

# 口腔底에 發生한 粘液類上皮癌 治驗例 報告

메리놀病院 齒科 · 口腔外科

金 鍾 烈

## — 目 次 —

- I. 緒 論
- II. 症 例
- III. 總括 및 考察
- IV. 結 論
- 參考文獻
- 英文抄錄

上皮에서 기원하는 것이라 보고 있다.<sup>5,7,17)</sup>

粘液類上皮癌의 治療와 豫後는 종양의 악성도에 따라 다르나 대개 광범위한 외과적 절제술로 양호한 성적을 나타내며<sup>6,7,12-15)</sup> 보조적으로 방사선치료요법<sup>11)</sup>, 화학요법<sup>16)</sup>을 시행할 수도 있다.

著者は 66세 여자환자에 있어 약10년의 病歷을 가진 粘液類上皮癌 1例를 治驗하였기에 文獻考察과 함께 보고하는 바이다.

## I. 緒 論

인간 신체의 구강주위에는 대개 3쌍의 大唾液腺과 수많은 小唾液腺이 분포하는데 빈번하지는 않으나 타액선종양이 발생하며(전종양중에 3%이하)<sup>1)</sup> 그중 상당부분이 惡性腫瘍이다.<sup>2)</sup>

타액선 악성종양에는 粘液類上皮癌, 여러형태의 腺癌, 惡性混合腫, 扁平細胞癌등의 종류가 있는데<sup>3,4)</sup> 이중 粘液類上皮癌은 전 타액선종양의 6~9%를 차지하고 타액선악성종양의 약1/3를 점하는 흔치 않은 질환이다.<sup>6)</sup>

粘液類上皮癌은 학자에 따라서는 완전히 良性的인 경우도 있다고 하나(이경우 良性粘液類上皮腫—benign mucoepidermoid tumor—라 칭한다)<sup>7,8)</sup> 대개 임상적, 조직학적 소견으로 보아 低惡性, 高惡性으로 분류하는데 저악성점액류상피암종은 초기에는 無痛의 腫脹과 고형성 종물을 느끼며 완만히 증식하고 경계가 어느정도 있는등 混合腫과 비슷한 양상을 보인다.<sup>9,12)</sup>

조직학적으로는 病名에서 시사하는 바와 같이 粘液細胞와 類上皮細胞, 그리고 덜 분화된 中間細胞(intermediate cells)로 이루어져 있으며 唾液腺<sup>13)</sup>

## II. 症 例

• 患者: 이○화, 66세, 여자

• 主訴: 좌측 구강저 부위에 밤알크기의 종물및 최근의 간헐적 동통

• 初診日: 1986년 6월 5일

• 現症: 약10년 전에 좌측 구강저 소구치 맞은편 부위에서 콩알크기의 종물을 인지하였고 계속 아주 완만하게 커가는 것을 알았으나 큰 불편없이 방치하다가 1985년초 일반외과을 방문하여 수술 권유 받았으나 거부하고 비외과적으로 가라앉히는 방법을 모색하던 중, 최근 2~3개월 간에 약간 빨리 커지는 듯함을 느끼며 간헐적 동통이 엄습함.

• 既往歷: 입원, 수술, 重症疾患의 병력 없음.

• 家族歷: 특기사항 없음.

• 理學的所見: 좌측 구강저 부위에 3×3.5×1.5 cm 크기의 비교적 단단하고 無莖의 종창이 있어 혀의 운동에 장애를 초래하고 약간의 발음곤란이 있었음. (그림 1) 腫物을 덮고 있는 점막은 發赤 또는 變色을 보이지 않았으며 궤양을 형성하고 있지도 않았음. 구강의 악하부로의 종창은 없고 경부임과 절은 촉진되지 않았음.

그의 다른 구강·악안면소견은 특별한 것이 없었

고 全身所見도 모두 정상이었음.

