

작은침샘 종양으로 인해 재발한 말초성 편측 안면마비 1예

경북대학교 의과대학 신경과학교실

서종근 · 김선영 · 박성파 · 서정규 · 이호원

Recurrent Unilateral Peripheral Facial Palsy Caused by Minor Salivary Gland Tumor: A Case Report

Jong-Geun Seo, M.D., Sun-Young Kim, M.D., Sung-Pa Park, M.D., Ph.D.,
Chung-Kyu Suh, M.D., Ph.D., Ho-Won Lee, M.D.

Department of Neurology, School of Medicine, Kyungpook National University, Daegu, Korea

Received 26 October 2007; received in revised form 29 January 2008; accepted 1 February 2008

Since the majority of cases with unilateral peripheral facial palsy are idiopathic, radiological studies such as CT or MRI are not usually recommended for further evaluation. We report a patient with peripheral facial palsy caused by minor salivary gland tumor which was demonstrated by appropriate imaging study.

Key Words: Recurrent facial palsy, Minor salivary gland tumor

벨마비는 말초성 편측 안면마비의 가장 흔한 원인으로 전체 말초성 안면마비의 80% 정도를 차지한다.¹ 매년 100,000명 당 10~30명 정도 발생하며 재발 빈도는 평균 7.6% 정도로 알려져 있으나, 2.6~19.5% 정도로 다양하게 보고되어 있다.²⁻⁴

말초성 편측 안면마비의 대다수가 특발성이기 때문에 이차적 원인에 의해 발생한 안면마비를 초기에 벨마비로 진단하는 경우를 드물지 않게 볼 수 있다. 저자는 초기에 벨마비로 진단하였으나 경과 관찰 중 안면마비 증상이 재

발하여 이후 검사한 뇌 MRI상 작은침샘 타액선(minor salivary gland) 종양에 의한 안면마비로 밝혀진 환자를 경험하여 이를 보고한다.

증 례

평소 비교적 건강하게 지내온 76세 여자가 좌측 안면마비와 좌측 눈의 건조감 그리고 이개 후부의 통증을 주소로 내원하였다. 미각소실이나 청각과민의 증상은 없었고, 대상포진에 의한 피부병변이나 구순부종도 보이지 않았으며, 외상이나 감염의 병력은 없었다. 말초성 안면마비의 가족력 또한 없었다. 신경학적검사상 좌측 이마와 인중 부위의 주름이 지어지지 않은 모습을 보이거나 우측 안면부위는 정상적인 움직임이 관찰되었다. 환자는 좌측 눈을 완전히 감을 수 없는 상태로 House-Brackman grade VI⁵ 정도의 말초성 안면마비에 해당되었다. 이 외에 다른 신경학적검사는 정상이었다. 기본적인 혈액검사, 갑상선호르몬

Address for correspondence;

Ho-Won Lee, M.D.

Department of Neurology, School of Medicine,
Graduate Program in Neuroscience,
Brain Science & Engineering Institute,
Kyungpook National University 50 Samduk 2-Ga, Joong-Gu,
Daegu, 700-721, Korea

