

투고일 : 2012. 11. 14

심사일 : 2012. 11. 15

게재확정일 : 2012. 11. 19

구강점막의 백색 병소

서울대학교 치의학대학원 구강병리학교실

윤 혜 정

ABSTRACT

White lesions of the oral mucosa

Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Seoul National University
Hye-Jung Yoon, DDS, Ph.D,

White lesions of the oral mucosa are a common clinical finding that often present first to general dentist. Some white lesion may have possibility of malignancy. Leukoplakia is the most common "potentially malignant disorder" of the oral mucosa. Leukoplakia is at present defined as "A white plaque of questionable risk having excluded (other) known disease or disorders that carry no increased risk for cancer.". Therefore, it is important for general dentist to be familiar to clinical differential diagnosis of leukoplakia from the known white lesions such as candidiasis, lichen planus, leukoedema, frictional keratosis, and so on. It is also important to decide whether such lesions require further investigation through the biopsy. As a result of biopsy, the presence of epithelial dysplasia in the leukoplakia is still the strongest predictor of future malignant transformation. In this article, oral white lesions that must be differentiated from potentially malignant disorders or early invasive squamous cell carcinoma will be reviewed together with presenting clinical cases.

Key words : oral white lesion, leukoplakia, early invasive oral squamous cell carcinoma,

I. 서론

구강점막질환은 일반치과의에게 가깝고도 먼 질환인 것 같다. 구강점막은 내원한 환자의 구내 검사 시 가장 접근성이 좋은 구강의 표면이고, 조금만 주의를 기울여 관찰한다면 협점막, 설점막, 구강저점막, 구개점막, 구순점막 등에 생긴 크고 작은 병변을 쉽게 인지할 수 있다. 점막의 병변을 환자가 지각하지 못하는 경우 치과의사에 의한 조기 발견이 더욱 중요할 수 밖에 없고, 환자가 증상을 호소하며 찾아 왔을 경우라

면 우리가 치과대학에서 배웠던 다양한 점막질환들을 떠올리며 초기 진단에 중요한 역할을 맡게 된다. 하지만 일반 치과질환과는 달리 구강점막의 병소는 그 원인이 다양함에도 불구하고 임상적으로 유사한 외형을 보여 감별진단이 쉽지 않다. 다시 말해, 이러한 점막 병소가 양성인지 악성인지를 임상적으로 구별하기 어려울 수 있고, 악성의 가능성을 배제해야 하는 경우 생검을 통한 초기의 정확한 진단이 환자의 예후에 얼마나 중요한 영향을 미칠 것인지 자명한 일이다.

본 연구에서는 구강점막 병소 중 치과의사가 비교적

흔하게 접하게 되고, 전암 병소 및 초기 악성 병소와 감별을 필요로 하는 백색 병소에 국한하여 논의하고자 한다. 정상점막은 점막하방의 미세혈관분포로 분홍색을 띠고 있는데, 구강점막이 백색으로 보이게 되는 원인은 1) 점막 표면의 백색 물질, 2) 점막 상피의 비후, 3) 점막하 조직의 변화로 크게 생각해 볼 수 있다. 표면의 백색 물질(찌꺼기, 괴사상피, 곰팡이 등)은 전형적으로 거즈로 문지르면 벗겨져 나온다. 반면 점막상피의 비후로 인한 백색 병소는 거즈로 문질러도 벗겨지지 않는다. 점막 상피의 비후는 두꺼워진 각질층(과각화; hyperkeratosis) 또는 극세포층(극세포증; acanthosis) 때문이다. 선천적으로 상피비후를 보이는 병소는 점막부종(leukoedema)과 드물지만 백색 해면 모반(white sponge nevus)이 있다. 그러나 대부분의 경우 후천적으로 상피의 비후가 나타나며, 대표적인 병소가 백반증(leukoplakia)이다. 백반증은 구강점막의 대표적인 전암 병소로 여겨지며, 이는 발생 이유를 알 수 없고, 칸디다증이나 편평태선 등과 같은 특정 질환으로 규정지을 수 없는 백색 병소를 지칭하는 임상적 용어이다¹⁾. 백반증은 정상점막에 비해 악성 전환의 가능성이 높기 때문에 진단과 치료에 주의를 요한다²⁾. 마지막으로 점막하 조직의 변화로 인한 백색 변화는 상피하방 결합조직의 섬유화 증가로 혈관분포가 감소하여 일어나며, 이러한 경우 위의 두 경우와 달리 상피 표면은 부드럽고 투명한 느낌이며 점막이 다소 창백해 보인다.

이러한 세 가지 백색 원인에 대한 기본적 이해를 바탕으로 본 연구에서는 구강암의 가능성을 고려하고 주의해야 할 대표적인 백색 병소를 임상 증례를 통해 소개하고, 그 외 감별이 필요한 백색 병소에 대해 정리하고자 한다.

II. 연구방법

임상적으로 백반증으로 진단되었으나 조직병리학

적으로 분명한 상피이형성(epithelial dysplasia) 또는 상피내암(carcinoma in situ)을 보이는 전암성 병소 증례를 소개하고, 또한 백반증과 유사하게 보이면서 칸디다 감염이 확인된 만성 증식성 칸디다증(칸디다 백반증) 증례와 칸디다 백반증에서 악성 전환되어 발생한 편평세포암종 증례를 소개하고자 한다. 또한 백색 병소에 관한 구강병리학 서적과 관련 논문을 고찰하여 백색 병소의 진단 시 초기 접근 방법에 대해 요약하였고, 백반증 이외에 악성병소의 가능성이 있는 백색병소의 구강암과의 감별점을 정리하였다.

