

# 구강점막의 백색 및 착색 병소

연세대학교 치과대학 구강종양연구소, 구강병리학 교실

육종인, 윤정훈, 김 진

## 1. 들어가는 말

구강 점막의 백색 또는 착색 병소로 나타내는 원인과 기전은 매우 다양하다. 구강 점막의 병변이 백색으로 보이는 것은 상피층의 각질 형성이 많거나, 상피층이 두꺼워진 경우, 또는 상피층의 부종에 의해 발생한다. 이러한 원인으로는 만성적인 자극, 흡연, 유전적 이상, 피부 질환과 만성 염증등이 있지만 많은 경우 원인과 기전이 분명치 않다. 뿐만아니라 상피 외측에 분비물이나 세균들에 의한 위막(pseudomembrane)이 형성되어 백색으로 보일 수 있다. 이러한 병변이 염증과 함께 상피층의 위축이나 궤양이 동반되면 백색 병소와 적색 병소가 혼재된 양상을 보이기도 한다. 점막의 적색 병소는 대부분 상피층이 얇아지거나 점막하층의 혈관이 증식된 경우이다. 착색 병소의 경우 대부분 멜라닌 세포의 멜라닌 합성 증가에 기인되며 그외에 외인성 색소의 침착에 의해서도 발생할 수 있다. 여기서 중요한 점은 이러한 구강 점막의 병소가 매우 다양하게 혼재되어 나타난다는 점이다. 그러므로

본 논문에서는 우리나라 사람의 구강 점막에 흔히 발생하는 구강 점막에 국한된 병변을 중심으로 그 증상과 감별법, 그리고 처치에 대해 간략히 언급하고자 한다.

## 2 백색 및 적색 병소

구강 점막의 백색 병변을 초래할 수 있는 원인으로 백색 부종(leukoedema), white sponge nevus, 낭포성 각화증(follicular keratosis)등이 있으나 이들은 우리나라 사람에게 매우 드물어 생략하기로 한다.

### 가. 백반증 (leukoplakia)과 홍반증(erythroplakia)

원인과 기전: 백색 병소로 가장 중요한 것은 흔히 백반증(leukoplakia)라 불리는 병변이다. 이는 거즈나 설압자로 문질러도 없어지지 않고 다른 특정한 질환으로 진단되지 않는 모든 것을 백반증이라 칭하며, 이는 매우 광범위한 임상적 정의이다. 흡연이 가장 흔히 제시되고 있는 원인이지만 아직 명확하지 않으며, 그외에 음주, 만성적 자극, 세균 감염, 영양 결핍등이 제시되고 있다.



사진 1a. 상악 구개측 치은에 발생한 백반증

1b. 혀점막에 발생한 백반증. 문질러도 없어지지 않는 과각화증이 이끼형으로 관찰된다.

1c. 혀점막에 궤양을 동반한 홍반증이 백반증과 혼재된 양상이다.

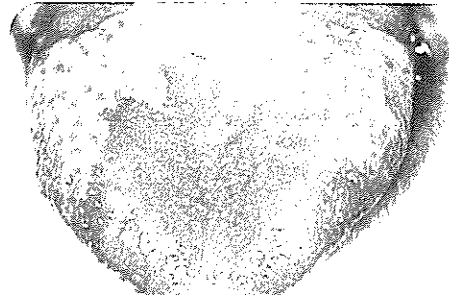
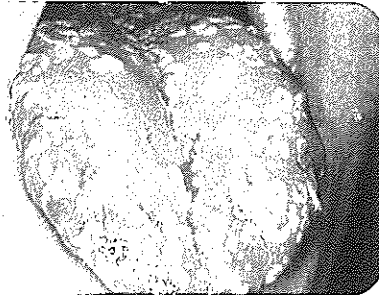


