

상악구치부 치아의 동통을 주소로 내원한 환자에서 발견된 술후상악낭

서울대학교 치과대학 구강악안면방사선학교실 전임강사 이삼선

서론

성공적인 치료는 정확한 진단에서 시작된다. 종종 예상과 다르게 환자의 주소가 소실되지 않거나 증상이 계속되는 경우가 있는데 이러한 경우 진단에 대한 새로운 시도가 필요하다. 또한 치아나 주위조직의 동통에 대한 원인을 찾을 수 없을 때 우리의 시야를 좀 더 넓혀야 할 때가 있다. 다음은 상악 구치부의 동통을 주소로 내원한 환자들의 증례를 통해 치아 및 주위구조물의 동통의 원인이 치아에 있지 않은 경우를 생각해 보고자 한다.

증례 1

56세 여환으로 일개월전 좌측 상악 제 2 대구치(#27)의 동통으로 치과외원을 내원하여 #27 치아의 신경치료를 받은 후 익일 동통이 더욱 심해지고 좌측 안면부의 부종이 나타났다. 그 후 계속 근관치료를 받았으나 한달 동안 증상이 호전되지 않았다. 대진의회시 #27 치아는 신경치료 중인 상태였고 방사선사진상에서 #25 치아의 치조백선이 소실되어 있었으며 #25, 26, 27 치아에 치근의 외흡수가 있었다(그림 1). 파노라마방사선사진에서 좌측 상악동저의 골벽은 비후되어 있었으며(그림 2) Waters 방사선사진상에서 좌측 상악동의 측벽은 소실되어 있었고 상악동 전체가 불규칙적인 방사선불투과상을 보이며(그림 3) 하부에 둥근 모양의 방사선투과성이 증가된 부위가 관찰되었다. 이러한 좌측 상악동의 방사선

불투과상은 상악동 수술 후 자주 관찰되는 골화된 소견이었으며 문진 시 환자가 약 40년 전에 상악동염으로 좌측 상악동수술을 받은 경험이 있었다는 것을 확인하였다. 이러한 상악동 수술 소견과 함께 관찰되고 있는 하부의 방사선투과성부위나 측벽소실, 하벽비후, 치근흡수 등을 미루어 술후상악낭으로 진단하였다. 보통 술후상악낭의 경우 상악동저의 골벽이 비박화되거나 소실되는 경우가 많으나 이 증례의 경우는 근관치료를 시행하면서 낭이 감염되어 오히려 골벽의 비후가 일어난 경우이다.

증례 2

54세 남환으로 좌측상악소구치와 대구치(#25, 26, 27)의 동통과 치은부종을 주소로 내원하였다. 좌측 안면부의 동통과 두통을 수반하며 #24, 25, 26, 27 치아가 타진반응에 양성이었다. 치근단방사선사진에서 #25, 26, 27 치아의 치조백선이 소실되고 #26 치아의 치근은 다소 외흡수되었으며, #27 치아의 치근막강이 비후되었고 치근단 부위에 방사선투과성이 증가되었으며 상악동저의 골벽이 소실되었다(그림 4). 파노라마방사선사진과 Waters 방사선사진에서 좌측 상악동의 측벽소실과 전반적인 방사선불투과성 증가가 관찰되고 비익의 부종이 관찰되었다(그림 5, 6). 문진시 환자는 37년전 상악동염으로 좌측 상악동수술을 받은 경험이 있음을 알았으며 치근흡수, 상악동저와 측벽의 소실, 상악동의 전반적인 방사선불투과성 등으로 미루어 좌측 술후상악낭으로 진단하였

으며 #27 치아의 전반적인 치조백선 소실, 치근막강 비후, 치근단 방사선투과상 등으로 미루어 치주성의

결론

치근단염이 동반된 경우였다.

이상과 같이 상악치아의 동통이 주소면서 다음과 같은 소견을 나타내는 경우에는 상악동 질환을 의심하여 볼 수 있겠다. 첫째 치아나 치주조직에 특이한 병변이 관찰되지 않는 경우, 둘째 동통을 호소하는

치아가 소구치, 대구치를 포함하여 동시에 여러 개인 경우, 셋째 신경치료나 치주치료 등에 증세가 호전되지 않는 경우등이다. 이와 같은 경우 세균성이나 진균성의 상악동염, 술후상악낭이나 재발된 상악동염, 혹은 그 외의 병변을 의심할 수 있으며 정확한 진단을 위해 안면부의 동통이나 두통, 병력들을 알아보고 치근단방사선사진(그림 1, 4)이나 파노라마방사선사진(그림 2, 5), Waters방사선사진(그림 3, 6), 전산화 단층사진 등 적절한 영상진단법을 이용하면 진단에 도움이 되겠다.

