

신경근증과 혼동을 일으키는 대상 포진

안영준* · 황창주 · 정경일[†] · 이성우 · 김영태 · 이동호 · 이춘성

울산대학교 의과대학 서울아산병원 정형외과학교실, 국립경찰병원 정형외과*, 청주 최병원[†]

Herpes Zoster Confused with Radiculopathy

Young-Joon Ahn, M.D.*, Changju Hwang, M.D., Kyeong-Il Jeong, M.D.[†], Sung-Woo Lee, M.D.,
Yung-Tae Kim, M.D., Dong-Ho Lee, M.D., and Choon Sung Lee, M.D.

Department of Orthopaedic Surgery, Asan Medical Center, College of Medicine, University of Ulsan, Seoul,
National Police Hospital*, Seoul, Choi Hospital[†], Cheongju, Korea

Purpose: To describe the clinical features of herpes zoster that can be easily misdiagnosed as cervical or lumbar radiculopathy.

Materials and Methods: We retrospectively reviewed the medical records and diagnostic studies of 7 patients with herpes zoster-related arm or leg pain.

Results: Except one immunocompromised patient with suspected postherpetic neuralgia or sequelae of herpetic myelitis, the other 6 patients with herpes zoster complained of very severe initial pain of sudden onset. Three patients did not show skin lesions on initial examination, and 2 of 5 patients with an MRI of the cervical or lumbar spine had findings consistent with their arm or leg pain and may have been confused with radiculopathy. Conservative treatment, including antiviral agents, improved the symptoms of all patients except the immunocompromised one. Selective nerve root blocks of the corresponding dermatomes were performed in 5 patients and extremity pain decreased over 50% in 4 of them.

Conclusion: Herpes zoster can be confused with radiculopathy in patients with arm or leg pain if the typical skin lesions have not been developed. Unnecessary treatments including surgery should be avoided by early, correct diagnosis through prudent history taking and physical examination.

Key Words: Arm or leg pain, Radiculopathy, Herpes zoster, Postherpetic neuralgia, Myelitis

서 론

상지 혹은 하지의 방사통은 매우 흔한 임상 증상으로서 가장 많은 원인은 추간판 탈출증, 척추 협착증과 같은 척추의 병변이다. 그러나 대상 포진에 의한 통증도 척추로부터 기인하는 방사통과 유사한 양상을 나타내기 때문에 신경근증과 혼동을 일으킬 수 있다^{3,14}. 이를 간과할 경우 항바이러스제의 투여 시기를 놓쳐 증상 기간이 길어지고 합병증이 발생할 수 있을 뿐 아니라 오진으로 인하여 부적절한 수술적 치료를 시행하게 될 가능성이 높아지게 되므로, 척추 질환을 치료하는 의사들은 대상 포진의 임상

양상을 숙지하고 있어야 한다. 더구나 대상 포진의 위험 인자인 노령의 환자 및 면역기능저하(immunocompromised) 환자가 증가하는 추세이기 때문에 이의 감별이 더욱 요구된다^{7,11,12}.

따라서 저자들은 대상 포진과 관련된 상지 또는 하지의 통증을 주소로 내원한 환자들의 임상 양상을 문헌 고찰과 함께 기술하고자 한다.

대상 및 방법

2003년 2월부터 2006년 10월까지 대상 포진과 관련

통신저자 : 이 춘 성

서울시 송파구 풍납동 388-1
울산대학교 의과대학 서울아산병원 정형외과
TEL: 02-3010-3530 · FAX: 02-488-7877
E-mail: cslee@amc.seoul.kr

Address reprint requests to

Choon Sung Lee, M.D.
Department of Orthopaedic Surgery, Asan Medical Center, College of Medicine,
University of Ulsan, 388-1, Poongnap-dong, Songpa-gu, Seoul 138-736, Korea
Tel: +82,2-3010-3530, Fax: +82,2-488-7877
E-mail: cslee@amc.seoul.kr