III. 임상 증례

〈증례1〉

44세 남자 환자가 후구치부에 존재하는 백색병소를 주소로 내원하였다. 병소는 3개월 전에 처음 인지하였고, 통증은 없으며 크기는 증가하지 않았다고 하였다. 흡연 습관이 있으며 그 외에 다른 병력과 복용하는 약은 없었다. 주변으로 자극을 줄 만한 요인은 관찰되지 않았으며, 병소의 색깔은 균일하였고 표면은 매끄러운 편이고 두껍지 않았다. 병소는 편측으로 국소적(localized)으로 존재하였다. 임상적으로 백반증 진단 하에 생검하였고, 그 결과 경도의 상피 이형성으로 진단되었다.

〈증례2〉

65세 남자가 치과진료를 위해 동네치과에 내원하였다가 발견된 백색 병소로 의뢰되었다. 언제인지 모르지만 오래전부터 있었다고 하고 특별한 증상은 없다고 하였다. 환자는 다년간 고혈압과 협심증 약을 복용하고 있었다. 구내 검사시 병소는 구치부 교합면 근처에 위치하고 있고, 균일한 백색을 가진 병소였고 경계가 불분명 양상을 보였다. 병소에 인접하여 교모가 심한 상악 구치부 치아가 관찰되었



Dysplastic epithelial cells

- Enlarged nuclei and cells
- Large and prominent nucleoli
- Increased nuclear to cytoplasmic ratio
- Hyperchromatism
- Pleomorphism
- Increased mitotic activity
- Abnormal mitotic figures

그림 1. Leukoplakia with mild epithelial dysplasia

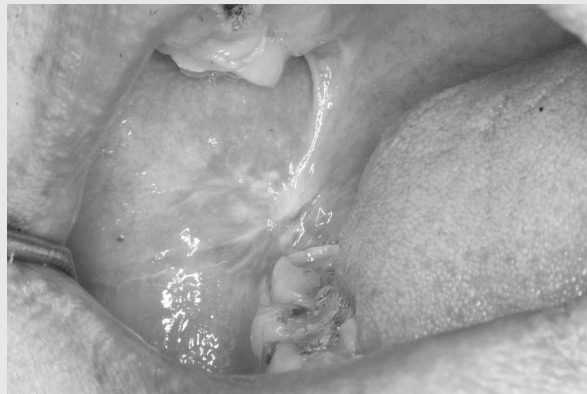


그림 2. Frictional keratosis

다. 감별진단 대상으로 백반증과 투약에 의한 편평 태선양 점막염(lichenoid mucositis)도 고려하였으나, 주변에 분명한 자극원이 존재하고 보통 양측성으로 나타나는 lichenoid drug reaction과는 달리 편측성으로 존재하기 때문에 마찰성 각화증(frictional ketatosis)의 임상 진단 하에 우선적으로 자극원이 될 수 있는 날카로운 교합면을 부드럽게 해주고 경과를 관찰하기로 하였다. 백색 병소는 1개월 정도 후 병소의 대부분이 사라져서 생검은 시행하지 않았다.

〈증례3〉

57세 여자 환자가 1년 전부터 생긴 혀의 좌측 복면의 백색병소가 없어지지 않는다고 내원하였다. 병소는 처음보다 넓어진 것 같다고 하였다. 특별한 기왕력은 없었으며, 음주/흡연은 하지 않으며, 고혈압 약을 복용 중이라고 하였다. 백색 병소는 혀의 좌측 복면을 따라 편측으로 존재하며, 전후방으로 미만성(diffuse)으로 분포하고 있었으며, 표면은 불균일한 양상을 보였는데, 부분적으로 우취상 소견을 보이는 곳과 일부 상피가 위축되어 보이는 부위도 관찰되었다. 문질렀을 때 벗겨지지 않았으며, 주변 치아에서 자극을 받을 만한 소인은 없었다. 백반증으로 임상진