**임상증상:** 주로 40대 이상의 환자에서 발생하고 대부분 통증이나 특이한 증상을 동반하지 않는다. 가장 흔히 발생하는 부위는 혀, 치은, 구개, 협점막이며 그의 어디에서나 발생할 수 있다. 육안 소견상 염증이 없고 점막이 두꺼워진 백태의 형태로 관찰되며 때때로 갈라져 있거나 유두상 증식을 보일 수 있다 (사진 1). 종종 궤양이나 미란이 동반되면 홍반증(erythroplakia)라고 부르며 이 경우에는 통증이나 작열감, 불편감을 호소할 수 있다. 백반증이 임상적으로 중요한 이유는 악성 종양, 즉 편평 세포 암종으로의 전환 가능성이다. 보고에 따라 다르지만 백반증만 있는 경우 1-17%의 암 발생 가능성이 있으며 평균 4-5%의 백반증 환자에서 암이 발생한다. 매년 정상적인 성인의 암 발생률이 약 100,000명당 1명이라고 추산되는 것에 비하면 백반증은 정상에 비해 약 5000배의 암 발생 위험성을 갖는 것이다. 특히 구강저에 발

정확한 진단이다. 임상적으로 다른 백색 질환의 가능성을 검사하고 설압자나 거즈로 문질러 보아 벗겨지지 않는 경우 반드시 조직 검사를 시행하여 단순 백반증인지, 이형성(dysplasia)이 동반되었는지, 또는 상피 내암(carcinoma in situ)나 암으로 진행된 병소는 아닌지 확인해야 한다. 문진에는 병소의 기간, 흡연이나 음주 여부, 구강내 자극을 줄 만한 습관, 가족력의 내용이 포함되어야 하며, 구강내 검사에서는 병소의 크기와 모양, 궤양의 유무, 다발성 유무, 표면의 모양을 확인해야 한다. 가장 일반적인 치료법은 외과적으로 절제하는 것이며, 부위가 광범위한 경우에는 냉동 절제, 레이저 수술을 사용하기도 하지만 이 경우에도 반드시 조직 검사를 하여 이형성 유무를 확인하여야 한다. 백반증 치료 후에는 재발이나 다른 부위의 이차성 병소의 발생률이 매우 높으므로 장기적이고 주기적인 추적 관찰이 필수적이다.

사진 2

- a. 지도설. 혀의 다발성 백색 병소와 주변의 미란성 병소가 혼재되어 있다.
- b. 다른 형태의 지도설. 혀의 전방부에 미란성 병소가 관찰된다.



생한 경우, 특별한 원인 인자를 발견하지 못한 경우, 궤양이 동반된 경우에는 암 발생률이 더욱 높다. 궤양이 동반된 홍반증의 경우에는 40-90%의 암발생률이 보고되어 있어 반드시 치료해야 한다.

**감별진단:** 환자에 대한 문진과 구강내 검사를 철저히 한다면 임상적으로 백반증의 진단은 어렵지 않으며 편평 태선(lichen planus), 캔디다증과 감별하는 것이 중요하다. 그러나 임상적으로 진단이 가능하다 할 지라도 조직검사를 통하여 상피 이형성 유무나 상피 내암(carcinoma in situ) 가능성을 확인하는 것이 바람직하다. 만일 궤양이 동반되어 있다면 반드시 조직 검사를 시행하고 병소를 전부 제거하는 것이 필수적이다.

**치료와 예후:** 치과외과가 백반증 환자를 접했을 때 가장 중요한 것은 문진과 구강내 검사. 생검을 통한

#### 나. 이동설(geographic tongue)

**원인:** 스트레스나 감염이 원인으로 제시되고 있으나 아직 확실한 기전은 밝혀져 있지 않다.

**임상증상:** 다양한 연령에서 발생할 수 있으며 어린이에도 흔히 발생한다. 일반적으로 혀의 상피 탈락과 유두 소실에 의해 붉은 병소가 관찰되고, 자발통은 없으나 움직이거나 만졌을 때 약간의 통증이 있을 수 있다. 붉은 병소 주변은 오히려 희거나 다소 누런색을 보여 적백색 혼합 병소로 보인다(사진 2). 가장 큰 임상적 특징은 병소가 옮겨 다닌다는 점이다. 그러므로 이동설이 의심되는 경우에는 세밀한 문진과 기록 후 5일내지 1주일 후에 환자를 재내원하도록 하여 병소가 옮겨 다니는 것을 확인하면 된다.

