

## 자연 관해된 하수체 졸중 1례

전북대학교 의과대학 신경과학교실

신병수 · 이병용 · 김영현

= Abstract =

### A Case of Spontaneous Resolution of Pituitary Apoplexy

Byoung-Soo Shin, M.D., Byeung-Yong Lee, M.D., Young-Hyun Kim, M.D.

Department of Neurology, Chonbuk National University College of Medicine, Chonju, Korea

Pituitary apoplexy resulting from hemorrhage or necrosis of a pituitary tumor with subsequent compression of the optic nerves and cavernous sinuses is a life-threatening condition. The diagnosis is made clinically by the sudden onset of headache, meningismus, visual impairment, and ocular abnormalities. Modern surgical techniques seem to have reduced morbidity. Nevertheless, it is evident that not every patient requires surgical decompression after pituitary apoplexy because of spontaneous resolution after hormonal replacement therapy. We report an 84-year-old man who had pituitary apoplexy presenting with headache, ptosis and eyelid swelling. A good result has been achieved with immediate replacement of steroid.

**KEY WORDS** : Pituitary apoplexy · Spontaneous resolution

## 서 론

하수체 졸중은 하수체 종양의 괴사나 출혈로 시신경과 해면동 정맥동을 압박해 사망을 초래할 수 있는 위급한 상황이다. 가장 흔한 증상은 갑자기 발생하는 두통, 안구마비, 구토, 시야결손, 시력감퇴, 수막증 등이다<sup>1)</sup>. 원인은 하수체 선종의 출혈에 의하며<sup>2)</sup>, 그 외 자발적으로 발생하기도 하고 두부외상, 에스트로겐 치료, 브로모크립틴 치료, 방사선 치료, 항응고제, 혈전 용해제 등에 의한<sup>3-5)</sup>. 진단은 임상양상과 방사선 검사에 의하며, 스테로이드를 이용한 내분비성 대치요법과 빠른 수술적 압박이 치료의 초석이 된다. 저자들은 두통을 주소로 내원한 하수체 졸중 환자에서 수술적 치료 없이 호르몬 대치요법으로만 치료한 증례를 경험하여 문헌고찰과 함께 보고하고자 한다.

## 증 례

84세 남자환자로 1주일 전부터 발생한 극심한 두통과 구

토, 좌측 안검하수, 안검 부종으로 응급실에 내원하였다. 과거력에서 고혈압, 당뇨, 결핵 등의 병력은 없었다. 내원 당시 혈압은 100/60mmHg였고, 체온은 정상이었다. 내원시의 식상태는 청명했고, 뇌 신경 검사에서 안구운동은 좌측의 완전한 외안근 마비를 보였고, 좌측 눈은 안검하수가 동반되었다. 대안검사에서 시야 결손은 없었다. 운동계나 감각계, 소뇌 기능은 정상이었으며 심부 건반사는 전체적으로 감소되었다. 내원 당시 촬영한 뇌 자기 공명영상은 터어키안내 약 1.5cm 크기의 종양이 있고 시신경교차부의 안배상부까지 확장되어있는 소견을 보였다. 종양은 좌측으로 치우쳐 있고, 출혈이 동반되었으며 좌측 해면동내 내경동맥과 인접해있으면서 전위를 야기하고 있었다(Fig. 1 A, B, C). 뇌자기공명 혈관조영술에서는 혈관 이상은 보이지 않았다. 환자는 즉시 methylprednisolone(1g/일, 정주)으로 3일간 투여 받았다. 입원시 혈청 몰랄 삼투압 농도는 정상이었으나, 소변의 몰랄 삼투압농도는 220mosm(정상치 : 400~800mosm)로 감소되었다. 일반 혈액 검사에서 이상소견은 없었다. 일반화학 검사에서 Na 127mEq/L, K 5.1mEq/L, Cl 92mEq/L, AST 98U/L, ALT 51U/L, cholesterol 298mg/dl, HDL 35 mg/dl 로 이상소견을 보였다. 혈청 cortisol은 25ug/dl로 증가되었다. ACTH, TSH, Estradiol, FT4, FSH, LH등은 정

교신저자 : 신병수, 561-712 전북 전주시 금암2동 634-18  
전북대학교 의과대학 신경과학교실  
전화 : (063) 250-1590 · 전송 : (063) 255-3003  
E-mail : sbsoo@shinbiro.com

상이었고, Fullfield 120 point test 방법을 통한 시야 검사도 정상이었다. 입원 2일째 안구마비는 좌측 내전과 상사위, 상전, 하전에서 약간의 회복을 보였다. 좌측 안검하수도 호전을 보였다. 입원 4일째 좌측 안검부종이 호전되었다. 입원 5일째 좌측 눈의 외전이 약간 호전되기 시작했다. 환자에게 수술을 권하였으나 환자의 연령과, 증상의 빠른 호전 때문에 수술을 바로 결정하지 못하였다. 환자는 좌측의 외전 장애가 약간 남은 외안근 마비 상태에서 prednisolone 유지 용량(7.5mg/일,경구)으로 조절하여 퇴원하였다. 현재 9개월간 외래 진료 중이며 좌측의 외전 마비도 완전히 회복되어 더 이상 병의 진행 소견은 없었다. 다시 촬영한 뇌자기 공명영상은 하수체 선종은 줄중 후에 종양의 크기가 감소하였고(Fig. 1 D, E, F), 호르몬 추적 검사에서는 정상 소견을 보여 수술 없이 회복된 증례였다.

