

알코올금단증후군의 단독 증상으로 발생한 무도증 형태의 이상운동증

윤 석 도태훈 박정호

순천향대학교 부천병원 신경과

Choreiform Dyskinesia as a Sole Manifestation of Alcohol Withdrawal Syndrome

Seok Yoon, MD, Tae-Hoon Do, MD, Jeong-Ho Park, MD

Department of Neurology, Soonchunhyang University Bucheon Hospital, Bucheon, Korea

J Korean Neurol Assoc 39(3):230-231, 2021

Key Words: Alcohol, Withdrawal, Dyskinesia

알코올금단증후군(alcohol withdrawal syndrome)은 장기간의 지속적 음주 중단 후 1-3일 사이에 발생하는 증상군으로 다양한 신경계증상 및 정신증상을 포함한다. 알코올금단증후군에서 가장 흔히 발생하는 단일 증상은 떨림이지만 드물게 다양한 형태의 이상운동증이 나타나기도 한다.¹⁻⁶ 저자들은 알코올금단증후군의 단독 증상으로 입-얼굴을 포함한 양측 상지의 무도증 형태의 이상운동증(choreiform dyskinesia)이 발생한 환자를 경험하여 이를 문헌 고찰과 함께 보고한다.

증 례

59세 남자가 내원 1일 전부터 시작된 전신 위약감 및 얼굴, 목, 양팔의 지속적인 불수의운동을 주소로 응급실에 내원하였다. 과거력 상 고혈압, 당뇨병 등의 내과질환은 없었으며 정신활성 약물, 진통제 등을 포함하여 최근 3개월 이내 약물 복용력, 이상운동증의 가족력은 없었다. 환자는 최근 5년간 주 5회 이상, 회당 소주 2병 이상의 음주력이 있었고 최근까지도 거의 매일 음주를 하였으나 내원 3일 전부터

음주를 중단한 상태였다. 활력징후는 혈압 120/70 mmHg, 맥박 83회/분, 호흡수 20회/분, 체온 37.6°C였고, 진찰시 발한, 동공확장 등 자율신경 항진 증상이나 거미모반, 간비대, 복부팽만은 없었다. 호흡기증상은 명확하지 않았으나 흉부 X선검사와 흉부 컴퓨터단층촬영에서 폐렴의 의심되어 경험항생제 치료(piperacillin/tazobactam iv)가 시작되었다. 신경계진찰에서 의식은 명료하였으며 동공반사 및 동공의 크기는 정상이었다. 환자의 머리와 입-안면 이상운동증으로 의사소통에 다소 제약이 있었으나 전반적으로 집중력과 지남력도 정상이었다. 이상운동증은 머리를 흔들며 입과 혀를 불규칙적으로 움직이는 양상이었고 이와 동시에 양측 상지를 침범하는 비율동성의 진폭이 다소 크고 빠른 무도증 형태의 이상운동증이 관찰되었다(Supplementary Video). 말초혈액검사(백혈구 9.79×10³/μL, 헤모글로빈 16.9 g/dL, 혈소판 188×10³/μL)와 일반화학검사(total protein 7.1 g/dL, albumin 3.6 g/dL, glucose 109 mg/dL, blood urea nitrogen 23.3 mg/dL, Cr 1.1 mg/dL, Na 136 mmol/L, K 5.3 mmol/L, Cl 103 mmol/L, phosphorus 1.7 mg/dL, total calcium 8.6 mg/dL, magnesium 2.1 mg/dL)는 정상 범위였으며 갑상샘기능검사(T3 0.46 ng/mL, free T4 0.72 ng/dL, thyroid-stimulating hormone 0.93 uIU/L), 간기능검사(aspartate aminotransferase 62 U/L, alanine aminotrasferase 29 U/L, alkaline phosphatase 109 U/L, gamma-glutamyl transpeptidase 352 U/L, lactate dehydrogenase 547 U/L, bilirubin total 1.24 mg/dL, bilirubin, direct 0.39 mg/dL, NH₃ 35 ug/dL), 크레아틴키나아제(434 U/L) 수치는 일부에서 경미한 이상 소견을 보였다. 추가로 시행한 감염질환에

Received February 24, 2021 Revised April 22, 2021
Accepted April 22, 2021

Address for correspondence: Jeong-Ho Park, MD
Department of Neurology, Soonchunhyang University Bucheon Hospital, 170 Jomaru-ro, Bucheon 14584, Korea
Tel: +82-32-621-5231 Fax: +82-32-621-5750
E-mail: parkgene@schmc.ac.kr

대한 혈청검사와 혈액 및 객담배양검사, 뇌척수액검사, 신생물말림항체(Hu-, Ri-, Yo autoantibody, anti-ampiphysin, anti-CV2, anti-PNMA2, anti-recover in, anti-SOX1, anti-Titin), 자가면역항체(항핵항체, 항중성구세포질항체, 류마티스인자, 루푸스항응고인자, 항카디오리핀항체), 세룰로플라스민(25.9 mg/dL), 24시간소변구리(38.07 µg/day), 비타민 B₁₂ (398 pg/dL), 말초혈액도말검사에서도 상기 이상운동증의 원인질환을 시사하는 소견은 없었다. 뇌 구조적 이상을 확인하기 위해 시행한 뇌 자기공명영상검사에서 전반적으로 경미한 위축이 있었으나 기저핵, 시상, 시상밑핵 그리고 이들과 연결되는 경로상의 국소 병변은 관찰되지 않았고, 뇌파검사에서도 뇌전증 모양방전이나 국소 병변을 시사하는 소견은 없었다. 증상 완화를 위해 내원 당일 할로페리돌(5 mg)을 1회 근주하였으나 증상은 지속되었다. 떨림섬망(delirium tremens) 예방을 위해 충분한 수액 치료와 티아민을 정주하며(thiamine iv. 100 mg/d) 경과를 관찰하던 중 입원 3일째부터 상기 이상운동증은 현저히 감소되기 시작하여 입원 4일째(증상 발생 5일째)에는 안면부를 포함한 모든 이상운동증이 완전히 사라졌다. 상기 이상운동증은 이후 추적 관찰 중에도 재발하지 않았다(Supplementary Video). 환자와 동거인을 통한 추가 병력청취를 통해 3년 전에도 금주 후 비슷한 양상의 이상운동이 발생하였고 특별한 치료 없이 호전된 사실을 확인할 수 있었다.