감별진단: 임상적인 소견을 면밀히 조사하면 진단이 어렵지 않으며 칸디다증, 백반증, 편평 태선등과 감별 진단하면 된다. 일반적으로 조직 검사가 필요치 않으나 암에 대한 공포감이 있거나 다른 질환과 감별이 어려울때는 조직검사를 하는 것이 유용하다.

치료와 예후: 이 질환은 기본적으로 스스로 치유되는 (self-limiting) 질환이므로 특별한 치료가 필요없으며, 증상이 있는 경우에만 국소적인 스테로이드 제제, 항진균제등을 처방한다. 재발이나 다른 악성 질환으로의 발전 가능성은 전혀 없으므로 환자를 안심시키는 것이 중요하다.

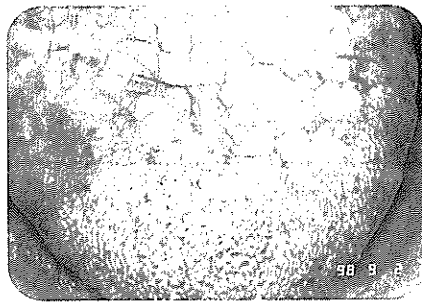


사진 3a. 협점막의 편평태선. 백색의 망상형 구조가 관찰된다.

사진 3b. 혀의 편평태선. 백색 병소가 광범위하게 관찰되며 백반증과의 임상적 감별이 어렵다.

#### 다. 편평태선(lichen planus)

원인과 발병기전: 편평 태선은 비교적 흔한 만성 피부-점막 질환이다. 아직 정확한 원인이 밝혀져 있지 않지만 조직학적인 양상이 과민반응과 비슷하여 국소적인 면역 반응의 이상에 의한다고 추측된다. 병소의 염증세포 침윤이 기저 세포의 손상과 상피층의 과각화를 유발하여 임상적으로 백색 병소로 보이게 된다. 구강내 편평 태선이 간질화와 연관성이 있으므로 환자에 대한 문진 검사시 우리나라에 많은 간질환 유무를 체크하는 것이 필요하며, 그외 당뇨나 고혈압과는 상관없다.

임상증상: 편평 태선은 중년 이후의 남성과 여성에 호발한다고 보고되어 있으나 본원의 경험으로볼 때 여성에게 압도적으로 호발한다. 특징적으로 양측 협점막에 발생하므로 편평 태선이 의심되는 환자는 양측을 모두 검사하여야 한다. 임상적으로 다양한 양상을 보일 수 있으며 그에 따라 몇가지 형태로 나뉜다.

1. 망상형(reticular form): 가장 전형적인 편평태선으로 특징적으로 과각화 부위가 마치 그물 모양으

로 형성된 경우를 말하며 이를 Wickham's striae라고 한다(사진 3). 가장 흔하게는 협점막에 양측성으로 발생하며, 그외 혀의 측면이나 치은에도 발생할 수 있다. 이 경우 대부분 증상이 없어 환자나 의사가 우연히 발견하는 경우가 많다.

2 이끼형(plaque form): 이 경우 백반증과 매우 유사하며, 흔히 다발성으로 발생한다. 협측점막과 혀의 배면에 흔하며 특이한 증상이 없다.

3 위축형(atrophic form): 망상형과 미란형의 중간형태로 생각되며 과각화되어 백색으로 보이는 병소와 상피가 벗겨져 적색으로 보이는 병소가 혼재되어 있

다. 치은에 호발하며 desquamative gingivitis로 불리우기도 한다. 상피가 벗겨진 부분이 있어 환자는 작열감, 통증, 과민반응을 호소할 수 있다.

4 미란형(erosive form): 병소의 상피가 궤양으로 인해 탈락하고 위막으로 덮혀있다. 환자는 통증, 과민반응, 불편감을 호소한다. 병소 주변이나 다른 부위에서 망상형의 병소가 발견되는 경우도 있으므로 세심한 구강내 검사가 요구된다.

