

법랑모세포 섬유종에 의한 하악 제1대구치의 맹출지연

정정화 · 김영진 · 김현정 · 남순현

경북대학교 치의학전문대학원 소아치과학교실

국문초록

법랑모세포 섬유종은 드문 진성의 혼합성 양성종양으로 20세 이하의 비교적 어린 연령층의 하악 후방부에 호발한다. 흔히 하악 구치부의 미맹출치와 관련하여 발생하며 치조골 표면에서 서서히 성장하여 이환치를 치근단 방향으로 변위시켜 정상적인 치아 맹출을 방해한다. 약간의 피질골 팽창 외에 다른 증상은 거의 없어서 정기적인 방사선학적 평가에서 우연히 발견되는 경우가 많다. 임상적 및 방사선학적으로 법랑모세포 섬유치아종 및 치아종과 비슷하나 조직학적으로 치아 경조직의 형성이 관찰되지 않는 것이 다르다.

치료방법은 적출술과 주위 골의 소파술을 포함한 보존적 외과적 치치가 일반적이거나 재발가능성이 있고 악성종양으로의 변이를 보인다는 일부 보고가 있어 절제술과 같은 보다 공격적인 치료방법이 추천되기도 한다. 하지만 대부분의 병소는 피막으로 잘 둘러싸여 있으며 주변의 골와에서 쉽게 분리되므로 재발률은 낮은 편이다.

본 증례는 하악 좌측 제1대구치의 맹출지연과 관련된 법랑모세포 섬유종을 주소로 본과에 내원한 환아들을 대상으로 보존적인 적출술 및 소파술을 시행한 것으로 정기적인 관찰 결과 비교적 양호한 제1대구치의 자연적 맹출양상을 보여 보고하는 바이다.

주요어: 법랑모세포 섬유종, 하악 구치부의 맹출지연, 적출술 및 소파술

1. 서론

법랑모세포 섬유종(ameloblastic fibroma)은 “치아 경조직을 포함하지 않으면서, 치유두를 닮은 치성 상피성 중간엽과 치아판 및 법랑기를 닮은 상피근 및 상피집들로 구성된” 종양으로 정의된다¹⁾. 만약 병소가 법랑질 형성을 동반하는 상아전질 조직을 포함한다면 법랑모세포 섬유치아종(ameloblastic-fibroodontoma), 법랑질 형성 없이 상아전질 조직을 포함한다면 법랑모세포 섬유상아종(ameloblastic-fibro-dentinoma)으로 명명할 수 있다^{2,3)}. 법랑모세포 섬유종은 드물게 발생하는 진성의 혼합 치성 종양으로 전체 악골 종양의 1.5-4.5%를 차지한다^{1,2,4,5)}. 20세 이하의 비교적 어린 연령층의 하악 후방부에 호발하며^{2,5,7)} 성별간 발병률에 차이가 없다는 보고도 있지만 남성이 여성보다 호발한다는 보고도 있다^{3,8)}. 많은 경우 미맹출 치아 또는 매복치와 연관되어 발생하며 무통성으로 서서히 증식하므로 치아 맹출 장애의 국소적 원인으로 발견되거나 주기적 구강

검진에서 우연히 발견되는 경우가 많다^{8,9,10)}.

임상증상은 무증상인 경우가 많으나 턱 부위에 딱딱한 종창이 나타나기도 하며 증례에 따라 궤양, 통증, 압통, 배농 등이 관찰되기도 한다^{3,11)}. 피질골을 팽윤시키며 병소와 관련된 치아의 정상적인 맹출을 방해하거나 치근단 방향으로 변위시킨다^{4,9,10,12-17)}. 방사선학적 소견은 경계가 명확하고 낭과 유사한 피질골성 변연을 가지며, 작은 단방성 방사선 투과상에서부터 하악의 반 정도를 차지하는 거대한 다방성의 병소까지 다양한 양상을 갖는 것으로 보고되었다^{4,8,13)}.

