

투고일 : 2017. 6. 19

심사일 : 2017. 6. 20

게재확정일 : 2017. 6. 21

치과 임상에서 흔하고 의미있는 낭종

조선대학교 치과대학 구강병리학교실

장 현 선

ABSTRACT

Common and significant cysts at the dental clinic

Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Chosun University
Hyun-Seon Jang, D.D.S., M.S.D., Ph.D.

Oral and maxillofacial cyst is defined as a pathogenic cavity with a lining epithelium and connective tissue wall. Cysts of the jaws and periapical regions vary in histogenesis, treatment and prognosis. Cysts with similar clinical and radiographic can be shown different histopathologic features. Cysts are classified into odontogenic cysts and nonodontogenic cysts. Cysts are also divided into true cysts and pseudocyst. True cysts are lined with an epithelium, however pseudocysts are not lined with epithelium. A periapical cyst, dentigerous cyst and odontogenic keratocyst is clinically common and important lesions at dental clinic.

Key words : Apical periodontal cyst, Dentigerous cyst, Odontogenic keratocyst

Corresponding Author

Hyun-Seon Jang, DDS, MSD, PhD

Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Chosun University,

309 Pilmun-daero, Dong-gu, Gwangju, 501-709 Korea

Tel : +82-62-230-6879, E-mail : periojang@chosun.ac.kr

I. 서론

낭종은 구강악안면영역에서 발생할 수 있는 여러 질환 중 흔하게 발생하는 질환이다. 낭종은 치성 낭종과 비치성 낭종으로 크게 분류할 수 있다¹⁻³⁾. 치성 낭종은 염증성 낭종과 비염증성 낭종으로 구분할 수 있다⁴⁾. 치과 진료시 흔하게 발견할 수 있는 낭종은 치근단 낭

종, 함치성 낭종, 각화 치성 낭종 등이다. 치근단 낭종은 치성 낭종 중 염증성 낭종에 포함되며, 함치성 낭종과 각화치성낭종은 치성낭종 중 비염증성 낭종으로 분류할 수 있다.

치근단 낭종의 발생 부위는 주로 치근단에서 발견되며 근관 치료를 위한 치근단 방사선 사진으로 치과 임상에서 흔히 발견할 수 있다. 함치성 낭종과 각화치성

낭종은 파노라마 촬영시 발견될 수 있으며 일반적으로 병소가 크게 발생된다. 임상적, 방사선적, 조직병리학적 검사를 통한 정확한 진단 후 치료를 시행할 경우 예후는 양호하다.

낭종은 비종양성 질환으로 조직병리학적으로 결합조직으로 둘러싸인 상피로 이장된 내강으로 구성된다. 섬유모세포와 혈관을 포함하는 결합조직이 낭종의 외벽(피막)을 구성한다. 낭의 중심부 내강은 액체나 반고형 물질을 포함하고 있다. 낭종의 이장 상피는 각화 또는 비각화된 중층편평상피, 위중층편평상피, 원주상피 또는 입방상피로 낭종에 따라 그 구성이 다르다. 상피로 이장된 낭종을 진성 낭종이라고 하며, 상피 이장이 없는 것을 가성 낭종이라고 한다.

이러한 낭종 중에서 함치성 낭종은 치성 종양인 법랑모세포종, 상피성 악성 종양인 편평세포암종, 점액 표피양 암종으로 발전 가능성이 높아서 임상적 의미가 크다. 치근단 낭종은 치수 생활력이 없는 치아의 치근단에서 주로 발생되며 치과 치료시에 가장 흔하게 발견되는 낭종이다. 치근단 낭종은 치근단 병변 중 치근단 농양, 치근단 육아종과 임상적, 방사선적 소견이 유사하여 조직병리학적으로 감별이 필요하다.