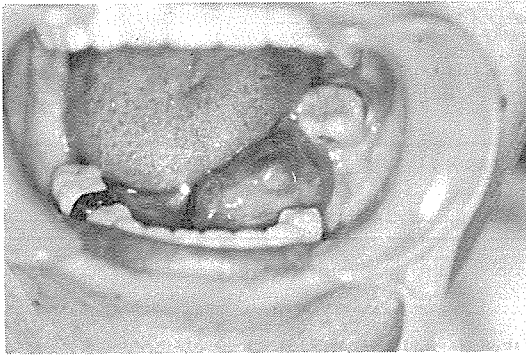


그림 1. 술전 구강내사진

• 放射線寫眞所見 : 구강부위 단순촬영에는 이상 소견 없음(그림 2, 3).

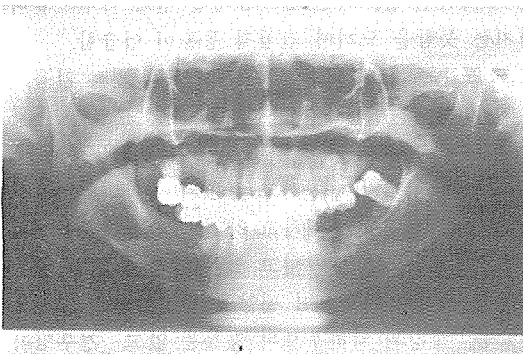
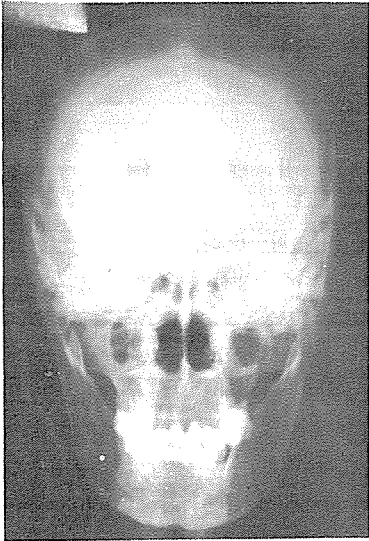


그림 2, 3. 술전 방사선사진

좌측 악하선 조영촬영을 시도하였으나 조영제 주입되지않아 실패함.

• 検査室所見 : 경미한 貧血소견외는 모두 정상임.

• 실험적 천자에 미량의 bloody discharge가 있었으나 cystic fluid로는 보이지 않음.

• 術前診斷 : ① Benign mixed tumor

② Salivary malignancy

• 手術 : 비기관삽관 전신마취하에 통법의 전처치를 한 후 봉합사를 이용하여 혀를 거상, 우측으로 전위시켜 고정된 뒤 腫物의 외측 변연부를 따라 약 5cm의 점막절개를 시행한 후 blunt dissection으로 용이하게 주위조직으로부터 박리하였으나 Wharton's duct에 의해 후방의 악하선과 연결되어 있었다. 악하부에 약 4cm의 피부절개를 통해 腫物과 좌측 악하선을 모두 적출하였는데 이때 腫物直下部에 있던 2개의 Subdigastic lymph nodes도 같이 제거하였다.

摘出物의 死腔에는 penrose drain을 넣고 층별봉합후 압박붕대하였다.

• 病理組織學的 所見 : 3.0×3.5×2.0cm의 비교적 견고한 난원형의 腫物은 대체로 섬유성 피낭에 잘 싸여있고 타액선도관에 의해 2.5×2.5×2.0cm의 악하선이 연결되어 있었다. 腫物의 단면상 출혈 및 괴사, 양성 변성의 소견은 없었다(그림 4, 5).

광학현미경상으로 epithelial nests, mucin 함유세포들이 腺狀構造를 이루고 단층 혹은 다층의 자질화된 扁平細胞, 立方 혹은 柱狀細胞들로 싸인 여러 크기의 microcyst가 많이 존재하였다. 세포 악성도는 높지 않고 세포분열상은 드물었다(그림 6, 7).

또한 같이 적출된 악하선은 약간의 임파구 침윤을 제외하면 정상이고 Wharton's duct와 국소임파절에는 이상소견없었다.

• 診斷 : Low grade mucoepidermoid carcinoma

• 經過 : 통상적인 술후처치 및 투약을 하였고 술후 5일째 拔絲하고 별 합병症없이 퇴원하였다.

술후 방사선요법은 종양의 악성도가 높지 않고 환자의 연령과 기타사항을 고려하여 계획하지 않았으며 차후 계속적인 예후 관찰이 필요할 것으로 사료된다.