치료방법은 병소가 비교적 양성종양에 가까운 성격을 가지면서 발병연령이 낮은 경우가 많으므로 보존적인 적출술 및 소파술이 추천된다^{2,3)}. 하지만 재발 및 악성전환도 보고된 바 있어 분절 절제술이나 반측하악골절제술과 같은 보다 공격적인 치료법 및 장기간의 추적관찰이 필요하다는 견해도 있다^{8,18,19)}.

법랑모세포 섬유종과 법랑모세포 섬유치아종, 법랑모세포 섬유상아종은 조직학적으로 치아 형성의 여러 단계와 비슷한 혼

교신저자 : 남순현

대구광역시 중구 삼덕 2가 50번지 / 경북대학교 치의학전문대학원 소아치과학교실 / 053-600-7201 / dent-ksy@hanmail.net

원고접수일: 2011년 02월 17일 / 원고최종수정일: 2011년 06월 20일 / 원고채택일: 2011년 06월 25일

합 치성 종양으로 분류되며, 이러한 진성 종양과 특정 단계에서 법랑모세포섬유종과 똑같은 조직학적 소견을 보이는 발육중인 치아종을 구분하기는 거의 불가능하다. 따라서 이들을 각각의 독립된 종양으로 볼 것인지 한 종양에서 성숙도가 다른 단계로 간주할 것인지에 대해서는 아직 의견이 분분하다^{2,3)}.

하악 제1대구치의 맹출 장애 빈도는 0.01%로 매우 드물지만 영구 대구치의 경우 저작 시 강한 저작압에 대하여 교합을 지지하는 중요한 역할을 하고, 대구치의 맹출은 안면의 조화로운 성장에 크게 기여하므로 적절한 치료가 필수적이다²⁰⁾.

본 증례들은 법랑모세포종에 의한 하악 제1대구치의 맹출 지연을 보이는 환자들에서 적출술 및 소파술을 시행한 후 자발적 맹출을 유도하였으며, 비교적 양호한 경과를 나타내었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증례 보고

1. 증례 1

6세 2개월 된 여아가 왼쪽 아래 영구치가 아래쪽으로 변위되었다는 주소로 개인치과의원으로부터 본원으로 의뢰되었다. 환자의 전신병력상 특이사항은 없었고 임상 구강 검사 시 하악 좌측 제1대구치 부위에서 골팽윤 소견은 관찰되지 않았으며 촉진 시 통증도 없었다(Fig. 1).

파노라마 사진상 매복된 하악 좌측 제1대구치의 치근단은 아직 완성되지 않은 상태로 하악골의 하연에 접하여 깊이 매복된 상태였으며, 치축은 전방으로 약간 기울어져 있었다. 매복된 하악 좌측 제1대구치 상방 및 발생되지 않은 하악 좌측 제2대구치 위치에 걸쳐 비교적 명확한 경계를 갖는 단방성의 골내 병소가 관찰되었으며 법랑모세포 섬유종 또는 치성 각화낭으로 의심되었다. 전산화 단층사진에서 매복된 하악 좌측 제1대구치 관부 상방 및 발생되지 않은 하악 좌측 제2대구치 위치에 걸쳐 명확한 경계를 갖는 방사선 투과성 병소 내부에 약간의 방사선 불투과성 물질이 관찰되어 법랑모세포 섬유치아종으로 가진

되었다(Fig. 2, 3). 법랑모세포 섬유치아종은 적출술로 제거시 재발이 드물며 법랑모세포 섬유종 역시 적출술 및 소파술을 포함한 보존적 외과 치료가 효과적이라고 알려져 있어 적출술을 시행하기로 하였다.