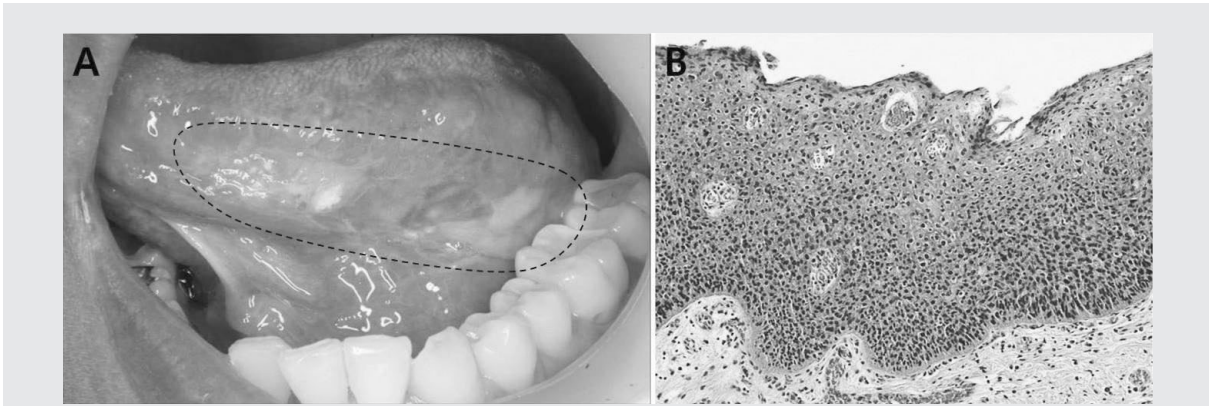


그림 3. (A) Nonhomogeneous leukoplakia, (B) Final diagnosis of CIS

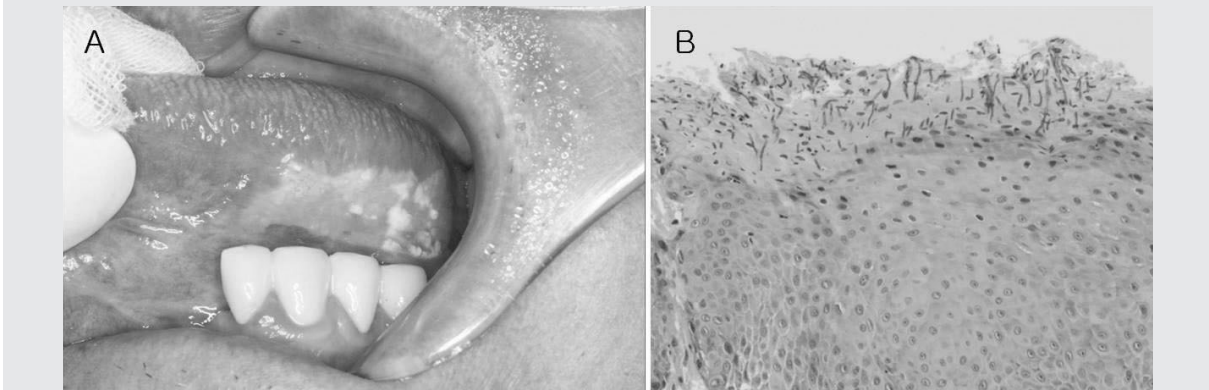


그림 4. (A) Chronic hyperplastic candidiasis(Candidal leukoplakia), (B) Candidal hyphae detected in the keratin layer(PAS special stain)

단 하에 생검을 시행하였고, 상피 이형성(epithelial dysplasia)이 상피 전층에 걸쳐 존재하는 상피내암(carcinoma in situ)으로 진단받았다.

〈증례4〉

71세 남자 환자가 좌측 혀 복면에 5개월 전부터 인지한 무통성 백색 병소가 암이 아닌지 걱정하며 내원하였다. 환자는 알려진 전신질환이 없었고 흡연자라고 하였다. 구내 검사 시 상, 하악 부분의치를 착용하고 있었고, 구강위생이 불량해 보였다. 혀의 미만성 백색 병소 이외에 인접한 좌측 협점막에서도 백색 병소가 관찰되어 다발성 병소로 판단하였다. 혀 병소의 표면은 부위 별로 백반의 두께가 달라 보였으나 적색

을 띠는 부위는 없었다. 문질렀을 때 벗겨지지 않았다. 백반증으로 임상 진단 하에 생검을 시행하였고, 과각화 및 상피극세포층의 증식소견과 각질층 내 칸디다균사가 관찰되어 만성 증식성 칸디다증으로 진단하였다. 상피 이형성 소견은 없었다.

〈증례5〉

26세 남자환자가 혀 배면과 측면 부위에 1년 6개월 전 시작된 백색 병소를 주소로 내원하였다. 특별한 기왕력은 없었고, 6개월 전 백색 병소에 대한 타병원 검사시 이상소견이 없었다고 하였다. 병소는 경계가 불분명하고 미만성으로 분포하였고 편측으로 존재하였다. 표면은 불균일한 양상을 보였고, 백색 부위를 문

임상가를 위한 특집 3

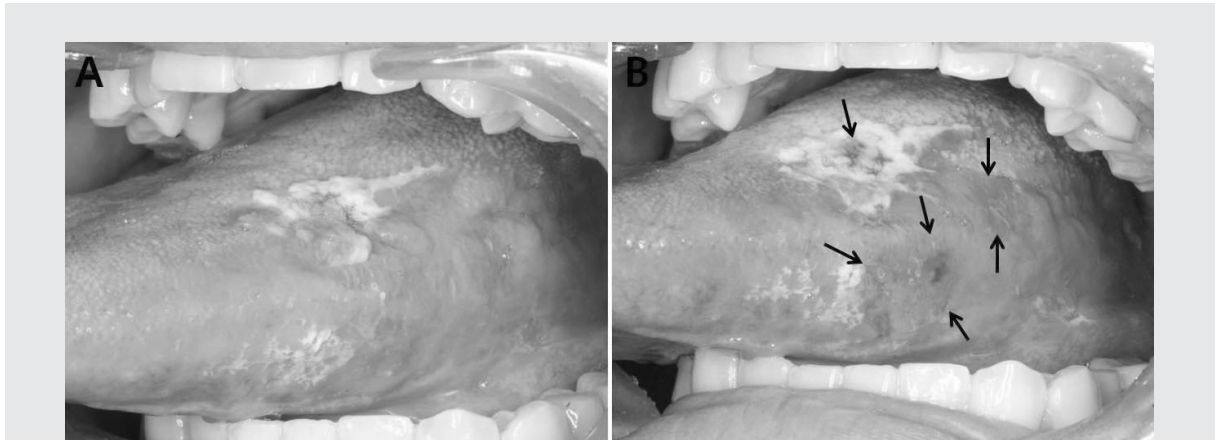


그림 5. (A) Chronic hyperplastic candidiasis with epithelial dysplasia. (B) Carcinoma in situ 8 months after initial diagnosis