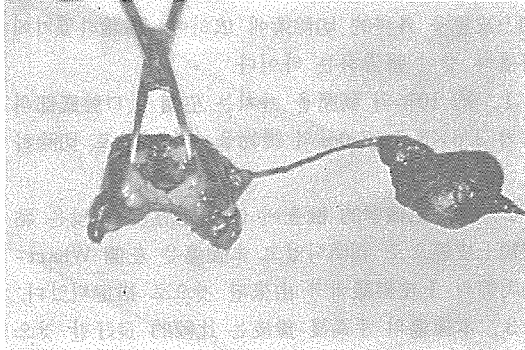
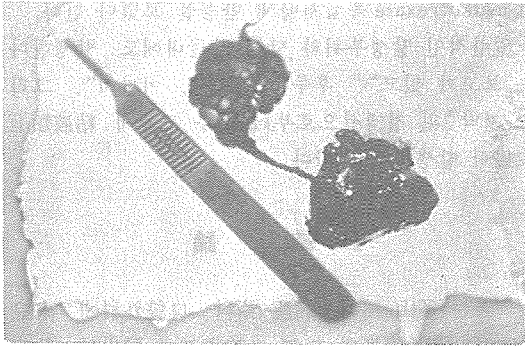


그림 4, 5. 적출물 사진

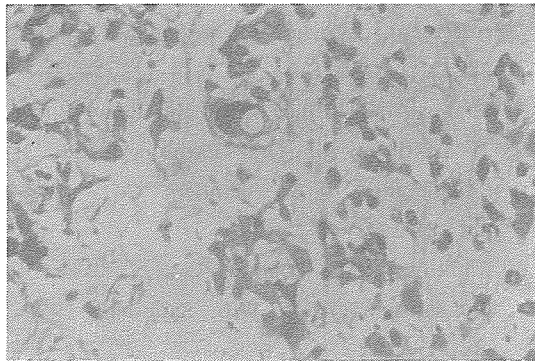
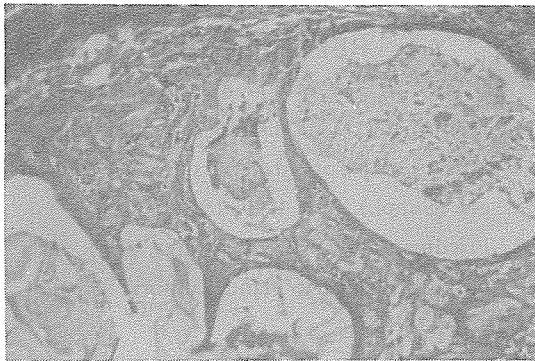


그림 6, 7. 종물 현미경사진(H & E염색)

### III. 總括 및 考察

粘液類上皮癌은 1945년 Stewart等<sup>9)</sup>에 의해 混合腫으로부터 분리하여 特定疾患으로 처음 報告되었는데 지금까지의 연구에 의하면 전체 타액선종양의 약 6~9%를 차지하고 타액선 악성종양중의 비율은 약 1/2 정도이다. 그중 약 60%가 耳下腺에서 발생하고 30%가 小唾液腺, 특히 口蓋部에서 好發한다.<sup>6, 17)</sup>

女性에 있어 약간 더 빈번하게 발생하고<sup>11, 18, 19)</sup> 호발 연령층은 40~50대로 알려져 있으나<sup>9, 11)</sup> 15세 이하 어린이에도 발생한다는 많은 보고가 있다.<sup>4, 10, 13)</sup>

종양의 惡性度에 따라 臨床症狀는 많은 차이가 있겠으나 처음에는 대개 無痛性의 지극히 완만한 組織增植을 보이며<sup>7, 9, 12)</sup> Jakobsson等<sup>20)</sup>은 처음 종창 시작에서 확진을 받기까지의 평균 기간이 약 6.4년이라고 하였다.

본 症例의 환자는 60代 女子로서 口腔底部에 처음 종창을 인지한 것은 약 10년전이고 그동안 통증 없이 아주 서서히 커지다가 최근 간헐적 통증을 호소하며 내원하였던 것이다.

