

## 우울증으로 오진되었던 이차성 부신기능저하 : 증례 보고

경희대학교 의과대학 정신건강의학교실  
문덕수 · 강원섭 · 백종우 · 송지영 · 김종우

### Secondary Adrenal Insufficiency Initially Misdiagnosed as Depression : A Case Report

Duk Soo Moon, M.D., Won Sub Kang, M.D., Jong Woo Paik, M.D.,  
Ji Young Song, M.D., Jong Woo Kim, M.D.

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Kyung Hee University, Seoul, Korea

#### ABSTRACT

The abnormalities in Hypothalamic-pituitary-adrenal(HPA) axis are associated with many psychiatric symptoms including depression. We present a report of a 71 year old man who was admitted to the psychiatric department presenting symptoms of headache, avolition, loss of energy, psychomotor retardation, poor appetite, insomnia, anxiety resulting from adrenal insufficiency and hypopituitarism.

Hypothyroidism and electrolyte disturbance were managed and headache, insomnia, anxiety, GI symptoms were improved. But he remained in anergic state. After discharge, he was readmitted to infection department with high fever and drowsy mentality. Adrenal insufficiency was recognized and he was treated with corticosteroid replacement therapy. Finally his diagnosis was made as panhypopituitarism and overall symptoms were resolved.

In this case, we showed how the atypical symptoms resulting from hypopituitarism develop and progress. Hypothyroidism, adrenal insufficiency, and growth hormone deficiency resulting secondarily from panhypopituitarism were associated with various nonspecific symptoms such as loss of energy, fatigue, insomnia, weight loss, decreased appetite etc. In clinical situation, differential diagnosis with depression is needed when clinicians were met a patient with these nonspecific symptoms. It is important that laboratory tests and differential diagnosis with endocrine diseases should be conducted, especially in geriatric patients with nonspecific symptoms like anergia, fatigue, poor appetite and so on.

**KEY WORDS** : Adrenal insufficiency · Hypopituitarism · Depression

#### 서론

내분비 질환에서 초기 증상으로 정신과적 증상은 흔히 나타난다.<sup>1,2)</sup> 그 중에서도 시상하부-뇌하수체-부신 축(Hypothalamic-pituitary-adrenal axis ; HPA axis)과 정신과적 증

상의 관련성에 대해서 많은 연구가 이루어진 바 있다.<sup>3,4)</sup> 뇌하수체는 난소, 고환, 갑상선, 부신 등의 내분비 기관의 기능을 조절하고 있어 다양한 내과적 질환 및 정신과 질환과 관련이 있다. 뇌하수체 기능저하는 육아중성 질환, 외상, 감염 등 다양한 원인으로 발생한다.<sup>5)</sup> 뇌하수체 기능저하로 보일 수 있는 증상으로는 1) 성장호르몬 결핍으로 인한 성장 장애 및 골

Received: July 11, 2011 / Revised: August 25, 2011 / Accepted: September 9, 2011

Corresponding author: Jong Woo Kim, Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Kyung Hee University, 1 Hoegi-dong, Dongdaemoon-gu, Seoul 130-702, Korea

Tel : (02) 958-8552 · Fax : (02) 957-1997 · E-mail : psyjong@gmail.com

밀도 감소, 2) 성선자극호르몬 결핍에 의한 성욕 감퇴, 무월경, 발기부전, 3) 갑상선자극호르몬 결핍에 의한 추위, 부종, 피로, 정신운동지연, 4) 부신피질자극호르몬 결핍에 의한 허약, 무력, 오심, 5) 항이노호르몬 결핍에 의한 다뇨증, 다음증, 야뇨증, 6) 유즙분비호르몬 결핍에 따른 모유 감소 등이 알려져 있으며, 우울 증상, 불안, 피로, 사회적 위축, 무감동 등 여러 정신과적 증상이 나타날 수 있다.

저자들은 처음에는 무기력감, 신체 증상 등의 비특이적인 우울 증상을 보여 처음에는 우울증을 의심하였으나, 뇌하수체 기능저하 및 이차성 부신기능저하와 연관된 우울 증상으로 진단된 환자 1례를 경험하였기에 이에 대하여 증례 보고하고자 한다.