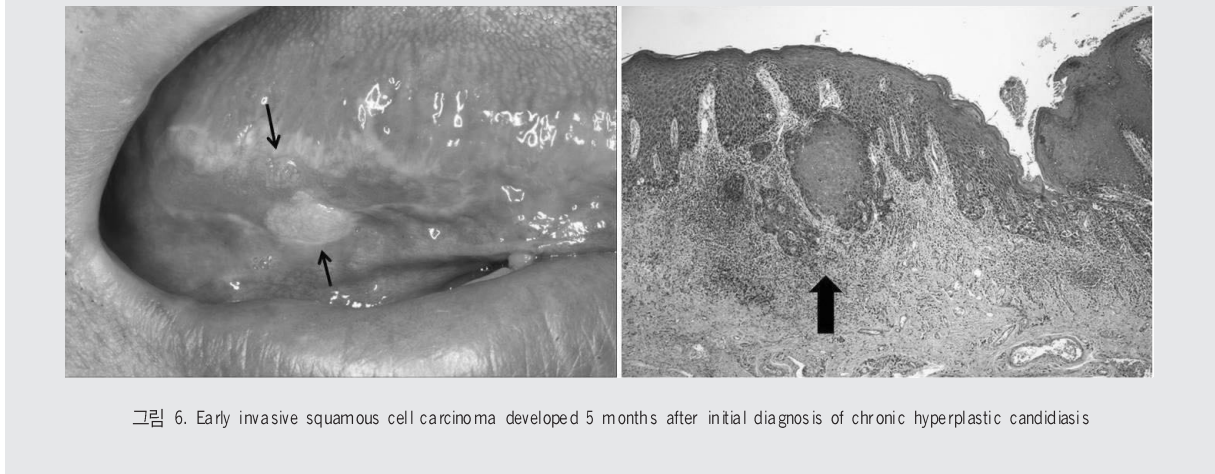


그림 6. Early invasive squamous cell carcinoma developed 5 months after initial diagnosis of chronic hyperplastic candidiasis

질렀을 때 제거되지 않았다. 임상적으로 편평태선을 배제하기 위해 절개생검을 시행하였고, 진단 결과 상피 이형성을 동반한 만성 증식성 칸디다증으로 진단받았다. 이에 따라 항진균제 치료를 시행하였으나, 치료에 반응이 없고 병소 곳곳에서 적색 부위가 증가된 소견이 관찰되어, 초기진단 8개월만에 재생검을 시행하였다. 그 결과, 전암 병소인 상피내암(Carcinoma in situ)으로 진단되었다.

〈증례 6〉

56세 남자 환자가 한 달전부터 시작된 혀의 불편감을 주소로 내원하였다. 특별한 기왕력과 국소적 자극원은 없었다. 구내 검사에서 혀 우측면과 복면에 걸친

미만성의 백색 병소가 관찰되었고, 이 병소는 7~8개월 전부터 인지하였다고 한다. 병소의 색상은 백색 내지 미색을 띠며 균일하지 않았고, 일부분에서 표면이 과립상(화살표)인 부위도 관찰되었다. 궤양으로 보이는 부위는 없었다. 임상적으로 백반증을 의심하고 생검 시행한 결과, 만성 증식성 칸디다증으로 진단되었고, 현미경 소견 상 상피 기저막(basement membrane)이 불분명해 보여서 항진균 치료 후 재생검 요망된다고 기술하였다. 항진균제 치료 후 5개월만에 재생검 시행하였고, 그 결과 초기 편평세포암종으로 진단되었다(큰 화살표 : 초기 침습하는 암세포).

IV. 고찰

1. 백색 병소 진단의 접근 방법

구강점막의 백색 병소의 원인은 다양하다³⁾(표1). 의심스러운 백색 병소를 가진 환자가 내원했을 때, 우선 현재 병소의 발병 시기(선천성/후천성), 지속기간, 시간적 경과 등을 확인하고, 흡연/음주 습관, 기왕력, 전신 상태(투약, 알러지 등)에 대해 문진하며, 이어서 구내 검사 시행한다. 먼저 발생 부위를 확인하고, 특히 고위험 부위로 알려진 혀의 측면과 복면, 구강저 부위에 발생한 병소는 세심한 관찰이 필요하다. 또한 병소를 문질렀을 때 제거 유무, 병소의 크기, 색상(균일/비균일), 분포(국소성/다발성/미만성), 경계(명확/불명확), 표면양상(매끄러움/납작/융기/과립상/우취상/귀양성 등), 대칭성(양측성/단측성), 주변 자극원의 존재 등에 대한 정보를 기록하는 것은 감별 진단에 중요한 요소이며 생검 여부를 결정하는데 기준이 된다⁴⁾.

