

후복막강 임파종에 의한 좌골신경통

연세대학교 의과대학 마취과학교실 및 성남병원 마취과*

윤덕미 · 이윤우 · 박원선 · 김원주 · 김선희*

= Abstract =

Sciatica from Retroperitoneal Lymphoma

Duck Mi Yoon, M.D., Youn Woo Lee, M.D., Won Seon Bahk, M.D.
Won Ju Kim, M.D. and Sun Hee Kim*, M.D.

Department of Anesthesiology, Yonsei University, College of Medicine, Seoul Korea,
Sung Nam Hospital*

Back pain with sciatica is a common clinical syndrome that may be the expression of an uncommon pathological process.

We describe a case of retroperitoneal lymphoma mimicking herniated lumbar disc.

62 year old male patient with a clinical picture of sciatica as a first manifestation of retroperitoneal lymphoma. His pain was not response to conventional therapy, and progressively worsened. We reevaluated him and found huge retroperitoneal lymphoma in his pelvic cavity.

So we discuss how to identify the few who had extra attention.

It is important to rule out occult pathology in patient with an atypical presentation.

In assessing a patient with a low back pain, accurate evaluation require a logical , step by step method.

Key Words: Pain : sciatica, Pathology : retroperitoneal lymphoma

요통 및 좌골신경통의 가장 흔한 원인은 추간판 탈출증이다. 요통은 가장 흔한 증상중의 하나로서 발생빈도가 전 인구의 15~39%나 된다¹⁾. 그 원인과 발생빈도는 다양하지만 약 84%는 요부 염좌로 쉽게 회복되며 별로 문제되지 않는다. 문제가 되는 것은 나머지 16% 정도이며 그 중에서도 진단이 문제가 되는 것은 2% 정도이다²⁾. 이러한 드문 원인을 찾기 위해서는 요하지통 환자에 대한 철저한 병력 조사와 이학적 검사가 필요함은 주지의 사실이나 이를 위해서는 간단하면서도 논리적이고 단계적인 절차가 필요하다³⁾. Conelly⁴⁾는 요하지통의 드문 원인을 찾기 위해서는 SOAP(Subjective, Objective, Assessment, Plan)format에 익숙해져야 한다고 하였다.

저자들은 중등도의 요통과 하지로 방사되는 심한

통증을 호소하는 환자에서 추간판 탈출증으로 진단하였고 그에 대한 처치중, 통증의 주 원인이 후복강 내 혈관 및 신경을 압박하는 종양에 의한 것임을 발견하였기에 요하지통의 평가방법에 대한 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

62세된 남자 환자는 요통, 오른쪽 둔부, 하퇴부 후면 및 하지 S1,2 피부분절의 심한 지속통과 저린 감각을 주소로 내원 후 입원하였다 2개월 전부터 하루에 한번 1시간 정도 지속되는 상기증상으로 타 지역 통증 치료실에서 경막외 차단 및 약물치료를 시행하였으나 증상의 호전을 보이지 않았으며 내원



Fig. 1. MRI소견상 L 3-4, L4-5 추간판 탈출증 소견을 보이고 있음.

열흘 전부터는 통증이 하루종일 지속되는 양상 보여 본 통증 치료실로 전원되었다.

내원 당시 환자의 통증은 우측하지 S1,2 피부분절 부위에 조이고, 저리고, 지속적으로 아프며 Visual Analogue Score(VAS)9~10정도로 심하고 목욕을 하면 약간 완화되는 성질을 가지고 있었다.

환자는 15년전 당뇨병으로 진단 받은 후 인슐린 펌프 16단위로 혈당조절 중이었으며 4년전 급성 심근 경색증, 폐결핵 치료를 받은 바 있다. 3개월 전에는 심근 경색증의 재발로 심장내과에서 3-vessel disease 진단 및 치료를 받았다. 환자는 지난 2개월간 6 Kg의 체중이 감소하였으며 그 이유는 심한 통증으로 식사와 수면이 불가능하였다고 하였다. 통증과 S1, S2 피부분절 부위에 감각 감퇴(Hypoesthesia) 외에 운동 장애는 없었다.

내원전 타 신경외과에서 시행한 흉요척추 자기공명영상 진단(MRI)상 3-4, 4-5 요추간판 탈출증 소견을 보였으며(Fig. 1) 근전도(EMG)에서는 좌측 좌골신경의 병변을 배제할 수 없다는 소견을 보였다. 내원시 신-요관-방광(KUB) 및 요천추부 (L-S spine)

X-ray는 정상소견을 보였다.