감별진단: 약물에 의한 lichenoid drug reaction, 만성적인 자극에 의한 백색 병소, 칸디다증과 감별해야 한다. 임상적으로는 백반증이나 백반증이 동반된 암종과 감별하는 것이 필수적이며, 감별진단이 어렵거나 환자가 암에 대한 공포감이 있는 경우 생검을 통해 정확히 진단하는 것이 필요하다.

치료와 예후: 아무런 증상이 없는 경우 특별한 치료가 필요치 않으며 주기적인 추적-관찰이 중요하다. 그러나 미란형이나 위축형과 같이 증상이 동반되는 경우 증상 완화와 치료를 위하여 corticosteroid가 가장 효과적인 약제이다. 국소적으로 도포하거나 국소

적으로 주사하여 사용하며 효과는 매우 좋지만 환자에게 재발의 가능성을 주지 시켜야 한다. 만일 steroid를 사용하였음에도 불구하고 증상의 호전이 없으면 즉시 다른 질환을 의심하여야 하며 지속적인 steroid 사용은 약제에 의한 부작용과 다른 질환의 진단을 미루는 결과를 초래한다.

**라. 칸디다증(candidiasis)**

**원인과 발병기전:** 칸디다증은 가장 흔한 구강내 진균 감염이다. C. albicans가 원인균이며 정상인의 40-50%에서 정상 균총으로 존재하고 면역 기능이 떨어졌을때 발병한다. 칸디다증을 유발하는 요소로는 어린이나 노인, 당뇨, 임신, 전신적인 steroid 치료, 구강 건조증, 악성 종양 환자, 영양 결핍, 화학 요법이나 방사선 요법, AIDS등이 있다. 그러므로 칸디다증을 진단 할 때는 환자의 전신적인 상태를 파악하는 것이 매우 중요하며, 건강한 젊은

이에게서 칸디다증이 의심된다면 환자가 모르는 숨겨진 질환이 있거나 칸디다증이 아닐 가능성이 높다.

**임상증상:** 임상적인 발병 양상에 따라 급성과 만성으로 구분하며, 가장 흔한 형태는 급성 위막성 칸디다증(acute pseudomembranous candidiasis)이다 (사진 4). 특징적으로 점막 표면이 흰색의 젤라틴과 같은 위막이 덮혀 있으며 거즈로 문지르면 쉽게 벗겨진다. 벗겨진 하방은 충혈되어 붉은색을 띠며, 통증이 아주 심하지는 않지만 작열감이나 연하 장애를 호소할 수 있다. 위막이 모두 벗겨져 나갔을 경우 급성 위축성 칸디다증(acute atrophic candidiasis)라 한다. 이러한 형태는 항생제를 장기간 복용하여 구강내 정상 세균 균총이 변화하였을 때 흔히 보이지만 노인

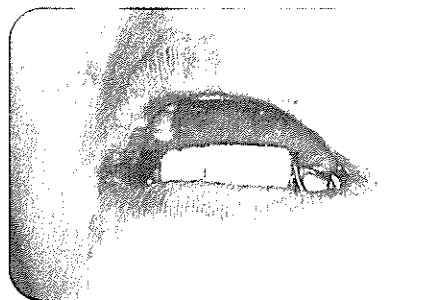
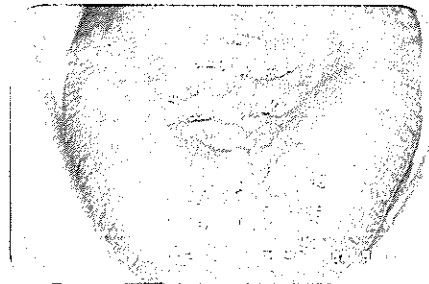
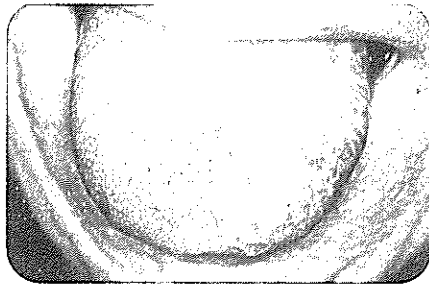