Tel: +82-53-420-5756 Fax: +82-53-422-4265

E-mail: neuromd@mail.knu.ac.kr

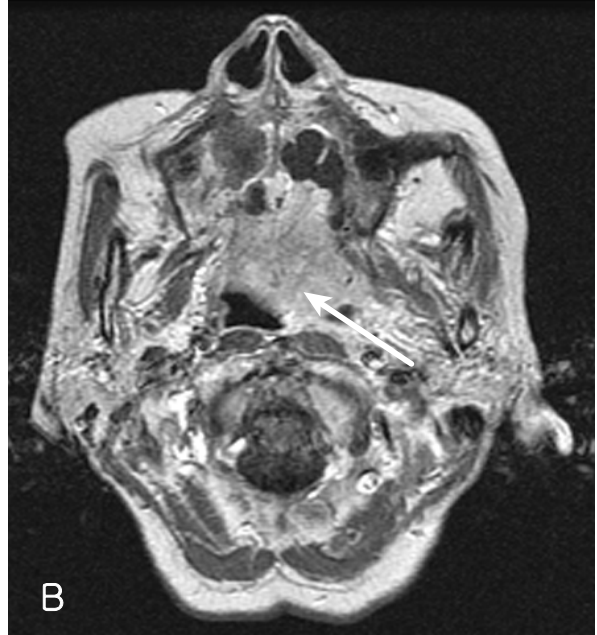


Figure 1. Minor salivary gland tumor (white arrows) demonstrated on brain MR T2-weighted (A) and gadolinium-enhanced T1-weighted images (B). Mastoid and posterior genu portions of facial nerve (white arrows) are enhanced on brain MR T1-weighted oblique sagittal thin section (C).

수치, 흉부 X선 사진은 모두 정상이었다. 안면 신경전도검사상 좌측 안면신경의 복합근육활동전위가 감소되었고, 말단 잠복기가 연장되었으며, 눈깜박임반사(blink reflex)에서 좌측 안와상신경(supraorbital nerve) 자극 시 동측의 R1, R2는 유발되지 않았으며 우측 안와상신경 자극시 반대측의 R2가 유발되지 않았다. 환자는 벨마비로 진단받은 후 경구용 스테로이드를 복용하였으며 증상은 1개월 후에는 House-Brackman grade I⁵ 정도로 거의 완전히 회복되었다.

그러나 처음 증상이 생긴 지 약 2개월 후 동측에 House-Brackman grade VI⁵ 정도의 안면마비가 재발하였다. 이전과 마찬가지로 이개 후부의 통증을 호소하였으며 이 외에 다른 연관된 증상은 없었다. 신경학적검사상 좌측 이마와 인중 부위의 주름이 지어지지 않았고, 신경전도검사상 이전보다 좌측 안면신경의 복합근육활동전위가 좀 더 감소되었으며 눈깜박임반사에서도 여전히 이전과 동일한 소견을 보였다. 한 달 사이에 재발한 동측 안면마비

Table 1. Results of facial nerve conduction study

Facial nerve	13 days after symptom onset		2 months after symptom onset	
	Rt	Lt	Rt	Lt
Amplitude (mV)	1.7	0.4	1.30	0.20
Terminal latency	3.3	4.3	3.35	4.25

Table 2. Results of Blink reflex

		R1	R2	R1	R2
		(msec)	(msec)	(msec)	(msec)
13 days after symptom onset					
Rt stimulation	Rt O.oculi	10.10	31.4	Lt O.oculi	None
Lt stimulation	Rt O.oculi		29.0	Lt O.oculi	None
2 months after symptom onset					
Rt stimulation	Rt O.oculi	10.55	30.5	Lt O.oculi	None
Lt stimulation	Rt O.oculi		30.0	Lt O.oculi	None

의 이차적인 원인의 유무를 확인하기 위해 뇌 MRI (Sigma EXCITE 3.0T, General electric, U.S.A.)를 하였고, 그 결과 좌측 연구개 주위의 인두 근처에 작은침샘 타액선 종양으로 추측되는 종괴를 확인할 수 있었으며 이는 난원공을 통해 해면정맥동으로 퍼져있는 양상이었다(Fig. 1). 조직검사를 하여 점액표피종(mucoepidermoid tumor)으로 판명되었다.

고 찰

말초성 편측 안면마비의 원인은 다양하다. 선천적 이상, 대상포진, 염증, 외상, 종양, 감염, 다발경화증, 당뇨병 등 다양한 원인들이 있으나 그 중 특발성인 벨마비가 가장 흔한 것으로 알려져 있다.^{3,6,7} 자세한 병력청취, 신체검사 및 신경학적검사상 말초성 안면신경마비의 증상 이외의 다른 증상을 동반하지 않으면 추가적인 검사는 하지 않는다.⁶ 말초성 편측 안면마비의 예후는 양호하여, 대부분은 완전한 회복을 보이거나 일부에서는 신경학적 이상이 지속될 수 있으며, 일부에서는 동측 또는 반대측에 재발하기도 한다.⁶

