출 장애, 치근 흡수 등을 야기하고 과잉치와 관련되어 함치성 낭종이 발생할 수 있으므로 조기진단과 적절한 치료가 중요하다.

본 두 증례는 비교적 드물게 나타나는 하악에 발생한 과잉치로, 하악 전치부와 소구치부에 발생한 과잉치를 발거하고 교정 치료를 시행하여 양호한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

주요어 : 과잉치, 하악 전치, 하악소구치

I. 서 론

과잉치란 정상치열과 비교했을 때 치아의 수가 과도한 경우로 정의된다^{1,2)}.

병인론으로는 치판(dental lamina)의 과활성이 가장 널리 받아들여지는 이론이며³⁾ 쇄골두개 이형성증(Cleidocranial dysostosis)이나 가드너 증후군(Gardner's syndrome)과 같은 전신질환과 관련되어 나타나기도 한다. Milhon과 Stafne의 보고에 의하면 구순구개열에서도 28%에서 과잉치를 보인다³⁾.

유치열에서 0.3~0.8%, 영구치열에서는 1.0~3.5% 발생되는 것으로 보고되며, 남성에서 여성에 비해 2 : 1로 더 호발하고 상악에서 하악에 비해 9 : 1로 더 호발한다⁴⁾. 상악 중절치 사이에 위치하는 상악 정중 과잉치(mesiodens)가 가장 흔하

며, 그 다음으로 상악 제4대구치, 하악 소구치, 상악 측절치이며^{2,5)} 하악 전치부에서는 2%로 가장 낮은 빈도를 보인다⁶⁾.

과잉치는 특이한 임상적, 병리학적 소견을 나타내지 않을 수도 있으나 혼합치열기 및 영구치열기의 아동에서 인접 영구치의 맹출 지연, 회전, 전위 등과 총생, 정중이개, 비강내 맹출, 낭종형성 등의 병발증을 야기할 수 있으므로⁷⁻¹⁰⁾ 이에 따라 처치의 시기 및 처치 방법의 변화가 필요하다.

본 두 증례는 파노라마 방사선 사진 촬영 결과 비교적 드물게 발생하는 하악 전치부와 소구치부에 발생한 과잉치를 가진 경우로, 각각의 과잉치를 발거하고 교정 치료를 통해 양호한 배열을 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 증례보고

증례 1

7세 여아가 과잉치를 주소로 전남대학교 병원 소아치과에 내원하였다. 전신질환과 특별한 치과병력은 없었다.

초진시 하악 좌측 유측절치와 유전치의 융합치 소견을 보였

교신저자 : 양규호

광주광역시 동구 학동 8번지
전남대학교병원 소아치과학교실

Tel : 062-220-5476

E-mail : helloworld@hanmail.net

으며 파노라마와 치근단 방사선 사진을 통한 방사선학적 검사 결과 하악 좌측 측절치의 원심측에 과잉치가 관찰되었다(Fig. 1, 2).

부가적인 외상을 피하기 위해 융합치와 함께 과잉치를 발거

하고 한달 후 원심 변위된 하악 좌측 측절치의 고른 배열과 하악 좌측 견치의 맹출공간 확보를 위하여 space regainer를 장착해주었다. 24개월 후 하악 전치부 4 절치가 고르게 맹출되었다(Fig. 3).

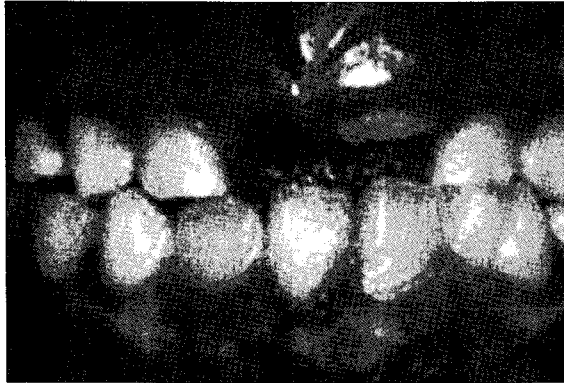


Fig. 1. Initial intraoral view.



Fig. 2. Initial panoramic view and periapical view.



Fig. 3. 24 months after extraction.

증례 2

5세 여아가 치아우식증을 주소로 전남대학교병원 소아치과에 내원하였고, 특별한 전신질환은 없었다.

임상검사 결과 하악 우측 제1유구치와 하악 우측 제2유구치 사이에 공간이 관찰되며, 파노라마와 치근단 방사선 사진을 통한 방사선학적 검사 결과 하악 우측 제1유구치와 하악 우측 제

2유구치 사이에 과잉치가 관찰되었다(Fig. 4, 5).

