

# 구개부의 다형성 선종

경북대학교 치과대학 치과방사선학 교실

김 동 윤 · 최 갑 식

## 목 차

- I. 서 론
- II. 증 례
- III. 고 찰
- IV. 결 론
- 참고문헌
- 영문초록
- 사진부도

## I. 서 론

타액선 부위의 양성 종양인 다형성 선종은 이 하선에서 호발되며, 소타액선에서는 낮은 빈도로 발생되지만 구개부, 협부, 설부의 순으로 호발된다<sup>15)</sup>. 임상적으로는 서서히 성장하는 무통성 종창으로 관찰되며, 어느 연령층에서나 발생 가능하지만 주로 30~50대의 여성에서 호발된다<sup>11)</sup>.

크기가 큰 경우를 제외하면 단순 방사선사진상에서는 잘 관찰되지 않으며, 컴퓨터 단층촬영 사진과 자기공명영상에서 주위조직과 잘 경계지워지는 연조직 종창으로 관찰된다<sup>4,7)</sup>. 조직병리학적으로는 다양한 형태의 기질과 상피세포로 구성되고, 피막화되어 있다<sup>11,15)</sup>. 저자들은 구개부에서 편측성의 무통성 종창을 주소로 내원한 환자의 임상, 방사선학적 및 조직병리학적 검사를 통해 이 부위에서는 비교적 드물게 발생하는 다형성 선종으로 확진된 증례들을 경험하고 문헌 고찰과 함께 보고한다.

## II. 증 례

### 증례 1

#### 임상 소견

52세 여자 환자가 우측 경구개부에서 무통성의 연조직 종창을 주소로 내원하였다. 병소의 중심부위는 용기되어 관찰되었고, 병소부위의 점막은 정상이었으며, 촉진시 동통과 경결감은 나타나지 않았다. 이 병소는 10년전부터 성장하였으며, 그 외의 특기할 만한 병력은 없었다.

#### 방사선학적 소견

구내 방사선사진 및 파노라마, 후전방 두개촬영 방사선사진에서는 병소 뿐만아니라 인접한 골 조직의 변화가 관찰되지 않았다. 컴퓨터 단층촬영사진상에서 우측 경구개부에서 주위 정상조직과 경계가 분명한 등근형태의 피낭성 연조직 종창이 관찰되었고, 병소의 내부는 균일한 밀도로 나타났다. 그리고 병소의 상방증식으로 인한 우측 경구개부의 파괴가 관찰되었다(Fig. 1, 2).

#### 조직병리학적 소견

종양조직은 정상조직과 피막에 의해 분리되었고, 초자양 기질내에 증식된 세포들은 중층의 관상구조와 조밀한 충실성 엽상으로 관찰되었다(Fig. 3, 4).

#### 치료 및 예후

외과적 절제술이 시행되었으며, 술후 6개월까

지의 추적조사에서 재발의 소견은 관찰되지 않았다.

## 증례 2

### 임상 소견

54세 여자 환자가 좌측 경구개부의 연조직 종창을 주소로 내원하였고, 병소부위의 점막은 정상이었으며, 촉진시 동통과 경결감은 관찰되지 않았다. 이 병소는 2년전부터 성장하였으며, 전신적 검진을 통해 부신기능저하증이 발견되었다.

### 방사선학적 소견

컴퓨터 단층촬영사진상에서 좌측 경구개부의 연조직 종창이 주위 정상조직과 분명한 경계를 가지고 관찰되었으며, 병소의 내부는 균일한 밀도를 보였다. 또한 병소로 인한 상방 좌측 경구개와 설측 치조골의 비박이 관찰되었다(Fig. 5, 6).

### 조직병리학적 소견

종양조직과 정상조직의 경계가 다소 불분명한 부위가 관찰되었고, 초자양 기질내에 증식된 세포들은 중층의 관상구조와 색상형태로 관찰되었다(Fig. 7, 8).

### 치료 및 예후

외과적 절제술이 시행되었으며, 술후 3개월까지의 추적조사에서 재발의 소견은 관찰되지 않았다.

## 증례 3

### 임상 소견

32세 여자 환자가 우측 구개부에서 3년전부터 성장한 연조직 종창을 주소로 내원하였다. 병소부위의 점막은 정상이었고, 촉진시 별 다른 증상은 관찰되지 않았으며, 특기할 만한 전신적, 국소적 병력은 없었다.

### 방사선학적 소견

컴퓨터 단층촬영사진상에서 우측 연구개부의 연조직 종창이 주위 정상조직과 분명한 경계를 가지면서 하방으로 증식되어 관찰되었으며, 병소의 내부는 균일한 밀도로 관찰되었다(Fig. 9).