구강악안면외과에 의뢰하여 전신마취 하에 병소를 외과적으로 적출하고 적출물을 조직검사 의뢰하여 법랑모세포 섬유종으로 확진하였으며 병리조직사진에서 법랑모세포 섬유종의 특징적인, 세포가 풍부한 간엽기질 내에 문합형으로 배열된 다수의 치성상피조직이 배열된 양상을 관찰할 수 있었다(Fig. 4, 5). 4개월 경과 후 골 결손 부위가 많이 감소하였으며, 재발의 소견은 없었고 하악 좌측 제1대구치가 원래 맹출각도에 가깝게 약



Fig. 2. Initial panoramic view shows unerupted mandibular left first molar and undeveloped mandibular left second molar.

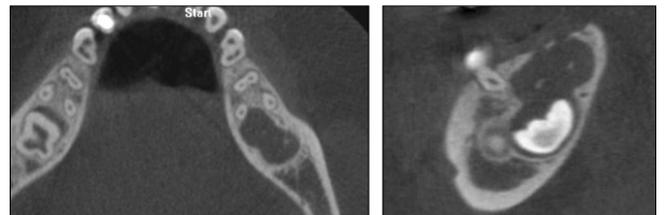


Fig. 3. CT view before treatment shows well defined radiolucent lesion with internal radiopaque foci.



Fig. 1. Initial intraoral view.



Fig. 4. The excised ameloblastic fibroma, measuring approximately 15×10 mm.



Fig. 6. 4 month later.

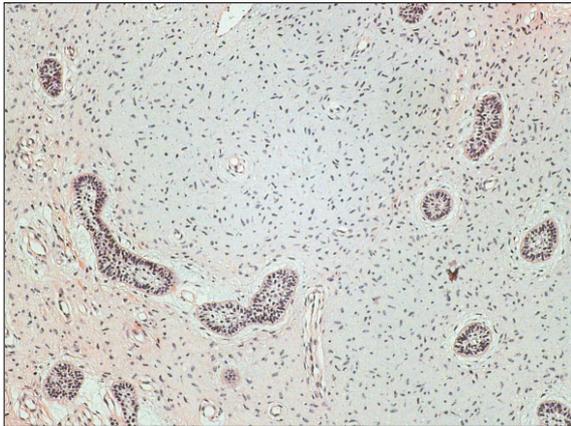


Fig. 5. Microscopic view (H-E, ×100).

간 후방 경사되면서 상방으로 이동한 소견이 관찰되었다(Fig. 6). 반대쪽 하악 우측 제1대구치에 비해 하악 좌측 제1대구치의 맹출 양상이 늦기는 하지만 아직 치근 성장이 1/2 이상 남아 있어 자발적 맹출 가능성이 높다고 보고 이에 대한 지속적 관찰 및 병소의 재발 확인을 위한 정기검진을 시행하기로 하였다.

2. 증례 2

9세 11개월 된 여아가 왼쪽 아래 영구치가 나오지 않는다는 것을 주소로 개인치과의원으로부터 의뢰되었다. 의과적 및 치과적 병력은 특이소견 없었으며 임상적 소견상 하악 우측 제1대구치는 완전히 맹출한데 비해 하악 좌측 제1대구치는 구강내 관찰되지 않았다(Fig. 7). 파노라마와 치근단 방사선 사진을 통한 검사 결과 거의 치근단 형성이 완료된 좌측 하악 제1대구치가 전방 경사된 상태로 하악 하연에 근접하여 깊이 매복되어 있었으며, 범람모세포 섬유종으로 진단되었다(Fig. 8).

국소마취 하에 좌측 하악 제1대구치 상방 종물의 외과적 적출 및 이의 맹출 경로 상에 위치하는 좌측 하악 제2대구치를 발치하였으며 이후 맹출유도를 위한 장치 치료를 시행하였다. 매복된 좌측 하악 제1대구치 상방에 존재하던 두꺼운 연조직 종물에 대한 조직병리검사를 의뢰한 결과, 조직 검사 결과 범람모세포 섬유종에서 특징적으로 나타나는 원시 간엽 기질 내에 가늘고 긴 치성 상피섬들이 관찰되었으며, 범람모세포 섬유종으로 진단되었다(Fig. 9, 10).