粘液類上皮癌의 惡性度에 대해서는 많은 論難이 있어 왔다. 최초 보고자인 Stewart等<sup>9)</sup>은 순수 양성형태의 종양을 인정하였으나 그후 Foote와 Frazell<sup>10)</sup>, 그리고 Healey等<sup>11)</sup>은 모두 惡性腫瘍 이라고 보아야 한다고 하며 이를 다시 ① low ② intermediate ③ high grade로 나눌수 있다고 하였다. 이는 다시 Rawson等<sup>21)</sup>과 Eneroth等<sup>22)</sup>에 의해 지지되었다. 한편 Bhaskar等<sup>2)</sup>과 Koblin等<sup>3)</sup>은 組織學的, 細胞學的 그리고 臨床病歷上 良性과 惡性으로 구분할수 있다고 하여 良性인 것을 mucoepidermoid tumor 라 부르고 WHO의 分類<sup>23)</sup>도 이를 채택하고 있다.

각각의 病理組織學的 특징을 살펴보면 高分化(良性) 혹은 低惡性 粘液類上皮腫은 잘 형성된 腺狀構造物 또는 낭포들이 있고 낭포 주위의 배열세포는 주로 점액분비세포들로 이루어져 있으며 곳곳에 類上皮細胞와 中間細胞들이 존재한다. 세포는 多形態性(pleomorphism)을 보이지 않고 세포분열은 거의 없다.<sup>4, 5, 17, 29)</sup> 또한 인접조직에로의 침윤성 증식은 어느 정도 보이고 있다.<sup>11)</sup>

高惡性度를 보이는 종양의 소견으로는 固形의 細胞巢 (cell nests) 들이 많이 나타나면서 粘液細胞들은 줄고 中間細胞, 上皮細胞들이 대부분을 차지하며 세포 형태가 다양하고 많은 분열상을 보인다.

침윤성 증식도 더욱 현저하다.<sup>4, 5, 13, 19</sup>

Bhaskar와 Bernier<sup>7)</sup>는 임상적, 병리조직학적 소견을 종합하여 다음과 같은 豫後 측정의 지침을 제시하였다. 1) 미만성 증식보다 한국성 증식이 좋다. 2) 조직학적으로 분화가 잘되어 편평세포와 점액세포를 분명하게 관찰할수 있어 쉽게 粘液類上皮腫으로 진단할수 있는 경우가 양호하다. 3) mucin이 종양세포의 확산에 기여하므로 mucin이 間質內에 퍼져있으면 재발율이 높다. 4) 세포의 형태가 다양하고 편평세포암과 유사할수록 악성도는 높다.

최근 예후판단에 도움을 줄수 있는 연구로서 종양세포 DNA에 관한 것이 있는데 비침윤성 종양은 二倍體 (diploid) DNA를, 침윤성 종양은 三倍體 (triploid) DNA를 갖고 있다는 것이다.<sup>24, 25)</sup>

再發率을 살펴보면 저악성종양에서 13%<sup>15)</sup> 내지 15%<sup>7, 26)</sup>의 성적이라는 보고도 있고 42%<sup>8)</sup>의 고율이라는 보고도 있다. 고악성종양은 이보다 훨씬 높아 약60%<sup>26)</sup> 내지 80%<sup>15)</sup>에 이른다고 한다. 재발이 될 때에는 보통 술후 1년 이내에 나타나고 반복된 재발이라 할지라도 조직학적 양상이 변화하지는 않는다고 한다.

고악성종양에 있어 轉移는 약66%에서 국소임과 절을, 33%에서 피부, 골, 폐, 뇌에 다발성 전이를 보일수 있다 한다.<sup>10, 26)</sup>

5年生存率을 보면 악성도에 따라 다르나 저악성종양에 있어서는 대개 90% 이상으로서 아주 양호한 성적을 보인다.<sup>7, 13, 14, 27)</sup>

粘液類上皮癌의 治療는 기본적으로 外科的切除인데 그 범위는 종양의 위치, 임과절의 축지여부, 조직소견등을 고려하여 결정하여야 한다.<sup>5, 13, 14)</sup> Jakobson等<sup>20)</sup>과 Rorenfeld等<sup>24)</sup>은 고악성종양인 경우에는 경부곽청술이 필요하다고 강조하였다.