### 조직병리학적 소견

점액양 기질내에 증식된 세포들은 중층의 관상구조와 조밀한 충실성 엽상으로 관찰되었다(Fig. 10).

### 치료 및 예후

외과적 절제술이 시행되었으며, 술후 6개월까지의 추적조사에서 재발의 소견은 관찰되지 않았다.

## Ⅲ. 고 찰

다형성 선종은 조직학적으로 점액성 연골양 기질내에 증식된 방추형 세포, 성상 세포, 근상피 세포 등이 유선양과 유두양 구조로 관찰되며, 타액선의 결체조직에 의해서 경계가 이루어지는 상피성 기원의 양성 종양으로 알려져 있다<sup>3,8,15</sup>. 다형성 선종의 발생에 관해서는 배자 혹은 포입 기원설, 간엽조직 기원설, 외중배엽성 기원설, 내피 기원설, 상피 기원설 등이 보고되었으나, 구강 점막으로 상피조직이 미입됨으로서 발생된다는 상피 기원설이 받아 들여지고 있다<sup>11,15</sup>. 다형성 선종의 유발인자로 유행성이하선염, 화농성이하선염, 타석, 외상 등이 보고되었으나 분명하게 밝혀지지 않는 것이다. 한편, 기질의 구성 및 세포성분에 따라 Seifert<sup>15</sup>등에 의해 4가지로 분류되는바, 전체 다형성 선종의 30%인 Type 1은 종양조직의 30~50%가 점액성 기질이며 다양한 종류의 상피세포들로 구성되고, 상피와 기질은 명확히 구분되지 않는다. Type 2는 다형성 선종의 55%를 차지하고 종양조직의 80%가 점액성 기질이며, 가장 재발률이 높게 나타난다. Type 3은 다형성 선종의 9%를 차지하고 20%정도의 기질로 구성되며 세포성분이 풍부하다. Type 4는 다형성 선종의 6%정도이며, 기질에 비해 세포성분이 풍부하다. 종양 조직내 부분적으로 상피성분이 균일하게 나타나서 단형성 선종과 유사하므로

로 감별이 요구된다. 전체적으로 세포성분이 많은 경우인 Type 3과 4는 다형성 선종에서 유래된 암종의 50%를 차지하므로 주의깊은 추적검사가 필요하다. 이번 증례의 두 번째 경우도 국소적으로 세포의 크기가 다양하였고 세포질이 풍부하였으며, 과염색상의 핵이 관찰되었을 뿐 아니라 부분적으로 경계가 불분명한 부위도 나타났으므로 보다 철저한 절제술과 추적검사가 시행되었다.

이 병소는 임상적으로 30대 이상의 여성에서 호발되는 것으로 알려져 있으며, 이번 증례에서도 52세, 54세, 32세의 여성에서 발생되었다. 주로 이하선에서 발생하는 것으로 알려져 있지만, 소타액선 중 구개부에서도 발생되며, 구개부의 다형성 선종은 연구개에 비해 소타액선이 밀집되어 있는 경구개에서 많이 발생되고, 구개의 중심선 부위에는 발생되지 않는다<sup>6,10)</sup>. 또한 구개의 점막성 골막 때문에 이동성이 없는 무통성 종창이 흔한 임상증상이다. 이번의 증례들에서도 구개부의 측방에서 서서히 자라는 편측성의 무통성 종창이 주소였다. 일반적으로 다형성 선종의 악성전이는 3~15%에서 나타나고, 그 빈도는 구개, 악하선, 이하선의 순으로 높으며 구개부에서 가장 예후가 좋은 것으로 알려져 있다<sup>16)</sup>.

다형성 선종은 방사선학적으로 단순 방사선사진상에서는 잘 관찰되지 않으며, 컴퓨터 단층촬영영상과 자기공명영상에서 병소의 경계를 명확하게 나타낼 수 있고 인접조직으로의 종양조직의 확장을 정확히 진단할 수 있어서 외과적 절제술을 위한 술전 계획수립에 큰 도움이 된다. 이러한 영상진단을 통해 다형성 선종은 주위조직과 분명한 경계를 가지는 등근 고밀도의 연조직 종창으로 관찰되고, 병소 내부는 균일하게 나타난다<sup>4,7)</sup>. 이번 증례에서도 컴퓨터 단층촬영사진에서 주위조직과 잘 경계된 연조직 종창으로 관찰되었으며, 인접조직의 비박이 관찰되었다. 방사선학적으로 유사한 소견을 보이는 질환으로는 유두상 임파종성 낭선종(Warthin tumor), 지방종 등이 있으며, 이들과는 조직병리학적 감별이 필요하다.