이때 백색 병소 부위에 외상을 주는 것으로 예상되는 자극원(기계적 자극, 흡연 등)이 존재하는 경우는 생검에 앞서 원인을 제거하여 병소가 사라지는지 관찰하는 것이 우선 추천된다⁵⁾. 그러나, 자극 원인을 제거한 후에도 사라지지 않거나, 혹은 특별한 이유 없이 3주 이상 지속된 백색 병소, 특히 표면이 불균일하고 얼룩덜룩한(speckled) 백색 병소는 반드시 생검을 시행하거나 전문의에게 신속하게 의뢰하여 전암병소 또는 악성병소인지를 평가해야 한다^{3~5)}.

2. 백반증 (Leukoplakia)

백반증은 구강점막의 가장 일반적인 전암 병소로 잘 알려져 있다⁶⁾. 2005년, 세계보건기구(WHO) 워크샵에서 악성전환의 위험성을 가지는 구강 병소에 관한 용어와 정의, 분류 등에 대한 수정이 필요함이 동의되어졌고, '전암 병소(precancerous lesion)' 라는 용어보다는 '잠재적 악성 질환(potentially malign)

표 1. 구강 백색 병소의 다양한 원인들^{2, 3)}

국소적 원인	구강 위생 불량과 관련된 찌꺼기(debris) 및 모설 (coated tongue)
	화상 등에 의한 괴사된 상피 (necrotic epithelium)
	마찰성 각화증 (Frictional keratosis)
	- 백선 (Linea alba)
	- 무치악 치조성 각화증 (Alveolar ridge keratosis)
	- 혀/설/순점막 무는 습관 (Morsicatio buccarum/linguarum/labiorum)
선천성 원인	니코틴성 구내염 (Nicotine stomatitis)
	반흔 (Scar)
	백색 부종(Leukoedema)
염증성 원인	포어다이스 과립 (Fordyce granules)
	유전성 이상각화증 (ex. White sponge nevus)
	감염성
전암/악성병소	- 진균성: 칸디다증 (Candidiasis); 위막성/만성증식성 칸디다증
	- 바이러스성: 모상백반증(Hairy leukoplakia)/ 편평유두종(Papilloma)
	- 세균성: 매독성 점막반 (mucous patch)
	비감염성
백반증 (Leukoplakia)	- 편평태선 (Lichen planus)
	초기 구강편평세포암종 (Squamous cell carcinoma, early invasive)

nant disorder)' 이란 용어를 사용할 것을 추천하였다⁶⁾. 이러한 용어의 사용을 통해서 '잠재적 악성 질환'으로 분류되는 병소는 암의 위험성을 가지고 있지만 모두 암으로 전환되는 것은 아님을 내포하고, 병소 부위뿐만 아니라 임상적으로 정상으로 보이는 구강점막 어디서든 암이 발생할 위험성이 있음을 의미하고자 함이다. 과거 사용해오던 '전암'이라는 용어가 암을 선행한다는 뜻을 가지지만 전암 병소로 여기는 병소에서 모두 암이 생기는 것은 아니라는 한계점에 따라, '전암'이라는 용어는 다음과 같을 때 제한적으로 사용할 것 제안하였다⁶⁾: 1) 전암병소로 의심되는 점막변화를 가진 환자를 추적관찰 하는 중 악성전환이 일어난 경우, 2) 암 병소의 일부에서 여전히 전암병소와 같은 소견이 동반되어 있을 때, 3) 암종의 형태적, 세포학적 특징을 갖고 있지만 상피 하방으로의 침습(invasion)이 없을 때, 4) 암에서 발견되는 염색체, 유전자적, 분자적 변화가 의심병소에서도 관찰되어질 때.

