하악골에 발생한 치성점액종: 증례보고

한광흥 · 윤규호 · 정정권 · 배정호 · 장정용 · 유명수
인제대학교 의과대학 상계백병원 구강악안면외과학교실

Abstract

ODONTOGENIC MYXOMA OF THE MANDIBLE: REPORT OF A CASE

Kwang-Heung Han, Kyu-Ho Yoon, Jung-Kwon Jung, Jung-Ho Bae,
Jung-Yong Jang, Myung-Soo You
Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Sanggye Paik Hospital, College of Medicine, Inje University

Odontogenic myxoma is a benign neoplasm composed of a uniform myxoid appearance that is believed to arise from the primitive mesenchymal portion of the tooth germ. It appears as painless swelling, but it should be distinguished from cystic lesion or other benign tumor. Although odontogenic myxoma is benign, its behavior is known to be aggressive and infiltrative, so thorough curettage and enucleation is necessary.

We report a case of odontogenic myxoma of the mandible observed in our clinic with good prognosis after enucleation was done.

Key words : Odontogenic myxoma, Mandible

Ⅰ. 서 론

치성 점액종은 균질한 점액성 양상을 보이는 양성종양으로 치배의 원시, 중간엽성 조직에서 기원하는 것으로 알려져 있다[1]. 천천히 자라며 국소적으로 침습적이고 파괴적이며 팽창성으로 증식하는 종양으로서 전이는 하지 않는다[2]. 흔히 10대에서 30대에 걸쳐 나타나며 여성에서 약간 호발하는 것으로 알려져 있다[2,3]. 호발부위는 상악보다는 하악골에서 약간 더 빈번하며 구치부위에 많이 발생한다[3]. 감별해야 할 질환으로는 cyst, Ameloblastoma, fibrous dysplasia 등이 있다[1,4,5].

본 교실에서는 하악 치은에 발생한 종창을 주소로 내원한 환자를 조직 생검 및 외과적 절제술을 시행한 후 현재까지 재발의 소견을 보이지 않는 양호한 결과를 체험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증례보고

36세 여환이 2002년 8월 9일 좌측 하악골 부위의 종창을 주소로 내원하였다.

전신병력, 가족력 및 혈액검사, 뇨 검사 등을 포함한 모든 이학적 검사에서 특이할 만한 사항은 없었다.

임상 검사상 하악 좌측 소구치부 협측의 무통성 종창이 보였으며 종창은 단단하며 흡인검사 결과 낭종액 등의 검출은 없었고 인접치는 생활력을 유지하고 있었으며 지각마비 등의 증상은 보이지 않았다.

방사선학적 검사 상 경계가 잘 지어진 직경 2cm가량의 방사선 투과성 병소가 보였으며 인접한 #33,34 치아의 치근 변위가 관찰되었다(Fig. 1). 환자는 2002년 8월 9일 임상검사 및 방사선 촬영 후 Ameloblastoma 혹은 Neurilemomma로 잠정 진단하에 2002년 8월 14일 입원 후 국소마취 하 종양 적출술 및 소파술을 시행하였다.

수술중 치은판막 거상시 종물 팽창에 의한 협측골 파괴가 관찰되었으며(Fig. 2) 적출된 종물은 피막화가 잘 되어 있어 광범위한 절제술은 시행하지 않고 추적조사하기로 하였다(Fig. 3, 4).

조직병리학적 검사 결과 100배 확대상에서 성상세포들이 균질한 점액성 기질속에 배열되어 있는 것을 볼 수 있었으며(Fig. 5) 400배 확대상에서 성상세포들은 섬유모세포와 유사하며 돌기들을 가지고 있는 것을 관찰할 수 있었다(Fig. 6).