Fig. 7. Initial intraoral view.



Fig. 8. Initial panoramic view and periapical radiograph show impacted lower left first molar.



Fig. 9. 2 weeks after operation.



Fig. 10. Microscopic view (H-E, ×100).



Fig. 11. Surgical pack and clear form retainer.

맹출시까지 개방된 맹출로를 유지하기 위하여 외과적 노출 직후 surgical pack과 투명상유지장치를 장착하였다(Fig. 11). 이 때 좌측 하악 제1대구치의 전방경사 및 좌측 하악 제2유구치의 발치에 따른 이소맹출이 얼마간 예상되었으나 매복 위치가 깊어 일단 장치물은 부착하지 않고 관찰하기로 하였다. 다음

내원시 매복된 좌측 하악 제1대구치는 약간 후상방으로 이동하였으며 다른 치아들의 맹출 상황을 고려하여 투명상유지장치를 제거하였다. 술후 1개월 정기검진시 맹출로의 협착 양상이 관찰되어 글라스 아이어노머 시멘트를 매복된 이환치 상방에 충전하였다(Fig. 12). 4개월 정기 검진시 좌측 하악 제1대구치는



Fig. 12. Glass-ionomer cement packing on the eruption pathway of the lower Lt. 1st molar.



Fig. 14. Panoramic view in 8 month after operation.

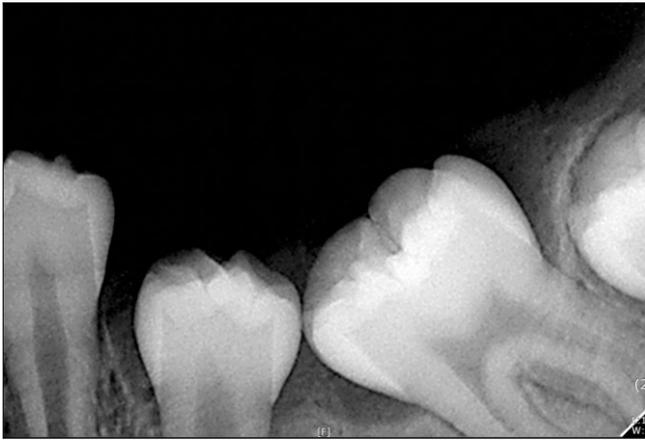


Fig. 13. Periapical view in 4 month after operation.

구강 내로 맹출하지는 않았으나 치근단 방사선 사진에서 계속적인 자발적 맹출양상이 관찰되었으며 거의 맹출이 임박한 것으로 판단되었다(Fig. 13). 그러나 8개월 정기 검진시 맹출속도가 더 빠른 하악 좌측 제2소구치에 막혀 하악 좌측 제1대구치가 더 이상 맹출하지 못하고 있는 것이 관찰되었고 전반적인 치열의 공간부족으로 인한 총생도 있어 전체 교정치료를 위해 교정과로 의뢰하였다(Fig. 14).

III. 총괄 및 고찰

본 증례에서와 같은 하악 제1대구치의 맹출 장애는 제3대구치나 견치에 비해 훨씬 낮은 빈도로 발생한다¹⁵⁾. 제1대구치는 맹출 경로에 물리적 장애물이 있거나 비정상적인 맹출경로를 갖는 경우에 매복될 수 있으며 파골세포 활성화에 문제가 있는 증후군과 관련하여 일차 잔존을 보이기도 한다¹³⁾. 하악 제1대구치의 치배는 맹출 초기에 전상방을 향하지만 맹출 말기에는 혀의 압력으로 협측으로 회전하면서 치근이 1/2 정도 완성된 상태에서 만 6세경 구강 내에 출은하게 된다²¹⁾. 만약 치근의 형성이 상당 부분 진행되었는데도 구강 내 출은하지 않았다면 매복을 의