## 증례

### 1. 병력 및 신경정신과 입원 경과

71세 남자 환자로 긍정적이고 원만한 성격으로, 30여 년 전 간기능저하로 인한 황달 치료 이후 고혈압 외에 다른 특이 병력은 없었으며, 15년 전부터 아파트 경비일을 잘 수행하고 있었다. 환자는 입원 7주전 특별한 스트레스 요인 없이, 더운 날씨의 온도차 심한 환경에서 일한 이후로 전두부 두통이 시작되었다. 환자는 감기 증상, 갈증, 빈뇨, 두통을 주증상으로 각각 내과, 이비인후과, 비뇨기과, 응급실 등을 방문한 바

있으며, 두통에 대해서는 진통 주사를 맞으면 통증이 감소하였다고 한다. 입원 5주전에는 신경외과 의원에서 뇌자기공명 영상검사 결과 특이 소견 없었고, 4주전에는 타 대학병원 응급실 방문하여 뇌컴퓨터단층촬영 및 뇌척수액검사 시행하였으나 이상 소견을 찾을 수 없었다고 한다. 환자는 여러 병원을 전전하여도 검사 결과 특이 소견 없었고, 투약에도 불구하고 두통이 지속되자 경비일을 그만두면서, 불면, 우울감 및 가족들에게 미안한 마음이 들었다고 하였다. 환자는 당시 두통, 무의욕, 무기력, 정신운동지연, 식욕 저하, 불면, 건강염려 증상 및 퇴직에 대한 걱정이 악화되는 양상으로 2주전에는 타 대학병원 정신과를 방문하여 우울증으로 진단받고, Paroxetine 12.5mg, Alprazolam 0.25mg, Clonazepam 0.5mg을 처방 받았고, 초기에 불면은 호전되었으나, 과잉 진정 및 무기력감과 식욕 저하가 악화되면서 일시적인 혼동을 보이기도 하였다고 한다. 환자는 이러한 증상이 지속되어 본원 신경정신과 방문하여 개방병동에 입원하였다.

환자는 입원 초기 저칼륨혈증(입원시 K 2.9mmol/L)이 발견되었고, 평소 복용 중이던 저칼륨혈증을 유발할 수 있는 Thiazide계열 고혈압약의 변경 및 칼륨 공급을 통해 전해질 이상을 교정하였다. 약 1주일 후 갑상선 기능저하 소견(Table 1) 및 갑상선 초음파 검사 상 경도 갑상선염 및 갑상선 스캔에서 양쪽에서 흡수 감소 소견을 보여 내분비 내과 진료 의뢰 후 갑상선 기능저하 상태에 대해 갑상선 기능항진제 투약을 시

Table 1. Laboratory data on case

Laboratory parameter(reference value)	Pt's observed value					
Thyroid function test	(2009.9.17) (2010.8.21)					
TSH(0.30-4.00μIU/mL)	0.22μIU/mL 1.16μIU/mL					
FT4(0.77-1.94ng/dL)	0.58ng/dL 1.34ng/dL					
T3(80-200ng/dL)	163ng/dL 133ng/dL					
Rapid ACTH stimulation test	(2009.9.30) (Not followed)					
ACTH(10-60ng/mL)	13.9ng/mL					
Cortisol level after corticotropin						
0 minutes	5.2μg/mL					
30 minutes	9.3μg/mL					
60 minutes(above 18μg/mL)	11.8μg/mL					
Triple stimulation test (2009.10.14)	0min(base)	30min	60min	90min	120min	(2010.8.21) basal level
Glucose (< 40mg or below 50% of base)	77	35	27	52	35	
ACTH(P)(basal : <80pg/mL, peak : 2x)	4.9	11.1	21.1	27.6	6.3	12.5
GH(0-18ng/mL)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3
Cortisol(basal : 5-25ug/dl, peak : increase >5ng/mL)	0.6	0.7	0.9	0.6	0.8	2.2
FSH(basal : 5-20mIU/mL, peak : increase >10IU/L)	1.5	2.2	3.5	4.6	5.5	18.1
LH(basal : 5-20mIU/mL, peak : increase >10IU/L)	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	9.9
Prolactin(basal : <15ng/mL, peak : 2x)	1.6	5.3	6.9	5.8	5.2	5.0
TSH(basal : 0.45-5uIU/mL, peak : increase 5uIU/mL)	0.18	0.61	0.88	1.04	1.08	1.16

