

치근단 낭으로 오진한 단낭성 법랑모세포종

윤정훈 · 정원균*

연세대학교 치과대학 구강병리학교실, 21세기 치과병원 근관치료과*

ABSTRACT

UNICYSTIC AMELOBLASTOMA MISDIAGNOSED AS AN APICAL PERIODONTAL CYST : A CASE REPORT

Jung-Hoon Yoon, Won-Gyun Chung*

Department of Oral Pathology, College of Dentistry, Yonsei University
Department of Endodontics*, 21th Century Dental Hospital

A case of an unicystic ameloblastoma of the mandible presenting as an apical periodontal cyst was reported. The lesion showed an unilocular radiolucency with well delineated border. Histologic examination revealed that a fibrous cyst wall with a lining that consists of partially of ameloblastic epithelium. The overlying epithelial cells are loosely cohesive and resemble stellate reticulum. The fibrous cyst wall of the cyst is infiltrated by typical follicular ameloblastoma, but devoid of inflammatory reaction in the cystic wall. Some considerations regarding differential diagnosis, pathogenesis and biologic behaviour of the lesion were discussed.

Key words : Unicystic ameloblastoma, Apical periodontal cyst, Unilocular radiolucency, Mandible

I. 서 론

단낭성 법랑모세포종(unicystic ameloblastoma)은 임상 및 방사선적 소견, 또는 병리학적으로 통상의 법랑모세포종과는 다르게 취급하는 질환이다. 1933년 Cahn¹⁾이 합치성 낭의 상피에서 발생한 법랑모세포종을 처음 보고한 이래, 임상 증상이나 방사선 소견만으로는 낭에서 유래한 법랑모세포종과 구분하기 어렵고, 또한 조직학적으로도 낭과의 감별이 불분명한 경우가 많아 상피의 증식을 동반한 낭으로 진단하는 경우가 흔하였다²⁾.

임상적으로 전형적인 단낭성 또는 충실성의 법랑모세포종과는 달리 어린 나이에 호발하고, 주로 하악 구치부에 발생한다. 방사선학적으로도 경계가 좋은 단낭성의 방사선 투과성 병소로 나타난다. 수술 시에도 이 병소가 낭성 병소로 보이기 때문에 진단은 현미경으로 관찰해야 가능하다³⁾. 이에 Vickers와 Gorin⁴⁾이 낭에서 법랑모세포종으로 이행할 때의 초기 조직학적 특성을 제시하였고, Robinson과 Martinez⁵⁾가 일반적인 법랑모세포종에 비해 직출술 만으로도 재발을

이 매우 낮아 이를 단낭성 법랑모세포종으로 명명하였지만, 아직도 이견이 많아 벽재성 법랑모세포종(mural ameloblastoma)⁶⁾, 망상 단낭성 법랑모세포종(plexiform unicystic ameloblastoma)⁷⁾, 낭성 법랑모세포종(cystic ameloblastoma)⁸⁾등으로 혼동하여 불리기도 한다.

저자들은 치근단 낭으로 생각한 치근단의 방사선 투과성 병소가 단낭성 법랑모세포종으로 진단하였던 증례를 소개하고자 한다.

II. 증 례

33세 여자 환자가 하악 우측 측절치와 견치 부위의 종창을 주소로 개인 치과의원을 경유하여 본원에 내원하였다. 환자는 1개월 전부터 같은 부위에 지각파면을 경험하였으나 통증은 없었다고 하였다. 그 외 특이한 가족력이나 전신적 질환, 약물 부작용은 없었다.

구강검사에서 같은 부위를 협설측으로 촉진할 때 파동성이 있는 종창이 있었다. 병소 부위의 치아는 타진 반응에는



Fig. 1. 파노라마 방사선 사진에서 측절치와 견치 사이에 주변과 경계가 명확한 둥근 모양의 단방성의 방사선 투과성 병소가 관찰되며, 병소는 측절치와 견치의 치근을 이개시키고 있었으나 치근흡수의 소견은 보이지 않았으며 내부의 방사선 불투과성 물질은 관찰할 수 없다.

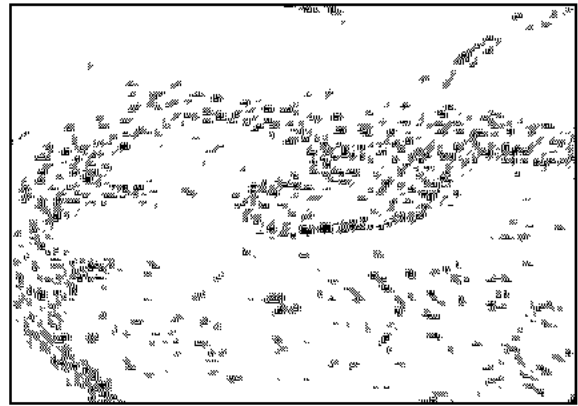


Fig. 2. 낭강을 피복하고 있는 상피들은 입방형으로 각화되어 있지 않고 결합조직 벽에는 염증세포의 침윤을 관찰할 수 없다. 일부의 피복상피는 특이하게 기저세포의 키가 원주형으로 커져 있고 핵이 과염색상을 보이면서 기저막의 반대쪽에 위치하는 반극성(reverse polarity)을 보이고 있어서 법랑모세포로의 변화를 보인다.