사진 4a. 위막을 형성하는 칸디다증  
4b. 항생제 과다 복용에 의한 위축형 칸디다증  
4c. 구강에 발생한 구각염(angular cheilitis)

환자나 심한 스트레스를 받은 환자에서도 발견된다. 이 경우 점막의 염증과 미란으로 인하여 환자는 심한 통증과 불편감을 호소한다. 오랫동안 의치를 장착하고 구강내 위생 상태가 좋지 않은 환자에게는 만성 위축성 칸디다증(chronic atrophic candidiasis)가 흔하다. 하악 보다는 상악 의치의 구개 부위에 가장 흔히 발생하며 의치를 제거하였을 때 발적이 관찰되고 작열감이나 통증을 동반한다. 그외에도 구각 부위(mouth corner)에 흔히 발생하는 angular cheilitis가 있다. 이는 흔히 어린이에게 발생하면 “입이 크다”고 알려져 있지만 실제로는 칸디다 감염이나 세균 감염이 동반된 것이다. 의치를 장착하여 수직 높이(vertical height)가 감소된 노인 환자에도 흔히 발생한다.

**감별진단:** 위막이 있는 경우 임상적인 소견과 환자 병력으로 쉽게 진단할 수 있으나, 위축성으로 발생한 경우 화학 약

제에 의한 화상, 외상성 궤양등을 감별해야 한다. 확진을 위해서는 진균 hyphae를 확인하여야 한다. 설압자로 면봉으로 위막이나 위축된 점막 부위를 긁어 슬라이드 유리 표면에 도말하여 20% KOH나 PAS 염색하면 쉽게 관찰할 수 있다. 도말 표본 제작은 매우 간편하며 슬라이드 유리위에 도말하고 70% 에탄올 소독액에 담가 병리과에 의뢰하면 일반 개업의도 비교적 쉽게 진단할 수 있다. 그외에 배양하여 진단할 수 있으나 시간이 너무 오래 걸리고 위음성(false negative)이 많아 요즘은 거의 사용하지 않는다. 증식성 병소가 관찰되거나 환자가 아메 대한 공포감이 있는 경우 조직 검사를 수행하여 진단하는 것이 필요하다.

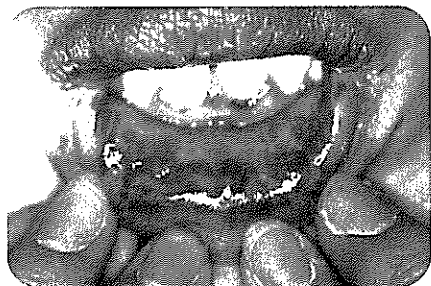
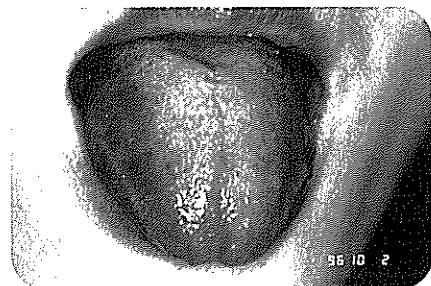


사진 5a. 생리적 멜라닌 침착. 입술 내측 점막에 광범위한 멜라닌 색소 침착이 관찰된다.



5b. 혀의 아래쪽에 광범위한 멜라닌 색소 침착이 관찰된다.

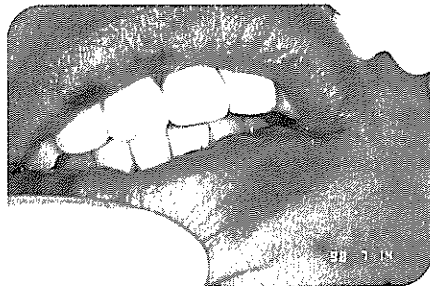


사진 6a. 상순에 국소적인 멜라닌 침착.