과잉치로 인한 하악 우측 제1유구치 치근의 흡수로 예후가 불량하였으므로 이를 과잉치와 함께 발거하였고, 하악 제1유구치의 공간 소실 방지를 위해 Band & Loop를 장착해 주었다(Fig. 2). 24개월 후 하악 제1유구치의 공간 소실 없이 잘 유지되고 있다(Fig. 6).

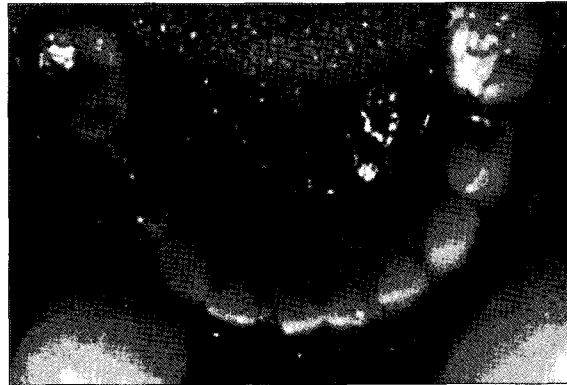


Fig. 4. Initial intraoral view.

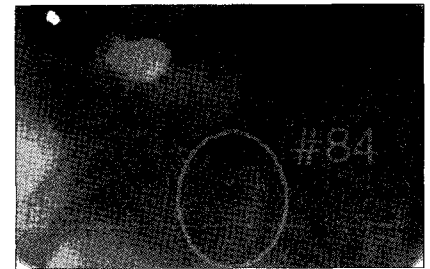


Fig. 5. Initial panoramic view and periapical view.



Fig. 6. 24 months after extraction.

Ⅲ. 총괄 및 고찰

과잉치는 유치와 영구치열에서 자주 발견된다. 대부분의 과잉 유치는 무증상이며, 양호한 치열궁 배열로 맹출한다¹¹⁾. 영구치열에서 과잉치는 종종 맹출의 경로나 순서가 붕괴된다.

과잉치는 대부분 상악 전치부에 위치하고 그 다음으로 상악 구치부에 호발한다. 하악에서는 소구치 부위가 흔하며 전치부에서 과잉치의 발생은 매우 드물다. 1932년 Stafne은 48,550명의 환자의 전악 방사선 조사를 통해 총 500개의 과잉치를 연구하여, 하악 전치부에서 2%, 하악 소구치에서 7%가 발생함을 보고하였다⁶⁾. 과잉치의 수는 일반적으로 하나이며 과잉치가 맹출하는 경우는 많지 않다¹²⁾.

과잉치는 조기진단이 중요한데, 과잉치의 만기잔존은 치간이개(diastema), 인접한 치아의 맹출 장애, 치관의 형이상과 치근 흡수 등을 야기한다. 또한 과잉치와 관련되어 합치성 낭종이 발생할 수 있다. 이와 같은 합병증이 발견되거나 방사선학적, 임상적 검사에서 합병증이 예상된다면 외과적으로 제거해야 하지만 그 시기에 대해서는 많은 논란이 되어왔다. 미맹출한 과잉치의 발거는 인접 구조를 손상시킬 염려가 있으므로 제거할 것인지 계속 지켜볼 것인지를 결정해야 한다. 여기에는 두 가지의 기본적인 주류가 있다. 발견한 즉시 제거하는 immediate intervention과 인접치의 치근형성이 완성된 후에 해야 한다는 delayed intervention인데, 대개 즉시 제거가 선호된다. 이는 영구치의 자연 맹출을 유도하고 전치부의 공간상실, 정중선 변이, 과도한 외과적 교정적 치료를 방지하기 위함이다¹³⁻¹⁵⁾.

그러나 어린이의 행동조절, 외과적 시술에 따른 치배 손상, 과잉치의 맹출 가능성, 발거 전후의 치열변화 등을 고려하여 발거시기를 신중히 결정해야 한다.

하악에 발생하는 과잉치는 정상 크기와 정상 형태를 가지고 있어 정상적인 치아와 구분이 어려우나, 대부분의 과잉치는 그 부위의 정상 치아보다 늦게 발육이 시작되는 경향이 있으며⁶⁾, 맹출 경로가 비정상적이므로 이를 고려하여 구별한다.

첫 번째 증례는 후속 영구치의 결손이 대부분인 쌍생치 아래 과잉치가 존재하는 드문 경우로 부가적인 외상을 피하기 위해 쌍생치와 함께 과잉치를 발거하고 space regainer를 장착하여 하악 전치부의 고른 배열을 얻었다.

