

## 구강 내 소타액선에 발생한 점액표피양 암종 1예

백훈희<sup>1</sup> · 홍석정<sup>1</sup> · 이미지<sup>2</sup> · 김승우<sup>1\*</sup>

중앙보훈병원 이비인후과<sup>1</sup>, 병리과<sup>2</sup>

### A Case of Mucoepidermoid Carcinoma Arising from the Intraoral Minor Salivary Gland

Hun Hee Baek, MD<sup>1</sup>, Seok Jung Hong, MD<sup>1</sup>, Mi Ji Lee, MD<sup>2</sup>, Seung Woo Kim, MD<sup>1\*</sup>

Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery<sup>1</sup> and Pathology,<sup>2</sup>  
Veterans Health Service Medical Center, Seoul, Korea

#### = Abstract =

Salivary gland tumors comprise almost 5% of head and neck malignancies, and minor salivary gland tumor which account for 10-15% of all salivary gland neoplasm are infrequently malignant. The mucoepidermoid carcinoma (MEC) is second most common tumor in minor salivary gland. It usually presents as a painless, rubbery-hard or soft mass, which may be fixed or mobile into the underlying structure. The predilection sites of intraoral MEC are palate, cheek, mandible, lip, and tongue, etc. There are very few published reports of MEC occurred in retromolar trigone. Only one case has been reported so far. Recently, we experienced a 70-year old man with a mass in retromolar trigone, which was finally diagnosed as MEC. We report the unique case with literature review.

**Key Words** : Mucoepidermoid carcinoma · Minor salivary gland.

## 서론

소타액선 종양은 전체 타액선 종양의 10 - 15 % 정도이며, 점액표피양 암종은 소타액선 암종에서 선양 양성암 종 다음으로 흔하며, 12 - 40% 정도를 차지한다.<sup>1,2)</sup> 구강 내에서 소타액선 종양의 호발 부위는 구개, 혀, 혀, 하악, 입술, 혀 등이다. 구후 삼각부에서의 발생은 매우 드물며, 이곳에서 발생한 점액표피양 암종의 국내 보고는 현재까지 1예가 있다.<sup>3)</sup> 구강 이물감으로 내원한 70세 남자 환자에서 절제 생검을 시행하여, 점액표피양 암종으로 확진된 증례를 문헌고찰과 함께 보고하고자 한다.

## 증례

70세 남자환자가 내원 3개월 전 부터 시작된 우측 구강 이물감으로 내원하였다. 과거력에선 고혈압, 협심증 등이 있었고 신체검사상 우측 구후 삼각부에 약 1 X 0.5cm 크기의 경계가 명확한 원형의 고정된 점막하 종물이 관찰되었다(Fig. 1A). 경부에 촉진되는 비정상적인 림프절은 없었고, 경성 인후두내시경에서도 특이 소견은 없었다. 경부 전산화 단층촬영에서는 우측 구후 삼각부를 포함해서 특별한 소견은 관찰되지 않았다. 종물에 대한세침흡인검사에서는 염증세포만 관찰되었다. 이상의 결과를 종합하여 구강 내 양성 종물로 판단하고, 최종 진단 및 치료를 위하여 절제 생검을 계획하였다.

수술은 전신마취 후 개구기를 구강에 거치하고, 7watt의 강도로 CO<sub>2</sub> 레이저를 이용하여 병변을 제거하였다. 비교적 주변부와 유착없이 잘 제거되었으며, 출혈도 심하지 않았다. 술 중에 동결절편 검사는 시행하지 않았다. 환자는 술 후 중등도의 연하통을 호소하였으나, 2일 이후