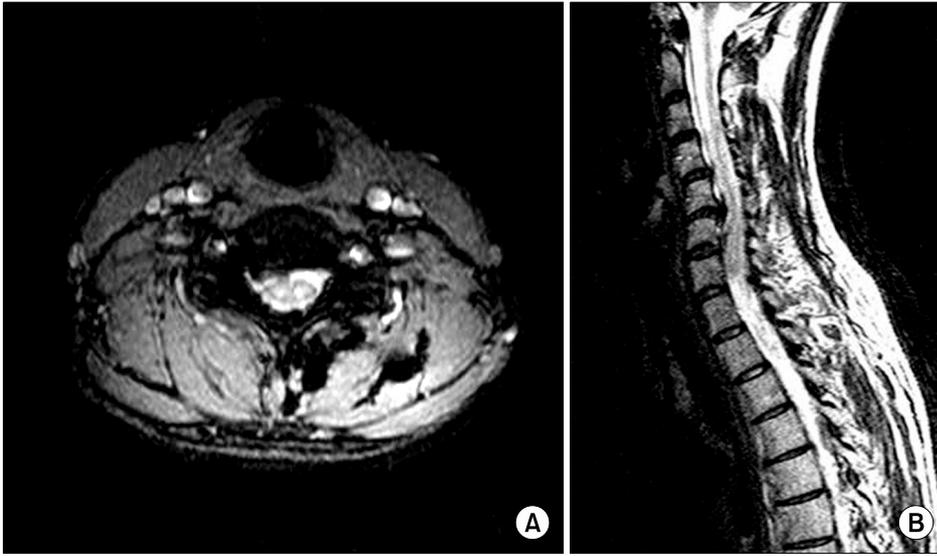


Fig. 1. T2 axial (A) and sagittal (B) MRI images showing compression of right 6th cervical nerve by a hard disc (Case 1).

된 상지 또는 하지의 통증을 주소로 내원하였던 7명의 환자를 대상으로 의무 기록 및 각종 검사 결과를 후향적으로 검토하였다.

증례 1

38세 여자 환자가 내원 4일 전부터 발생한 우측 상지의 통증과 이상감각을 주소로 응급실에 내원하였다. 환자는 ‘너무 저리고 아파서 어떻게 할 수 없을 정도’라고 표현하였고 외상, 경추 및 견관절과 관계된 질환, 당뇨 및 고혈압 등의 과거력은 없었으며 과거 수두(chicken-pox)의 감염 여부는 확실하지 않았다. 피부의 변화나 종괴는 없었고 근력은 정상이었으나 무지의 통각과민(hyperalgesia)을 보였다. 경추의 단순 방사선 사진에서는 제5-6 경추간 추간판 간격의 감소가 관찰되었다. 환자의 통증이 매우 심하여 일단 추간판 탈출에 의한 제6 경추 신경근증 의심 하에 선택적 신경근 차단술(selective nerve root block, SNRB)을 시행하였는데, 시술 직후 통증이 60%가량 감소하였다. 하지만 근전도/신경전도 검사 결과는 정상이었으며, 자기 공명 영상상 제5-6 경추간 추간판 탈출 및 구추 관절(uncovertebral joint)의 골극에 의한 우측 제6 경추 신경근 압박 소견이 관찰되었다(Fig. 1). 보존적 치료를 지속하면서 관찰하던 중 통증 발생 5일째에 우측 제5, 6 경추 신경근 피부분절 부위를 따라 소양증을 동반한 홍반(erythema)과 군집성 소수포(grouped vesicles)가 나타나기 시작하였으



Fig. 2. Grouped erythematous vesicles in C5 and C6 dermatomes of right arm. The patient complained of pruritus in this area (Case 1).

며(Fig. 2), 대상 포진 진단 하에 acyclovir를 투약하였고 발병 9일째에 통증이 거의 소실되어 퇴원하였다.

증례 2

내원 1개월 전 제4 요추-제1 천추간 척추 협착증 진단 하에 후방 감압술, 후방 추체간 유합술 및 기기 고정술을 시행하고 특별한 문제 없이 지내던 59세 여자 환자가 술 후 6주째에 내원 3일 전부터 갑자기 발생한 좌측 하지의 ‘뻘치고 당기는’ 통증을 주소로 다시 내원하였다. 환자는 통증이 너무 심하여 움직일 수가 없을 정도라고 표현하였으며, 신경학적 검사 상 근력 약하나 비정상적인 건 반사



Fig. 3. Clusters of erythematous papules in L5 and S1 dermatomes of left leg (Case 2).

는 보이지 않았다. 진통 소염제를 주사 및 경구로 투약하여도 전혀 반응이 없이 통증이 지속되어 좌측 제5 요추 신경근에 대한 차단술을 시행하였지만 호전되지 않았다. 통증 발생 6일째부터 환자의 좌측 제5 요추 신경근 피부 분절을 따라 홍반성 구진(erythematous papules)이 나타나기 시작하였으며(Fig. 3) 환자의 주관적 통증 양상도 ‘찌르는 듯한’ 통증으로 변화하였다. 대상 포진 진단 하에 acyclovir를 투약하였으며 10일째 통증이 대부분 호전되어 퇴원하였다.