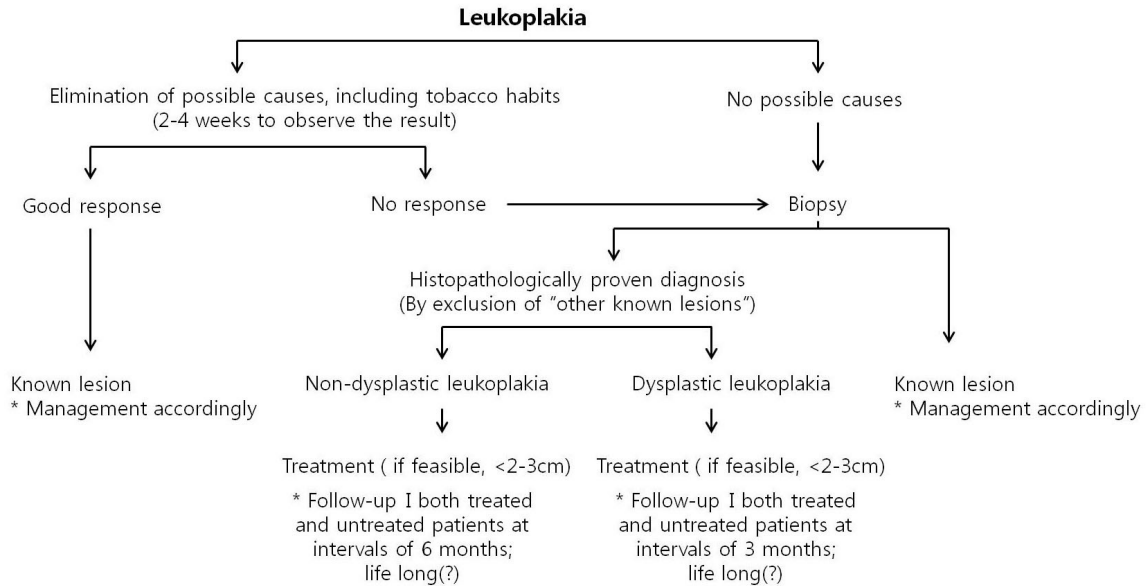
종전까지 '백반증(Leukoplakia)'은 임상적 또는 병리학적으로 다른 어떤 질환으로 규정할 수 없는 백색 반으로 정의해 왔으나^{1, 2)}, 근래 새로운 제안에 따르면 '백반증'이란, "A white plaque of questionable risk having excluded (other) known diseases or disorders that carry no increased risk for cancer"이라고 정의하였다⁶⁾. 백반증을 진단하기 위해 배제해야 되는 질환은 표1을 참고하면 될 것이다. 백반증의 전세계적 이환율은 1.5~4% 가량으로 평가되고, 일반적으로 40세 이상의 성인에서 발생되며, 남성(70%)에서 호발하며, 비흡연자에 비해 흡연자에서 6배 정도 더 흔히 발생한다^{2, 7)}. 백반증의 70% 가량은 입술 홍순부위, 협점막, 치은에서 발견되며, 특히 혀, 입술 홍순부, 구강저에 존재하는 백반증의 경우 상당수에서 상피이형성 혹은 암종을 동반하기 때문에 주의를 요한다²⁾. 발생 부위는 나라에 따라 혹은 사용하는 담배 습관 등에 따라 차이를 보이기도 하며, 가까운 일본의 보고에 따르면 치은/치조정

과 혀가 가장 호발부위였다⁸⁾. 서울대학교 치과병원에 내원한 환자에서는 협점막에서 가장 많이 진단되고, 그 다음 치은/혀에서 발생하는 경향을 보였다.

백반증은 임상적으로 색상과 표면양상의 균일함 여부에 따라 균일한 백반증(homogeneous leukoplakia)과 불균일한 백반증(non-homogeneous leukoplakia)으로 구분하고, 불균일한 백반증은 과립성(granular), 결절성(nodular), 우취성(verrucous), 또는 반점상(speckled) 형태를 보인다. 반점상 백반증은 홍색백반증(erythroleukoplakia)으로도 불리운다. 병소의 위험도는 균일한 백반증에 비해 과립성, 우취성 백반증이 더욱 높으며, 홍색백반증이 일반 백반증보다 악성의 위험성도 훨씬 높다. 여기서는 언급하지 않았지만 백색이 완전히 존재하지 않는 적색 병소인 적반증(erythroplakia)은 홍색백반증보다 악성위험도가 더 높다. 앞서 소개한 임상증례에서도 비균일성 백반증이나 적색이 동반되는 백색병소의 경우 상피이형성이나 상피내암으로 진단될 수 있음을 알 수 있었다. 백반증은 많은 경우 다양한 임상 양상이 혼재되어 있기 때문에 이러한 악성의 가능성을 배제하기 위해서는 반드시 생검을 여러 부위에서 시행하는게 좋으며, 특히 임상적으로 가장 심각해 보이는 곳은 반드시 포함하여야 한다. 그럼에도 불구하고, 크기가 크고 임상양상이 균일하지 않은 잠재적 악성 병소에서 여러 부위의 절개 생검을 통해 상피이형성만 관찰되었다고 해도 자신있게 편평세포암종을 배제할 수 없다는 점을 명심하고 주의깊게 추적관찰(follow-up) 해야한다. 상피이형성을 보이는 이 병소의 어디에선가 암세포 몇 개가 하방으로 침습하고 있을지 모르기 때문이다.

백반증의 악성전환의 잠재력에 대한 예측인자는 많은 연구에서 보고 되었듯이, 상피이형성의 존재 여부이다^{2, 6~8)}. 대부분의 백반증은 상피이형성을 보이지 않으나, 위에서 언급한 비균일성, 반점상 백반증의 경우 상피이형성을 동반하는 경우가 많다. 모든 백반증의 5~25% 정도에서 상피이형성이나 암종이 발견되는

표 2. Management of leukoplakia⁷⁾



것으로 알려져 있고, 상피이형성이 심할수록 위험도가 증가함이 알려져 있다²⁾. 일부 연구에 따르면 경도(mild)의 상피이형성에 비해 심한 이형성을 가진 백반증이 4.57배 가량 악성전환의 위험성이 높았다⁹⁾. 또한 백반증의 악성전환의 위험을 증가시키는 요인으로 «여성, 장기간 지속, 비흡연자에서의 특발성 백반증, 혀와 구강저에 위치한 병소, 2cm보다 큰 병소, 비균일한 임상타입, 칸디다균의 존재»가 보고되었다⁷⁾. 상피이형성을 가진 백반증 환자에서 일반적으로 처음 2~3년 안에 악성 전환하는 것으로 보고 되어져 있어서, 이 기간 동안 환자의 철저한 추적관찰 과정은 암종을 조기에 발견하는데 매우 중요하다^{2, 9)}. 백반증에 대한 치료는 다음 모식도를 참고하기를 바란다(표2).