Received : December 25, 2016

Revised : February 1, 2017

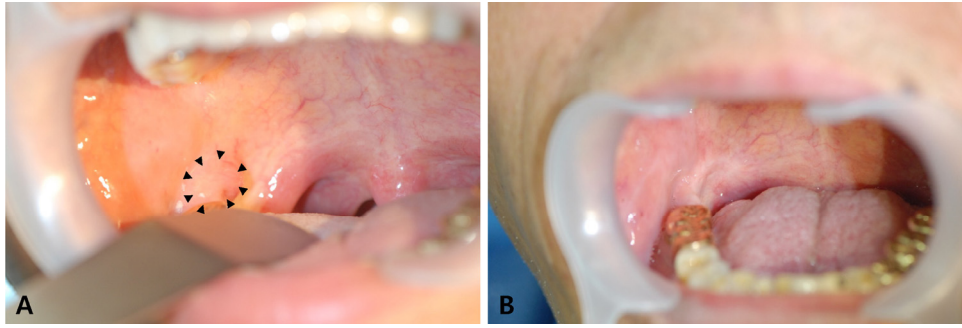
Accepted : February 8, 2017

\*Corresponding author: Seung Woo Kim, MD

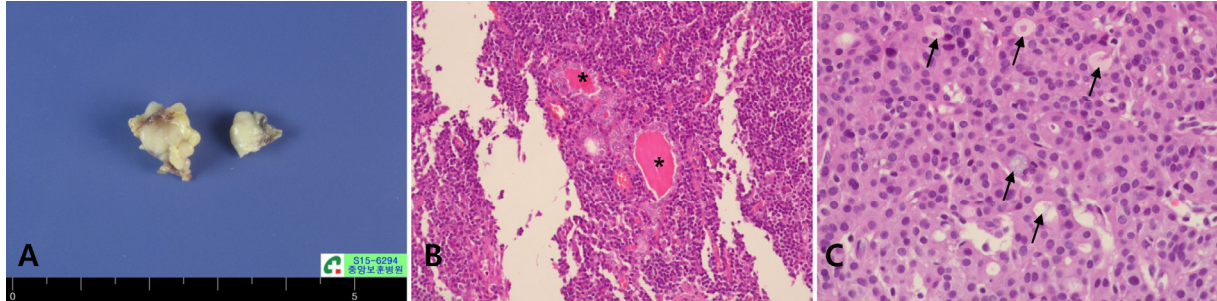
Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery,  
Veterans Health Service Medical Center, 53, Jinhwangdo-ro  
61-gil, Gangdong-gu, Seoul, Korea. 05368

Tel: +82-2-2225-1384 Fax: +82-2-2225-1385

E-mail: entzzang1020@hanmail.net



**Fig. 1.** The external photography. A: It shows about 1X0.5cm sized round well-margined submucosal mass in retromolar trigone(arrowheads). B:After nine months of surgery, it shows some fibrotic changes and no recurrence in the same lesion.



**Fig. 2.** Pathologic findings. A: Cut surface of surgical specimen. B: The low grade mucoepidermoid carcinoma shows cystic spaces filled with mucin(asterisks)(H & E, X200). C: At the high power view, mucocytes(arrows)are identified as single cells within epidermoid/intermediate cell (H & E, X400).

통증은 감소하였다. 최종 조직검사 소견에서 점액분비 세포가 흔하고, 표피양 세포는 적었으며, 점액 분비세포가 중간형 세포와 혼재되어 있어서, 저등급의 점액표피양 암종으로 확진 되었다(Fig. 2). 양성 종물을 예상해서 많은 절제연을 두지는 않았으나, 최종 조직검사에서 자유 절제연이 2-3mm로 보고되었고, 신경주위, 림프 및 혈관 침범 등의 증거가 없어서, 추가 치료 없이 추적관찰하기로 하였다. 술 후 4주 뒤에 시행한 양전자단층촬영에서 과대사 병변은 없었으며, 술 후 9개월이 지난 현재 재발 소견 없이 외래 추적관찰 중이다(Fig. 1B).