## 고 찰

하수체 줄중은 임상적으로 하수체 경색이나 출혈 후 터어키안 주위 구조의 압박 징후나 뇌막자극이 발생하는 것을 말하며, 그 빈도는 0.6~10%정도다<sup>11)</sup>. 증상은 종양 확장, 터어

키안 외로의 혈액 유출, 내분비병증 등에 의해 나타난다<sup>12)</sup>. 출혈에 의한 하수체 선종의 갑작스런 팽창은 일반적으로 측면부로 일어나 해면동 정맥동내 구조물들을 압박하여, 동안신경 마비와 외전신경 마비, 외안근 마비, 삼차신경 장애, 정맥 울혈, 내경동맥 압박 등을 일으킨다. 터어키안 종양과 연관된 외안근 마비는 합병증 없는 하수체 선종에서는 드물기 때문에 하수체 줄중을 강력히 시사한다. 종양의 팽창이 위쪽으로 일어나면 시교차부와 간뇌, 중뇌를 압박하여 시력 감소와 시야결손, 의식 장애, 운동장애, 호흡 장애를 일으킬 수 있다<sup>6)</sup>. 시력장애는 전에는 필수 증상으로 생각되었으나, 양측성 안구마비가 있으면서도 동반되지 않는 경우가 있다. 이런 환자들은 터어키안 격막의 작은 틈 때문에 위쪽으로 확장 되지않아 의식장애가 없다. 종양의 팽창이 하방으로 일어나면 무증상이거나 비출혈을 일으킨다. 혈액은 흔히 지주막하강으로 유출되어 동맥류성 지주막하 출혈로 오진되기도 한다. 치료는 접형골을 통한 응급 감압술을 시행하지는 주장과<sup>7)8)</sup>, 호르몬 대치요법을 시행하지는 주장이 있다<sup>2)9)10)</sup>. 하수체 줄중은 초기 증상과 관계없이 예후를 예측하기 힘들어 치료방법의 선택에 어려움이 있다. 호르몬 대치요법을 통해 안증상의 회복과 내분비병증의 역전을 보이는