대부분의 저자들<sup>4, 14, 17)</sup>은 이 종양이 방사선 감수성이 낮다고 간주하고 있으며 化學療法에 관하여는 별로 알려진바 없으나 최근 Posner等<sup>16)</sup>의 보고에 의하면 Cyclophosphamide와 Adriamycin에 반응하지 않은 3名의 환자에서 2名이 cisplatin, bleomycin,

methotrexate 복합처방에 반응을 보였다 한다.

일반적인 발생부위와 달리 악골내에도 발생한다는 보고가 있고<sup>20, 21)</sup> 후두<sup>22)</sup>, 기관<sup>23)</sup>, 기관지<sup>24)</sup>, 그리고 결막<sup>25)</sup>의 점액선으로부터 아주 드물게 粘液類上皮癌이 발생하기도 한다.

#### IV. 結 論

著者は 釜山 메리놀病院 齒科·口腔外科에 來院한 66歲 女子患者의 左側 口腔底部에 發生한 粘液類上皮癌을 外科的 切除術에 依하여 治驗하였기에 다음과 같이 報告하는 바이다.

1. 約 10年의 病歷을 가지는 左側 口腔底部의 크기 3.0×3.5×2.0cm의 腫物을 外科的으로 切除하였다.

2. 病理組織學的 檢査에 依해 惡性도가 낮은 粘液類上皮癌으로 判明되었고 本腫瘍은 左側 Whart-on氏管의 上皮組織에서 由來된 것으로 推定되었다.

3. 本腫瘍의 手術後 豫後는 比較的 良好할 것으로 思慮되나 繼續觀察이 要望된다.

#### REFERENCES

1. Eneroth, C.M.: Histological and clinical aspects of parotid tumours. Acta Otolaryngol. (Suppl.). 191: 1-99, 1964.
2. Friedman, E.W., and Schwartz, A.E.: Diagnosis of salivary gland tumors. CA, 24: 266-273, 1974.
3. Rankow, R.M.: Surgical decisions in the treatment of major salivary gland tumors. Plast, Reconstr. Surg., 51: 514-523, 1973.
4. Shafer, W.G., Hine, M.K., and Levy, B.M.: A Textbook of Oral Pathology, ed. 3, Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1974, pp. 228-231.
5. Rankow, R.M., Polayes, I.M.: Diseases of the salivary glands. W.B. Saunders, 1976, pp. 119-122.
6. Eversole, L.R.: Mucoepidermoid carcinoma:

