

## 악설골근 하부까지 연장된 이악하부 표피양 낭종의 구강내 적출 1례

화순전남대학교병원 이비인후-두경부외과,<sup>1</sup> 전남대학교 의과대학 이비인후-두경부외과학교실<sup>2</sup>  
이준규<sup>1</sup> · 조휴채<sup>2</sup> · 윤태미<sup>1</sup> · 임상철<sup>2</sup>

= Abstract =

### Intraoral Removal of Submental Epidermoid Cyst Extended Inferior to Mylohyoid Muscle

Joon Kyoo Lee, MD, PhD<sup>1</sup>, Hyu Chae Cho, MD<sup>2</sup>, Tae Mi Yoon, MD<sup>1</sup>, Sang Chul Lim, MD, PhD<sup>2</sup>  
*Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery,<sup>1</sup> Chonnam National University Hwasun Hospital,  
Hwasun, Korea*  
*Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery,<sup>2</sup> College of Medicine, Chonnam National University,  
Gwangju, Korea*

Epidermoid cysts located in floor of mouth can be easily removed intraorally. The cysts inferior to mylohyoid muscle have been excised transcervically. However, an intraoral removal of a cyst extended inferior to mylohyoid muscle has not been reported yet. A 20-year-old female visited to the hospital with a cystic mass in submental region. Neck computed tomography revealed a 6.0×4.3cm sized circumscribed cystic mass in midline of submental area. The cyst lied external to the genioglossal and geniohyoid muscle, extending inferior to mylohyoid muscle. The mass was removed successfully by intraoral approach. It was performed under the exposure by the division of genioglossal and geniohyoid muscle, traction of the cystic wall after aspiration of the cyst, and digital compression externally.

KEY WORDS : Dermoid cyst · Mylohyoid muscle.

## 서 론

구강저에 가깝게 위치한 표피양 낭종(epidermoid cyst)은 구강 내 접근법으로 쉽게 제거되며, 악설골근(mylohyoid muscle)의 하부에 위치한 경우에는 경경부 접근법으로 적출되어 왔다.<sup>1-8)</sup> 그러나 악설골근의 하부까지 연장된 낭종을 구강 내로 접근하여 적출한 예는 아직 보고되지 않았다.

이에 저자들은 이설근(genioglossal muscle)과 이설골근(geniohyoid muscle)의 바깥쪽에 위치하여 악설골근의 하부까지 연장된 낭종을 구강 내로 성공적으로 제거하였기에 보고하고자 한다.

교신저자 : 이준규, 519-809 전남 화순군 화순읍 일심리 160번지  
화순전남대학교병원 이비인후-두경부외과  
전화 : (061) 379-8190 · 전송 : (061) 379-7758  
E-mail : joonkyoo@chonnam.ac.kr

## 증 례

20세 여자가 어렸을 때부터 있었던 이악하부(submental region)의 종창이 있어 병원에 왔다. 과거력상 특이사항은 없었으며 최근 상기도 감염 등의 이환도 없었다.

환자는 어렸을 때부터 이악하부에 종창이 있었으나 특별한 치료 없이 지내오다 2년 전부터 크기가 약간씩 증가하는 것 같아 내원하였다. 통증이나 압통은 없었다. 연하곤란은 없었으나 반듯이 누워서 잘 때 약간 숨쉬기가 답답하다고 하였다. 신체검사상 구강저가 부드럽게 종창되어 있었다. 이악하부 정중앙에 약 3.0×2.5cm 크기로 부드러운 낭성 무통성 가동성 종물이 촉지되었다.

경부 전산화 단층 촬영상 구강저에서 시작하여 갑상연골 수준까지 걸쳐 있는, 이악하부 정중앙에 6.0×4.3cm 크기의 경계가 명확한 낭성 종괴가 관찰되었다(Fig. 1). 세침