치성 각화 낭종은 일반적인 낭종의 이장 상피 형태 보다는 다른 낭종과의 구분되는 독특한 이장상피 구조를 보인다. 치성각화낭종은 병소가 크고 특이 이장상피가 수술시 탈락 가능성이 있고 딸낭들이 있으므로 수술시 재발율이 다른 낭종에 비하여 높은 편이다. 치성각화 낭종을 임상적으로 각화낭종성 치성 종양으로 명명하기도 한다³⁾. 본 연구에서는 치과 임상에서 흔하게 관찰되며 그 임상적 중요성이 큰 낭종들에 대하여 연구함으로써 치과진료시 진단과 치료에 도움이 되고자 한다.

II. 연구 방법

구강악안면영역에서 발생 가능한 낭종의 발생 원인

에 대하여 연구하고 낭종의 종류를 분류한다. 여러 낭종 중에서 특히 치과 임상에서 흔하게 발견되고 그 중요성이 큰 낭종에 대하여 임상적, 방사선학적, 조직병리학적 특징들을 구분한다. 그럼으로써 낭종에 대하여 치과 치료시 조기 진단과 치료에 적용할 수 있도록 한다.

III. 연구 성적

1. 낭종의 분류

1) 치성 낭종 중 발육성 낭종

측방치주낭종, 신생아 치은낭, 함치성 낭종, 맹출낭, 선양치성낭종, 치성각화낭종, 석회화 치성 낭종들이 포함된다.

2) 치성 낭종 중 염증성 낭종

치근단 낭종, 잔존 치근단 낭, 치아주변 낭이 포함된다.

3) 비치성 낭종이면서 발육성 낭종

신생아 구개낭, 비순낭, 구상상악낭, 비구개관낭, 정중구개낭, 정중하악낭, 피부 유포피낭, 유포낭, 갑상선설관 낭, 경부 림프상피 낭, 구강 림프상피낭들이 포함된다. 발생 부위가 구강이 아닌 경부 연조직에서 발생하는 낭종은 경부 림프상피성 낭종, 유포 낭종, 갑상혀관 낭종들이다.

4) 가성 낭종

동맥류성 골 낭종, 외상성 골 낭종, 정지성 골 낭종, 국소 골다공성 골수 병변 등이다.

2. 낭종의 원인

치성 낭종은 치아 형성에 관련된 상피 구조에서 유

래하는데 말라세즈 잔사, 퇴축법랑상피, 치판 잔사가 대표적 원인이다. 이러한 조직기원에 따라 치성 낭종을 분류할 수 있다⁵⁾. 말라세즈 잔사 기원낭에는 치근단 낭, 잔류낭이 포함되며, 퇴축법랑상피 기원낭에는 함치성 낭, 맹출낭, 치아 주위낭이 포함된다. 치판 잔사 기원낭에는 치성 각화낭, 측방 치주낭, 성인 치은 낭, 신생아 치판낭, 선양 치성낭이 포함된다. 치근단 낭종은 치성 낭종 중 염증성 낭으로 분류될 수 있는데 구강악안면영역의 낭종 중 그 발생 비율이 가장 높다.

치근단 낭종은 오랫동안 치료되지 않은 치근단 육아종으로부터 흔하게 발생한다. 치근단 낭의 이장 상피는 말라세즈 상피 잔사로부터 유래되는데, 치근단 육아종에 발생한 염증반응에 의해 자극받은 상피 잔사들이 증식되어 낭종이 발생된다. 또한 치수염이 치근단 주위 조직으로 진행되어 치근단 낭종이 발생할 수 있다.

발육성 낭에는 비구개관낭, 비순낭, 림프상피낭, 구강 림프상피낭, 경부 림프상피낭, 갑상선관낭, 유피낭, 유포피낭 등이 포함된다. 비구개관낭은 태생기 때 비구개관이 폐쇄된 이후에 잔존되어 있던 상피섬에서 유래된다. 비순낭은 비의 하방 구강전정부 전방의 연조직으로부터 발생하며, 비루관의 하방 잔사에서 발생 가능하다. 그래서 비구개관낭, 비순낭을 최근에는 흔적관 기원 낭으로 세부 분류한다. 유피낭과 유포피낭은 태생기 피부에서 기원하므로 발육성 낭종 중 태생기 피부 기원 낭종으로 세부 분류한다. 상악수술 후 섬모낭은 점막상피낭에 포함되는데, 상악동 수술 후 발생가능한 의인성 낭이다. 위섬모원주상피로 이장되며, 상악동 수술시 정상적인 점액분비 상악동 상피가 삽입되어 발생될 수 있다.

