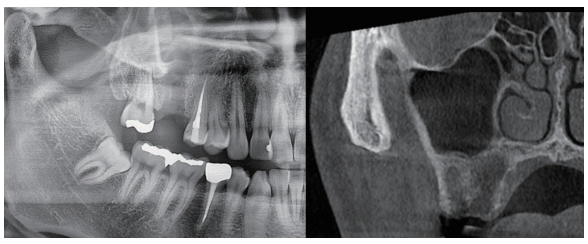
위의 환자는 상악동 천공이 생겼지만 크기가 5mm 미만으로 gelatin sponge 삽입 후 통상적인 창상 봉합으로 입구만 좁혀 주었다. 이후 2달후 방사선 사진을 보면 상악동염은 깨끗이 치유된 것을 볼 수 있다. 〈그림6〉

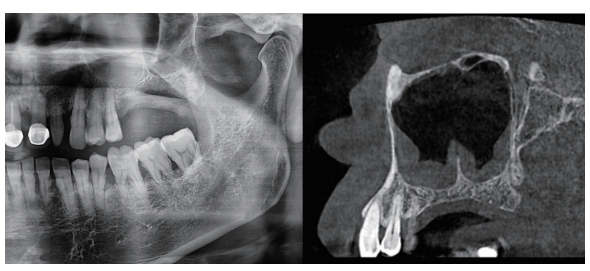

(그림6) #16 발치후 2개월 깨끗해진 상악동의 모습

그럼 눈씻고 찾아보아도 치아의 문제가 보이지 않을 때, 치근단병소가 있는 치아가 없을 때는 어떻게 해야 할까? 이경우는 치성이 아닌 비치성상악동염으로 판단하고 이비인후과 진료를 받으시게 하면 되리라.

상악동 점막의 비후

임상에서 가장 흔하게 보는 상악동 병소는 상악동 점막의 비후일 것이다. CBCT상 정상보다는 좀 두꺼워진 것 같은데 큰 문제는 없어 보이고 고민이 되게 한다. 이때에는 자각증상이 있는지를 한번 확인해보도록 하자. 콧물이 나거나 코가 막히는 등의 증상 있다면 상악동염으로 이환될 가능성이 있으므로 치성 기원인지 다시 한번 확인해 본 후 그렇지 않으면 이비인후과 진료를 보도록 하자. 자각증상이 현재 없다면 알러지성 비염을 의심해 볼 수 있다. 환자 과거력을 파악 후 필요시 이비인후과 진료를 보도록 하는 것이 좋다. 이 모든 것을 확인한 후에는 상악동 점막이 다소 비후가 되었더라도 병적인 것으로 판단하지 않고 상악동거상술을 시행할 수 있을 것이다.

〈그림7〉의 경우 파노라마 상 상악동저에 haziness가 보이고 격벽도 보인다. 여기서 다시 한번 말하지만 상악동거상술을 고려한다면 파노라마에서 상악동저 부분을 유심히 뚫어지게 보는 습관을 들이자. Haziness 가 보인다면 환자에게 설명하고 CBCT를 찍어보자 CBCT에서 본인의 예상에 맞게 병소를 발견하여 환자와 같이 확인한다면 본인에게 한층 더 마음을 여는 환자의 태도를 볼 수 있을 것이다. 해당 환자는 자각증상은 전혀 없었으며 2주간 알러지 비염 약물치료(항생제, 항히스타민제)를 하였다. (필자는 적절한 약물을 추천받아 직접 처방하였다.) 치료 후에도 점막 비후 정도는 변화 없었으며 만성 비후로 판단하고 통상적인 방법으로 상악동거상술을 시행하였다. 〈그림8〉


