

# Cefalee del bambino

H. Isnard

*Le cefalee del bambino sono un motivo quotidiano di visita; le loro cause sono molteplici, dalle cefalee acute, che possono essere un'urgenza neurologica, alle cefalee croniche, in genere primarie, principalmente l'emigrania e la cefalea tensiva, che è assolutamente necessario distinguere dalle cefalee secondarie in relazione con una lesione intracranica, che possono essere sospettate davanti a dei segnali di allarme e a delle anomalie dell'esame neurologico, la cui importanza è stata sottolineata. Si è visto che i criteri dell'International Headache Society (IHS) riguardanti l'emigrania degli adulti erano spesso non applicabili ai bambini, la cui emigrania è ancora misconosciuta e sottodiagnosticata, cosa che può, in parte, essere spiegata da una presentazione clinica che può essere dubbia e da sindromi episodiche spesso fuorvianti. Sono descritte le varie forme di emigrania e le sue complicanze, fra cui l'associazione con l'epilessia; viene, poi, messa in evidenza la problematica dell'imaging. Dopo le cefalee croniche quotidiane e il loro trattamento, sono descritti il trattamento della crisi emigranica e il trattamento di base dell'emigrania e, per concludere, sono segnalati alcuni problemi terapeutici basati sull'età ed è rilevata la mancanza di indagini epidemiologiche sull'emigrania attraverso la medicina scolastica e di una valutazione del suo costo.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Bambino; Cefalea; Emigrania; Sindromi episodiche; Cefalee croniche quotidiane; Epilessie

## Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Cefalee acute	1
■ Cefalee croniche	2
Cefalee secondarie	2
Cefalee primarie	2
■ Emigrania ed epilessia	6
■ Trattamento della crisi di emigrania	6
■ Trattamento di fondo	6
■ Conclusioni	7

## ■ Introduzione

Le cefalee dei bambini sono il primo motivo di consultazione in neurologia pediatrica e la loro frequenza, secondo gli studi, varia dal 5,9% al 37% e aumenta in età scolare (dal 40% al 50%) e nell'adolescenza (80%)<sup>[1]</sup>; hanno cause diverse e, in genere, non hanno nulla a che fare con un disturbo refrattivo<sup>[2]</sup>; le cefalee primarie, come le emigranie e le cefalee croniche quotidiane (CCQ), sono predominanti.

La loro diversità è sottolineata dalla Classificazione Internazionale delle Cefalee ICHD III della Società Internazionale delle Cefalee (International Headache Society [IHS]), la cui terza edizione (*beta version*), pubblicata nel 2013 in *Cephalalgia*<sup>[3]</sup>, segue quella del 2004. Essa è oggetto di discussione, e l'emigrania oftalmoplegica che si può riscontrare nei bambini, classificata nel 2013 tra le neuropatie dolorose craniche, è chiamata neuropatia

oftalmoplegica ricorrente dolorosa, cosa che, per qualcuno<sup>[4]</sup>, è discutibile. Questa classificazione è adeguata per l'adulto, ma comprende le sindromi episodiche dell'infanzia, e le raccomandazioni della Société française d'étude des migraines et céphalées (SFEMC), pubblicate nel 2013<sup>[5]</sup>, dedicano al bambino il suo paragrafo.

L'argomento è vasto e obbliga a fare delle scelte, d'altronde: "Guai all'autore che vuole sempre istruire. Il segreto per annoiare è quello di dire tutto"<sup>[6]</sup>. Saranno privilegiate le forme quotidiane e saranno trascurate le forme eccezionali, come la vasocostrizione cerebrale reversibile o l'emigrania della sindrome di Sturge Weber e la genetica delle emigranie, evocata attraverso le emigranie emiplegiche.

## ■ Cefalee acute

La stragrande maggioranza deriva da cause banali, infezioni delle vie respiratorie superiori, influenza, sinusite e così via (29-39%) e traumi cranici, cause frequenti poiché rappresentano in media il 15% di tutti i ricoveri per le urgenze pediatriche in generale, delle quali il 90% è rappresentato da lesioni cerebrali benigne<sup>[7]</sup> e rientra nelle competenze della medicina di base.