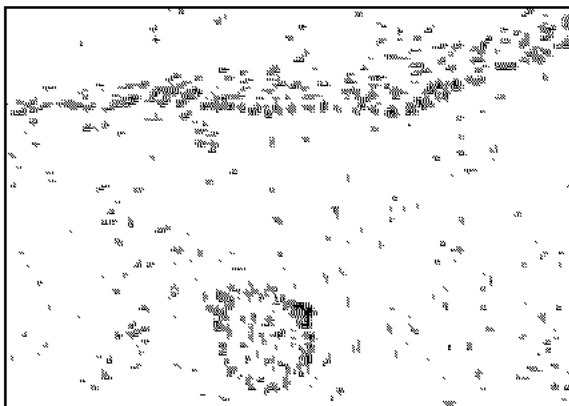


Fig. 3. 일부에서 결합조직 벽으로 침입성 성장을 하는 곳도 있고, 기저세포 위의 세포들은 정상망(stellate reticulum)과 유사한 구조를 보이는 곳이 보인다.

상피와 얇은 결합조직 벽으로 이루어진 낭이었다. 대부분의 피복상피는 결합조직 벽에 잘 부착되어 있었지만 여러 군데에서 분리되어 있는 곳도 관찰되었다. 낭강을 피복하고 있는 상피들은 입방형으로 각화되어 있지 않았다(Fig. 2). 결합조직 벽에는 염증세포의 침윤을 관찰할 수 없었다. 일부의 피복상피는 특이하게 기저세포의 키가 원주형으로 커져 있고 핵이 과염색상을 보이면서 기저막의 반대쪽에 위치하는 반극성(reverse polarity)을 보이고 있어서 법랑모세포로의 변화를 확인하였다. 특히 이런 변화를 한 기저세포의 아래쪽에서는 세포질에서 공포화 변성도 관찰되었고, 어떤 부위에서는 결합조직 벽으로 하방 성장을 하는 곳도 있었다. 이러한 기저세포 위의 세포들은 정상망(stellate reticulum)과 유사한 구조를 보이는 곳도 있었다(Fig. 3).

Ⅲ. 고 찰

양성이었고 약간의 동요도가 있었다. 치수생활력 검사에서 견치는 반응하지 않았고, 측절치의 생활력은 불확실하였다. 그 외의 다른 치아에서는 이상 소견을 관찰할 수 없었다.

파노라마 방사선 사진에서 측절치와 견치 사이에 주변과 경계가 명확한 둥근 모양의 단방성의 방사선 투과성 병소가 관찰되었다. 병소는 측절치와 견치의 치근을 이개시키고 있었으나 치근흡수의 소견은 보이지 않았으며 내부의 방사선 불투과성 물질은 관찰할 수 없었다(Fig. 1). 임상적으로 치근단 낭으로 생각하고 적출술을 포함한 치근단 절제술을 시행하였다.

병리조직학적으로, 여러 개의 얇은 막 같은 조직으로 피복

이 증례는 치근단 부위에 나타나는 방사선 투과성 병소를 모두 감별해야 한다. 우선 낭성 병소 중에서는 치근단 낭, 외상성 낭, 측방 치주낭, 치성 각화낭을, 종양에서는 단낭성 법랑모세포종과 거대세포종, 치성 섬유종, 치성 점액종 등을 감별할 필요가 있다. 그러나 엄밀하게 말하면, 이 증례는 치근단 부위의 측방에 위치한 것을 간과한 것이 치근단 낭으로 혼동하였을 가능성이 많다. 더욱이 치근단 낭은 치근에 나타나는 경우가 많고 침범된 치아가 생활력이 없다는 증거가 명확하게 나타나기 때문에 이 증례와는 거리가 멀다고 생각할 수 있다. 부위로 보아서는 오히려 측방 치주낭이나 치성 각화낭이 이 예와 매우 유사하다. 그러나 치성 각화

낭의 경우에는 대개 각화물질로 인하여 내부가 혼탁한 소견이 동반하여 나타나는 것이 이 예와는 다른 점이다. 단낭성 법랑모세포종의 경우는 경계가 분명한 단방성의 방사선 투과성 병소로 나타나고 낭과 달리 치근 흡수가 분명히 나타난다. 특히, 피질골의 비박과 팽창도 명확하게 나타나는 것이 특징인 점으로 보아 이 예는 단낭성 법랑모세포종에 가장 가깝다. 그러나 단낭성 법랑모세포종의 진단은 임상 증상이나 방사선 소견만으로는 낭과의 감별이 어려워 조직학적 특성에 의존할 수밖에 없다³⁾.