추간판 탈출증에 대한 치료로 경막외 차단시행용 진통제 [Tramadol(Tridol), Choline magnesium trisalicylate(Trimax)]를 투여하였으나 증상의 호전 전혀 없어 다음날 입원하였다.

입원 당시 환자의 통증은 전날 외래로 내원할 때와 똑같은 양상 보였으며 하지부 각 관절에서의 운동 제한은 없었으며 근력은 우측 toe에서만 약간(Grade IV/V) 감소되었다. 슬개건 반사는 정상이었으며 족 반사는 양쪽 모두에서 약간 감소되는 소견 보였다. 그 외 이학적 검사상 이상 소견은 보이지 않았으며 배뇨장애는 없었다.

입원 2일째 지속적 경막외 차단을 시행하기 위하여 제 1과 2천추간에 카테테르 끝을 위치시키고 국소마취제 (1% Lidocaine 2 ml + 0.5% bupivacaine 2 ml)를 3시간 간격으로 투여한 결과 환자의 통증은 약간 감소(VAS 10/10 → 7/10)하였다. 요척추 컴퓨터 단층 촬영과 경막외조영술 결과 3-4, 4-5 번째 추간판이 후측면(posterolateral)으로 돌출(protrusion)되어 있는 추간판 탈출증 소견을 보였다.

경막외 카테테르로 국소마취제를 3시간 간격으로 계속 주입한 결과 환자의 통증은 다소 호전되는 듯 하였으나 입원 3일째부터 통증을 호소하는 간격이 짧아져 국소마취제 투여 간격을 2시간으로 단축하였으며 통증이 심한 경우 Demerol 50 mg 근주하였으나 환자의 통증은 완화되지 않았다.

CT의 추간판 탈출부위와 통증부위가 일치하지 않고 지속적 경막외 차단 및 진통제 투여로 통증이 완화가 되지 않았으므로 이학적 검사를 반복하였다. 양쪽 경동맥의 잡음(bruit)이 청진되었고 또한 우하지 동맥들의 박동이 좌측에 비해 약하게 촉진되어 혈관에서 기인한 병변 및 다른 질환에 대한 검토를 시행하였다. 입원 5일째 시행한 신경전도 및 근전도 검사상 당뇨병성 말초신경병증과 우측 다발성 요천골 신경병증(lumbosacral radiculopathy)소견을 보였다.

입원 10일째 2~3회 정도의 배뇨곤란을 호소하여 nelaton카테테르를 통하여 배뇨하였다. 전이성 척추암을 의심하여 실시한 전신 골 동위원소 촬영(Whole Body Bone Scan)에서 오른 쪽 신장의 수신증(hydronephrosis) 소견 보여 입원 11일째 시행한 복부 및 골반 초음파 촬영상 우측 골반강내에 장골 혈관(iliac vessel)을 압박하는 종괴가 발견되었고 이어 시

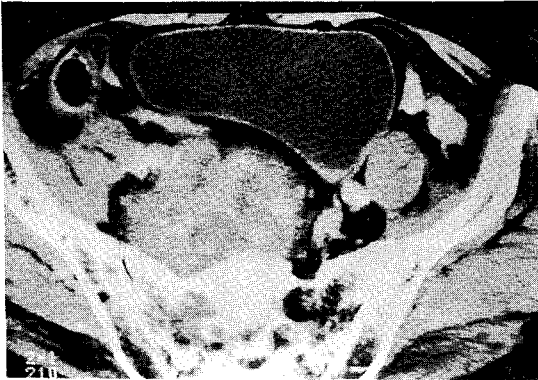


Fig. 2. 골반 CT에서 직경 8 cm 크기의 종괴가 척수 신경 및 요관을 누르고 있음.

행한 복부 및 골반 컴퓨터 단층 촬영상 척추 전방에 우측 요관을 침범하는 8 cm 크기의 이형성 종괴(Heterogenous mass)가 발견되었다(Fig. 2). 종괴의 평가 및 치료를 위하여 환자는 내과로 전원 되었다.