증례 3

73세의 여자 환자가 1주일 전에 갑자기 발생한 우측 하지의 지속적인 통증을 주소로 내원하였다. 다리 전체가 ‘저리고 쥐가 나는 것 같다’고 표현하였으며 발병 당시 보다는 다소 호전된 상태였다. 요추 자기 공명 영상에서 제4-5 요추간 퇴행성 척추 전방 전위증 과 함께 중심성 및 우측 신경공 협착이 관찰되어 우측 제5 요추 신경근에 대하여 선택적 차단술을 시행하였더니 70% 가량 통증이 감소하였다. 하지만 2일 후 제5 요추, 제1 천추 신경의 피부분절에 군집성 소수포가 발생하여 famciclovir를 투약하였으며, 발병일로부터 10일만에 통증은 완전히 소실되었다.

증례 4

9년 전 좌측 제2 흉추 신경 피부분절에 대상 포진의 병력이 있었던 53세 여자 환자로써 내원 4주 전 발생한 좌측 상지의 통증을 호소하였다. 내원 7일 전 통증과 동일 부위에 생긴 피부 병변으로 타 병원에서 대상 포진 진단 하에 투약을 받은 후 2일만에 피부 병변은 소실되고 통증은 많이 호전되었다고 하였다. 환자는 증상에 대해 최초 발병 당시 상지가 ‘떨어져 나갈 듯이’ 아팠지만 현재는 ‘전기가 통하는 듯이 찌릿하고 무엇인가 기어 다니는 느낌이 든다’고 설명하였으며, 제1, 2 수지에 감각 저하가 동반되었다. 경추 자기 공명 영상에서 제5-6 경추간 좌측 구추 관절 비후에 의한 신경공 협착이 관찰되어 남아 있는 통증 조절을 위해 제6 경추 신경근의 선택적 차단술을 시행하였고, 통증은 50% 가량 감소하였으나 완전히 소실되기까지는 증상 발생시부터 약 3개월이 소요되었다.

증례 5

62세 여자 환자가 내원 20일 전 시작된 우측 하지의 매우 심한 ‘쑤시고 저린’ 통증과 4일 전 발생한 붉은 피부 병변을 주소로 내원하였다. 제4, 5 요추 신경 피부분절에 홍반성 구진 및 반점으로 둘러싸인 군집성 소수포가 분포하고 있어 대상 포진으로 진단하고 acyclovir를 투여하였으며 발병일로부터 4주 만에 통증은 소실되었다.

증례 6

56세 여자 환자로써 내원 11일 전 등산 후 갑자기 발생한 좌측 하지의 지속적인 동통을 호소하였다. 발병 당시 ‘다리 뒤쪽이 찌르는 것 같고 쑤셔서 잠을 잘 수가 없었’으며, 7일 후 둔부에 붉은 반점이 생기기 시작하여 대퇴부와 하퇴부로 점차 번졌다고 하였다. 신체 검진상 홍반성 구진과 군집성 소수포가 관찰되었으며, 신경학적 이상 소견은 없었다. 하지 직거상 검사가 양성이었으나 요추 자기 공명 영상상 제4-5 요추간 추간판 팽윤과 섬유륜의 파열이 있었으나 신경을 압박하는 병변은 보이지 않았다. Famciclovir 투여를 시작한 후 3일만에 피부 병변은 가피(crust)를 형성하며 치유되기 시작하였고, 통증 조절을 위하여 좌측 제5 요추 신경근에 대해 선택적 차단술을 시행한 결과 60% 가량 호전되었다.

증례 7

50세의 남자 환자가 간헐적으로 양측 하지가 ‘시리고 저릿하며 화끈거린다’는 것을 주소로 내원하였다. 2년 5개월 전 만성 골수성 백혈병으로 진단되어 항암 화학 요법, 동종 골수 이식 등을 받았으며, 1년 6개월 전에는 안면 대상 포진 및 뇌막염으로 입원 치료한 병력이 있었다. 당시 양측 하지의 통증과 위약감이 발생하였지만 해당 부위의 피부 발진은 없었고, 배뇨 장애가 있어 신경인성 방광으로 진단 받았으나 이후 회복되었다. 지속되는 하지의 증상으로 항경련제, 비스테로이드성 소염제 등을 투여하고 수차례 경막외 스테로이드 주입을 시행하였으나 효과가 없었으며, 6개월 전부터는 20 내지 30 미터 가량 걸으면 발이 땅에 끌리고 휘청거리는 등 보행 장애도 나타났다. 신체 검사상 좌측 하지에 경도의 근력 약화가 있었으나 뚜렷하지 않았으며, 양 하지 전체에 이상감각(paresthesia)을 호소하였다. 양측 족부의 위치, 진동 감각이 저하되어 있었다. 심부 건반사는 정상이었고 병적 반사도 나타나지 않았으며, 하지 근전도/신경 전도 검사도 정상이었다. 요추 단순 방사선 사진 및 자기 공명 영상상 제6 요추의 반척추(hemivertebra)에 의한 선천성 측만증이 있었으나 신경을 압박하는 병변은 없었으며 지주막염(arachnoiditis)을 시사하는 소견이 관찰되었다.