Patient had hypothyroidism and low cortisol response[rapid ACTH stimulation test, 11.8ug/dL(60min), normal value > 18 ug/dL] which means adrenal insufficiency. Low values were observed with almost endocrine hormones at triple stimulation test, and final diagnosis was made as panhypopituitarism. Most hormone levels were normalized after steroid therapy in endocrine department for about 10 months

작하였다. 뇌단일광자방출컴퓨터단층촬영(Single Photon Emission Computed Tomography) 상에서는 특이 소견 없었고, 뇌파 상 반복적인 서파가 전 영역에서 관찰되었다. 입원 중 실시한 한국판 노인우울증척도(Geriatric Depression Scale-K) 결과는 7점/30점으로 환자는 정서적 불편감을 경미한 수준에서 보고하고 하였으나, 보호자 평가상에서는 무기력감, 의욕 저하, 우울감, 걱정 등의 정서적 불편감이 상당 기간 관찰되었다고 하였다. 환자의 증상에 대한 투약은 입원 후 불면 및 불안에 대해 Mirtazapine 7.5mg, Bromazepam 1.5mg, 지속되는 두통에 대해 Gabapentine 100~300mg 투약하면서 입원 1주 정도 경과 후 불면 및 불안, 두통은 호전되었으나, 무기력감은 지속되어 무기력감을 우울증의 잔류증상으로 보고, 입원 18일 쯤 Aripiprazole 5mg을 추가 투약 하였다. 추가 투약 및 전해질과 갑상선 기능에 대한 치료에도 불구하고 환자의 정신운동지연 및 무기력감은 호전되지 않았다.

환자는 입원 기간 중 운동완만, 자세의 불안정성, 무표정한 얼굴 등도 관찰되어 파킨슨 증상을 의심하여 신경과 진료 시행하였으나, 급성 발병 및 경도 증상으로 우선 관찰하기로 하였다. 입원 13일 쯤부터는 음식 냄새에 민감해 하며 구역감과 구토 증세를 보였고, 위내시경 상에서 위염과 역류성 식도질환 소견을 보여 이에 대한 투약 후 소화기 증상은 호전되었다. 환자는 약 3주간의 입원기간동안 전해질 및 갑상선 기능 교정, 소화기 증상, 두통, 불면, 불안 증상은 호전되었으나, 무기력감은 지속되는 양상이었으며 이에 대해서는 외래 경과 관찰하기로 한 후 퇴원하였다.

## 2. 신경정신과 퇴원 후 내과 재입원 및 그 이후 경과

환자는 퇴원 4일 후 갑작스러운 고열(38.7°C), 의식 혼탁, 근경직 등의 증상으로 본원 응급실에 방문하였다. 응급실에서 시행한 검사상 백혈구 18,750/ $\mu$ L, 적혈구침강속도 18mm/hr, C반응성단백질 15.7mg/dL 등 염증 수치 증가와 함께 Myo-