말초성 편측 안면마비의 재발률은 평균 7.6% 정도로 알려져 있으나 보고에 따라 2~19% 정도로 다양하다.²⁻⁴ 재발률은 성별의 차이는 보이지 않지만 나이가 젊은 경우와 가족력이 있는 경우에 증가하며,^{3,8} 증상 발생 후 1년 이내에 재발하는 경우는 흔하지 않은 것으로 알려져 있다.^{4,8,9} 이차성 안면신경마비를 벨마비로 오진한 경우는 문헌에 따라 13%에서 20%까지 다양하다.¹⁰ 따라서 벨마비로 진단하기 이전에 적절한 병력청취와 세심한 진찰이 필수적이

며, 재발성 안면신경마비, 다른 뇌신경증상이 동반된 경우, 안면근육의 떨림이 동반된 경우, 3개월이 지나도 신경의 회복이 이루어지지 않는 경우, 그리고 신경마비가 진행되는 경우에는 반드시 이차 원인에 대한 조사를 하여야 한다.¹⁰ 이차적인 원인 중 안면신경을 침범하는 종양을 진단하기 위해서는 뇌간부터 이하선까지의 안면신경의 주행경로, 소뇌교각 및 내이도를 영상화하기 유리한 조영증강 T1 MRI가 필수적이며, 미세한 병변을 찾아내기 위해서 신경이과와 영상의학과 간의 협진이 필요하다. 이를 통해 조기에 병변을 제거함으로써 환자의 신경회복에 도움을 줄 수 있을 것이다.

본 증례는 말초성 편측 안면마비 증상을 주소로 내원한 환자에서 초기 벨마비로 진단하고 경구용 스테로이드 처방 후 경과상 호전되는 양상을 보이다가 스테로이드 감량 후 안면마비 증상이 다시 악화되는 양상을 보였다. 이는 전형적인 벨마비의 임상경과와 부합하지 않는다고 판단하고 MRI를 하였으며 그 결과 작은침샘 타액선의 점액표피종에 의한 안면신경마비로 진단하였다. 환자는 처음 증상 발생 후 일시적으로 안면마비의 증상이 완화되었으나 이는 작은침샘 타액선 점액표피종이 안면신경으로 파급되면서 생긴 신경막의 부종과 염증이 스테로이드에 의해 약간 호전되었던 것으로 생각한다.

저자들은 재발하는 말초성 안면신경마비의 경우 적절한 영상학적 접근을 통해 조기에 이차 원인을 밝히는 것이 중요하며 이것이 환자의 신경회복에 도움이 될 수 있다고 판단되어 이를 보고한다.

REFERENCES

1. Bleicher JN, Hamiel BS, Gengler JS. A survey of facial paralysis: etiology and incidence. *Ear Nose Throat J* 1996; 75:355-358.
2. Petruzzelli G, Hirsch B. Bell's palsy: a diagnosis of exclusion. *Postgrad Med* 1991;90:115-123.
3. Peiterson E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol suppl* 2002;549:4-30.
4. van Amstel AD, Devriese PP. Clinical experiences with recurrences of Bell's palsy. *Arch Otorhinolaryngol* 1988;245:302-306.
5. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985;93:146-147.
6. Gilden DH. Clinical practice. Bell's palsy. *N Engl J Med* 2004;351:1323-1331
7. Marzo SJ, Leonetti JP, Petruzzelli G. Facial paralysis caused by malignant skull base neoplasms: *Neurosurg Focus* 2002;15; 12:e2.
8. Kurca E, Drobny M, Vosko MR, Nosál V, Straková J, Grofik M, et al. Unique case of eleven Bell's palsy episodes. *Intern J Neuroscience* 2001;111:55-66.
9. Mamoli B, Neumann H, Ehrmann L. Recurrent Bell's palsy. *J Neurol* 1977;216:119-125.
10. Alaani A, Hoqq R, Saravanappa N, Irving RM. An analysis of diagnostic delay in unilateral facial paralysis. *J Laryngol Otol* 2005;119:184-188.