(그림7) 좌측 상악동 점막 비후와 격벽 존재

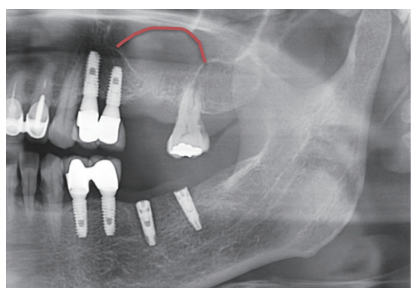

(그림8) 상악동거상술(측방접근) 및 #26i, #27i 임플란트 식립

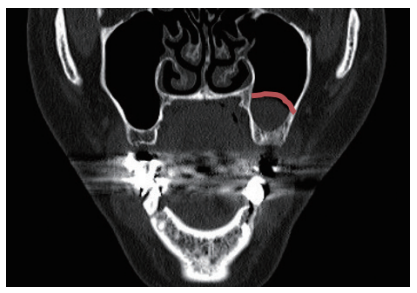
여담이지만 이처럼 격벽이 있는 경우는 상악동 측벽 개창을 격벽을 포함하여 크게 디자인 하고 격벽 앞뒤의 상악동 점막을 먼저 거상하고 마지막에 격벽 부분의 점막을 거상해 주면 첨막의 찢어짐을 방지할 수 있다.

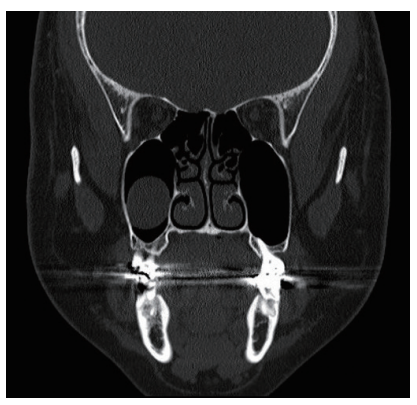
비후된 상악동 점막도 두려워하지 말되, 병적인 변화가 있는지 꼼꼼히 다시 한번 확인하자.

점액저류낭(mucous retention cyst, MRC) 발견 시

상악동거상술을 수술하다 보면 〈그림9-1〉와 같이 상악동에 dome shape으로 방사선불투과상이 보이는 경우가 종종 있다. CBCT를 찍어보면 〈그림 9-2〉처럼 상악동 점막과 상악동저 사이에 점액이 고여있는 양상을 볼 수도 있고 〈그림 9-3〉처럼 상악동점막이 팽창되면서 점액이 차있는 양상을 보이는 것도 있다. 점액저류낭을 지칭하는 용어들은 혼재되어 있어 비교적 명확하게 분류하여 정리한 문헌을 찾아보면 아래 표와 같다[2]. 이중에서 대부분 무증상인 psuedocysts(가성낭)와 retention cysts(저류낭)을 통칭하여 점액저류낭이라고 지칭하는 것이 맞을 것으로 보이며 mucocele(점액종)은 주로 팽창성이고 파괴적인 낭성 병소를 지칭하는 용어로 쓰인다. 이하 아래로는 점액저류낭이라 지칭하겠다.