3. 임상적으로 흔하고 의미있는 낭종

1) 치근단 낭종

임상 및 방사선학적 소견

모든 연령에서 발생 가능하나 성인에서 호발한다. 여성과 남성에서의 발현 비율의 차는 거의 없다. 임상적으로 종창이나 통증은 거의 없다. 치과 진료를 위한 방사선 촬영후 우연히 발견되는 경우가 많다. 낭종으로 생각되는 병소의 치근에 신경치료가 되어있어서 치수내 방사선 불투과성의 재료가 충전되어 있는 경우가 많다. 치근의 흡수가 심할 경우에는 치아의 동요도를 나타내므로 환자는 치아가 흔들리는 증상으로 치과에 내원하기도 한다. 관련된 치아 검사시 치아 생활력은 소실된 소견을 나타낸다. 치근단 및 파노라마 방사선 사진상에는 방사선 투과상으로 관찰된다. 치아 한 개만 관련된 단일병소가 대부분이지만 하악 좌우 소구치까지 큰 방사선투과성 병변을 나타내기도 한다. 큰 방사선투과성 병소일 경우는 다른 치성 낭종이나 치성 종양과의 감별이 필요하므로 더욱 더 현미경적 검사는 필수적이다.

치아가 발거된 이후 새로 형성되거나 계속 남아 있는 치근단 낭종을 잔존 낭이라 부른다. 치근단에 발생하여 치근단 낭종과 임상적, 방사선적 소견이 유사한 치근단 농양과 치근단 육아종과의 감별이 필요하다. 조직병리학적 검사를 통하여 확진을 할 수 있으나 감별점은 다음과 같다. 세 병소 모두 치아의 치수 생활력이 없다. 방사선적으로 투과상을 나타내지만 낭종의 경계가 가장 명확하고 육아종 순이며 농양은 주변골과의 경계가 불분명하다. 치근단 낭종을 제외하고 악골에서 발생하는 대부분의 낭종들은 치수 생활력을 나타낸다.

조직병리학적 소견

외벽은 치밀한 섬유성 결합조직 피막으로 구성되어 있다. 이장 상피는 대부분 비각화 중층편평상피로 피복되어 있으며 상피돌기가 관찰된다. 상피돌기는 신장되거나 분절 양상을 보이고 문합 양상을 나타낸다. 내강에는 세포 잔사 및 단백질성 용액이 관찰된다. 외벽에서 콜레스테롤 결정들, 만성 염증세포, 이물 거대 세포들이 흔히 관찰된다. 호산성 유리체인 러쉬톤 소

체가 상피층에서 관찰되기도 한다.

치료 및 예후

치근단 낭종의 치료법은 보존적 적출술이다. 치수 생활력이 없으므로 치아의 유지 가능성을 검토한 후 치아를 발거할 수도 있다. 치아를 유지시킬 수 있을 경우 신경 치료를 통하여 치아를 유지시키며 치근단절제술을 동반한 치근단 소파술로 치료할 수 있다. 외벽이 모두 제거될 경우 재발은 거의 없이 예후는 양호하다. 그러나 상피의 이형성 변화뿐만 아니라 편평세포 암종으로의 변화는 없는지를 확인하기 위하여 현미경적 진단은 필수적이다.

2) 합치성 낭종

임상적 방사선학적 소견

합치성 낭종은 일반적으로 미맹출된 치아와 관련되어 발견되는데 대부분 하악 제3대구치, 상악 제3대구치 및 상악 견치와 관련된다. 병소가 미맹출 치아의 치관 주위로 형성되어 있기 때문에 임상적으로 구강 검사시 최소한 한 개의 치아가 결손된 것으로 관찰된다. 합치성 낭종은 무증상이지만, 낭종이 크거나 염증이 함께 있는 경우는 통증을 유발하거나 종창을 나타내기도 한다. 병소를 육안적으로 관찰시 치관이 낭종의 내강 안에 존재하고, 낭종의 외벽인 피막은 치경부 경계에 부착되어 있다.