결 과

여자가 6명, 남자가 1명이었으며, 평균 나이는 57.0세(38-73세)였다. 1명의 남자(증례 7)는 면역기능저하 환자로서 포진후 신경통(postherpetic neuralgia, PHN) 또는 대상 포진 척수염(herpetic myelitis)의 후유증이 의심되었다. 나머지 6예에서, 모든 환자가 갑자기 발생한 심한 초기 통증을 호소하였으며, 전구 증상 발생 후 평균 11일(5-21일)만에 전형적인 피부 병변이 발생하였다. 통증이 소실되기까지 평균 4주(9일-3개월)가 소요되었고, 증례 3(노령)과 증례 7을 제외하고는 대상 포진 바이러스(varicella-zoster virus, VZV)의 재활성화와 관련된 요인은 없었다. 증례 1, 2, 3의 경우 초진 당시 피부 병변이 나타나지 않은 상태에서 진단에 혼동을 일으킬 가능성이 있었다. 전형적인 신경근증과 감별이 쉽지는 않았지만 통증 양상에 다소 차이가 있었으며, 7명 중 5명이 자세와 관련 없는 지속적인 통증을 호소하였다(Table 1). 기타 전신 증상은 동반되지 않았고, 1명의 환자만이 경도의 요통을 호소하였다. 뚜렷한 운동 마비를 보인 환자는 없었으며, 1예(증례 4)에서 감각 저하가 발생하였다. 모든 환자에서 수두의 병력은 불분명하였고, 당뇨를 비롯한 동반 질환은 없었다. 요추 또는 경추의 자기 공명 영상을 시행한 5예 중 3예(증례 1, 3, 4)에서 환자가 호소하는 통증 부위의 피부분절에 합당한 신경을 압박하는 병변이 있었으며, 근전도/신경 전도 검사를 시행

Table 1. Summary of Clinical Features

No.	Sex	Age	Pain nature	A/B	Dermatome	SLR	MH	MRI findings	EMG/NCV	ESI and pain relief
1	F	38	Tingling	5 days/9 days	C5/C6, right	Positive	None	Left C5 root compression	Normal	Right C5 SNRB, 60%
2	F	59	Radiating → Sharp	6 days/10 days	L5, left	Negative	None	Not done	Not done	Left L5 SNRB, ineffective
3	F	73	Tingling, cramping	10 days/2 weeks	L5/S1, right	Negative	None	DSL and SS in L4-5	Not done	Right L5 SNRB, 70%
4	F	53	Stabbing → Tingling	3 weeks/3 months	C5/C6, left	Negative	None	Foraminal stenosis in left C5-6	Not done	Left C6 SNRB, 50%
5	F	62	Stabbing, tingling	16 days/4 weeks	L4/L5, right	Negative	None	Not done	Not done	Not done
6	F	56	Sharp, stabbing → Tingling, cold	7 days/15 days	L5/S1, left	Positive	None	Bulging disc in L4-5	Not done	Left L5 SNRB, 60%
7	M	50	Tingling, cold, burning	Unknown/18 months	L5/S1, both	Negative	CML	L6 hemivertebra	Normal	Caudal block, ineffective

F, Female; M, Male; A, Time period from the onset of prodromal pain to the appearance of skin rash; B, Total duration of pain; SLR, Limitation of straight leg raising or Spurling sign; MH, Medical history; DSL, Degenerative spondylolisthesis; SS, Spinal stenosis; ESI, Epidural steroid injection.

한 2예는 모두 정상 소견을 보였다. 면역기능저하 환자를 제외한 전례에서 항바이러스제를 포함한 보존적인 치료로 증상이 호전되었고, 5예에서 증상이 나타난 피부분절의 신경근에 대하여 선택적 차단술을 시행하였는데, 4예에서 50% 이상의 통증 완화 효과가 있었다. 선택적 신경근 차단술은 5예 중 3예에서는 피부 발진이 발생하지 않은 상태에서 심한 통증을 조절하기 위하여, 2예에서는 대상 포진으로 진단된 후 잔여 통증을 감소시킬 목적으로 시행되었는데, 진단 전에 시행한 3예 중 1예(증례 2)에서는 전혀 효과가 없었다.