두 번째 증례에서는 과잉치의 병발증인 유치의 치근 흡수에 후유가 불량하여, 유치와 함께 과잉치를 발거하고 Band & Loop를 장착하여 발치한 유구치의 공간소실을 방지하였다.

Ⅳ. 요약

과잉치는 정상치판(dental lamina)의 과도한 증식으로 발생하며 주로 상악 전치부에서 많이 관찰된다. 하악에서는 소구치 부위가 흔하게 발생되며 전치부에서는 매우 드물게 발생한다.

본 두 증례는 혼합 치열기에 비교적 드물게 나타나는 하악 전

치부와 소구치부에 과잉치가 발생한 경우로 발치와 교정치료를 통해 양호한 치아 배열을 얻었으며 주기적인 관찰을 통해 추가적인 교정치료를 계획하고 있다.

참고문헌

1. Primosch RE : Anterior supernumerary teeth—assessment and surgical intervention in children. *Pediatr dent*, 3:204-215, 1981.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. : *Oral & Maxillofacial Pathology*. Philadelphia, PA, W. B. Saunders Co, 61-64, 1995.
3. Milhon JA, Stafne EC : Incidence of supernumerary and congenitally missing lateral incisor teeth in 81 cases of harelip and cleft palate. *Am J Orthod*, 37:599-604, 1941.
4. 대한소아치과학회 : 소아청소년치과학. *신홍인터내셔널*, 72, 1999.
5. Shafer WG, Hine MK, Levy BM : *A Text book of Oral Pathology*. 4th ed. Philadelphia, PA, W. B. Saunders Co, 47-50, 1983.
6. Stafne EC : Supernumerary teeth. *Dent cosmos*, 74:653, 1932.
7. Goaz PW, Shite SC : *Oral radiology*. 2th ed. St. Louis, the C.V Mosby Co, 421-425, 1987.
8. Natri AL, Smith AC : The nasal tooth. Case report. *Aust Dent J*, 41:176-177, 1996.
9. Kobei GS : Ectopic supernumerary tooth in the nasal cavity. *J Laryngol Otol*, 84:537-638, 1970.
10. Cangialogy TJ : Management of a maxillary central incisor impacted by a supernumerary tooth. *J Am Dent Assoc*, 105:812-814, 1982.
11. Tremouth MJ, Bedi R : Supernumerary primary first molar and first premolar : Clinical report. *Pediatr Dent*, 5:213-216, 1983.
12. Tanaka S, Murakami Y, Fukami M, et al. : A rare case of bilateral supernumerary teeth in the mandible incisors. *Br Dent J Oct*, 185, 8:386-388, 1998.
13. Nazif MM, Ruffalo RC, Zullo T : Impacted supernumerary teeth : a survey of 50 cases. *J Am Dent Assoc*, 106:201-204, 1983.
14. Munns D : Unerupted incisors. *Br J Orthod*, 8:39-42, 1981.
15. Barren MV : Surgical treatment of an unerupted supernumerary tooth attached to an unerupted permanent incisor. *Pediatr Dent*, 5:83-84, 1983.

Abstract

A CASE OF SUPERNUMERARY TEETH IN THE MANDIBULAR INCISOR REGION :
A CASE REPORT

Jung-Ah Park, Kyu-Ho Yang, Nam-Ki Choi, Seon-Mi Kim, Hee-Suk Jang

*Department of Pediatric Dentistry, College of Dentistry, Chonnam National University
Dental Research Institute*

Supernumerary tooth was resulted from excessive proliferation of dental lamina and associated with familial tendency and a congenital syndrome such as Cleidocranial dysostosis or Gardner's syndrome.

Incidence reports identify a range of 0.3~0.8% in primary dentition, 1.0~3.5% in permanent dentition with males being affected twice as frequently as females, maxilla nine times as frequently as mandible. The most common supernumerary tooth is the mesiodens, which located between the maxillary central incisors, and the next common site is the fourth molar and lateral incisors.

Supernumerary teeth are uncommon in the mandible, but premolars are the most common supernumerary teeth and occurrence is very rare in the incisor region of the mandible and the incidence is 2%.

We need a early diagnosis and appropriate treatment plan because of possibility of diastema and eruption failure displacement, rotation of the associated permanent teeth, root resorption and dentigerous cyst with presence of the supernumerary teeth.

In this two case, one supernumerary tooth located in the mandibular incisor region, the other supernumerary tooth located in premolar region. We could get normal alignment of mandibular dentition by extraction and orthodontic treatment.

Key words : Supernumerary teeth, Mandibular incisor, Mandibular premolar