6b. 혀점막의 국소적 멜라닌 침착

치료와 예후: 대부분의 칸디다증은 nystatin 용액에 쉽게 치료가 되며, 의치와 연관된 경우 크림제로 된 nystatin을 사용한다. 용액은 양치후와 잠자기 전 수분간 양치하면 되며, nystatin은 위장장애가 심하므로 가능하면 삼키지 않도록 주의시켜야 한다. 만일 환자의 면역성이 매우 저하되어 있어 전신적인 투여가 필요한 경우 amphotericin B, ketoconazole이 사용되나 간 독성이 심하고 최근에는 비교적 독성이 적은 fluconazole이나 itraconazole이 사용되고 있지만 여전히 간 독성이 심하다.

### 3. 착색 병소

점막내의 색소 침착은 크게 멜라닌 침착에 의한 병소와 외인성 색소에 의한 병소로 나뉜다.

#### 가. 생리적인 색소 침착

임상증상: 이는 정상적으로 점막의 멜라닌 색소 침착이 심한 경우이며 흑인에게서 호발하지만 우리나라 사람에도 종종 발견된다. 임상적으로는 아무런 증상이 없고 양측성이며 치은에 가장 흔하지만 구강 점막 어디에서나 발견된다(사진 5). 이와 유사한 형태로서

점막 손상 후 색소 침착이 증가하는 경우가 있다.

감별진단: 흡연과 연관된 색소 침착은 우리나라에서 흔하지 않으며, 약국에서 구입한 steroid의 지속적인 복용에 의한 Addison's disease와 감별해야 한다.

치료와 예후: 특별한 치료가 필요 없다.

#### 나. 국소적인 멜라닌 침착

원인과 발병기전: 기미나 주근깨와 같이 국소적으로 멜라닌 색소가 증가한 경우를 freckle, 또는 ephelides라고 하며 대부분 자외선 노출과 관련있고 구강내 점막보다는 입술 주변의 안면 피부에 흔하다.

임상증상: 대부분 5 mm이하의 크기를 가지며 특별한 증상이 없고 용기가 없는 반점으로 관찰된다(사진 6). 구강 점막과 주변 조직에 이러한 반점이 많다면 Peutz-Jegher 증후군이나 Addison's disease를 의심해봐야 한다.

치료와 예후: 다른 증후군이나 질환과 연관되지 않았다면 특별한 치료가 필요없다.

#### 다. 모반 (nevus)

원인: 피부나 점막 하층에 존재하던 모반 세포의

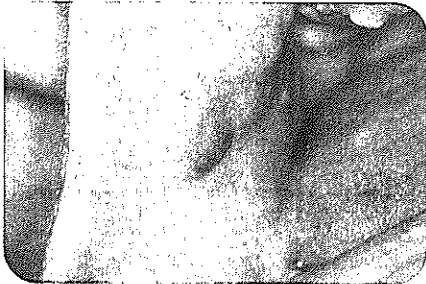


사진 7a. 혀점막의 모반 (nevus). 점막에 비해 다소 융기된 형태를 보인다.

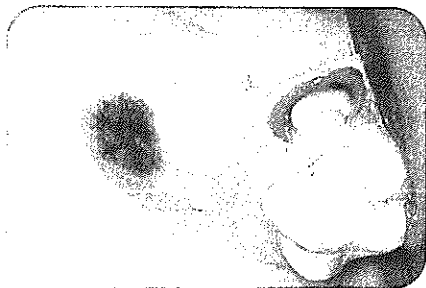


사진 7b. 구개 점막의 모반. 점막과 같은 수준으로 관찰되며 생리적인 색소 침착과 감별이 어렵다.

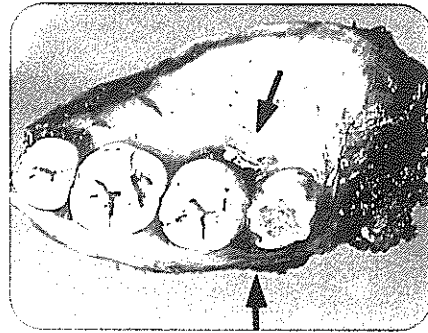


사진 8. 상악 치은에 발생한 악성 흑색종. 침윤성 성장으로 인해 점막의 궤양이나 융기는 관찰되지 않는다.