고 찰

상지나 하지의 신경근성 동통(radicular pain)을 주소로 내원한 환자에서 대상 포진이 반드시 감별 진단으로 고려되어야 한다^{3,14}. 대상 포진의 통증 역시 이환된 특정한 후근 신경절의 피부분절을 따라 분포하며 대부분 일측성으로 발생하기 때문이다³. 초진 시 이미 피부 병변이 발생한 상태라면 문제가 없지만, 그렇지 않은 경우 진단에 혼동을 가져올 수 있다(증례 1, 2, 3). 발진이 발생하였다고 하더라도, 옷을 모두 입고 있는 상태에서는 의사가 문진하지 않으면 환자가 자발적으로 피부 병변 여부를 말하지 않거나, 환자 자신이 직접 볼 수 없는 몸통이나 대퇴 또는 하퇴의 후면에 발생한 발진은 환자가 모르고 있을 수도 있으며, 초진과 재진 사이에 혹은 초진 전에 피부 발진이 발생하였다가 사라진 경우 환자가 통증과 관련이 없을 것이라고 생각하여 말하지 않을 수도 있다(증례 4)¹⁴. 또한, 통증만 있고 피부 병변이 발생하지 않는 ‘zoster sine herpate’도 보고되어 있다^{3,6}. 상지 또는 하지의 통증을 호소하는 환자에서 대상 포진이 병발되어 있을 가능성은 매우 낮기 때문에 피부 병변이 없는 상태에서 예방적으로 항바이러스제를 투여할 필요는 없지만¹⁰, 비정상적으로 심한 지속적인 통증을 호소하는 환자나 전형적인 신경근증의 통증 양상을 보이지 않는 경우 대상 포진을 감별 진단으로 고려하여 면밀한 신체 검사를 시행함으로써 오진을 피하는 것이 중요하다고 하겠다. 대부분의 경우 전구 증상이 발생한 지 수 일 내에 피부 발진이 나타난다고 알려져 있으나 수 주 이상 걸리는 경우도 있을 수 있다^{13,14}. 저자들의 증례에서도 발진이 나타나기까지의 기간이 평균 11일로서 비교적 길었는데, 증례 수가 작기 때문에 큰 의미는 없는 것으로 생각된다. 그러나

3주의 잠복기를 보였던 증례 4는 다소 비전형적인 경우이고, 통증이 심하지 않고 피부 병변이 수 일 내에 뒤따를 경우에는 척추외과보다는 피부과 외래를 방문할 가능성이 크기 때문일 수도 있겠다.

Burkman 등³은 대상 포진과 신경근증의 감별점으로 피부 발진 이외에 다양한 감각 이상을 동반하는 점, 외상력이 없는 점, 척추 운동 범위 제한이나 척추주위 근육 경직이 없는 점 등을 제시하였다. 그 밖에 대상 포진의 통증이 더 심하고, 근력 약화는 신경근증에서 더 흔하다. 저자들의 증례를 보면, 한 환자만이 이전부터 있던 경미한 요통을 호소하였을 뿐 모든 환자들이 상지나 하지의 심한 통증만을 집중적으로 호소하였다. 신체 검사 상에서도 하지 직거상 검사나 Spurling 검사, 객관적인 근력 약화나 감각의 저하를 보인 환자는 각 1예에 지나지 않았다. 또한 대부분의 환자가 자세와 관계 없이 심하고 지속적인 통증을 호소하여, 척추 협착증에서 볼 수 있는 신경인성 파행과는 거리가 멀었다. 대상 포진의 특징적인 동통 증후군은 세 가지 형태로 나눌 수 있다⁴. 첫 번째가 피부 병변이 발생하기 이전의 전구성 동통(prodromal pain)으로서 날카롭고 쑤시는 듯한(sharp and stabbing) 통증이 이상감각 및 소양증을 동반한다. 이 때 발열, 오한, 두통, 피로감, 국소 림프절 종창 등의 증상이 함께 나타날 수도 있다. 두 번째로 피부 발진이 발생한 이후에는 참을 수 없는 타는 듯한/쏘는 듯한(burning/shooting) 통증을 대개 호소하고, 세 번째는 병변이 소실된 이후 일정 기간이 경과하였는데도 불구하고 신경병성 통증이 지속되는 경우인데, 이를 포진후 신경통(PHN)이라고 한다. Hwang 등⁹에 의하면, 대상 포진에는 지속적인 심부 동통(constant deep-aching pain), 간헐적인 찌르는 듯한 통증(intermittent lancinating pain), 무해자극통증(allodynia) 등 3가지 형태의 통증 양상이 있으며, 대부분의 환자가 이를 모두 느끼게 된다고 하였다. 본 연구에서는 통증의 양상을 환자들이 표현하는 그대로 기술하였는데, 추간판 탈출증이나 척추 협착증과 같은 신경근증 환자들이 주로 표현하는 ‘뻘치는’, ‘아래로 당기는’ 통증(방사통)보다는 ‘저리는’, ‘화끈거리는’, ‘쑤시는’, ‘찌르는 듯한’ 통증 양상이 주를 이루었다. 특히 초기의 심한 통증이 다소 호전되고 피부 병변이 생긴 후에는 ‘저리고 시린 느낌’이 남아 있는 경우가 많았다. 또한 면역기능저하 환자를 제외한 모두가 매우 심한 초기 통증

을 호소하였는데, 대상 포진에 관한 기존의 연구들이 대부분 통증의 강도가 매우 다양한 것으로 보고하고 있는 것과는 차이가 있었다^{9,13)}.