## 고찰

구강에서 발생한 악성 종양은 약 7%가 구후 삼각부에서 발생하며, 대부분 편평세포암종이다.<sup>4)</sup> 소타액선 종양의 46%가 구강에 발생하며, 구개에서 가장 흔하고,<sup>5)</sup> 이 중 6.4%는 구후 삼각부에 발생한다.<sup>6)</sup> 점액표피양 암종은 일반적으로 무통성으로 서서히 자라며, 비교적 늦게 발견되지만, 고등급 종양의 경우는 빠른 성장을 할 수 있다.<sup>7)</sup> 통증, 궤양, 안면마비 등이 발생할 수 있고, 종양의 표면이 푸르거나 붉게 보일 수 있다.<sup>3)</sup> 감별질환으로 편평세포암, 선평세포암, 타액관 암종, 전이성암종 등이

있다.<sup>5)</sup>

조직학적 진단에는 세침흡인 검사가 도움이 되며, 종양의 악성도가 진단율에 영향을 준다. Klijanienko 등은 세침흡인 검사의 진단율을 저악성도에서는 68%, 고악성도는 87%로 보고하였다.<sup>8)</sup> 컴퓨터 전산화 단층촬영으로 병변의 크기, 골침윤 등을 확인할 수 있고, 자기공명영상은 연부조직 침윤을 확인하기에 유용하다. 그러나 본 증례처럼 저 악성도 종양이고, 크기가 작고, 침윤이 적은 경우에는 컴퓨터 전산화 단층촬영에서 특이 소견이 없을 수 있을 수 있다. 재발성 병변, 병변이 큰 경우, 신경학적 증상이나 기타 합병증이 발생하는 경우 등에는 전산화 단층촬영이 필수적이다.<sup>4)</sup> 조직학적으로 점액표피 암종은 표피형(epidermoid) 세포, 중간형(intermediate) 세포 및 점액분비(mucous) 세포 등으로 다양하게 구성되며,<sup>9)</sup> 여러 크기의 낭성 구조를 보인다. 뮤시카르민(mucicarmine) 또는 알시안 블루(alcian blue) 염색 등을 통해 점액분비 세포의 점액소(mucin)를 확인할 수 있다.<sup>9)</sup>

점액표피 암종의 예후와 치료에 종양의 등급이 매우 중요하며, 이는 종양내부 낭성 및 고형 성분의 정도, 괴사 및 신경 침범의 유무, 세포분열 및 미분화 정도에 따라 저악성도, 중등 악성도, 고악성도 등으로 분류된다.<sup>10)</sup> 연령이 젊을수록, 여성에서 예후가 좋다고 한다.<sup>11)</sup> 5년 생존율에 대한 보고는 차이는 있으나, 저악성도에서 100%

에 근접하였고, 고악성도의 경우 20~67%로 상대적으로 낮은 것으로 보고되었다.<sup>12)</sup> 발생 위치에 따른 예후는 구체적인 보고는 없었다. 그러나 구개에 발생한 경우는 비교적 초기에 발견되지만, 구후삼각부에 발생한 경우는 병변의 위치가 조기 발견이 어렵고, 영역 암화(field cancerization)에 의하여 양측 구개궁 침범 및 상기도 및 소화기 점막에 이차암이 비교적 흔한 것으로 알려져 있어서, 예후가 좋지 않을 것으로 추정된다. 이에 대해서는 많은 증례를 통한 추가 연구가 필요하다고 사료된다. 본 증례의 경우 술 후 방사선 치료를 고려하였으나, 다학제 진료 결과 추가 치료없이 외래 추적관찰 만 하기로 하였다.

점액표피양 암종의 일반적인 치료는 임상적 병기, 조직학적 분화도, 종양의 위치 등에 따라 수술 혹은 술 후 방사선치료 등을 고려한다. 소타액선에 발생한 저악성도 점액표피 암종의 병변이 넓은 경우는 편도절제술, 동측경부절제술, 하악골 절제술, 상악골 절제술, 유양돌기 절제술, 측두하와 접근법, 또는 전방 두개 안면부 절제술 등이 필요한 경우도 있다.<sup>13)</sup> 고악성도의 경우와 수술 후 절제연이 불분명한 경우는 추가 절제 또는 방사선치료를 시행한다.<sup>14)</sup> 항암치료는 수술이 불가능한 경우 사용될 수 있다.<sup>15)</sup> 수술 후 절제연의 침범을 보이는 경우 재발율이 높아지므로 적절한 절제연을 확보하는 것이 가장 중요하다.<sup>13)</sup> 경부 림프절 전이는 저악성도에서 3.3%, 중등악성도는 8.1%, 고악성도 종양에서 34% 정도로 알려져 있다.<sup>12)</sup>