증식에 의한 종양성 질환이다.

**임상 증상:** 피부에 발생하는 경우 매우 다양한 양상을 보인다. 흔히 등이나 두피에서 관찰되고 짙은 암갈색에서 노란색을 띄거나 청색을 보이기도 한다. 일반적으로는 주변 피부보다 솟아 있는 융기형을 보이거나 때로 주변 피부와 같은 수준을 보이기도 한다. 입안에 발생하는 경우에도 다양한 임상 증상을 보이거나 크기는 다소 작아 대부분 0.5cm 미만의 융기된 형태이다(사진 7). 다양한 색을 가질 수 있으며 20%의 경우에는 색소가 없다. 구개 부위에 가장 흔하지만 혀점막, 입술, 치은에도 발생한다.

**감별진단:** 국소적인 멜라닌 침착이나 아말감 문신, 악성 흑색종과 감별해야 한다. 융기되지 않은 경우에는 국소적 색소 침착과 임상적 감별이 어려우며, 악성 흑색종은 경계가 불명확하고 성장이 매우 빨라 임상적인 소견만으로도 감별이 어렵지 않다.

**치료와 예후:** 지속적인 자극에 의해 악성 흑색종이 발생할 수 있으므로 구강 점막의 모반은 모두 제거하는 것이 원칙이며, 대부분 크기가 작으므로 모두 절제하여 생검하는 것이 어렵지 않다. 특히 의치를 제작하기 전에 치은이나 구개 점막에 모반이 있는지 반드시

확인해야 한다.

#### 라. 악성 흑색종 (malignant melanoma)

**원인:** 피부에 발생하는 흑색종은 자외선 노출양에 비례하여 증가하며 멜라닌 세포의 증식에 의해 발생하지만 정확한 기전은 밝혀져 있지 않다. 피부의 경우 백인에게 주로 발생하지만 구강 점막에서 발생하는 흑색종은 오히려 유색 인종에게 많은 것으로 보고되어 있다. 피부와 구강 점막에서 존재하던 nevus가 만성적인 자극에 의해 흑색종이 발생할 수 있다.

**임상증상:** 구강 점막의 흑색종은 매우 드문 질환이다. 구내에 발생하는 경우 구개와 치은에 가장 호발하며, 작은 반점이라 할지라도 다양한 색이 혼재되어 있거나 최근에 빨리 성장한 경우, 불규칙한 변연을 갖는 경우 흑색종을 의심할 수 있다. 흑색종은 다양한 임상 양상을 가져 종괴의 형태로 튀어나올 수도 있고 (vertical growth), 주변 점막과 비슷한 수준으로 (radial growth) 보이기도 한다(사진 8). 또한 2/3의 경우에는 색소 침착이 있어 비교적 진단이 쉬우나 약 1/3은 색소 침착이 없으므로 임상 진단이 매우 어렵다.

**감별진단:** 점막에 발생한 경우 생리적인 색소 침착이나 freckle등과 감별해야 한다. 환자의 병력, 양측성 유무, 병소의 균일성을 파악하면 악성 질환과 양성 질환의 감별이 어렵지는 않다.

**치료와 예후:** 외과적 수술에 의한 광범위 절제가 가장 유효한 치료법이며, 그외 화학 요법이나 방사선 요법이 보조적으로 사용된다. 흑색종은 워낙 예후가 나빠 수술후 재발과 전이가 많으며 구강 점막의 악성

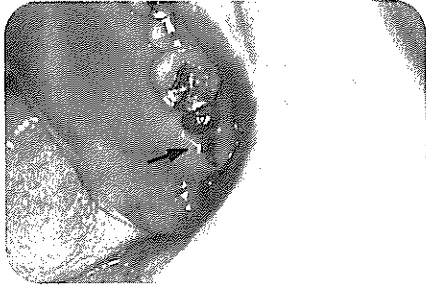


사진 9. 아말감 반흔. 발치 부위의 치은에 반상형 색소 침착이 관찰된다.