3. 구강 칸디다증 (Oral candidiasis)

칸디다(Candida)는 구강점막의 상주균으로 점막의 손상, 면역저하(ex. AIDS), 전신쇠약 시 기회감염으로 질환을 일으킨다. 이러한 칸디다(대부분 C.albicans) 감염에 의한 백색 병소는 위막성 칸디

다증(pseudomembranous candidiasis)과 만성 증식성 칸디다증을 들 수 있다. 위막성 칸디다증의 백색 표면은 문질렀을 때 쉽게 벗겨지면 벗겨진 하방 점막은 적색으로 보이는게 일반적이므로 백반증과는 감별이 된다. 만성 증식성 칸디다증은 문질러도 벗겨지지 않으며, 협점막 전방부와 혀 배면에 가장 호발하고 백반증에 비해 일반적으로 다발성으로 발생하는 경우가 많다. 백색 병소가 구강 내에 다발성으로 나타나는 경우는 칸디다증이 우선 감별진단 대상이 된다. 탈락 상피세포검사를 통해 칸디다 균사의 발견 시 이유없는 특발성 백반증과 감별이 가능할지 모른다.

아직 논란의 대상이기는 하지만, 칸디다 감염을 동반한 백반증의 경우, 칸디다 백반증이라고도 부르며 빈번히 전암 병소로 여겨지고 있다. 기존의 백반증에 단순 동반된 칸디다 감염일지 아니면 칸디다가 직접 원인이 되어 생긴 백반증인지는 여전히 분명하지 않으나, 중국 동부에서 연구된 보고에 따르면 칸디다 백반증의 경우 일반 백반증에 비해 통계학적으로 유의할 정도로 혀에서 호발하였고, 또한 현저히 높은 빈도로 상피이형성을 보였다¹⁰⁾. 백반증 내에 칸디다의 존재는 병소의 악성전

환의 위험성을 높이는 인자로 보고 되기도 하였다⁷⁾.

4. 편평 태선 (Lichen planus)

구강의 대표적인 백색 병소의 하나로 면역 매개성 점막피부질환(Mucocutaneous disorder)이다. 임상 양상에 따라 망상형(Reticular)과 미란형(erosive)이 구강에서 대표적인 형태이며, 그 외 구진형(papular), 반형(plaque-like) 등으로도 나타날 수 있다. 미란형도 궤양 주변에 백색을 동반할 수 있다. 백반증과는 달리 망상형 편평태선은 흔히 양측성으로 구치부 협점막에 호발하며 특징적인 레이스모양의 각화를 보여 감별에 도움을 준다. 그러나 혀의 배면과 같은 부위에 생긴 편평태선의 경우, 망상형이 뚜렷하지 않고 종종 반(plaque) 형태로 나타나므로 생검을 통해 백반증과 감별해야 한다(그림. 7)²⁾. 또한 편평태선과 상당히 유사한 병소를 유발하는 편평태선양 점막염(Lichenoid mucositis)도 기억을 해두면 좋겠다. 이는 치과의 대표적 재료인 아말감이나 금에 대해 접촉성으로 유발될 수도 있고, 비스테로이드성 소염제, 항고혈압제, 항말라리아제 등의 투약에 의해서 또는 드물지만 이식편대숙주병(Graft-versus-host disease)에서도 편평태선양 병소가 나타나므로 이러한 경우도 백색 병소의 감별 시 고려대상이 될 수 있다. 구강편평태선의 악성전환에 대해서는 아직 논란이 있지만 미란성 병소에서 특히 보고 되어져 있다. 병소의 1% 정도에

서 악성 전환하는 것으로 알려져 있다¹¹⁾.

5. 구강 편평세포암종(Oral squamous cell carcinoma)

구강 편평세포암종은 구강암의 대부분을 차지한다. 구강암의 분자병리학적 발병기전에 대한 이해의 증가와 치료법의 향상에도 불구하고 환자의 생존률은 50% 이하에서 크게 개선되지 않고 있다. 이는 대부분의 환자가 이미 진행된 병소(advanced stage)에서 진단을 받기 때문이고, 따라서 암의 조기발견이 환자 예후 개선에 얼마나 중요한지는 명확하다. 구강 편평세포암종은 임상적으로 무통성 궤양의 형태, 잘 낫지 않고 경결감이 존재하며 백색의 등글게 말리 변연을 갖는 적색 병소의 형태가 가장 흔하다. 하지만 때론 백반증처럼 보이기도 하며, 경결감을 가지는 반점상의 홍색백반증 형태로 나타나기도 한다. 구강의 악성 백색 병소는 증상 없이 양성처럼 조용히 진행되어 진단 시 이미 높은 임상병기(clinical stage)를 나타낼 수 있다. 따라서 이유없이 3주 이상 지속되는 백색 병소는 반드시 생검이 필요하다.