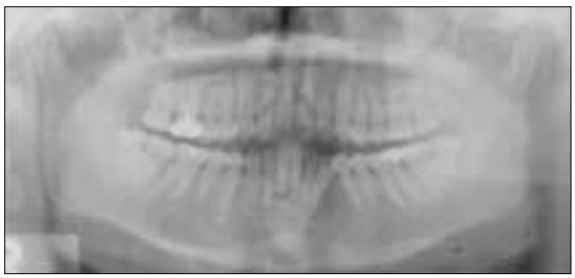

Fig. 1. Preoperative panoramic view showing unilocular radiolucent lesion between #33 and #34.

Fig. 2. Clinical feature during surgery. Buccal cortex of the lesion was destroyed by the expansion of tumor mass.

Fig. 3. Clinical feature during operation. Tumor mass is removed by enucleation.

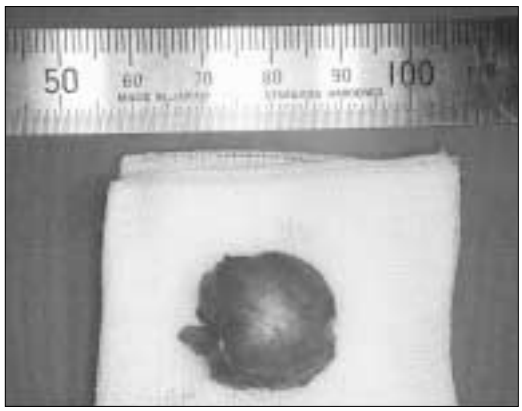

Fig. 4. Enucleated tumor mass was semi-translucent, glistening.

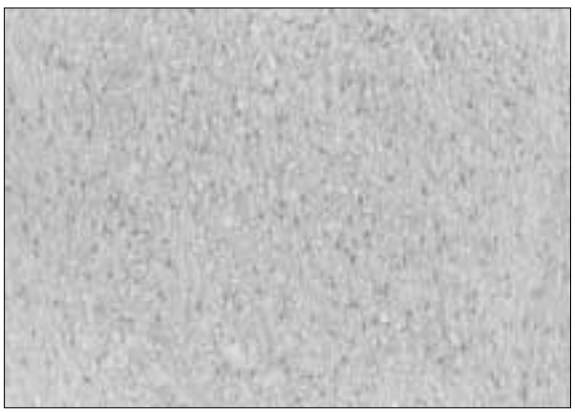

Fig. 5. Light micrograph showing many stellate cells lying in an abundant stroma of acid mucopolysaccharide (Hematoxylin and eosin stain: original magnification ×100).

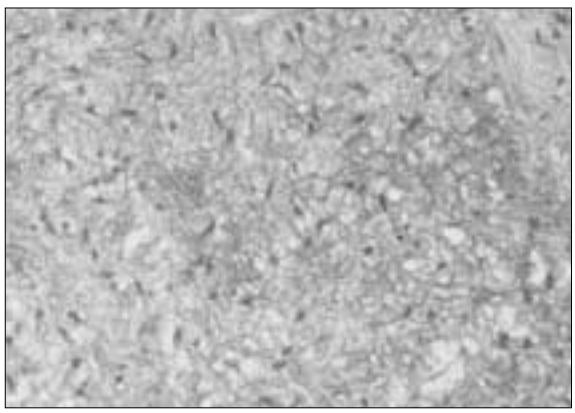

Fig. 6. Light micrograph showing the stellate cells(resembling fibroblasts) with branching processes (Hematoxylin and eosin stain: original magnification ×400).

Fig. 7. Clinical feature 3 months after surgery. Gingival depression by the loss of buccal cortex is seen.

술후 3개월뒤 추적조사를 시행하였으며 수술부 협측골 소실로 인한 치은의 함몰을 관찰할 수 있었고 인접치아는 1도의 동요도를 보였다(Fig. 7).