이후 종양의 병리학적 진단은 악성 림프종(Malignant lymphoma, B-cell, large cell type)으로 밝혀졌으며 CHOP regimen으로 화학요법을 1회 시행하였으나 급격한 전신상태의 악화로 더 이상의 치료는 불가능하였다. 종양의 폐침윤(pulmonary infiltration)과 폐렴, 결핵으로 인한 호흡부전으로 기관내 삽관 시행 후 중환자실에서 기계호흡기 치료하였으나 성인형 호흡곤란 증후군으로 사망하였다.

고 찰

좌골신경통의 가장 흔한 원인은 추간판 탈출증에 의한 것이다 그러나 본 증례를 추간판 탈출증만으로 진단, 치료하기에는 몇 가지 문제점이 있다.

첫째, 환자가 통증을 호소하는 피부분절과 척추 컴퓨터 단층 촬영 및 자기 공명영상에서 나타난 추간판 탈출증의 level이 정확하게 일치하지 않는다.

둘째, 통증의 정도가 심한데 비해 신경학적 검사상 운동 기능의 장애가 나타나지 않았으며 환자의 통증이 mechanical하지 않았다. 즉 운동에 의해 악화되거나 휴식에 의해 완화되지 않았다.

셋째, 입원 후 시행한 여러 가지 치료에 거의 반응하지 않았으며 오히려 통증이 점점 더 심해지는 소견을 보였다.

넷째, 환자는 연령상 고령이었으며 당뇨를 동반하고 있었고 양하지 동맥의 박동이 다르게 느껴지고, 2개월간 의미 있는 체중감소를 보이는 등 추간판 탈출증 이외 다른 혈관질환이나 말초 신경병증, 악성종양 등의 가능성을 배제해야 할 대상이었다.

Conelly⁴⁾는 요하지통의 드문 원인을 찾기 위해서 SOAP(Subjective, Objective, Assessment, Plan)format을 만들고 그것에 익숙해져야 한다고 강조하였다. SOAP란 요통 환자에서 주관적 평가, 객관적 평가를 한 후에 그에 대한 평가 및 계획을 하는 것이다.

Deyo²⁾는 심각한 질환을 간과하지 않기 위해서는 통증이 전신질환에 의한 것이 아닌지? 수술이 필요한 신경학적문제를 갖고 있지 않은지? 통증을 증가시키는 사회적 정신적 스트레스를 내포하고 있지 않은지에 대해 평가하여야 된다고 하였다. Conelly⁴⁾는 그 외에 골절 감염 염증 외상 신경학적 결손이 있는지에 대한 평가 및 자세한 병력을 포함시키고, 위험 인자로서 나이, 암성 질환, 심한 통증, 신경학적결손, 복부통증, 감각손실, 외상 등을 주관적 평가 대상으로 포함하였다.

요부 추간판 탈출증과 종양이나 신경병증 같은 병적 상태를 감별하는 것은 대단히 어렵다. 좌골신경통 환자의 정확한 진단과 적절한 치료를 하기 위해서는 하지에 분포하는 신경의 분포에 대한 지식이 필수적이며 감별진단에 가장 필요한 것은 정확한 병력이며 정확한 이학적 검사가 진단의 가능성을 높인다. 병력과 이학적 검사를 토대로한 분별 있는 진단적 검사도 행해져야만 한다. 추간판 탈출증은 침범하는 신경근에 따라 그 신경이 지배하는 피부 분절에 통증을 유발하면서 다양한 운동, 감각 기능의 장애와 반사의 변화를 일으킬 수 있다. 좌골신경통은 중추적 또는 말초적으로 생길 수 있다. 요천부 신경총이나 신경근의 긴 주행 도중에 어디서든지 발생할 수 있다. 또한 척수의 spinothalamic tract나 시상(thalamus)에서도 발생할 수 있다. 또한 척추 자체의 병변이나 천장관절, 고관절로부터의 방사통인 경우가 있으며 혈관성 질환도 원인이 될 수 있다⁹⁾.

암성 질환에 의한 요하지통은 1% 미만으로 드물며, 50세 이상, 과거력상 암을 앓은 적이 있는 경우, 최근 3개월간 4.5 kg 이상의 체중 감소, 체위 변동에 관계없는 비전형적인 통증, 여러 분절에서 신경근 증상을 나타내는 경우 또한 통상적인 방법의 치

료에 반응하지 않는 경우 의심할 수 있다⁴⁾.