진단은 대부분 특징적인 임상 양상을 통해서 이루어지며, 비전형적인 경우 피부 병변으로부터 중합효소 연쇄 반응(polymerase chain reaction), 면역조직화학적 분석, 배양 검사 등으로 바이러스를 검출하기도 한다^{6,13)}. 전기생리학적 검사는 감별 진단에 큰 도움이 되지 않는 것으로 알려져 있으며^{3,8)}, 본 연구에서도 근전도/신경전도 검사를 실시한 2예 모두 정상 소견을 보였다. 신경근성 통증의 원인을 찾기 위해 자기 공명 영상이나 전산화 단층 촬영 등의 정밀 검사를 시행하게 되는데, 대상 포진의 피부 병변이 존재한다고 하더라도 검사상 해당 피부분절에 합당한 신경 압박 소견이 발견된다면 진단이 모호해질 수 있다³⁾. 이런 경우에도 우선 대상 포진에 대한 치료를 하고 추시 관찰하여 척추 질환에 의한 신경근증의 병발 여부를 확인한 후 그에 대한 해결책을 강구하면 될 것이다. 증례 3이 그러한 예로서, 대상 포진 완치 후 2년 9개월만에 유사한 증상이 재발하여 요추 자기 공명 영상을 재촬영한 결과 기존의 병변이 악화된 것으로 판명되어 수술적 치료를 고려 중이다. 만약 초진 시부터 대상 포진이 명백한 경우에는 일단 항바이러스제를 투여하고, 통증 호전 여부를 관찰하여 효과가 없는 경우에만 추가 검사를 시행하는 것이 타당하겠다.

대상 포진 치료의 핵심은 신속한 항바이러스제의 투여이다. 항바이러스제는 발진 발생 후 72시간 내에 투여하면 발진의 기간과 통증의 정도를 감소시킬 뿐 아니라 포진 후 신경통이나 척수염을 예방하는 효과도 있는 것으로 보고되고 있기 때문에^{4-6,9,12,13)}, 조기 진단의 중요성이 강조된다. 그 밖에 통증 조절을 위해 부신피질호르몬, 비스테로이드성 소염제, 삼환계 항우울제, gabapentin이나 pregabalin 등의 항간질제 등이 사용될 수 있다^{4,6,12,13)}. 교감 신경 및 경막의 신경 차단술은 급성기의 대상 포진에서 통증을 조절하는 데 효과가 있는 것으로 인정되고 있지만, 포진 후 신경통을 예방할 수 있는지에 대해서는 아직 논란이 있다^{4,6,9,12)}. Hwang 등⁹⁾은 항바이러스제만을 투여한 군과 항바이러스제 투여 및 지속적인 경막의 국소 마취제 주입을 함께 시행한 군과의 전향적 비교 연구에서, 경막의 차단술이 급성 대상 포진의 통증을 효과적으로 조절할 뿐 아니라 지연성 잔여 통증 기간의 단축,

신경의 허혈 손상 감소, 피부의 신경원성 염증반응의 감소 등의 기전을 통하여 포진 후 신경통을 예방할 수 있다고 주장하였다. 저자들의 경우 통증이나 피부 병변이 발생한 피부분절에 해당하는 신경근에 대해 선택적 차단술을 시행함으로써 비교적 좋은 결과를 얻었으며, 포진 후 신경통의 예방 효과에 대해서는 더 많은 연구가 필요하겠지만, 급성기의 심한 통증을 조절하는 데 있어서 선택적 신경근 차단술이 큰 역할을 할 수 있을 것으로 생각한다.