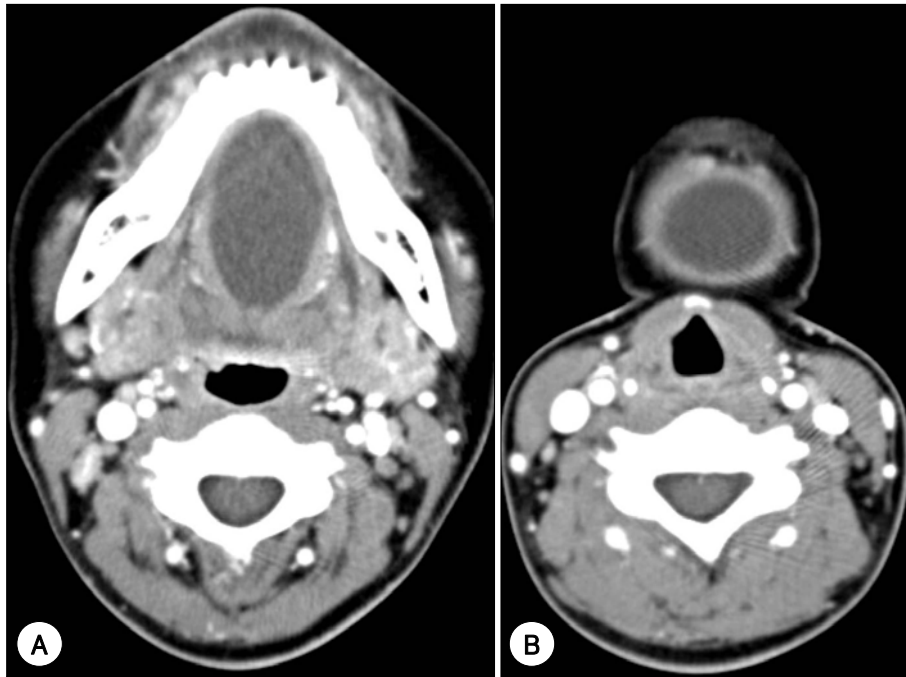


Fig. 1. Axial neck computed tomography(A and B) reveals a 6.0×4.3cm sized circumscribed cystic mass in midline of submental area which lies inferior to the genioglossal muscle, extending inferior to mylohyoid muscle.

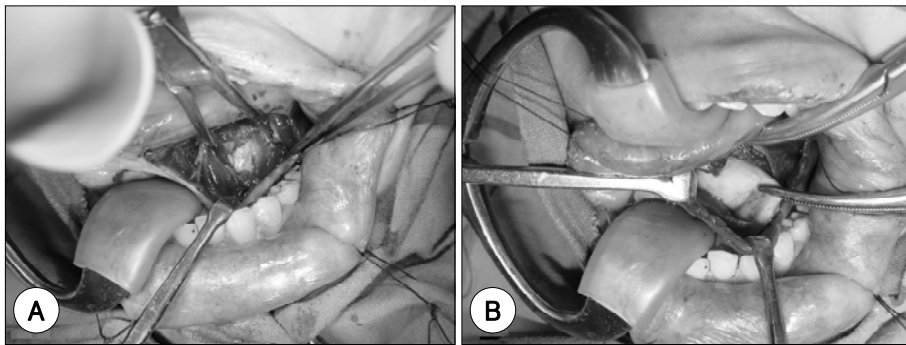


Fig. 2. Intraoperative photographs(A and B). A yellowish cystic mass under genioglossal and geniohyoid muscle was visible after division of those muscles. The cystic mass was dissected with traction of cystic wall with Kelly clamps after the aspiration of cyst.

흡인 검사는 낭성 병변이라고 하였다.

수술은 구강내로 접근하여 구강저의 좌측 점막에 횡절개를 가하였다. 점막하부를 박리하였지만 종괴는 관찰되지 않았다. 술전에 유피낭종과 하마종을 모두 의심하였기 때문에 혹시 하마종의 가능성을 염두에 두고 좌측 설하선을 적출하였다. 그러나 설하선과 연결된 낭종은 관찰되지 않았다. 이설근과 이설골근을 가운데로 박리하여 별리자 황색 표면을 가진 종괴가 관찰되었다(Fig. 2). 흡인상 흰색 치즈같은 물질이 흡인되었다. 유피낭종이라고 생각하고 낭종의 벽을 검자로 강하게 견인하면서, 외부에서 손을 이용하여 압박을 가하면서, 낭종 주위를 박리하였다(Fig. 2). 낭종 벽은 비교적 단단하여 강한 견인에도 파열되지 않았다. 낭종은 악설골근을 뚫고 악설골근의 외부까지 연장되고 있었다. 낭종을 남기지 않고 구강 내로 완전히 적출하였다. 악하선

관과 설신경은 보존하였다. 조직검사상 호산기성의 상층과 호염기성의 육아조직층이 관찰되어 표피양 낭종을 확진해 주었다(Fig. 3).

특별한 합병증 없이 수술 4일 째 퇴원하였으며 10개월이 지난 현재 재발 없이 외래에서 추적 관찰 중이다.

## 고 찰

Zeltser 등은 구강저에 위치한 유피낭종을 낭종과 구강저의 근육과의 관계를 기초로 분류하였다.<sup>9)</sup> 첫 번째 형태는 정중 이설근형(median genioglossal) 혹은 설하형(sublingual type)으로, 낭종이 이설골근 위에 존재하여 혀를 위쪽으로 전위시킨다. 두 번째는 정중 이설골근형(median geniohyoid) 혹은 악하형(submental type)으로, 낭종이 이