조직병리학적으로 다형성 선종은 상피세포, 근상피세포, 관세포 등의 세포들과 섬유성, 초자

성, 점액성, 연골성, 골성 등의 다양한 기질로 구성되어 있고 피막화 되어있다<sup>5,15)</sup>. 이런 조직형태학적 다양성에 관한 가설들이 제시되었다.

Hubner등<sup>8)</sup>은 근상피세포가 종양의 조직형태학적 다양성에 중요한 역할을 한다고 주장하였고, Regezi와 Batsakis<sup>13)</sup>는 개재관 저장세포가 도관세포와 근상피세포로 분화한 후, 간엽조직이형성에 의해 다른 세포로 분화된다고 하였으며, Batsakis등<sup>2)</sup>은 다형성 선종의 조직발생 전구체로서 개재관 저장세포가 작용하고 근상피세포의 작용은 명확하지 않다고 하였으며, Dardick등<sup>3)</sup>은 개재관 저장세포와 근상피세포의 역할에 의문을 제기하고 다방향 분화에 대한 잠재력을 가진 변이 상피세포의 작용에 의해 다형성 선종이 발생된다고 하였다. 다형성 선종의 상피는 엽상과 사상 혹은 관상구조를 형성하기도 하고 그니층에는 입방형 또는 원주형 세포가 존재하며, 외층에는 뚜렷한 핵과 투명한 세포질을 가지는 근상피세포가 존재한다. 기질은 점액양 또는 점액연골양 조직으로 구성되며, 피막은 부분적으로 완전하지 않고 현미경적으로 피막의 침윤이 관찰될 수 있으며 이것은 술후 재발의 원인이 될 수 있는 것으로 생각된다<sup>5,15)</sup>. 이번 증례의 경우에는 초자양 또는 점액양 기질내에 증식된 세포들이 중층의 관상 구조, 조밀한 충실성 엽상 구조, 색상 구조로 관찰되었으며, 두 번째 증례에서 국소적으로 세포의 이형성이 관찰되었다. 소타액선 중 구개부와 대타액선에서 발생한 다형성 선종의 조직학적 소견은 거의 유사하지만, 발생 빈도에서 차이가 있는 것은 조직형성이 다르기 때문인데 구개부에서 발생하는 종양의 대부분이 타액선 점막의 편평상피에서 유래되는 반면, 대타액선에서 발생하는 종양은 선실질에서 유래하지 않고 간엽종양과 국소적 종창, 염증, 과형성, 낭형성 등이 포함되기 때문이다<sup>5)</sup>. 조직학적으로 감별을 요하는 질환으로는 선양낭상암종, 호산성과립세포종, 악성 종양 등이 있다. 선양낭상암종은 기질성분이 적고 신경초 침윤이 있으며, 광범위한 간엽조직성 분화와 산재된 방추형 세포를 가진 다형성 선종은 육종과 감별이 어렵다<sup>11)</sup>. S-100 단백질을 이용한 면역조직화학적 방법이 타액선 종양의 진단에 도움을 주기도

하지만, 다형성 선종의 진단에는 특이성을 가지지 못한다<sup>12)</sup>.

치료는 일반적으로 인접조직의 파괴 또는 기능을 방해하기전에 외과적 절제술이 시행되지만, 수술의 시기에 관한 이견이 있다<sup>6)</sup>. 비교적 큰 종양인 경우 완전히 피막화되어 제거시 재발을 유발할 수 있는 조직을 남기지 않기 때문에 재발을 줄이기 위해 충분히 성장한 후 수술한 경우도 있었으나, 일반적으로 병소의 크기가 클수록 종양의 절제시 피막이 완전히 제거되지 못한 경우가 많아 국소적 재발의 경향이 높다고 알려져 있다. 다형성 선종은 방사선에 저항성이 있지만 절제할 수 없는 국소적 재발인 경우, 완전히 제거할 수 없는 경우, 임상적 또는 조직병리학적으로 악성일 가능성이 있는 경우 등에서 방사선 치료를 수행하기도 한다<sup>1)</sup>. 다형성 선종의 재발율은 50%이하로 알려져 있고, 대부분 10년 이내에 재발되며 재발률은 소타액선이 대타액선의 경우보다 낮게 나타난다<sup>9)</sup>. 재발된 병소인 경우 대부분 다발성이며 조직학적으로 점액양 기질을 가진 경우가 많은데, 이것은 외과적 술식동안 세포의 발아나 점액성 기질의 누출 또는 피막세포가 완전히 제거되지 못한 결과로 보고되었다<sup>9,14)</sup>. 이번 증례들은 절제술이 시행된 후 3개월에서 6개월까지의 추적검사를 통해 관찰한 바, 재발의 소견은 발견되지 않았으나 세포의 이형성과 부분적으로 불분명한 경계가 나타난 증례도 있었으므로, 보다 완전한 치료결과를 얻기 위해서는 장기간의 추적검사가 필요할 것으로 생각된다.