내강 안에 치아를 함유하고 있다고 하여 합치성 낭종으로 명명된다. 그러므로 방사선적 소견으로 인해 일차적인 진단을 예상할 수 있다. 병소는 방사선 투과상으로 관찰되며 경계가 분명하다. 낭종과 관련된 치아는 상악의 경우 위, 아래 방향으로 전위되고, 하악은 아래쪽과 상행지 부위로 전위될 수 있다. 사분악에 모두 합치성 낭종이 나타난 경우도 있다⁶⁾. 합치성 낭종은 악골뿐만 아니라 상악동, 안와하까지 광범위하게 나타날 수 있다⁷⁾.

합치성 낭의 변형인 맹출낭은 맹출 중인 치아의 치

관 주위 치조 연조직에 발생하는 낭종이다. 맹출낭은 대부분 연조직내에 국한되므로 치조제 상방의 파동성 종창으로 나타난다. 저작시 맹출낭에서 출혈이 나타날 수 있기 때문에 맹출 혈종이라고 불리기도 한다.

병리조직학적 소견

낭종의 상피는 일정한 두께로 나타나며 비각화 중층 편평상피로 이장되어 있다. 상피 세포층은 일반적으로 2~10개 층으로 되어있으나 염증이 동반될 경우 이장 상피의 형태가 변할 수 있다. 이장 상피에서 점액분비세포들이 관찰되기도 하며, 가끔 치근단 낭에서 관찰되는 콜레스테롤 결정, 러쉬톤 소체 등이 관찰된다. 합치성 낭의 변형인 맹출낭은 합치성 낭종의 병리조직 소견과 같다.

치료 및 예후

합치성 낭종은 일반적으로 외과적 적출로 치료된다. 대구치와 연관된 병소의 경우는 관련된 치아는 대부분 낭종을 적출할 때 함께 발거한다. 상악 견치의 경우 적출술로 치료하거나 조대술로 치료한 다음 교정 장치를 이용하여 매복되었던 견치를 적절한 위치로 유도하여 사용할 수 있다. 외과적 치료 후 재발은 흔하지 않다. 합치성 낭종에서 범랑모세포종, 편평세포암종, 점액표피암종 등이 드물게 나타날 수 있는데, 이런 경우는 종양에 대한 치료법이 필요하다. 합치성 낭의 변형인 맹출낭은 저작할 때 파열되어 사라지기 때문에 치료가 필요하지 않다. 그러나 사라지지 않을 경우에는 외과적으로 관련된 치아의 치관을 노출시킴으로써 낭을 치료하고 치아가 맹출되도록 유도시킨다.

3) 치성각화낭종

임상 및 방사선학적 소견

치성 각화낭종은 10~20대에서 호발하지만 다양한 연령층에서 발생 가능하다. 하악에서 호발하는데 하악체 후방과 하악지에서 주로 발생한다. 대부분의 방

사선적 소견상 미맹출치의 치관 주위에서 발생하기 때문에 임상적으로 함치성 낭종으로 생각될 수 있다. 현미경적 관찰을 통하여 함치성 낭종과 치성 각화 낭종의 감별이 가능하다. 치성각화낭종은 주로 단일 병소이지만 다발성 낭종을 나타내기도 한다. 다른 치성 낭종들과 비교하였을 때 치성각화 낭종은 성장 능력이 현저하게 높아서 심한 골 파괴 소견을 보일 정도의 큰 병소를 나타내기도 한다. 일반적으로 치성각화 낭종은 골 안에서 병소를 나타내는데, 골 바깥부분의 치은 연조직 내에서만 발생하기도 한다. 이러한 낭종을 주변성 치성 각화 낭종이라고 한다.