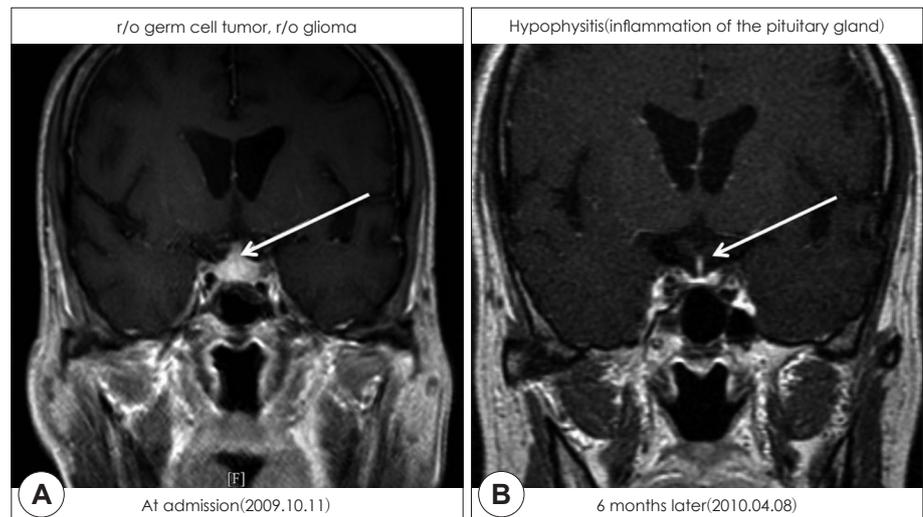
globin 3,918ng/mL, lactate dehydrogenase/creatinine Kinase 443/2,146U/L으로 횡문근융해 소견 및 blood urea nitrogen/creatinine 28/3.6mg/dL으로 증가되어 급성신부전 소견을 보였다. 응급실에서 정신과, 신경과, 내과 협진을 시행하였고, 신경이완제악성증후군(Neuroleptic Malignant Syndrome), 뇌수막염 또는 호흡기 감염 등에 대한 평가 및 치료 위해 우선 감염 내과로 입원하였다.

약 한달 간의 내과 입원 기간 중 초반에는 대증적 치료로 점차 신기능 및 의식을 회복하였다. 뇌척수액검사 및 혈액배양 검사 시행하였으나 고열의 원인은 찾지 못하였으며, 부신기능의 확인을 위한 급속 부신피질자극호르몬 자극검사 시행 후 부신기능저하 소견이 확인되었다(Table 1). 이후 부신기능저하의 원인에 대한 평가를 위해 뇌하수체 자기공명영상(Sella Magnetic Resonance Imaging)을 시행하여 9mm의 안장위 종괴 Suprasellar mass가 발견되었고(Fig. 1), 복합뇌하수체 자극검사(Triple stimulation test)상 범뇌하수체 기능저하증(Panhypopituitarism)이 진단되었다(Table 1). 이후 환자는 범뇌하수체기능저하증과 이에 동반된 부신기능저하에 대해 코티졸 투여가 이루어지면서 무기력감 등 정신과적 증상을 포함한 전반적인 신체 증상들이 호전되어 정신과는 투약 없이 치료 종결하였고, 내분비 내과 외래 통원 치료 중에 있다. 갑상선 호르몬과 스테로이드 호르몬의 지속적인 투약이 이루어지면서, 환자는 두통, 불면, 불안, 무기력감, 소화기 증상 및 운동 증상 등의 전반적인 호전을 통해 다시 병전 모습으로 신체적, 정신적 건강을 회복하였다고 하였다.

## 고 찰

### 1. 증례의 뇌하수체 기능저하로 인한 신체적, 정신적 증상

본 증례의 경우 두통과 무기력감, 불면, 식욕 저하 등의 비특이적인 우울 증상으로 처음에는 우울증을 의심한 환자로,



**Fig. 1.** Patient's sella MRI findings. A : Suggestive of suprasellar mass (arrow indication, about 9mm in size) was seen at admission on internal medicine department. B : Decreased size of pituitary gland and stalk lesion (such as granulomatous hypophysitis, about 6mm in size) was seen after steroid therapy for about 6 months.

이후 내과적인 추가 검사를 통해 범뇌하수체기능저하증에 동반된 이차성 부신기능저하 진단 및 이에 대한 내분비 내과적 치료로 호전된 증례이다.