- review of 815 reported cases. *J. Oral Surg.*, 28: 490-494, 1970.
7. Bhaskar, S.N., and Bernier, J.L.: Mucoepidermoid tumors of major and minor salivary glands. *Cancer*, 15: 801-817, 1962.
  8. Koblin, I., and Koch, H.: On the nature of mucoepidermoid tumors of major and minor salivary glands. *J. Maxillofac. Surg.*, 2: 19-25, 1974.
  9. Stewart, F.W., Foote, F.W., and Becker, W.F.: Mucoepidermoid tumors of salivary glands. *Ann. Surg.*, 122: 820-844, 1945.
  10. Foote, F.W., Jr., and Frazell, E.L.: Tumors of the major salivary glands. *Cancer*, 6: 1065-1133, 1953.
  11. Healey, W.V., Perzin, K.H., and Smith, L.: Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. *Cancer*, 26: 368-388, 1970.
  12. Shklar: *Oral Cancer*, W.B. Saunders, 1984, pp. 105-108.
  13. Thorvaldsson, S.E., Beahrs, O.H., Woolner, L.B., and Simons, J.N.: Mucoepidermoid tumors of the major salivary glands. *Amer. J. Surg.*, 120: 432-438, 1970.
  14. Eversole, L.R., Rovin, S., and Sabes, W.R.: Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands: report of 17 cases with follow-up. *J. Oral Surg.*, 30: 107-112, 1972.
  15. Melrose, R.J., Abrams, A.M., and Howell, F.V.: Mucoepidermoid tumors of the intraoral minor salivary glands: a clinicopathologic study of 54 cases. *J. Oral Pathol.*, 2: 314-325, 1973.
  16. Posner M.R., Ervin T.J., Weichselbaum R.R., et al.: Chemotherapy of advanced salivary gland neoplasms. *Cancer* 50: 2261-2264, 1982.
  17. Batsakis, J.G.: Tumors of the head and neck, clinical and pathological considerations, 2nd ed., The Williams and Wilkins, 1979, pp. 34-39.
  18. Gray, J.M., Hendrix, R.C., and French, A.J.: Mucoepidermoid tumors of salivary glands, *Cancer*, 16: 183-194, 1963.
  19. Woolner, L.B., Pettet, J.R., and Kirklin, J.W.: Mucoepidermoid tumors of major salivary glands. *Amer. J. Clin. Pathol.*, 24: 1350-1362, 1954.
  20. Jakobsson, P.A., Blanck, C., and Eneroth, C.M.: Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. *Cancer*, 22: 111-124, 1968.
  21. Rawson, A.J., Howard, J.M., Royster, H.P., and Horn, R.C., Jr.: Tumors of the salivary glands: a clinicopathological study of 160 cases. *Cancer*, 3: 445-458, 1950.
  22. Eneroth, C.M., Hjertman, L., Moberger, G., and Soderberg, G.: Mucoepidermoid carcinomas of the salivary glands with special reference to the possible existence of a benign variety. *Acta Otolaryngol.*, 73: 68-74, 1974.
  23. Thackray, A.C., and Sobin, L.H.: Histological typing of salivary gland tumours. *International Histological Classification of Tumours*, No. 7, Geneva, World Health Organization, 1972.
  24. Eneroth, C. M., and Zetterberg, A.: The relationship between the nuclear DNA content in smears of aspirates and prognosis of mucoepidermoid carcinoma. *Acta Otolaryngol.* 80: 429, 1975.
  25. Eneroth, C. M., and Zetterberg, A.: A cytochemical method of grading the malignancy of salivary gland tumours preoperatively. *Acta Otolaryngol.* 81: 489, 1976.
  26. Frazell, E.L.: Clinical aspects of tumors of the major salivary glands. *Cancer* 7: 637, 1954.
  27. Eneroth, C. -M., Hjertman, L., and Moberger, G.: Mucoepidermoid carcinoma of the palate. *Acta Otolaryngol.* 70: 408, 1970.

28. Rosenfeld, L.: Malignant tumors of the salivary gland origin. 37-year review of 184 cases. *Ann. Surg.* 163: 726, 1966.
29. Spiro, R.H., and Huvos, A.G.: Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. A clinicopathologic study of 367 cases. *Amer. J. Surg.* 136: 461, 1978.
30. Browand, B.C., and Waldron, C.A.: Central mucoepidermoid tumors of the jaws. *Oral Surg.* 40: 631, 1975.
31. Bhaskar, S.N.: Central mucoepidermoid tumors of the mandible. *Cancer*, 16: 721, 1963.
32. Thomas, K : Mucoepidermoid carcinoma of the larynx. *J. Laryngol. Otol.* 85: 261, 1971.
33. Larson, R.E., Woolner, L.B., and Payne, S.W : Mucoepidermoid tumors of the trachea. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 50: 131, 1965.
34. Turnbull, A.D, Huvos, A.G., Goodner, J.T., and Foote, F.W., Jr.: Mucoepidermoid tumors of bronchial glands. *Cancer* 28: 539, 1971.
35. Rao, N.A., and Font, R.L.: Mucoepidermoid carcinoma of the conjunctiva. A clinicopathologic study of five cases. *Cancer* 38: 1699, 1976.

## A CASE OF MUCOEPIDERMOID CARCINOMA IN THE FLOOR OF MOUTH

Jong-Ryoul Kim, D.D.S., M.S.D.

*Department of Dentistry & Oral Surgery, Maryknoll Hospital, Pusan, Korea*

.....» **Abstract** «.....

This is to report a case of mucoepidermoid carcinoma which occurred in the floor of mouth of a 66-year-old female.

The findings and results were summarized as follows.

1. The tumor had grown for over 10 years, sized 3.0x3.5x2.0 Cm.
2. Clinical features and histopathological findings brought the final diagnosis, "low grade" mucoepidermoid carcinoma, probably arising from the epithelium of left Wharton's duct.
3. The prognosis of this tumor seems quite fair, but careful long term observation will be required.

.....