모반양 기저세포암종 증후군은 상염색체 우성 증후군이다. 이 증후군에서는 다발성 치성 각화 낭종, 기저세포 암종, 갈라진 늑골, 대뇌경의 석회화, 많은 작은 유표피낭, 돌출된 전두골 및 중수골이 짧은 소견 등을 나타내는 증후군이다. 악골에서 다발성 특히 사분악에 모두 치성 각화 낭종이 나타날 경우에는 모반양 기저세포암종을 감별해야 한다.

치성 각화 낭종은 방사선 투과성 병소를 나타낸다. 경계가 분명한 단방성 병소를 보이거나, 얇지만 치밀한 경계를 보이는 다발성 병소를 나타내기도 한다. 낭종에 감염이 동반되거나 병소가 커서 피질골이 천공되었을 때에는 대부분 경계가 명확하지 않게 보인다.

병리조직학적 소견

일반적인 낭종과 비교하였을 때 치성각화 낭종은 독특한 특징을 나타낸다. 낭종의 이장 상피는 일정하지만 얇은 부전각화 편평상피로 구성되며 상피 세포가 6~10층 정도의 두께를 나타낸다. 기저세포는 책상배열을 나타내는데 원주형 혹은 입방형 형태이다. 이장 상피 표층인 내강에 접한 부전각화층은 주름진 형태를 나타낸다. 상피 돌기는 소실되어 관찰되지 않는다. 낭종의 내강에서는 탈락된 부전각질이 관찰된다. 가끔 나타나는 소견들로는 딸낭, 치성 잔사 등이 관찰될 수 있다.

치료 및 예후

치성 각화낭은 주된 치료법은 외과적 적출이다. 하악에 광범위하게 천공이 발생한 경우는 이환측의 악골 절제술이 필요할 수도 있다. 매우 큰 병소에서는 병소의 크기를 줄이기 위하여 외과적으로 제거하기 전에 조대술을 시행하기도 한다. 재발율은 대표적인 치성 종양인 법랑모세포종의 재발율과 비슷한 25~60% 정도이다. 이렇게 재발율이 높기 때문에 환자에게 낭종의 수술이 한번 이상 필요할 수도 있음을 미리 말해두는 것도 지속적인 검진과 향후 재발할 경우 다시 수술할 때 환자의 이해를 높이고 치과의사와 환자와의 소통에 도움이 될 것이다. 치성 각화 낭종의 이장 상피가 외벽인 결합조직으로부터 일부분 박리되는 것은 흔하게 관찰되고, 그 박리된 부위는 성긴 섬유성 조직을 나타낸다. 이렇게 박리된 이장 상피 혹은 딸낭 등이 수술 시 남게 될 때 낭종의 재발에 기여하는 인자가 될 것이다. 그러므로 치성 각화 낭종은 수술시 정확하고 완전하게 제거하는 것이 더욱 더 요구된다고 할 것이다. 수술한 환자들은 다른 낭종들에 비교해서 정기적인 검진이 더욱 더 필요하다.

IV. 총괄 및 고안

구강악안면 영역에서 발생 가능한 낭종은 치성 발육성 낭종, 치성 염증성 낭종, 비치성 발육성 낭종, 경부 연조직 발생 낭종, 가성낭으로 구분할 수 있다. 여러 낭종들 중 일반적인 치과 치료시에 흔하게 관찰할 수 있는 것은 치근단 낭종이다. 치근단 낭종은 치아우식증, 치수염으로 인하여 치수 생활력이 상실된 치근의 근단 부위에 발생한다. 치근단에 원형의 방사선투과상으로 관찰되는데 섬유성 반흔, 치근단 육아종, 치주농양과의 감별이 필요하다. 병리조직학적 검사시 나타나는 특징들이 분명하므로 현미경적 소견으로 감별할 수 있다. 치과 진료시 주의할 점은 환자의 치아우식증이 깊은 경우 치수염이 없는지를 잘 확인하고, 치수

염으로 인한 치아 생활력이 없을 때는 방사선 소견상 치근단 병소 유무를 자세히 관찰하여야 한다. 치근단 병소가 없을 경우 치아를 보존할 수 있을 정도의 상태라면 근관치료 등을 시행한다.