정신과 입원 중에 뇌하수체-부신 기능저하에 대한 감별이 어려웠던 점을 생각해보면, 입원 전 타병원 뇌자기공명영상 소견이 정상으로서 추가적인 뇌 영상 검사를 하지 못한 점이 있다. 또한 입원 초기에 저칼륨혈증, 갑상선 기능저하 소견과 입원 중기에 소화기 증상이 관찰되어 내과 진료 의뢰 및 이에 대한 투약과 교정을 하면서 내과적 평가를 하었다고 생각하였으나, 더 나아가 이를 초래한 기저의 원인 감별 및 무기력감과 소화기 증상에 대해 부신기능저하 가능성에 대해서는 추가 검사가 이루어지지 않은 점이 뇌하수체-부신 기능저하를 간과하게 된 원인이라 할 수 있다. 하지만 정신과 입원 당시에는 환자가 주로 비특이적인 증상을 보였고, 무기력감 외에 기타 증상들은 호전된 부분을 참고할 때 우선 퇴원 후 내과와 정신과 통원치료를 통한 경과관찰이 가능하다고 판단하였다.

증례의 입원 전 병력에 대해 후향적으로 검토해 보면 뇌하수체 기능저하에 따른 복합적이고 비특이적인 증상들이 어떻게 나타나고 진행되는지 관찰할 수 있다. 환자의 경우에는 원인은 불명확 하지만 뇌하수체염(Fig. 1)에 따른 손상이 발생하였고, 비슷한 시기에 발생한 두통으로 신경외과 및 응급실을 방문하였던 것으로 추정된다. 이어서 발생한 범뇌하수체 기능저하증은 항이노 호르몬 감소, 갑상선 기능저하, 부신기능저하, 성장호르몬 결핍 등을 동반하는데, 환자의 경우 항이노 호르몬 감소에 따른 빈뇨 및 갈증으로 비뇨기과, 이비인후과를 방문하기도 하였다. 또한 갑상선 기능저하, 부신기능저하, 성장호르몬 저하 등으로 인한 무기력, 피곤, 불면, 체중 감소, 식욕 저하 등의 비특이적 증상들로 여러 병원을 전전하게 되었다. 이는 우울 증상과도 유사한 부분이 있고, 실제로 환자는 두통에 대한 스트레스 및 건강에 대한 염려가 지속되면서 우울 증상을 경험하며 타병원에서 우울증 치료를 받기도 하였다. 또한 정신과 입원기간 중 관찰된 구역감 및 구토 증세는 부신기능부전에 의한 소화기 증상으로 판단된다.

첫 퇴원 이후 4일 만에 고열 및 근경직으로 응급실 방문시에는 aripirazole에 의한 신경이완제약성증후군 가능성도 배제할 수는 없지만, 추후 내과 검사결과를 참고해볼 때 당시의 의식 혼탁, 고열, 횡문근융해증 소견은 뇌하수체염 및 급성 부신위기(adrenal crisis)에 따른 쇼크, 탈수, 전해질 및 대사 이상에 따른 증상으로도 설명할 수 있다. 부신기능부전에 대해 투여된 코티졸은 코티졸 결핍으로 인한 증상 호전뿐만 아니라, 뇌하수체염의 호전을 통한 뇌하수체 기능의 전반적인 회복을 통해, 환자의 정신 및 신체 증세 호전을 가져왔을 것으로 판단된다. 기존의 증례들에서도 뇌하수체 기능저하와<sup>6,7)</sup> 부신기능저하와 관련하여<sup>8,9)</sup> 본 증례와 유사한 정신증상들이

보고된 바 있다.

## 2. 뇌하수체 기능저하에서의 정신과적 접근

본 증례의 정신 증상에 대한 치료는 신체 질환에 대한 직접적인 치료가 정신과 약물 투약보다 효과적이었는데, 이는 신체 질환으로 인한 정신과적 증상 치료에 대한 다른 연구 결과와도 일치한다.<sup>10)</sup> 물론 부신기능 이상시 동반된 정신과적 증상의 치료는 호르몬 보충만으로는 충분하지 않다는 견해도 있으며,<sup>11)</sup> 때문에 환자의 상태 및 심각도에 따라 적절한 치료가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