증례 1



그림 1

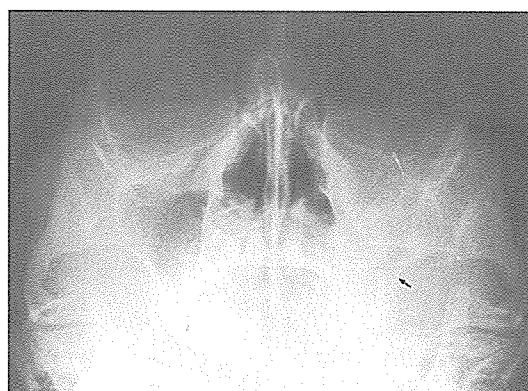


그림 3

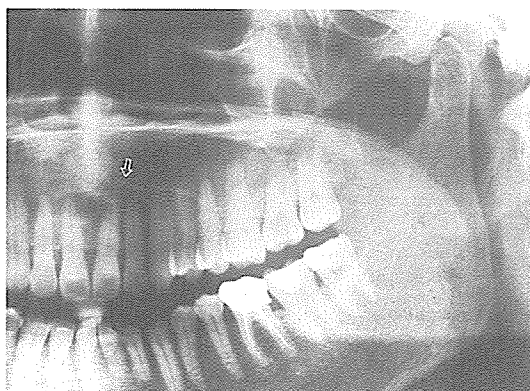


그림 2

그림 1. 치근단방사선사진. #25, 26, 27 치아의 치조백선소실과(흰색선 화살표) 부분적인 치근흡수가 관찰되며(얇은 검정색 화살표) 상악동저의 골벽의 비후가 있음(검정색 화살표).

그림 2. 파노라마방사선사진. #27 치아는 신경치료 중이며 #25, 26, 27, 치아의 치근단 흡수가 관찰되고 좌측 상악동이 #21 치아 하방까지 연장되어 있음(흰색선 화살표)

그림 3. Waters 방사선사진. 좌측 상악동에 전반적인 방사선불투과상이 있으며 측벽소실(검정색 화살표)이 관찰됨.

증례 2

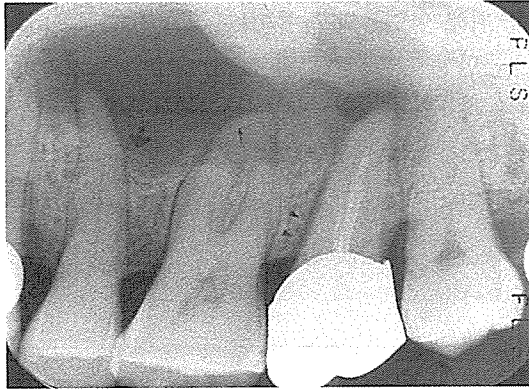


그림 4

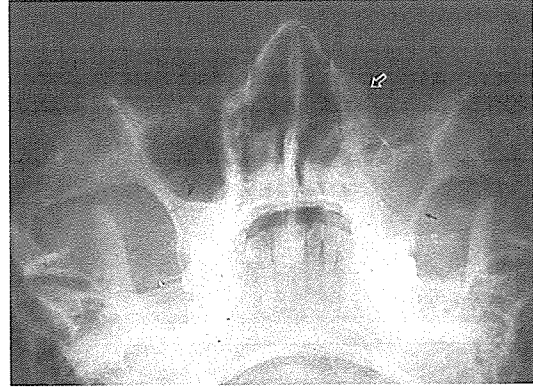


그림 6

그림 4. 치근단방사선사진. #25, 26, 27 치아의 치조백선이 소실되고 #26 치아의 치근흡수가 있으며(얇은 검정색 화살표) 상악동저의 골벽이 소실되었음(검정색 화살표). #27 치아는 치조골정에서부터 치조백선이 소실되었으며 치근막강 비후가 관찰되고(검정색 화살표머리) 치근부에 경계가 불분명하게 방사선투과성의 영역이 관찰됨.

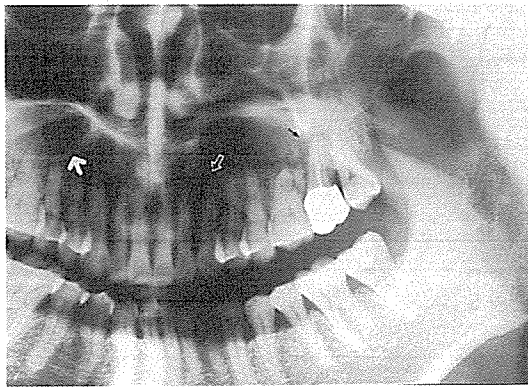


그림 5

그림 5. 파노라마방사선사진. #26 치아의 치근흡수가 관찰되고 #27 치아의 치근에 방사선투과성병소가 관찰됨(검정색 화살표). 우측의 정상적인 상악동 골벽(흰색 화살표)에 비하여 좌측에는 과골성의 상악동 골벽이 관찰되지 않음(흰색선 화살표).

그림 6. Waters 방사선사진. 좌측 상악동에 불규칙적인 방사선불투과상이 관찰되고 측벽이 불명확하며(검정색 화살표) 비익의 비후가 있음(흰색선 화살표). 우측 상악동저와 측벽에 점막비후가 관찰됨(검정색 화살표 머리).