Ⅲ. 총괄 및 고찰

치성 점액종은 전체 치성종양의 3~6%를 차지하는 종양으로 치배에서 기원하며 1908년 Daniel[6]이 하악골에 발생한 순수 점액종을 처음 보고하였다. 1947년 Thoma와 Goldman[7]은 점액종이 양성종양이며 흔히 embedded or missing teeth와 연관되어 있음을 밝혔으며 1948년 Stout[8]는 144증례의 점액종에 대한 연구에서 점액종은 전이하지 않는 병소라고 결론지었다. 1958년 Zimmerman과 Dahlin[9]은 점액종이 치성기원이며 재발율은 25%로서 광범위하거나 재발된 병소에 대해서는 절제술이 시행되어야 한다고 보고하였다. 1968년 Prout와 Hodson[10,11]은 mucopolysaccharide가 점액종의 세포간 물질을 구성하며 이는 80%의 hyaluronic acid 및 20%의 chondroitin sulfate로 이루어져 있음을 보고하였다. 치성점액종의 기원에 대해서는 아직도 논란이 있으나 1973년 Harrison[12]은 상피도가 주변의 중배엽세포를 myxoblast로 유도, 변화시켜 점액성 간질물질을 분비하도록 한다고 예측했으며[13] 1978년 Haselton[14]은 치성점액종의 기원세포는 섬유모세포로서 섬유모세포가 퇴행성변화를 거쳐 collagen fiber 대신 과량의 mucopolysaccharide를 생산한다고 보고하였다. 일반적으로 천천히 자라며 국소적으로 침습적이고 파괴적이며 팽창성으로 증식하는 종양이다[2]. 흔히 동통이 없으며 치아가 흔들리거나 변위되는 경우가 많으며 간혹 하치조신경의 지각마비, 지각저하 및 치수생활력 음성반응 등이 나타날 수 있다[14,15]. 흔히 10대에서 30대에 걸쳐 나타나며 여성에서 약간 더 호발하는 것으로 알려져 있으며 상악보다는 하악골에, 전치부보다는 구치부 쪽에 호발한다[2,3].

방사선학적으로 질병특징적인 소견은 없으나 보통 경계가 잘 지어진 경화성의 경계를 보이는 다발성 투과성 병소를 가지며 때로는 단방성이고 경계가 불명확하며[16] 피질골을 천공시키기도 한다. 치근사이에서 부채모양의 방사선 투과성 병소로 치아가 변위되기도 하며 비누모양, 벌집모양, 혹은 테니스라켓 양상을 보인다[2,17].

종물은 육안으로 볼 때 조직이 부드럽고 반투명하고 반짝이며 회백색 빛을 띄는 젤라틴양이며 대부분 피막화가 되어 있지 않다[17]. 조직학적으로 myxoblast라고 불리고 섬유모세포를 닮은 성상세포로 구성되어 있으며 이 세포는 acid mucopolysaccharide로 구성된 간엽조직사이에 놓여진 돌기들을 가지고 있다[1,5,13].

치성점액종의 치료는 병소가 광범위하지 않을 경우 철저한 소파 및 적출술을 시행하며 광범위하거나 재발성인 병소의 경우 광범위한 절제를 시행하게 된다[13,17].

재발율은 약 25%정도로 흔한 편이다[17,18].

치성점액종과 유사한 양상을 보이는 질환으로 일반적인 낭종 질환이 있을 수 있으나 흡인검사로 낭종액이 검출될 경우 감별가능하며 법랑모 세포종은 점액성 조직이 없다는 점, 섬유이 형성증은 방사선학적으로 젖빛 유리양을 보이며 교직골의 골소주가 있다는 점, chondroimyxoid fibroma는 연골성 분화가 있다는 점, myxoid liposarcoma는 세포가 더 많고 모세혈관이 풍부하며 중성지방이 존재한다는 점에서 치성점액종과 감별이 가능하다[1,4,5,19].

Ⅳ. 결 론

본 교실에서는 30대 여성의 우측하악골에서 발생한 무통성 종창병소에 대해 낭종 등과 감별하기 위해 흡인검사를 시행하였고 신경관과 관련된 질환으로 neurilemmoma를 의심하였으나 적출 시행 시 신경관과 거리를 두고 있어 감별할 수 있었다.