척추 질환을 다루는 의사들이 대상 포진의 합병증으로 주목해야 할 것은 포진 후 신경통과 척수염이다. 포진 후 신경통은 매우 치료하기 어려운 합병증으로서, 세포 매개 면역 기능이 감소한 상황, 특히 노령의 환자에서 초기 통증이 심할수록 발생율이 높아진다¹¹⁻¹³⁾. 이는 대상 포진 발병 후 일정 기간이 지났는데도 불구하고 통증이 지속되는 상태를 의미하는데, 피부 병변의 소실과 포진 후 신경통의 시작 사이의 시간 간격에 대해 논란이 많기는 하지만 최근에는 발진이 나타난 시점으로부터 120일 이상 통증이 지속되는 경우를 포진 후 신경통으로 인정하고 있다^{4,6,12,13)}. 발생 기전은 아직 명확히 밝혀지지 않았으나, 염증 반응에 의한 말초 신경의 파괴 및 후근 신경절과 회백질 후각에서의 중심성 감각(central sensitization)이 포진 후 신경통의 발생에 기여할 것으로 생각되고 있으며, 경막의 차단술은 후자를 차단하는 효과가 있다^{4,9,12)}. 대상 포진 척수염은 면역기능저하 환자에서 발생하는 드문 합병증으로 후근 신경절의 바이러스가 중심성 축삭을 통해 척수에 침범함으로써 발생한다. 가장 많은 초기 증상은 배뇨 기능 장애이며, 근력 약화, 감각 이상, 통증 등이 동반될 수 있다^{5,6)}. 증례 7의 경우, 비록 최초 대상 포진 발생시 하지에 피부 병변이 나타나지는 않았지만, 이상의 두 가지 합병증을 감별 진단으로 고려할 수 있을 것이다. 이처럼 면역기능저하 환자가 비전형적인 하지 방사통 및 보행 장애를 호소하고 척추 영상 검사상 증상에 부합하는 병변이 관찰되지 않을 경우, 대상 포진의 과거력이 있다면 이러한 합병증을 감별 진단의 하나로 고려하여야 한다. 대상 포진의 합병증은 초기 발병 당시 초기에 항바이러스제를 사용함으로써 예방하는 것 이외에는 뚜렷하게 효과적인 치료 방법이 없기 때문에 통증 전문의, 신경과 전문의, 피부과 전문의 등과의 긴밀한 협조 하에 치료 방침을 결정하는 것이 바람직하다.

VZV에 대한 면역성은 거의 영구적이기 때문에 면역적

격(immunocompetent) 환자에서 대상 포진의 재발은 매우 드물다²⁾. 만약 반복적으로 피부 병변이 나타난다면, 단순 포진 감염(herpes simplex infection)을 우선적으로 고려해야 하며, 이를 위해 바이러스의 동정이 필요할 수도 있다⁶⁾. 증례 4의 경우 내원 당시 피부 병변은 이미 소실된 상태였고 바이러스에 대한 검사실 검사도 시행하지 않았기 때문에 재발 여부는 분명하지 않다.

대상 포진은 흔한 질환이지만 척추 질환을 다루는 의사들은 드물게 접하기 때문에 간과되기 쉬우며, 상지나 하지의 통증을 호소할 경우 신경근증으로 오인될 가능성이 높다. 특히 증례 1과 3처럼 자기 공명 영상 등의 검사 소견과 환자의 증상이 합당한 동시에 초진 당시 전형적인 피부 병변이 나타나지 않으면 진단에 혼동을 초래하여 불필요한 수술적 치료를 하게 될 수도 있다. 증례 4에서는 증상에 부합하는 신경공 협착이 자기 공명 영상상 발견되었지만, 병력 청취에 의해 대상 포진의 이환력을 확인할 수 있었다. 증례 2 또한 매우 인상적인 경우로서 감압술 후 6주 만에 갑자기 심한 하지 증상이 재발하여, 잔존하였던 추간관 조각에 의한 신경근의 자극, 유합 상부 후관절의 손상에 의한 추간공 협착, 불충분한 감압, 지주막염 등 여러 가지 원인을 생각하고 자기 공명 영상 재시행 후 수술적 치료까지 고려하였으나 전형적인 대상 포진 병변이 발생하여 항바이러스제 투여 후 극적으로 증상이 호전되었다. 흔하지는 않으나 이처럼 척추 외과 영역에서도 대상 포진을 접하게 되며 신경근증과 혼동을 일으킬 수 있기 때문에 임상 양상과 치료 방침을 숙지하고 있는 것이 바람직할 것이다.

결 론

대상 포진에 의한 상지 또는 하지의 통증을 호소하는 환자에서 전형적인 피부 병변이 나타나지 않을 경우 신경근증과 혼동을 일으킬 가능성이 높다. 요통 없이 자세 및 보행과 무관한 심하고 지속적인 상지 또는 하지의 통증을 집중적으로 호소하거나, 그 양상이 전형적이지 않다면 -‘저리는’, ‘화끈거리는’, ‘쑤시는’, ‘찌르는 듯한’ 통증- 대상 포진을 감별 진단으로 고려하여야 한다. 철저한 병력 청취와 신체 검사를 통해 이를 조기에 진단하고 항바이러스제를 투여함으로써 증상 기간을 줄이고 각종 합병증을 예방할 수 있으며, 오진에 의해 수술 등 불필요한 치료가 시행되는 것을 방지할 수 있다. 급성기의 심한 통

증을 조절하는 데 있어서 선택적 신경근 차단술이 도움이 될 수 있다.