(그림9-1) 좌측 상악동저의 dome shape의 방사선 불투과상

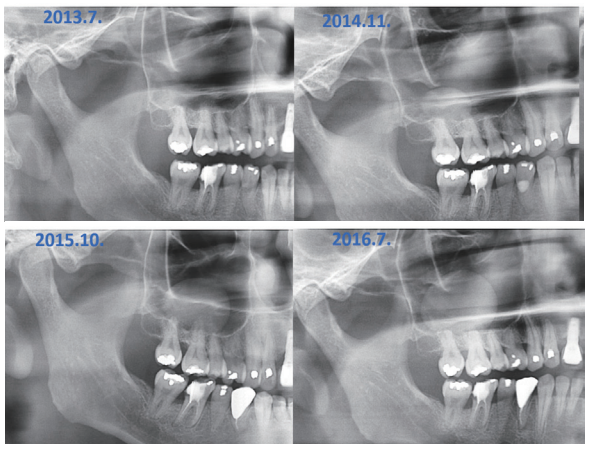

(그림9-2) Pseudocyst type 의 점액저류낭


(그림9-3) Retention cyst type 의 점액저류낭

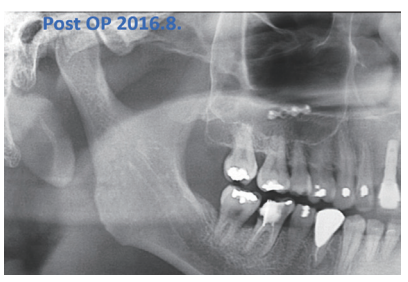
> Pseudocysts (가성낭): 염증성 삼출물의 상악동 점막을 골에서 밀어 올리며 생기는 국소적인 저류 〈그림 9-2〉
> Retention cysts (저류낭): 선(gland)의 도관이 막히거나 확장됨으로써 생기는 낭 〈그림 9-3〉
> Mucoceles (점액종): 주변 조직을 파괴하며 확장되는 낭성 병소
>
> By Gardner, 1986

그러면 다시 본론으로 넘어가서 이런 점액저류낭은 실제 성인에서 1-3% 정도 발견된다고 하는데, 이는 비교적 높은 비율이다[3]. 이런 환자에 있어서 상악동거상술이 필요할 경우 어떻게 해야할까? 대부분 무증상이라 하는데 그냥 하면 너무 용감한 것일까? 아니면 다른 구강악안면외과나 이비인후과에 의뢰를 해야하는 것일까?

문헌에 의하면 점액저류낭의 경우 무증상이라면 반드시 치료를 요하는 것은 아니다. 다만 크기가 점점 커지어 상악동의 생리적 기능을 방해하거나 드물게 감염, 어지럼증, 동통 등의 증상을 동반한다면 제거가 필요하다고 말하고 있다[4]. 〈그림10-1〉 환자의 경우 시간이 갈수록 점점 커지는 우측 상악동의 점액저류낭을 보여주며 크기가 커지면서 알러지성 비염과 동반된 상악동 기능저하를 보였기에 더 커지기 전에 〈그림 10-2〉처럼 제거를 시행하였다. 하지만 이런 증례는 흔하지 않으며 만나더라도 주변 구강악안면외과의에게 의뢰하는 것이 좋을 것이다. 문제는 무증상의 점액저류낭을 만났을 때 크게 변화는 없어 보이는데 이 상악동에 상악동거상술이 필요한 경우에 어떻게 대처해야하는가 이다. 점액저류낭만을 생각한다면 증상을 지켜보면 되겠지만 상악동거상술을 시행해야 하는 경우엔 이야기가 달라진다. 상악동 점막은 섬모를 지닌 골점막인 일명 “schneiderian membrane” 으로 되어 있다. 점액저류낭이 있는 경우 이 막이 얇아지고 점액이 고여있음으로 인해 감염에 대해 취약해지게 된다[5]. 이런 변화가 있는 상악동 점막을 건강한 점막과 동일하게 설명하고 처치한다면 후에 낭패를 보기 쉬울 것이다. 다시 한번 상기하자면 서두에서 이야기한 소송건의 핵심은 치과의사가 미리 위험성을 파악하고 설명하며 취약한 상악동에 대해 다른 조치를 취하였는가 였다.



(그림10-1) 우측 상악동의 점점 크기가 증가하는 점액저류낭



(그림10-2) 우측 상악동 점액저류낭의 수술적 제거

필자는 운이 좋게도 대학병원에서 수련을 하면서 점액저류낭에 대한 지도교수님의 처치를 보고 배우면서 이 경우 상악동거상술 시 처치에 대해 여러 문헌을 찾아보며 공부할 수 있었다.

여러 문헌을 종합한 결과 이에 대한 결론은 점액저류낭의 1. 크기가 큰 경우 제거를 우선 고려 -> 3개월 후 상악동거상술 시행, 2. 크기가 작은 경우 상악동거상술 시 흡인(aspiration)을 통해 점액저류낭이 맞는지를 확인 -> 점액저류낭이 맞다면 최대한 흡인 후 상악동거상술 시행, 다른 진성낭이나 종양이 의심된다면 대학병원 구강악안면외과 의뢰 이다.

여기서 어느 정도의 크기가 큰 것이냐는 불행이도