

소아청소년 두통 질환의 최신지견

서 은 숙 | 순천향대학교 의과대학 소아과학교실

Recent advances in pediatric headaches

Eun Sook Suh, MD

Department of Pediatrics, Soonchunhyang University School of Medicine, Seoul, Korea

두통은 소아나 청소년들이 흔히 호소하는 증상으로 심한 경우 결석을 하거나, 수업에 집중하지 못하는 등의 학교생활에 지장을 주며, 친구들과의 놀이나 방과 후 여러 가지 활동에 문제가 될 수 있다[1]. 이와 더불어 우울이나 불안 같은 정신적 문제뿐 아니라 성인기에서 신체적 문제를 야기할 가능성이 더 높다[2]. 따라서 1차성 두통의 조기진단 및 치료는 질환의 만성화를 예방하고 2차적인 문제의 발생을 막는데 매우 중요하다.

소아 연령의 두통의 발생은 그 정의와 진단기준에 따라 5.9–82%로 매우 다양하며[3], 두통은 연령이 증가할수록 발병률이 증가한다[4]. 편두통은 3.8–9.7%에서 진단되었다[5–8]. Rho 등[9]은 우리나라의 다 기관 보고에서 18세까지의 소아 연령에서 약 29.1% 두통을 보고하였으며, 여아(33.4%)가 남아(24.4%)보다 더 많았다. 이 중 8.7%가 편두통이었으며, 13.7%가 긴장성두통이었다.

소아의 두통의 분류는 Prensky [10]의 분류, 국제두

통질환분류(International Classification of Headache Disorders, ICHD)–1과 2 [11,12] 등에서 성인 두통의 진단기준과 소아의 진단기준이 있었으며, 최근 2013년 ICHD–3 베타 버전[13]에서 더 세밀화되고 구체화되었으며, 원발두통과 이차성두통으로 구분하여 진단한다.

그러나 임상에서 실제 사용이 구체화되어 있는 Rothner [14]의 소아에서 진행경과에 따른 급성두통, 급성반복성두통, 만성진행성두통, 만성비진행성두통의 4가지 양상의 분류는 매우 유용하다. 급성두통은 간단히 치료가 가능한 상기도 감염이나 부비동염, 인후염 등이 있으나, 수막염, 두개 내 출혈 등의 위험한 경우도 있다. 급성반복성두통은 편두통이나 긴장성 두통 등의 1차성 두통의 가능성이 많다. 만성두통은 특별한 약물 복용력 없이 3개월 이상의 기간 동안 한 달에 15회 이상의 두통을 보이는 경우로 진행성이 가장 좋지 않으며, 뇌종양이나 수두증과 같은 두개 내 병변이나 거짓종양 등이 속하며, 신경영상 검사가 필요하다. 만성비진행성두통은 만성매일두통이 이에 해당한다.

1차성두통(원발성두통)의 가장 흔한 양상은 편두통이며, 중등도 이상의 심한 통증이 머리의 한쪽 부분에, 박동성두통으로 발생하며, 구역, 구토, 빛, 소리 공포증과 같은 자율신경계 증상이 동반되면서 반복적으로 발생하는 특징을 보이며, 일상생활에 의해 악화된다. 어린 소아에서는 한쪽 머리,

Received: January 2, 2017 Accepted: January 12, 2017

Corresponding author: Eun Sook Suh
E-mail: essuh@schmc.ac.kr

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

또는 양측에 올 수 있으며, 간혹 전두부, 측두부 두통을 호소하는 경우도 있으며, 두근거리는 양상이나 박동성의 특징을 보이며, 전조가 없는 경우가 더 흔하다. 어린 소아에서는 두통보다는 구토나 어지러움이 더 흔하여 진단하기 어렵다[14]. 두통 지속시간은 성인보다 짧고, 식욕부진, 오심, 구토는 흔히 동반되며, 잠을 잔 후 호전을 보인다. 소아 특히 어린 소아에서는 두통의 양상이나 동반되는 증상에 대한 정확한 표현이 어려워 진단이 늦어질 수 있다[15].

소아에서 기존의 ICHD-1과 2 [11,12]에서 소아기 주기증후군으로 분류되어 소아에서 발생하는 것으로 알려졌던 질환으로 이후에 무조짐편두통이나 조짐편두통이 생길 가능성이 높은 환자에서 발생하는 증후군으로 편두통과 관련된 삽화증후군으로 ICHD-3 베타판[13]에서 새롭게 분류되었다. 반복성 소화기장애, 주기구토증후군, 복부편두통, 양성돌발성현훈, 양성돌발성사경 등이 이에 속한다.

우리나라의 소아청소년 두통은 소아두통연구회가 중심이 되어 소아 두통에 대한 개념과 진단 및 치료에 대해 점차 향상되고 있다. 두통 설문지나 두통 일지를 이용한 지속적인 추적적을 하며, 다기관 연구를 통한 우리나라 소아 두통질환의 치료의 틀을 만들어 가고 있다.

본 특집에서는 소아청소년의 두통의 유병률과 이러한 두통에 의한 장애를 다루어서 두통 특히 1차성 반복되는 두통의 만성화를 막고 2차적으로 이완되는 장애를 예방하는데 도움이 되고자 한다.