V. 결론

구강 백색 병소를 감별 진단할 때, 선천성인지 후천

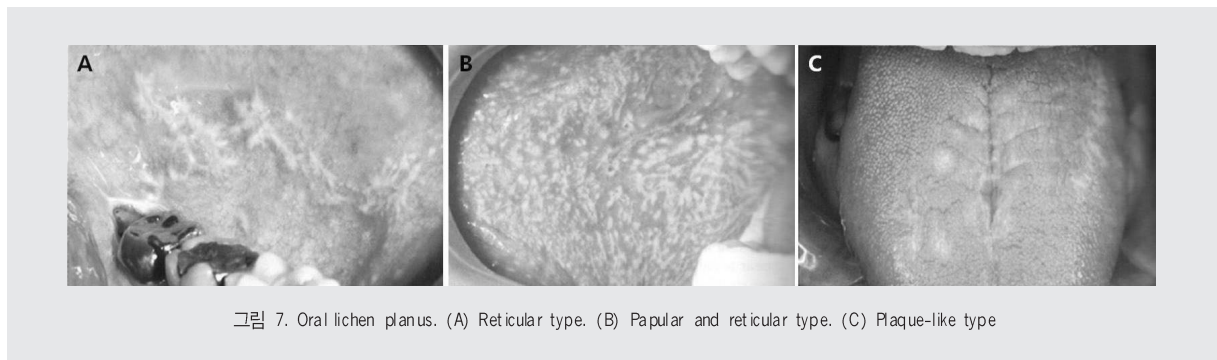


그림 7. Oral lichen planus. (A) Reticular type. (B) Papular and reticular type. (C) Plaque-like type

성인지를 확인하고, 후천성이라면 우선 국소적인 자극원의 존재 여부를 확인하도록 한다. 또는 알려진 전신질환, 투약 여부 등을 확인하여 일단 원인을 제거했을 때 정상 회복하는지를 보고 백반증을 감별할 수 있다. 특별한 원인이 발견되어지지 않은 백반증의 경우, 앞서 말했듯이 표면 양상과 색상이 균일한지 불균일한지가 상피 이형성과 조기 암증의 가능성을 임상적으로 가늠하는데 중요한 요인이 되기 때문에 불균일한 백반증의 경우는 반드시 생검 대상이 된다. 이러한 병소에서 다양한 임상 양상을 최대한 반영할 수 있도록 가능한 여러 부위에서, 그리고 가장 심각해 보이는, 예를 들어 표면이 우취상이거나 적색이 증가된 부위는 반드시 포함해서 생검하길 권장한다. 생검의 적응증이 되는 백색 병소는 다음의 표3을 참고하길 바란다. 생검 후 캔디다증이나 편평태선과 같은 특정 질환으로 진단되었을 때는 이에 따른 적절한 치료를 진행하고, 만일 생검에서도 특정한 질환이 의심되지 않는 백반증이라면 상피 이형성 여부가 병소의 예후를 예측하는 중요

한 인자가 됨을 상기하고, 상피 이형성의 존재 시 크기에 따라 완전 절제 또는 철저한 주기적 관찰이 필수적이라 하겠다. 지금까지 논의된 내용들이 일반치과의원에서 구강점막의 잠재적 악성병소를 조기에 발견하고 신속히 전문의에게 의뢰하는데 작은 도움이 될 수 있기를 기원해 본다.

표 3. High risk of malignant transformation

Any suggestion of malignancy
Admixture with red lesions (speckled leukoplakia or erythroleukoplakia)
A raised lesion (nodular or verrucous leukoplakia)
Candidal leukoplakia
Floor of mouth leukoplakia
A rapid increase in size
Change in color
Ulceration
Pain
Regional lymph node enlargement

참 고 문 헌

1. Kramer IR, Lucas RB, Pindborg JJ, Sobin LH. WHO Collaborating Centre for Oral Precancerous Lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1978;46(4):518-39.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 3rd ed. Epithelial pathology. St Louis, MO: Saunders Elsevier; 2008. p. 388-97.
3. Scully C, Felix DH. Oral Medicine-Update for the dental practitioner: oral white patches. *Br Dent J.* 2005;199(9):565-72.
4. Williams PM, Poh CF, Hovan AJ, Ng S, Rosin MP. Evaluation of a suspicious oral mucosal lesion. *J Can Dent Assoc.* 2008;74(3):275-80.
5. Lee KH, Polonowita AD. Oral white lesions: pitfalls of diagnosis. *Med J Aust.* 2009;190(5):274-7.
6. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med.* 2007;36(10):575-80.
7. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol.* 2009;45(4-5):317-23.
8. Amagasa T, Yamashiro M, Uzawa N. Oral premalignant lesions: from a clinical perspective. *J Int J Clin Oncol.* 2011;16(1):5-14.
9. Liu W, Wang YF, Zhou HW, Shi P, Zhou ZT, Tang GY. Malignant transformation of oral leukoplakia: a retrospective cohort study of 218 Chinese patients. *BMC Cancer.* 2010;10:685.
10. Wu L, Feng J, Shi L, Shen X, Liu W, Zhou Z. Candidal infection in oral leukoplakia: a clinicopathologic study of 396 patients from eastern China. *Ann Diagn Pathol.* 2012 Jun 7. [Epub ahead of print]
11. Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugerman PB, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100(2):164-78.