#### IV. 결 론

저자들은 구개부의 연조직 종창을 주소로 내원한 세 명의 여자 환자에서 임상, 방사선학적 및 조직병리학적 검사를 통해 드물게 발생하는 구개부의 다형성 선종의 증례를 경험하고 다음의 결과를 얻었다.

1. 임상적으로 병소는 구개부에 무통성 연조직 종창으로 나타났고, 피개점막은 정상이었다.
2. 방사선학적으로 구개부에서 주위 정상조직과 분명한 경계를 가지는 피낭성 연조직 종창이

관찰되었고 병소의 내부는 균일하였으며, 병소에 의한 인접조직의 비박이 관찰되었다.

3. 조직병리학적으로 초차양 기질내에 증식된 세포들은 중층의 관상구조와 조밀한 충실성 염상으로 관찰되었다.

#### REFERENCES

1. Bardwil, J.M., Reynolds, C.T., Ibanez, M.L. and Luna, M.A.: Report of one hundred tumors of the minor salivary glands, *Am. J. Surg.*, 112:493-497, 1966.
2. Batsakis, J.G., Brannon, R.B., and Sciubba, J.J.: Monomorphic adenomas of major salivary glands ; a histologic study of 96 tumours. *Clin. Otolaryngol.*, 6:129, 1981.
3. Dardick, I., van Nostrand, P. and Phillips, M. J.: Histogenesis of salivary gland pleomorphic adenoma(mixed tumor) with an evaluation of the role of the myoepithelial cell. *Hum. Pathol.*, 13:62, 1982.
4. Delbalso, A.M: Maxillofacial imaging, W.B. Saunders Co., Philadelphia, pp.462-465, 1990.
5. Eneroth, C.M.: Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland, and the palate region, *Cancer*, 27:1415-1418, 1971.
6. Gavin, J.F.: Mixed tumors of salivary gland origin occurring in the palate, *Arch. Otolaryngol.*, 59:204-220, 1954.
7. Goaz, P.W. and White, S.C.: Oral radiology, principle and interpretation, 3rd ed., The C.V. Mosby Co., St. Louis, pp.694-700, 1994.
8. Hubner, G., Klein, H. J. and Schiefer, H.G.: Role of myoepithelial cells in the development of salivary gland tumors, *Cancer*, 27:1255, 1971.
9. Krolls, S.O. and Boyers, R.C.: Mixed tumors of salivary glands ; long-term follow up, *Cancer*, 30:276-281, 1972.
10. Montreuil, F.: Mixed tumors of the palate, *Arch. Otolaryngol.*, 67:313-318, 1958.
11. Rankow, R.M. and Polayes, I.M.: Diseases of the salivary glands, W.B. Saunders, Philadelphia, pp.106-110, 1980.
12. Regezi, J.A., Lloyd, R.V., Zarbo, R.J. and McClatchey, K.D.: Minor salivary gland tumors ; a histologic and immunohistochemical study, *Cancer*, 55:108-115, 1985.
13. Regezi, J. A. and Batsakis, J.G.: Histogenesis of

- salivary gland neoplasms, *Otolaryngol. Clin. North. Am.*, 10:297, 1977.
14. Rippin, J.W. and Potts, A.J.C.: Intra-oral salivary gland tumours in the West Midlands, *Br. Dent. J.*, 173:17-19, 1992.
  15. Seifert, G., Miehke, A., Haubrich, J. and Chilla. R.: *Diseases of the salivary glands*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, pp.182-194, 1986.

## PLEOMORPHIC ADENOMA OF THE PALATE

Dong-Youn Kim, Karp-Shik Choi

*Department of Dental Radiology, College of Dentistry, Kyungpook National University*

Pleomorphic adenoma is a benign salivary gland tumor with histologic diversity. The majority of these tumor occurs in the parotid gland. The authors experienced the patients, who complained the tumor-like soft tissue mass on the palatal area. After careful analysis of clinical, radiological and histopathological findings, we diagnosed it as pleomorphic adenoma in the palatal area, and obtained characteristic features were as follows:

1. Main clinical symptom was a painless, slow growing, soft tissue mass with normal intact overlying mucosa on the palatal area.
2. In the radiographic examinations, well encapsulated homogeneous soft tissue mass was shown in the lesion site, and cortical thinning on the palate was also observed.
3. In histopathologic examinations, proliferated cellular components in the hyaline stroma were observed as double layered duct-like structure and densely solid sheet appearance.

논문사진부도