치성 점액종은 일반적인 양성종양에 비해 공격적이고 침습적이며 재발이 흔하므로 철저한 소파술과 적출술 및 계속적인 추적조사가 필요하며 재발소견이 보이면 주변골에 대한 절제술이 필요하다[17].

술 후 2년간의 추적조사결과 현재까지 재발의 소견은 보이지 않고 있으며 좀더 장기간의 관찰이 필요할 것으로 보인다.

참고문헌

1. Hendler BH, Abaza NA, Quinn P : Odontogenic myxoma. Surgical management and an ultrastructural study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 47 : 203, 1979.
2. Allphin AL, Manigilia AJ, Gregor RT, Sawyer R :

Myxomas of the mandible and maxilla. Ear Nose Throat J 72 : 280, 1993.
3. Kaffe I, Naor H, Buchner A : Clinical and radiological features of odontogenic myxoma of the jaws. Dentomaxillofac Radiol 26 : 299, 1997.
4. Sumi Y, Miyaishi O, Ito K, Ueda M : Magnetic resonance imaging of myxoma in the mandible: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 90: 671, 2000.
5. Gundlach KK, Schulz A : Odontogenic myxoma - clinical concept and morphological studies. J Oral Pathol 6: 343, 1977.
6. Daniel DW : A case of pure myxoma of the lower jaw Lancet 2. 1747, 1908.
7. Thoma, KH, Goldman HM : Central myxoma of the jaw Am J Orthod 33: 532, 1947.
8. Stout AP : Myxoma, the Tumor of Primitive Mesenchyme Ann Surg 127: 706, 1948.
9. Zimmerman DC, Dahlin DC : Myxomatous tumors of the jaws. J Oral Surg (Chic) 11 : 1069, 1958.
10. Prout RE, Hodson JJ : Analysis of the mucopolysaccharide of a myxoma of the mandible. Nature 217 : 99, 1968.
11. Hodson JJ, Prout RE : Chemical and histochemical characterization of mucopolysaccharides in a jaw myxoma. J Clin Pathol 21 : 582, 1968.
12. Harrison JD : Odontogenic myxoma: ultrastructural and histochemical studies. J Clin Pathol 26 : 570, 1973.
13. White DK, Chen S, Mohnac AM, Miller AS : Odontogenic myxoma. A clinical and ultrastructural study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 39 : 901, 1975.
14. Hasleton PS, Simpson W, Craig RD : Myxoma of the mandible-a fibroblastic tumor. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 46: 396, 1978.
15. Moshiri S, Oda D, Worthington P, Myall R : Odontogenic myxoma: histochemical and ultrastructural study. J Oral Pathol Med 21 : 401, 1992.
16. Halfpenny W, Verey A, Bardsley V : Myxoma of the mandibular condyle. A case report and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 90 : 348, 2000.
17. [No authors listed] Clinical-pathological conference: Case 24, Part 1. Odontogenic myxoma. J Oral Surg 36 : 610, 1978.
18. Lo Muzio L, Nocini P, Favia G: Procaccini M, Mignogna MD : Odontogenic myxoma of the jaws: a clinical, radiologic, immunohisto- chemical, and ultrastructural study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 82 : 426, 1996.
19. Park YK, Lee J, Yang MH, Lee S, Choi WS, Ryu DM : Myxoma of the mandible. Skeletal Radiol 25 : 762, 1996.

저자 연락처
우편번호 139-707
서울시 노원구 상계7동 761-1
인제대학교 상계백병원 구강악안면외과
한 광 흥

원고 접수일 2004년 7월 8일
게재 확정일 2004년 11월 8일

Reprint Requests
Kwang-Heung Han
Dept. of OMFS, Sanggye Paik Hospital, Inje Univ.
761-1, Sanggyedong, Nowongu, Seoul, 139-707, Korea
Tel. 82-2-950-1161 Fax. 82-2-950-1163
E-mail : handaniel@hanmail.net

Paper received 8 July 2004
Paper accepted 8 November 2004