증례의 경우 뇌하수체자기공명영상과 복합 뇌하수체 자극검사로 범뇌하수체기능저하증을 진단하였으나, 결정적으로 내과 입원 초기에 시행한 급속 부신피질자극호르몬 자극검사에 따른 부신기능저하 소견이 최종적인 진단에 필요한 검사들을 진행 하는데 도움이 되었다. 증례에서 보인 부신기능저하는 우울 증상과 밀접한 관련이 있는데, 60~90%의 환자에서 무감동, 사회적 위축, 피로감, 쾌감의 상실, 사고의 빈곤, 거부 증 등의 정신 증상이 나타날 수 있으며,<sup>12)</sup> 우울증의 몇몇 유형들이 환자의 30~50%에서 관찰되는 것으로 보고되고 있다.<sup>13)</sup>

부신기능저하증은 전형적인 증상들이 나타나기 이전에 무기력감, 피곤함, 체중 감소, 식욕 저하 등의 비특이적인 증상이 먼저 나타나 진단에 어려움을 겪으며, 이러한 증상은 우울증의 증상과 유사해 감별이 어려울 수 있다. 때문에 만성적인 내과 질환으로 이전에 고용량의 스테로이드 치료를 받은 환자의 경우에는 이차성 부신기능저하에 의한 증상을 일차성 우울증으로 오진하기 쉽다.<sup>14)</sup>

증례의 경우 코티졸 호르몬 외에도 피곤함, 무의욕, 사회적 고립, 불안 등과 관련이 있는 성장호르몬의 감소 소견도 우울 증상과 관련되었을 것으로 판단되며,<sup>15)</sup> 이 또한 비특이적인 증상이기 때문에 진단에 어려움이 있다.

우울감을 호소하는 노인 환자의 경우 증례와 같이 1) 비특이적 신체증상을 호소하고, 2) 뚜렷한 유발요인이 없으며, 3) 항우울제 치료에 반응이 없을 경우 정신과적 진단 이전에 반드시 내분비 내과적 질환의 감별이 중요하며, 특히 HPA axis의 기능저하를 감별하기 위해 다음 사항들을 검토해볼 필요가 있다. 1) 전해질 이상(부신기능저하시 저나트륨혈증, 고칼륨혈증 흔히 동반), 2) 갑상선 기능, 3) 급속 부신피질자극검사로 부신기능 확인 4) 뇌하수체의 손상의 원인이 될 수 있는 외상력, 스테로이드 등의 약물 복용력, 5) 뇌파검사(부신기능저하시 저전압 및 서파),<sup>16)</sup> 6) 뇌(뇌하수체)자기공명영상(뇌하수체 이상여부 확인), 7) 검사 상 이상 소견 시 내분비 내과 협진 하에 복합 뇌하수체 자극검사(Triple stimulation test) 및 복부 컴퓨터 단층촬영(부신의 이상여부 확인)이 필요할 수 있다. 또한 내분비 호르몬 이상에 따른 스트레스에 취약한 특

성으로, 실제로 우울증이 중첩될 수 있음도 고려해야 할 것이다.

## 결 론

내분비학적 질환과 관련된 기본 증상에 대한 연구는 복잡하고, 상당한 임상적 능력을 필요로 하며, 정신과적 증상의 치료에서 부분적 반응을 보이는 환자의 평가시 이에 대한 이해가 필요하다.<sup>10)</sup>

본 증례에서와 같이 무기력감, 피곤함, 체중 감소, 식욕 저하 등의 증상을 주소로 하는 노인환자의 경우, 우울증을 진단하기 전에 갑상선 기능은 물론 부신기능저하 및 뇌하수체 기능저하 또한 의심해 보아야 하며, 필요할 경우 이에 대한 검사 및 감별이 이루어져야 한다. 비특이적 우울증상을 보일 수 있는 내분비 질환에 대한 정신사회적 이해와 더불어 정신과 임상에서의 세심한 주의가 필요한 바이다.