심할 수 있으며 치근 형성이 상당히 진행되었거나 치근단이 완성된 매복치의 경우에도 맹출력을 갖고 있는 것으로 알려져 있다^{22,23)}. 따라서 두 번째 증례에서 보듯이 범람모세포 섬유종의 외과적 제거 및 맹출로 확보를 통하여 얼마간의 자발적 맹출을 유도할 수 있었다. 특히 치근단이 완전히 닫히지 않은 하악 제1대구치의 경우에는 치아의 맹출 경로를 막고 있는 경조직과 연조직을 외과적으로 제거하여 구강내 개방시 자발적 맹출 가능성이 높다²⁴⁾. 첫 번째 증례에서 외과적 제거 후 구강내 개방시 치아의 맹출 속도가 좀 더 빨랐을 것으로 예상되나 매복 위치가 깊고 치근단이 1/2 이하로 완성되어 맹출력이 충분할 것으로 사료되어 맹출로를 유지하기 위한 특별한 처치를 하지 않았다.

조직학적으로 범람모세포 섬유종은 혼합성 종양으로 원시 치유두를 닮은, 등성한 초기 결합조직 기질 내 치성상피 끈과 섬이 있는 특징적인 형태를 가진다⁴⁾. 이때 치성상피는 범람모세포종의 것과 비슷하지만 결합조직 성분은 범람모세포종에 비해 훨씬 세포가 많다²⁵⁾. 방사선학적 검사시에도 범람모세포 섬유종은 단방성 또는 다방성 병소로 관찰되어 범람모세포종과 유사하지만 범람모세포 섬유종이 일반적으로 10대에서 발생하는데 반해 범람모세포종은 보다 높은 연령층에서 발생하는 것으로 감별 진단한다¹²⁾. 확진은 주로 조직병리학적 검사를 통해 이뤄진다¹⁶⁾.

어떤 병소의 경우 상아질과 범람질 기질을 포함하는 경우도 있으며 이런 경우 범람모세포 섬유치아종 또는 섬유상아종으로 진단할 수도 있다¹⁷⁾. 조직학적으로 범람모세포 섬유종이라고 진단되었어도 후에 재발시 복합치아종으로 판명되는 경우도 있다²⁰⁾. 즉 조직학적으로 범람모세포 섬유종의 형태를 보이더라도 이는 양성종양의 하나인 범람모세포 섬유종일 수도 있고 과오종으로 분류되는, 성숙중인 치아종의 한 단계일 수도 있다¹⁾. 본 증례 중 첫 번째 증례에서 전산화 단층사진에서 미약한 석회화 물질이 관찰되었는데 이는 실제로 이 병소가 범람모세포 섬유치아종이나 발육중인 치아종일 가능성이 있다는 것을 의미한다. 범람모세포 섬유치아종은 범람모세포 섬유종에 비해 재발률이 낮고 덜 공격적이며 치아종의 경우 자기한정적 성장을 하므로 치료는 범람모세포 섬유종에 준하여 시행한다¹⁾.