흑색종은 5년 생존률이 20% 미만이다.

#### 마. 아말감 색소 침착 (amalgam tattoo)

원인: 구강 점막의 외인성 색소 침착의 가장 흔한 이유는 아말감에 의한 문신이다. 이는 아말감 수복시 band와 wedge를 사용하지 않아 외동 형성치 손상된 치은으로 아말감이 침착되어 발생한다. 흔히 측면 외동이나 치경부 수복후에 관찰된다.

임상 증상: 대부분 치은에 특별한 증상 없이 국소적이 색소 침착으로 나타나며, 종종 발치시에 발견된다(사진 9). 충분히 큰 경우에는 방사선 소견에서 발견되기도 한다.

감별진단: 멜라닌 색소 침착과 감별해야 하며 진단이 어려울 때에는 생검해야 한다. 크기가 비교적 클 때에는 기왕력과 함께 방사선 사진이 흑색종과 감별에 도움이 된다.

#### 바. 중금속 침착 (heavy metal pigmentation)

원인: 납, 백금, arsenic, 비스무스(bismuth), 수은과 같은 중금속에 중독 되었을때 이들 금속이 치은내의 세균 대사물과 반응하여 황화합물을 형성함으로써 치은에 침착된다. 이러한 중금속은 산업체 뿐만 아니라 민간 요법으로 피부 질환 치료에 사용하는 경우가 있으므로 환자의 기왕력을 물어보는 것이 매우 중요하다.

임상 증상: 점막의 중금속 중독은 대부분 치은 변연을 따라 회색 또는 흑색의 병소로 나타나며 약간의 염증이 동반되지만 특이한 증상은 없다.

임상적 중요성: 중금속 중독에 의한 구강내 병변 자체는 크게 중요하지 않으며 전신적인 중독 상태를 빨리 파악하는 것이 중요하다. 특히 치과에서 사용하

는 아말감으로 인하여 치과에 근무하는 의사나 보조 의료인은 만성적인 수은 노출 가능성이 있으므로 주의해야 한다.

#### 4. 결 론

구강 점막에 발생하는 백색 병소 또는 착색 병소는 정확한 진단이 매우 중요하며, 문진을 통한 환자의 기왕력과 주의 깊은 구강내 검사를 통해 대부분 진단할 수 있다. 그러므로 각 질환의 임상적 특성을 정확히 파악하고 있는 것이 가장 중요하다. 아울러 백반증이나 홍반증은 암종 발생 가능성이 매우 높은 전암 병소(precancerous lesion)이므로 치과외과의 적절한 조치가 환자의 생명과 직접 연관되어 있지만, 낮은 보험 수가로 인하여 환자가 방치되고 있는 현실은 매우 안타까운 것이다. 그러므로 일선 치과외과의사의 보다 많은 관심과 배려가 절실하며, 아울러 이러한 질환에 대한 홍보가 치과외과의사의 위상을 높일 수 있는 기회가 될 수 있으리라 생각한다.

#### 참 고 문 헌

1. Regezi JA, Sciubba JJ. Oral Pathology. Clinical pathologic correlations. 3rd ed. 1999. Saunders.
2. Gilhar A, Pillar T, Winterstein G, Etzioni A. the pathogenesis of lichen planus. Br J Dermatol 120: 541-544, 1989.
3. Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada F. Oral leukoplakia and malignant transformation. Cancer 53: 563-568, 1984.
4. Vincent SD, Potos PG, Baker KA, Williams TP. Oral lichen planus: the clinical, historical and therapeutic features of 100 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 70: 165-171, 1990.
5. Waldron CA, Shafer WG. Leukoplakia revisited. Cancer 36: 1386-1392, 1975.
6. Berthelsen A, Aandersen A, Jensen T, Hansen H. Melanomas of the mucosa in the oral cavity and the upper respiratory passages. Cancer 54: 54: 907-912, 1984.
7. Buchner A, Hansen L. Melanotic macule of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 105 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 48: 244-249, 1979.