MaCullid와 Transfeldt³⁾는 요하지통의 감별진단을 위해서는 다음과 같은 간단하면서도 논리적이고 단계적인 절차가 필요하다고 하였다.

첫째, 환자의 문제점이 물리적인 것인지 병력이나 이학적 검사상 비물리적임을 시사하는 소견이 있는지 감별하여야 한다. 둘째, 진단에 혼란을 주는 임상증상이 있는지 살펴야 한다. 셋째 통증이 기계적이라면 그 증후가 무엇인지 관찰하고 넷째, 병력조사와 이학적 검사를 통하여 병변의 해부학적 위치를 밝히고 마지막으로 여러 검사에 의한 결과가 네 번째에서의 구조적 병변과 임상증상이 일치하여야 한다.

실제로 요통 또는 하지부 통증을 호소하는 환자의 20~25%는 그 원인이 척추에 있지 않으며 이때 생각할 수 있는 경우로는 먼저 복강이나 후복강내의 종괴를 생각할 수 있으며 이 경우 통증의 양상이 non-mechanical 즉, 환자의 체위 변동 등에 관계가 없으며 본 증례가 이에 해당한다고 하겠다. 두 번째로 생각해야 할 점은 감염이나 종양 등의 척수(추)의 비퇴행성 질환들이다^{6~8)}.

Thompson⁶⁾은 골반에 생긴 골종양은 둔부 및 요배부 통증 및 신경근성 통증을 나타내어 추간판 탈출과 감별이 어렵다고 했으며 이외 하지부의 방사성 통증을 유발할 수 있는 비척주성 질환으로 말초혈관 질환이나 고관절의 질환, 신경병증 등을 염두에 두어야 하며 이의 감별을 위해서는 CBC, ESR, Serum chemistry, 골 동위원소 검사 등이 필요하다고 하겠다.

본 증례는 신경근을 압박하는 좌골신경통 및 MRI 영상소견으로 추간판 탈출증 진단 하에, 치료를 시작하였으나 임상증상 및 치료경과가 그로 인한 것 이라고만 판단하기에는 여러 가지 문제점이 있었으므로 전신 골 동위원소 검사 및 골반강내의 컴퓨터 단층 촬영을 하여 하지로 통하는 혈관 및 신경을

압박하는 후복강내 종양을 발견한 예이다.

본 증례에서 처음부터 MRI소견과 임상증상이 부합되지 않는 것과 본원에 오기 전에 추간판 탈출증에 대한 적절한 치료를 받았었음을 인정하였다면 좀더 빨리 진단이 가능했을 것으로 사료된다. 요하지통 환자를 평가하는데는 동반될 수 있는 악성 질환이나 말초혈관 질환 또는 다른 구조적 척추 질환이나 다른 전신질환 들을 감별하기 위하여 철저한 병력조사와 이학적 검사를 포함한 좀 더 다양한 진단적 접근이 필요할 것으로 사료되어 문헌고찰과 함께 보고한다.

참 고 문 헌

- 1) Bonica JJ: Considerations of pain in the low back, hips, and lower extremities. In : Bonica JJ The management of Pain 2nd ed. Philadelphia; Lea and Febiger, 1990: 1395-447.
- 2) Deyo RA: Rekindling strategies for acute low back pain. Emerg Medicine 1995; 27: 38-56.
- 3) McCulloch J, Transfeldt E: Macnab's Backache. 3rd ed. Baltimore, Williams and Wilkins 1997; 664-88.
- 4) Connelly C: Patients with low back pain How to identify the few who need extra attention. Postgraduate Medicine 100; 143-56.
- 5) Mignucci LA, Bell GR: Differential diagnosis of sciatica in cited from Herkowitz HN, Garfin SR, Balderston RA Eismont FJ, Bell GR Wiesel SW: The Spine 3rd ed, Philadelphia, Saunders 1992; 107-120.
- 6) Thompson RC, Berg TL: Primary bone tumors of the pelvis presentings as spinal disease. Orthopedics 1996; 19: 1011-6.
- 7) Humphery SM, Inman RD: Metastatic adenocarcinoma mimicking unilateral sacroilitis. J Rheumatol 1995; 22: 970-2.
- 8) Howling SJ, Kessel D: Case report; Acute radiculopathy due to a hemorrhagic lumbar synovial cyst 1997; 52: 73-4.