범람모세포 섬유종은 잘 피막화되어 있고 골수강 내로 침투

하지 않으므로 초기 치료방법은 보존적인 적출술 및 소파술을 추천한다. 하지만 보다 공격적인 병소에서 발견되는 치근 흡수 등이 보고된 바도 있으며 법랑모세포 섬유육종의 1/3 정도가 법랑모세포 섬유종에서 악성 변환한 것이라는 연구결과도 있어 분절 절제술과 같은 보다 적극적인 치료방법과 철저한 정기검진을 권장하기도 한다^{1,14,19}. 법랑모세포 섬유육종의 평균 발생 연령은 27.5세로 법랑모세포 섬유종의 평균 발생 연령 14.8세보다 높으며 법랑모세포 섬유종에서 유래한 경우 종래의 섬유육종에 비해 덜 침습적인 것이 특징이다^{1,26}. 또한 법랑모세포 섬유종의 재발에 관해서는 여러 상반된 연구결과가 존재하는데 Trodahl⁸은 24 증례 중 10 증례인 43.5%가 재발되었다고 보고하였으며 이러한 재발 가능성은 조직학적으로 구별하기 어렵다고 기술하였다. Zallen²⁷ 등은 18.3%, 즉 82 증례 중 15 증례에서 재발되었다고 하였으며 초기 치료시 외모 손상을 피할 수 있는 범위 내에서 가능한 공격적인 외과적 시술을 권유하였다. 하지만 본 증례에서와 같이 환자의 나이가 어리고 영구치의 맹출장애와 연관되어 있으면서 비교적 잘 피막화된 병소의 경우 보존적인 치료를 우선적으로 고려하는 것이 좋다. 추후 병소의 재발 및 하악 제1대구치의 맹출 완료에 대한 정기적인 검진이 필요할 것으로 사료된다.

Ⅳ. 요약

본 증례에서는 법랑모세포 섬유종에 의해 매복된 하악 제1대구치에서 병소를 제거함으로써 치아의 정상적인 맹출을 유도할 수 있었다.

1. 법랑모세포 섬유종은 임상적 증상이 없거나 경미하므로 주기적 구강검진 시 방사선학적 검사에서 치아의 맹출 장애와 동반되어 발견되는 경우가 많다.
2. 법랑모세포 섬유종은 재발 가능성이 있기는 하지만 연령이 어린 경우 적출술이나 소파술과 같은 보존적 치료를 우선적으로 고려해야 한다.
3. 적절한 시기에 법랑모세포 섬유종을 발견해 제거해 주면 치아의 자발적 맹출 가능성이 커지며 주기적 관찰을 통해 교정치료 필요성 및 재발여부를 판단하도록 한다.

참고문헌

1. Chen Y, Wang JM, Li TJ : Ameloblastic fibroma: a review of published studies with special reference to its nature and biological behavior. *Oral Oncol*, 43:960-969, 2007.
2. Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. *Oral Oncol*, 33:86-99, 1997.
3. Hansen LS, Ficarra G : Mixed odontogenic tumours:

- an analysis of 23 new cases. *Head neck surg*, 10:330-43, 1988.
4. Pitak-Arnop P, Chaîne A, Dhanuthai K, et al. : Extensive ameloblastic fibroma in an adolescent patient: a case report with a follow-up of 4 years. *Eur J Dent*, 3:224-228, 2009.
5. Barnes L, Evenson JW, Reichart P, et al. : The World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press: 2005.
6. Gibilisco JA : Stefne's oral radiographic diagnosis. WB Saunders, 5th edition, Philadelphia:191-195, 1985.
7. Kruse A : Über die Entwicklung cystischer Geschwülste im Unterkiefer. *Arch Path Anat*, 124:137-48, 1891.
8. Trodahl JN : Ameloblastic fibroma: survey of cases from the armed forces institute of pathology. *Oral surg Oral med Oral pathol*, 33:547-548, 1972.
9. Baroni Ch, Farneti M, Stea S, et al. : Ameloblastic fibroma and impacted mandibular first molar. *Oral surg Oral med Oral pathol*, 73:548-549, 1992.
10. 김승혜, 송제선, 손홍규 등 : 법랑모세포 섬유종에 의한 하악 제1대구치의 맹출 장애. *대한소아치과학회지*, 37:102-108, 2010.
11. Vasconcelos BC, Andrade ES, Rocha NS, et al. : Treatment of large ameloblastic fibroma : a case report. *J Oral Sci*. 51: 293-296, 2009.
12. 대한구강악안면방사선학교수협의회, 구강악안면방사선학, 3판, 나래출판사, 372-374, 1991.
13. Andreasen JO, Petersen JK, Laskin DM : Textbook and color atlas of tooth impactions. Mosby, 1st edition, 77-78, 199-203, 1997.
14. Palma C, Coelho A, González Y, et al. : Failure of eruption of first and second permanent molars. *J Clin Pediatr Dent*. 27:239-246, 2003.
15. Dimitrakopoulos I, Psomaderis K, Zaramboukas T : Ameloblastic fibroma of the mandible associated with root resorption and unerupted teeth: a case report. *Quintessence Int*, 39(6):523-527, 2008.
16. Dallera P, Bertoni F, Marchetti C, et al. : Ameloblastic fibroma: a follow-up of six cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 25(3):199-202, 1996.
17. Mohapatra PK, Choudhury AR, Parkash H : Ameloblastic fibroma in the midline of mandible: a case report. *J Clin Pediatr Dent*, 24:321-327, 2000.
18. Takeda Y, Kaneko R, Suzuki A : Ameloblastic fibrosarcoma in the maxilla, malignant transforma-