병소의 위치가 치근단은 아니지만 생활력이 있는 두 치아의 치근 사이에서 발생 가능한 낭종을 측방 치주낭이라고 한다. 이 측방 치주낭은 발육성 치성 낭종에 포함되며 치근 사이에서 발생한다. 치근단 낭종은 근단 부위에서 발생되므로 측방 치주낭과 발생 부위로 잘 구별할 수 있다. 또한 측방 치주낭 인접치아들은 생활력이 있는 반면에 치근단 낭종과 관련된 치아는 생활력이 없다는 점이 감별점이라 할 것이다.

합치성 낭종이나 치성 각화 낭종은 심한 통증이나 종창으로 인하여 병소를 발견하는 경우는 드물다. 환자가 치아가 매복된 주소로 내원하거나, 정기적인 치과검진시 혹은 치아우식증 등 치과 진료를 위해 파노라마 촬영시 발견되는 경우가 많다. 그러므로 치과 치료를 위하여 환자가 내원하였을 경우 주소 부위뿐만 아니라 전체적인 검사를 위하여 파노라마 촬영이 권장된다고 할 것이다.

대부분 합치성 낭종과 치성 각화 낭종은 독립적으로 발생하지만 종종 병리조직학적 소견상 치성 각화 낭종의 현미경적 소견과 합치성 낭종의 소견이 동시에 관찰되는 경우도 있다. 임상 및 방사선적 소견상 치관이 병소 내에 포함되어 있어서 합치성 낭종으로 생각되지만 현미경적 소견상 치성 각화 낭종과 염증을 동반한 합치성 낭종 소견이 동시에 관찰되는 경우가 있다. 이러한 경우 기존에 존재하던 합치성 낭종이 치성 각화 낭종에 융합된 것으로 고려할 수 있다. 치성 각화 낭종은 증식하는 성장력이 크고 재발율이 높다. 치성각화 낭종은 변화무쌍할 만큼 다양한 형태의 방사선적 소견을 나타내어 임상적으로 각화낭종성 치성 종양으로 불리기도 한다.

합치성 낭종은 치성 종양, 편평세포 암종, 점액표피암종 등의 상피성 종양들로의 전환 가능성이 있다. 그러므로 치과 임상에서 치성 각화 낭종과 합치성 낭

의 중요성이 크다고 할 수 있으며, 병리조직학적 검사 시 상피 이형성은 없는지에 대한 세밀한 관찰이 요구된다.

낭종의 종류에 따라 호발하는 연령이 다를 수 있다. 치근단 낭종, 치성 각화 낭종, 합치성 낭종은 성인에서 대부분 발생한다. 합치성 낭종이 치근단 낭종과 치성 각화 낭종의 발생 연령층보다 젊은층의 성인에서 호발한다.

측방 치주낭, 성인 치은낭, 신생아 치판낭의 특징들은 서로 유사하다. 측방 치주낭, 신생아 치판낭과 성인 치은낭은 치판에서 유래한다는 공통적인 면이 있지만 발생 연령에 차이를 보인다. 측방 치주낭의 평균 발생 연령은 약 50세인데 성인 치은낭 발생 연령과 유사하다. 신생아 치판낭은 신생아에서 나타난다. 측방 치주낭은 이장 상피의 일부가 두꺼워진 특징을 나타낸다. 성인 치은낭은 측방 치주낭의 병리조직학적 소견과 거의 비슷하지만 치은 연조직에 국한되어 발생된다. 성인 치은낭은 하방 치조골을 파괴하기 보다는 연조직에 국한된 병소이다. 이 낭종은 하방 치조골을 압박하여 함몰 형태의 소견이 방사선 소견에 관찰될 수 있다. 신생아 치판낭은 주로 신생아의 치조제 부위에서 작은 종창으로 관찰되는 다발성의 백색 병소로 나타난다. 병소는 상방에 있는 구강 상피에 근접해 있고, 그 내강은 각질로 채워져 있다.