소아청소년의 편두통의 치료는 성인에 비해 사용할 수 있는 약제의 제한이 있고, 비약물치료와 행동치료 등의 치료에 대한 접근이 필요하며, 필수적인 학교생활이나 단체생활에서 초래될 수 있는 여러 가지 문제가 있어 쉽지 않다. 이에 대해 최신 지견을 살펴보고자 한다[16,17].

최근 두통과 어지럼증과 동반되어 발생하는 기립성저혈압 또는 기립불내성은 청소년 연령에 흔하며[18], 외래나 응급실에서 자주 만나게 되는 질환이다[19]. 이 질환에 대한 정의, 증상과 진단에 대해 살펴보고, 환자에 대한 필요한 교육이나 지침 등을 살펴보고자 한다[20].

두통을 가진 소아 및 청소년은 우울이나 불안을 동반하고, 자살의 시도가 더 높고[21,22], 수면장애나 뇌전증과 관련된

어 발생하기도 하며, 비만, 주의력결핍장애나 뚜렛증후군 등과 관련되어 발생하는 등[23]의 여러 가지 장애가 발생할 수 있어 두통과 동반되는 질환에 대해 알아보고자 하였다[24].

소아 두통질환은 소아의 통증질환 중 가장 흔히 볼 수 있는 질환이며, 그 원인도 다양하여 정확한 진단이 약물의 남용이나 2차적인 장애나 만성화를 막는데 매우 중요하다. 향후 체계화된 연구로 우리나라 소아 두통질환의 향상을 기대하여 본다.

ORCID

Eun Sook Suh, <http://orcid.org/0000-0002-6614-6665>

REFERENCES

1. Termine C, Ozge A, Antonaci F, Natriashvili S, Guidetti V, Wober-Bingol C. Overview of diagnosis and management of paediatric headache: part II: therapeutic management. *J Headache Pain* 2011;12:25-34.
2. Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, Giannantonio AS, Napoli L, Bruni O, Trillo S. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia* 1998;18:455-462.
3. Antonaci F, Voiticovschi-Iosob C, Di Stefano AL, Galli F, Ozge A, Balottin U. The evolution of headache from childhood to adulthood: a review of the literature. *J Headache Pain* 2014;15: 15.
4. Bigal ME, Lipton RB. The epidemiology, burden, and comorbidities of migraine. *Neurol Clin* 2009;27:321-334.
5. Sillanpaa M. Headache in children. In: Olesen J, editor. *Headache classification and epidemiology*. New York: Raven Press; 1994. p. 273-281.
6. Bille BS. Migraine in school children: a study of the incidence and short-term prognosis, and a clinical, psychological and elec-troencephalographic comparison between children with migraine and matched controls. *Acta Paediatr Suppl* 1962; 136:1-151.
7. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D, Sprecher M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *JAMA* 1989;261:2211-2216.
8. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol* 2010;52:1088-1097.
9. Rho YI, Part YB, Yang ES, Park SK, Kim EY, Park J, Moon KR. Prevalence and epidemiologic characteristics of chronic

- recurrent headache in primary school children. Korean J Pediatr 2001;44:119-126.
10. Pinsky AL. Migraine and migrainous variants in pediatric patients. *Pediatr Clin North Am* 1976;23:461-471.
 11. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1988;8 Suppl 7:1-96.
 12. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24 Suppl 1:9-160.
 13. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33:629-808.
 14. Rothner AD. Headaches in children and adolescents: update 2001. *Semin Pediatr Neurol* 2001;8:2-6.
 15. Moak JB, Leong D, Fabian R, Freedenberg V, Jarosz E, Toney C, Hanumanthaiah S, Darbari A. Intravenous hydration for management of medication-resistant orthostatic intolerance in the adolescent and young adult. *Pediatr Cardiol* 2016;37:278-282.
 16. Roh YI. Prevalence of headache and headache-related disability in children and adolescents. *J Korean Med Assoc* 2017;60:112-117.
 17. Lee KH. Recent updates on treatment for pediatric migraine. *J Korean Med Assoc* 2017;60:118-125.
 18. Low PA, Tomalia VA. Orthostatic hypotension: mechanisms, causes, management. *J Clin Neurol* 2015;11:220-226.
 19. Mack KJ, Johnson JN, Rowe PC. Orthostatic intolerance and the headache patient. *Semin Pediatr Neurol* 2010;17:109-116.
 20. Kim SH. Dizziness and orthostatic intolerance in pediatric migraine. *J Korean Med Assoc* 2017;60:126-133.
 21. Amouroux R, Rousseau-Salvador C. Anxiety and depression in children and adolescents with migraine: a review of the literature. *Encephale* 2008;34:504-510.
 22. Wang SJ, Fuh JL, Juang KD, Lu SR. Migraine and suicidal ideation in adolescents aged 13 to 15 years. *Neurology* 2009;72:1146-1152.
 23. Bellini B, Arruda M, Cescut A, Saulle C, Persico A, Carotenuto M, Gatta M, Nacinovich R, Piazza FP, Termine C, Tozzi E, Lucchese F, Guidetti V. Headache and comorbidity in children and adolescents. *J Headache Pain* 2013;14:79.
 24. Lee YJ. Comorbidities of primary headache in children. *J Korean Med Assoc* 2017;60:134-139.