- tion of ameloblastic fibroma. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol*, 404:253-263, 1984.
19. Kobayashi K, Murakami R, Fujii T, et al. : Malignant transformation of ameloblastic fibroma to ameloblastic fibrosarcoma: case report and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg*, 33:352-355, 2005.
 20. Grover PS, Lorton L : The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 59:420-425, 1985.
 21. 대한소아치과학회 : 소아·청소년 치과학, 4판, 신흥인터넷내셔널, 서울, 396, 2007.
 22. Alling CC, Catone GA : Management of impacted teeth. *J Oral Maxillofac Surg*, 51:3-6, 1993.
 23. 조운정, 박영옥, 김태완 등 : 매복된 하악 제1대구치의 외과적 노출술을 이용한 치험례. *대한소아치과학회지*, 34:322-327, 2007.
 24. Nielsen SH, Becktor KB, Kjaer I : Primary retention of first permanent mandibular molars in 29 subjects. *European Journal of Orthodontics*, 28:529-534, 2006.
 25. Takeda Y : Ameloblastic fibroma and related lesions: current pathologic concept, *Oral Oncol*, 35:535-540, 1999.
 26. Muller S, Parker DC, Kapadia SB, et al. : Ameloblastic fibrosarcoma of the jaws. A clinicopathologic and DNA analysis of five cases and review of the literature with discussion of its relationship to ameloblastic fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 79:469-477, 1995.
 27. Zallen RD, Preskar MH, McClary SA : Ameloblastic fibroma, *J Oral Maxillofac Surg*, 40:513-517, 1982.

Abstract

DELAYED ERUPTION OF LOWER FIRST MOLAR ASSOCIATED WITH AMELOBLASTIC FIBROMA

Jung-Hwa Jung, Young-Jin Kim, Hyun-Jung Kim, Soon-Hyeun Nam

Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Kyungpook National University

Ameloblastic fibroma is rare true benign mixed odontogenic tumor. Most of these tumors occur in the posterior region of the mandible under 20 years of age. It develops generally associated with unerupted tooth and grows slowly on the surface of alveolar bone, therefore interferes normal tooth eruption. These lesions rarely showing a little bony expansion, are usually asymptomatic and are discovered incidentally on routine dental exam. It is similar to ameloblastic fibroodontoma and ameloblastic fibrodentinoma clinically and roentgenographically but represents no dental hard tissue formation histologically.

Enucleation and curettage of surrounding bone are generally recommended options for treatment. Even though there are some reports of recurrence and malignant transformation and more aggressive treatment options like block resection are suggested sometimes, but in most cases, recurrence is unusual because it is well encapsulated and easily separated from adjacent bony socket.

In these cases, we did conservative treatment such as enucleation and curettage to the patients who were visited for ameloblastic fibroma associated with delayed eruption of lower first molar. After regular check-ups, we found relatively natural eruption process of combined teeth.

Key words : Ameloblastic fibroma, Delayed eruption of lower molars, Enucleation and curettage