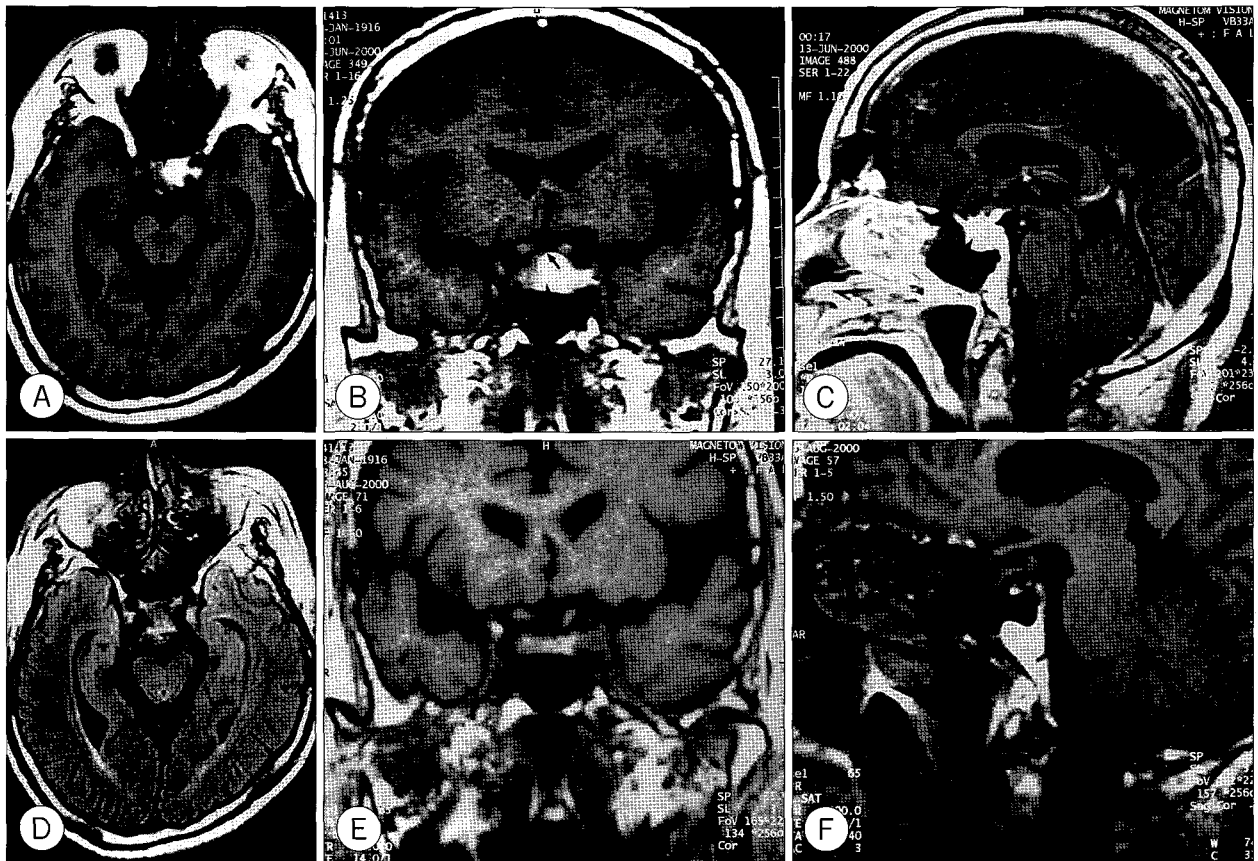


Fig. 1. Axial (A, D) and coronal (B, E) and sagittal T-1 weighted (C, F) MR images at admission (A, B, C) and 2 months later (D, E, F). These images show intrasellar mass with hemorrhage focus (large arrow), which is extended to left cavernous sinus and suprasellar area abutting on optic chiasm (small arrows). The follow-up MR images show spontaneous resolution of pituitary apoplexy (D, E, F).

자발적으로 치료된 증례가 보고된 것처럼<sup>2)</sup>, 약간의 시력장애나 동안신경, 외전신경 마비가 단독으로 있으면서 심한 시력소실이나 의식저하가 없으면, 수분과 전해질 균형을 유지하면서 고용량의 스테로이드 치료를 고려할 수 있다<sup>1)9)</sup>. 약물치료로 환자의 상태가 안정될지라도, 심한 시력장애나 의식장애를 보이거나 점진적으로 의식장애가 심해지는 경우 접형골을 통한 응급 감압술이 필요하다. 본 증례의 경우처럼 시력 소실이나 의식저하가 심하지 않으면 수술보다는 보존적 치료가 충분하다고 생각되나 치료방법을 결정하기 위해서는 더 많은 증례를 통한 비교 연구가 필요하리라 생각된다.

## References

- 1) Bills DC, Meyer FB, Laws RL, Davis DH, Ebersold MJ, Scheithauer BW, Ilstrup DM, Abboud CF : *A retrospective analysis of pituitary apoplexy. Neurosurgery. 1993 ; 33 : 602-609*
- 2) Reid RL, Quigley ME, Yen SSC : *Pituitary apoplexy. A review. Arch Neurol. 1985 ; 42 : 712-719*
- 3) Oo MM, Krishna AY, Bonavita GJ, Rutecki GW : *Heparin therapy for myocardial infarction : an unusual trigger for pituitary apoplexy. Am J Med Sci. 1997 ; 314 (5) : 351-353*
- 4) Fuchs S, Beeri R, Hasin Y, Weiss AT, Gotsmann MS, Zahger D : *Pituitary apoplexy as a first manifestation of pituitary adenomas following intensive thrombolytic and antithrombotic therapy. Am J Cardiol. 1998 ; 81 (1) : 110-111*
- 5) Onesti ST, Wisniewski T, Post KD : *Clinical versus subclinical pituitary apoplexy : presentation, surgical management, and outcome in 21 patients. Neurosurgery. 1990 ; 26 (6) : 980-986*
- 6) Sadun AA : *Acromegaly after pituitary apoplexy. JAMA. 1987 ; 257 : 2034-2035*
- 7) Cardoso ER, Peterson EW : *Pituitary apoplexy : A review. Neurosurgery. 1984 ; 14 : 363-373*
- 8) Ebersold MJ, Laws ER, Scheithauer BW, Randall RV : *J Neurosurg. 1983 ; 58 : 315-320*
- 9) Pelkonen R, Kuusisto A, Salmi J, Eistola P, Raitta C, Karonen S-L, Antti A : *Pituitary function after pituitary apoplexy. Am J Med. 1978 ; 65 : 773-778*
- 10) Maccagnan P, Macedo CL, Kayath MJ, Nogueira RG, Abucham J : *Conservative management of pituitary apoplexy ; a prospective study. J Clin Endocrinol Metab. 1995 ; 80 : 2190-2197*