참고문헌

1. **Akiyama N:** Herpes zoster infection complicated by motor paralysis. *J Dermatol*, 27: 252-257, 2000.
2. **Bansal R:** Recurrent herpes zoster. *Int J Dermatol*, 40: 542-543, 2001.
3. **Burkman KA, Gaines RW Jr, Kashani SR, Smith RD:** Herpes zoster: a consideration in the differential diagnosis of radiculopathy. *Arch Phys Med Rehabil*, 69: 132-134, 1988.
4. **Christo PJ, Hobelmann G, Maine DN:** Post-herpetic neuralgia in older adults: evidence-based approaches to clinical management. *Drugs Aging*, 24: 1-19, 2007.
5. **Devinsky O, Cho ES, Petite CK, Price RW:** Herpes zoster myelitis. *Brain*, 114: 1181-1196, 1991.
6. **Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, et al:** Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis*, 44(Suppl 1): S1-S26, 2007.
7. **Dworkin RH, Portenoy RK:** Pain and its persistence in herpes zoster. *Pain*, 67: 241-251, 1996.
8. **Gardner-Thorpe C, Foster JB, Barwick DD:** Unusual manifestations of herpes zoster. A clinical and electrophysiological study. *J Neurol Sci*, 28: 427-447, 1976.
9. **Hwang SM, Kang YC, Lee YB, Yoon KB, Ahn SK, Choi EH:** The effects of epidural blockade on the acute pain in herpes zoster. *Arch Dermatol*, 135: 1359-1364, 1999.
10. **Jensen PK, Andersen EB, Boesen F, Dissing I, Vestergaard BF:** The incidence of herniated disc and varicella zoster virus infection in lumboradicular syndrome. *Acta Neurol Scand*, 80: 142-144, 1989.
11. **Kwon SB, Kim DW, Chung SL, Lee SJ:** A clinical observation on acute pain and postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster. *Korean J Dermatol*, 38: 314-321, 2000.
12. **Niv D, Maltzman-Tseikhin A:** Postherpetic neuralgia: the never-ending challenge. *Pain Pract*, 5: 327-340, 2005.
13. **Roxas M:** Herpes zoster and postherpetic neuralgia: diagnosis and therapeutic considerations. *Altern Med Rev*, 11: 102-113, 2006.

14. Shapiro M: Herpes zoster related lumbar radiculopathy.

Orthopedics, 19: 976-977, 1996.

= 국문초록 =

목적: 경추부 및 요추부 신경근증과 혼동을 일으킬 수 있는 대상 포진의 임상 양상에 대하여 기술하고자 한다.
대상 및 방법: 대상 포진과 관련된 상지 또는 하지의 통증을 주소로 내원하였던 7명의 환자를 대상으로 의무 기록 및 검사 결과를 후향적으로 검토하였다.

결과: 면역기능저하 환자로서 포진후 신경통 또는 대상 포진 척수염의 후유증이 의심되었던 1예를 제외한 모든 환자가 갑자기 발생한 심한 초기 통증을 호소하였으며, 전구 증상 발생 후 평균 11일만에 전형적인 피부 병변이 나타났다. 3예에서 초진 당시 피부 병변이 나타나지 않은 상태였고, 요추 또는 경추의 자기 공명 영상을 시행한 5예 중 3예에서 환자의 증상에 합당한 소견을 보여 진단에 혼동을 초래할 가능성이 있었다. 대부분 항바이러스제를 포함한 보존적인 치료로 증상이 호전되었으며, 선택적 신경근 차단술을 시행한 5예 중 4예에서 50% 이상의 통증 완화 효과가 있었다.

결론: 대상 포진에 의한 상지 또는 하지의 통증을 호소하는 환자에서 전형적인 피부 병변이 나타나지 않을 경우 신경근증과 혼동을 일으킬 가능성이 높다. 철저한 병력 청취와 신체 검사를 통해 이를 조기에 진단하고 항바이러스제를 투여함으로써 증상 기간을 줄이고 각종 합병증을 예방할 수 있으며, 오진에 의해 수술 등 불필요한 치료가 시행되는 것을 방지할 수 있다.

색인 단어: 상지 또는 하지 통증, 신경근증, 대상 포진, 포진후 신경통, 척수염