구후삼각부의 점액표피양 암종은 무증상으로 천천히 자라며, 특히 이 부위가진찰 시잘 관찰하기 어렵다는 점에서 조기 발견이 어려울 수 있다는 점에서 세심한 주의가 필요하다. 저자들은 본 증례를 통해서 구후 삼각부에 주변과 유착이 있는 점막하 종물이 관찰되면, 반드시 감별질환에 소타액선에서 기원하는 암종을 염두에 두어야 한다는 교훈을 얻었다.

**중심 단어 :** 점액표피양 암종 · 소타액선.

## References

1) Devaraju R, Gantala R, Aitha H, Gotoor SG. *Mucoepidermoid carcinoma. BMJ Case Rep. 2014 Aug 1;2014. pii:bcr2013202776. doi:10.2246/bcr-2013-202776.*

2) Ritwik P, Cordell KG, Brannon RB. *Minor salivary gland mucoepidermoid carcinoma in children and adolescents: a case series and review of the literature. J Med Case Rep 2012;6:182-190.*

3) SG Kwak, CD Kim, EJ Kim, SW Kim. *A Case of Mucoepidermoid Carcinoma Presenting as a Retromolar Trigonal Mass. Korean J Head Neck Oncol 2014;30(2):79-82.*

4) Crecco M, Vidiri A, Angelone ML, Palma O, Morello R. *Retromolar trigone tumors: evaluation by magnetic resonance imaging and correlation with pathological data. Eur J Radiol 1999;32(3):182-188.*

5) Ranganath MK, Matmari V, Narayanaswamy UD, Bavle RM. *Mucoepidermoid carcinoma presenting as a retromolarmucocele. Ann Maxillofac Surg 2011 ;1(1):66-69.*

6) Lutcavage GJ, Schaberg SJ, Fulbright DK, Nelson CL. *Retromolar trigone mass. J Oral Maxillofac Surg 1993;51(9):1024-1029.*

7) Plambeck K, Friedrich RE, Schmelzle R. *Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin: classification, clinical-pathological correlation, treatment results and long-term follow-up in 55 patients. J Cranioaxillofac Surg. 1996;24(3)133-139.*

8) Klijanienko J, Vielh P. *Fine-needle sampling of salivary gland lesions. IV. Review of 50 cases of mucoepidermoid carcinoma with histologic correlation. Diagn Cytopathol 1997;17(2):92-98.*

9) Thomas GR, Regalado JJ, McClinton M. *A rare case of mucoepidermoid carcinoma of the nasal cavity. Ear Nose Throat J 2002;81(8):519-22.*

10) K Park, SH Cho, SS Paik, K Tae. *A case of mucoepidermoid carcinoma in nasopharynx. Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg 2009;52(4):382-5.*

11) O'Brien CJ, Soong SJ, Herrera GA, Urist MM, Maddox WA. *Malignant salivary tumors-analysis of prognostic factors and survival. Head Neck Surg 1986;9(2):82-92.*

12) Chen MM, Roman SA, Sosa JA, Judson BL. *Histologic grade as prognostic indicator for mucoepidermoid carcinoma: a population-level analysis of 2400 patients. Head Neck 2014;36(2):158-163.*

13) Iyer NG, Kim L, Nixon IJ, Palmer F, Kraus D, Shaha AR, et al. *Factors predicting outcome in malignant minor salivary gland tumors of the oropharynx. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2010;136(12):1240-1247.*

14) Hosokawa Y, Shirato H, Kagei K, Nishioka T, Tei K, Ono M, et al. *Role of radiotherapy for mucoepidermoid carcinoma of salivary gland Oral Oncol. 1999;35(1):105-11.*

15) Laurie SA, Licitra L. *Systemic therapy in the palliative management of advanced salivary gland cancers. J Clin Oncol 2006;24(17):2673-2678.*