고 찰

일반적으로 광범위한 감별진단이 필요한 아급성/만성 무도증과는 달리 급성으로 발병한 무도증의 경우 자세한 병력청취와 신경계진찰을 통해 보다 효과적인 감별진단이 가능하다.¹ 본 증례는 정신질환이 없는 알코올사용장애(alcohol use disorder) 환자가 마지막 음주 후 금단 3일째 입-얼굴, 양측 상지를 침범한 무도증 형태의 이상운동증이 발생하였으며, 특별한 치료 없이(증상 발생 5일째) 완전히 사라졌다. 약물 복용력이 없었고, 간성혼수를 시사하는 소견이 없었으며, 감별진단을 위해 시행한 말초혈액도말검사, 구리대사이상검사, 면역검사, 뇌영상검사, 뇌척수액검사, 뇌파검사서 유전성, 대사성, 면역성 무도증을 시사하는 증거는 발견할 수 없었다. 또한, 자세한 병력청취를 통해 과거에도 금주 후 동일한 양상의 일과성 이상운동증이 있었다는 점을 고려하여 알코올금단에 의한 무도증 형태의 이상운동증으로 진단하였다.

알코올금단에 의해 발생하는 이상운동증은 자세-활동떨림이 대표적이지만 간성뇌증이 동반된 경우 자세고정불능증(asterixis)이 발생할 수 있으며, 그 밖에도 드물게 파킨슨증,² 무도증,³ 근간대경련,⁴ 근긴장이상⁵ 등 다양한 형태의 이상운동증이 발생할 수 있다.⁶

저자들의 문헌고찰에 의하면, 알코올금단 후 발생한 무도증 형태의 이상운동증은 주로 50대 이전 발생하며 주로 입, 안면, 체간 또는 상지를 포함한 상반신을 침범하고 특별한 치료 없이 수일에서 수주 이내 호전되는 일과성 특징을 보인다. 또한, 금단 후 동일 형태의 이상운동증 발생 과거력이 존재하는 경우가 많았는데 이러한 점은 본 증례에서도 확인할 수 있었다. 그러나 본 증례처럼 알코올금단증후군의 단독증상으로 안면부를 포함한 상반신 전체를 침범하는 급성 무도증 형태의 이상운동증이 발현된 경우는 극히 드물다.⁷

일반적으로 알코올금단증후군은 장기적 에탄올 사용에 따른 뇌 신경계의 보상적 과활성화에 의해 자율신경기능항진, 과각성상태, 섬망 등의 증상이 발생하는 것으로 알려져 있으나 이상운동증이 금단에 의해 발생하는 정확한 기전은 알려져 있지 않다. 다만, 동물과 인간 연구들을 통해 알코올 금단 초기 선조체 도파민의 일시적 감소는 일과성 파킨슨증을 유발할 수 있으며,^{2,7} 금단 후 일시적으로 지속되는 도파민수용체 초민감성(super sensitivity)은 운동과다 이상운동증을 유발할 수 있을 것으로 추정되고 있다.^{6,7} 본 증례에서는 금단에 의한 뇌기능 변화 유무를 확인해 볼 수는 없었으나 알코올 금단 상태에서 선조체 도파민성 신경계의 보상적 기능 변화와 연관되어 상기 무도증 형태의 과운동성 이상운동증을 유발하였을 것으로 추정하였다.

결론적으로, 본 증례는 입-얼굴을 포함한 상반신을 침범하는 급성 무도증 형태의 이상운동증이 드물게 알코올금단증후군의 단독증상으로도 발현될 수 있으며 이러한 경우, 알코올금단이상운동증의 과거력을 포함한 자세한 병력청취와 이상운동증에 대한 면밀한 관찰은 지나치게 광범위한 검사나 위험성이 있는 약물의 불필요한 사용을 피하는 데 도움을 줄 수 있음을 시사한다.

REFERENCES

1. Robottom BJ, Factor SA, Weiner WJ. Movement disorders emergencies part 2: hyperkinetic disorders. *Arch Neurol* 2011;68:719-724.
2. Luijckx GJ, Nieuwhof C, Troost J, Weber WE. Parkinsonism in alcohol withdrawal: case report and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg* 1995;97:336-339.
3. Curry KH. Choreoathetosis and alcohol withdrawal. *Med J Aust* 1985;143:265-266.
4. Drake ME Jr. Recurrent spontaneous myoclonus in alcohol withdrawal. *South Med J* 1983;76:1040-1042.
5. Bijjal S, Subodh BN, Janardhanan C, Narayanaswamy, Chand P, Benegal V, et al. Dystonia as a presenting feature of alcohol withdrawal. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2012;24:E15-E16.
6. Prakash S, Balhara YP. Rare form of dyskinetic movements associated with alcohol withdrawal. *Indian J Psychol Med* 2016;38:163-164.
7. Brust JC. Substance abuse and movement disorders. *Mov Disord* 2010;25:2010-2020.