비구개관낭은 발육성 낭종에 포함되며 악골내에 발생한다. 구개부 전방 정중부에서 나타나며 주로 절치관 공 가까운 상악의 전방부 중심선상에서 관찰된다. 가끔 구개 전방부 연조직내에서 나타나는 병소를 절치유두낭이라고 부른다. 비구개관낭은 방사선적 소견상 중절치의 치근 사이에서 관찰되는데 타원형의 경계가 명확한 방사선투과성 병소를 나타낸다. 이 낭종의 대부분에서 염증을 동반하므로 통증, 종창과 압박을 나타낸다. 이 낭종은 무증상으로 나타날 수 있는데, 이런 병소는 방사선 검사시 우연히 발견되기도 한다. 비구개관낭은 외과적 적출로 치료되며 재발율은 매우 드문 편이다.

이소성 구내 위장관낭종이 구정저 혹은 혀에서 발생 하기도 한다⁸⁾. 주로 어린이 또는 영유아에서 나타난다. 구강내에 위장관낭종이 발생될 수 있는 것은 태생기 때 미분화 내배엽 조직이 매립되어 위장관으로 분화된다고 여겨지고 있다. 이 낭종은 외과적으로 절제하여 치료하고 재발은 드문 편이다. 치과 진료시 나타날 수 있는 흔하고 의미있는 낭종뿐만 아니라 다양한 낭종에 대한 특징들을 잘 파악함으로써 진단과 치료에 도움이 되리라 사료된다.

V. 결론

구강악안면영역에서 발생 가능한 낭종에는 여러 낭종들이 있다. 치성 낭종과 발육성 낭종으로 분류할 수

있으며, 치성 낭종은 발생조직 기원에 따라 세부적으로 구분될 수 있다. 이 중에서 치과 진료시 흔하게 관찰할 수 있는 낭종은 치근단 낭종이다. 치근단 낭종은 단일 병소로 나타나지만 가끔은 다수의 치아의 근단을 포함한 큰 방사선 투과상을 나타낸다. 치근단 낭종 관련 치아의 생활력은 없다. 함치성 낭종은 다른 상피성 종양으로 전환 가능성이 있으므로 현미경적 검사시 상피 이행성은 없는지 세밀한 관찰이 필요하다. 치성 각화 낭종은 그 성장력이 높고 재발율이 높으므로 외과적 수술 후 정기적인 검진이 요구된다. 치과 임상에서 흔하고 의미있는 낭종뿐만 아니라 치과 진료시 낭종으로 예상되는 병소가 있을 경우 병리조직학적 검사를 통하여 정확한 진단을 함으로써 환자의 치료와 예후에 도움이 될 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

1. Eversole LR. Clinidal outline of oral pathology. 4ed. PMPH-USA. 2011. 366-442.
2. Regezi JA., Sciubba JJ., Jordan RCK. Oral pathology: Clinical pathologic correlations. 6th ed. Elsevier. 2012. 246-269.
3. Neville et al. Oral and Maxillofacial Pathology. 4ed. Elsevier. 2016: 632-652.
4. 대한구강악안면병리학회. 구강악안면병리학 군자출판사. 2002. 22-28.
5. 대한구강악안면병리학회 역. 최신구강악안면병리학 2판. 대한나래출판사. 2005. 47-72.
6. Ajer V. Dentigerous cysts in four quadrants: a rare and first reported case. J Surg Tech Case Rep. 2013;5(1):21-26.
7. Nagori SA. Large pediatric maxillary dentigerous cysts presenting with sinonasal and orbital symptoms: A case series. Ear Nose Throat. 2017; 96(4-5): E29-E34.
8. Said-Al-Naief N., Fantasia JE., Sciubba JJ. et al. Heterotopic oral gastrointestinal cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 88:80-86, 1999.