## REFERENCES

- (1) **Reus VI.** Behavioral disturbances associated with endocrine disorders. *Annu Rev Med* 1986;37:205-214.
- (2) **Leigh H, Kramer SI.** The psychiatric manifestations of endocrine disease. *Adv Intern Med* 1984;24:413-445.
- (3) **Checkley S.** The neuroendocrinology of depression and chronic stress. *Br Med Bull* 1996;52:597-617.
- (4) **Nemeroff CB.** The corticotropin-releasing factor(CRF) hypothesis of depression: new findings and new directions. *Mol Psychiatry* 1996;1:336-342.
- (5) **Vance ML.** Hypopituitarism. *N Engl J Med* 1994;330:1651-1662.
- (6) **Hochhausen C, Schumann U.** A 78-year-old woman suffering from diarrhea, abnormal fatigue, and depression. *Internist* 2009; 50:86-90.
- (7) **Haverkort S, Jellesma-Eggenkamp MJ, Marijnissen RM.** Psychiatric presentation of hypopituitarism in an elderly patient. *Tijdschr Psychiatr* 2007;49:119-123.
- (8) **Iwata M, Hazama GI, Shirayama Y, Ueta T, Yoshioka S, Kawahara R.** A case of Addison's disease presented with depression as a first symptom. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2004;106: 1110-1116.
- (9) **Kaushik ML, Sharma RC.** Addison's disease presenting as depression. *Indian J Med Sci* 2003;57:249-251.
- (10) **Sonino N, Fava GA.** Psychological aspects of endocrine disease. *Clini Endocrinol* 1998;49:1-7.
- (11) **Thomsen AF, Kvist TK, Andersen PK, Kessing LV.** The risk of affective disorders in patients with adrenocortical insufficiency. *Psychoneuroendocrino* 2006;31:614-622.
- (12) **Popkin MK, Mackenzie TB.** Psychiatric presentations of endocrine dysfunction, in *Psychiatric Presentations of Medical illness*. New York: Spectrum Publications;1980. p.139-156.
- (13) **Kornstein SG, Sholar EF, Gardner DF.** Endocrine disorders, in *Psychiatric Care of the Medical Patient*, 2nd Edition. New York: Oxford University Press; 2000. p.801-819.
- (14) **Levenson JL.** The American Psychiatric Publishing Textbook Of Psychosomatic Medicine. Arlington: American Psychiatric Publishing;2004. p.503-504.
- (15) **Burman P, Deijen JB.** Quality of life and cognitive function in patients with pituitary insufficiency. *Psychother Psychosom* 1998;67:154-167.
- (16) **Niedermeyer E, Lopes Da Silva F.** Electroencephalography: basic principles, clinical applications, and related fields. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2005. p.445-446.

**연구목적**

시상하부-뇌하수체-부신 축의 이상은 다양한 정신과적 증상과 연관이 있으며, 우울 증상도 나타날 수 있다. 저자들은 뇌하수체 기능저하 및 이차성 부신기능저하와 연관된 두통, 무의욕, 무기력, 정신운동 저하, 식욕 저하, 불면 및 걱정 등의 우울 증상을 주소로 정신과에 입원한 71세 남자 환자에 대해 증례 보고하고자 한다.

환자는 정신과 입원 후 두통, 불면, 불안 및 소화기 증상은 호전되었으나, 무기력감은 지속되었다. 퇴원 후 고열 및 의식 혼탁으로 감염내과에 재입원을 하였으며, 부신기능 저하소견을 동반한 범뇌하수체기능저하증이 진단되었고, 코티졸 투여로 전반적인 증상이 호전되었다.

뇌하수체 기능저하에 따른 갑상선 기능저하, 부신기능저하, 성장호르몬 저하 등은 무기력, 피곤, 불면, 체중 감소, 식욕 저하 등의 여러 가지 비특이적 증상들을 나타내고, 임상에서 이러한 비특이적 우울 증상을 가진 환자의 경우, 내분비 질환에 대한 감별이 필요하다.

**중심 단어** : 부신기능저하 · 뇌하수체기능저하 · 우울증.