Vickers와 Gorin⁴⁾이 기술한 초기 법랑모세포종성 변화의 특징인 낭 상피가 원주상피로의 변화, 극성배열, 공포변성, 그리고 Robinson과 Martinez⁵⁾가 기술한 낭에서 법랑모세포종으로 이행되었을 때 나타나는 4가지 조직학적 소견 즉, 피복상피에서 원주형의 기저세포가 나타나고, 핵의 과염색상과 그 위쪽으로는 성상망과 닮은 구조가 보이며, 이러한 상피세포가 결합조직 하방으로 증식을 하고 있는 것, 결합조직 벽 내에 법랑기를 닮은 상피세포 섬들이 존재하는 것이, 이 중첩에서 관찰되는 소견과 모두 일치하고 있기 때문에 단낭성 법랑모세포종으로 진단할 수 있었다.

단낭성 법랑모세포종은 그 발생기전을 학자들마다 좀 다르게 설명하고 있는데, 기본적으로 3가지로 해석하고 있다³⁾. 처음에는 치아발생 과정에 나타나는 퇴축 법랑상피로부터 변화를 하는 경우와, 원래부터 있던 함치성 낭이나 원시 낭, 측방 치주낭과 같은 치성 낭에서 피복상피가 법랑모세포종으로 변화를 하였다든 가설, 그리고 원래부터 법랑모세포종이 있다가 낭성 변화를 하고 그 변화를 한 부위들이 나중에 합쳐져서 단낭성으로 나타났다고 하는 가설이 있다. 현재로는 두 번째 가설을 더 지지하고 있는 것이 일반적인 견해이지만, 조직학적으로 그 이전에 어떠한 낭이 존재하고 있었는지를 확인하기는 어렵다. 이 중첩도 방사선학적으로 측방 치주낭과 유사하였고, 조직학적으로도 입방형의 상피세포가 관찰되어 두 번째 가설인 측방 치주낭에서 발생한 단낭성 법랑모세포종으로 생각할 수 있지만, 처음부터 법랑모세포종으로 있다가 낭성 변화를 초래한 세 번째 가설을 완전히 배제할 수는 없었다.

단낭성 법랑모세포종은 조직학적으로 낭강형, 망상형 및 결합조직 침입형으로 구분한다³⁾. 낭강형과 망상형일 경우에는 보존적 치료를, 결합조직 침입형은 재발의 위험성이 높

아 통상의 법랑모세포종과 마찬가지로 근치적 치료를 할 것을 주장한 논문이 적지 않다⁶⁾. 그러나 현재까지 조직학적 유형에 따라 각각의 치료 후에 나타나는 재발율에 관한 연구는 미흡하다. 이 중첩도 조직학적으로 결합조직 침입형이었지만 적출술 및 치근단 절제술을 시행하였다. 따라서 Ackermann 등⁹⁾이 주장한 것처럼 재발이 높다는 점을 고려하여 주기적이고 세심한 추적관찰이 필요하다.

치근단의 방사선 투과성 병소의 경우 단순한 치근단 농양, 치근단 육아종, 치근단 낭으로 생각하고 근관치료와 소파술을 시행한 후 병소에 대한 확진을 받지 않는 경우가 많다. 이 중첩 예서와 같이 낭성 병소가 아닌 종양성 병소가 간혹 있을 수 있기 때문에 병소의 재발이나 더 큰 병소로의 진행을 간과하는 경우를 초래할 수 있다. 따라서 단순한 치근단 병소라 할지라도 반드시 생검하여 조직학적으로 확진을 하는 것이 중요한 임상적 의의라 할 수 있다.

참고 문헌

1. Cahn LR. The dentigerous cyst is a potential adamantinoma. *Dent Cosmos* 75:889, 1933.
2. Wilson DL, Roche WC. Dentigerous cyst with ameloblastomatous change: Report of case. *J Oral Surg* 18:173, 1960.
3. Waldron CA : Odontogenic cysts and tumors, In *Oral and Maxillofacial Pathology*, 1st ed Edited by Neville BW, Damm DD, Allen CM, and Bouguot JE. Saunders Co. pp432-433, 1995.
4. Vickers RA, Gorine RJ. Ameloblastoma : Delineation of early histopathologic features of neoplasia. *Cancer* 26:699, 1970.
5. Robinson L, Martinez ME. Unicystic ameloblastoma: A prognostically distinct entity. *Cancer* 40:2279, 1977.
6. Shteyer A, Lustmann J, Lewin Epstein J. The mural ameloblastoma: A review of literature. *J Oral Surg* 36:866, 1978.
7. Gardner DG. Plexiform unicystic ameloblastoma: A diagnostic problem in dentigerous cyst. *Cancer* 47:1358, 1981.
8. Eversole LR, Leider AS, Strub D. Radiographic characteristics of cystic ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 57:572, 1984.
9. Ackermann GL, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma: A clinicopathologic study of 57 cases. *J Oral Pathol* 17:541, 1988.