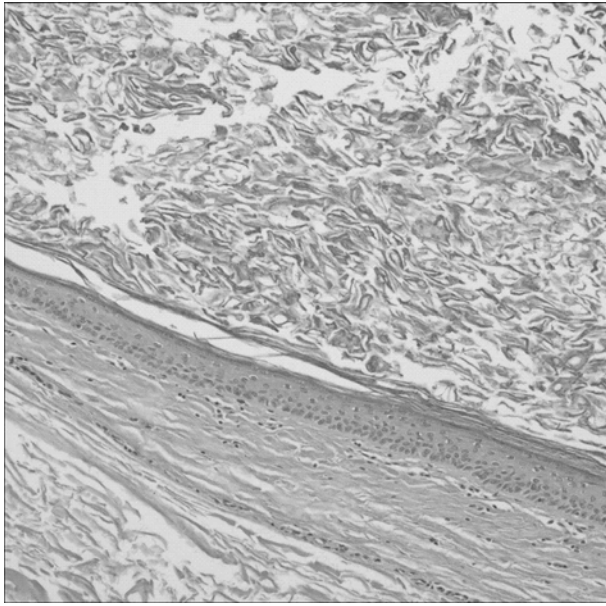


Fig. 3. Pathology reveals acidophilic stratum corneum and basophilic dot like staining of stratum granulosum. Stratum granulosum is hallmark of epidermid cyst(H&E stain, × 200).

설골근과 악설골근 사이에 있으며 이악하부 팽창을 유발한다. 큰 유피낭종의 경우에는 낭종의 일부가 이설골근 위쪽에 존재하고 나머지는 아래에 위치하여, 아령 모양을 나타내기도 한다.<sup>10)</sup> 마지막 세 번째 형태는 드물며 하악골 아래에 측부 낭종의 형태를 나타낸다. 본 증례는 이설골근과 이설골근 아래에 낭종이 위치하여 정중 이설골근형에 가깝지만 더 진행하여 일부가 악설골근의 외측까지 존재하였던 보기 드문 형태였다.

표피양 낭종을 포함한 유피 낭종은 낭종을 완전히 적출해야 재발이 없다. 수술적 접근법으로는 구강 내 접근법, 경경부 접근법, 그리고 두 가지 접근법을 모두 이용하는 경우가 있다. 대개 구강 내로 돌출된 경우에는 구강 내 접근법을, 경부로 돌출된 경우에는 경경부 접근법, 낭종이 너무 큰 경우에는 시야 확보를 위해서 양측 접근법을 모두 이용하게 된다.<sup>11)</sup> 정중 이설근형과 정중 이설골근형은 구강 내 접근법으로 적출이 가능하며, 측부형은 경경부 접근법을 사용하는 것이 바람직하겠다. 정중 이설골근형인 경우에도 이설골근 증상을 별려서 낭종을 발견하고 검자로 견인하면서

구강 내로 완전 적출을 기대할 수 있다. 낭종이 큰 경우에는 흡인을 통하여 크기를 줄인 다음 박리를 시도할 수 있다. 본 증례는 낭종의 일부가 악설골근의 하부까지 연장된 형태였지만 흡인 후 검자를 이용한 강한 견인을 사용하여 구강 내 적출을 유도할 수 있었다. 적출 도중 외부에서 손을 이용한 압박이 박리에 도움이 되었다. 향후 비슷한 증례에도 적용할 수 있을 것이다. 외부 흉터를 남기지 않는다는 것도 큰 장점이라고 생각된다.

**중심 단어 :** 유피 낭종 · 악설골근.

## References

- 1) Park JH, Shin JM, Lee JD, Koh YW. Two cases of dermoid cyst of mouth floor. *Korean J Otolaryngol.* 2004;47:376-379.
- 2) Chung K, Kim HD, Oh WH, Cho JH. A case of multiple dermoid cyst of the floor of the mouth. *Korean J Otolaryngol.* 2000;43:447-449.
- 3) Yoon HY, Uhm CS, Jang BS, Kim HO, Chun IG. A case of epidermoid cyst of the mouth floor. *Korean J Otolaryngol.* 1989;32:727-729.
- 4) Rhyoo C, Hong MK, Yoon DB, Kim JR. Epidermoid cyst of the floor of the mouth - report of a case-. *Korean J Otolaryngol.* 1989;32:355-359.
- 5) Toh NY, Kim WS, Kim JH, Park JB. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Korean J Otolaryngol.* 1982;25:755-758.
- 6) Youn MI, Jun KM. 3 Cases of epidermoid cyst of submental region. *Korean J Otolaryngol.* 1981;24:665-669.
- 7) Kim KS. Epidermoid cyst of the floor of the mouth. *Korean J Otolaryngol.* 1976;19:83-86.
- 8) Suh KW. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Korean J Otolaryngol.* 1967;10:53-54.
- 9) Zeltser R, Milhem I, Azaz B, Hasson O. Dermoid cysts of floor of the mouth: Report of four cases. *Am J Otolaryngol.* 2000;21:55-60.
- 10) Howell CJ. The sublingual dermoid cyst. Report of five cases and review of literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985;59:578-580.
- 11) King RC, Smith BR, Burk JL. Dermoid cysts in the floor of the mouth. Review of the literature and case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;78:567-576.