Altre hanno una prognosi grave e richiedono una diagnosi accurata. Sono associate, in generale, al di fuori delle meningiti, delle sfenoiditi eccezionali o degli avvelenamenti da monossido di carbonio in genere familiari, a un'ipertensione intracranica (HIC) e possono manifestarsi con cefalee a colpo di tuono, cefalee che richiedono cure urgenti, l'ematoma epidurale, le trombosi dei seni venosi, le emorragie parenchimali o meningee da rotture di aneurismi e le malformazioni arterovenose o cavernose, senza

dimenticare le dissecazioni carotidiche; in questo caso, il dolore è più laterocervicale e si deve pensare ad auscultare le arterie carotidi, ma è più utile l'imaging.

Queste situazioni sono gestite dai servizi d'urgenza, la loro frequenza è inversamente proporzionale alla loro gravità e rappresentano solo una piccola percentuale delle cefalee del bambino.

La malformazione di Chiari 1 è un caso particolare. Scoperta nel corso di una cefalea acuta, pone la questione del suo coinvolgimento in tutti i tipi di cefalee che possono essere un sintomo di questa malformazione [8]. In assenza di altri sintomi, la chirurgia profilattica non è indicata [9], cosa che implica un monitoraggio regolare clinico, neurofisiologico e con l'imaging con risonanza magnetica (RM); due casi, di un adolescente di 16 anni e di una bambina di 9 anni, testimoniano questa problematica.

## ■ Cefalee croniche

Il contesto è diverso, una visita programmata per un bambino il cui inizio delle cefalee risale a diverse settimane o a diversi mesi: ha mal di testa e se ne lamenta con i suoi genitori, a volte anche a scuola, cosa da non sottovalutare, ed è un mal di testa che può essere recrudescente e motivare la visita. Il problema non è l'urgenza, ma la diagnosi differenziale fra cefalee primarie e cefalee secondarie, sintomatiche di una lesione intracranica.

Nel corso dell'anamnesi, occorre valutare, in caso di non detto, il livello di preoccupazione dei genitori e interrogare il bambino, quando può rispondere. Non è raro vedere i genitori portare radiografie dei seni (la sinusite è spesso evocata senza prove), una TC e una RM e, a volte, un elettroencefalogramma (EEG), esami che, con l'imaging moderno, non ha più il suo posto nella valutazione delle cause del mal di testa.

L'esame neurologico di un bambino si effettua essenzialmente in piedi. Non è sufficiente valutarlo coricato, cosa che, nei bambini, provoca grida e pianti, ma, al contrario, a partire dalla marcia, è essenziale valutare la locomozione che permetterà di individuare una posizione della testa anomala, la sua mobilità, una debolezza muscolare localizzata e, in particolare, un'atassia cerebellare con l'allargamento della base di appoggio, quando è evidente, ma che, se è più lieve, si può esprimere solo attraverso il movimento dei tendini. Questi sono segni essenziali, molto più importanti dell'esame della sensibilità o dei riflessi osteotendinei e cutanei plantari, che non hanno un'evidenza diagnostica apprezzabile se non in situazioni particolari. Non bisogna trascurare la palpazione del cranio con la misurazione della circonferenza della testa e l'esplorazione dei nervi cranici e, se l'età lo permette, del campo visivo con il dito. Questo esame dovrebbe essere completato con un esame clinico generale, con il monitoraggio della pressione arteriosa.

## Cefalee secondarie

Le cefalee legate a lesioni intracraniche sono spesso legate a una HIC e devono essere sospettate in base ai seguenti criteri, le "red flags" [1]: un esordio recente e cefalee importanti, un'evoluzione rapida, una giovane età al di sotto di 3 o 4 anni, una sede occipitale o cervicale o laterocervicale, l'esistenza di segni funzionali che evocano una HIC, come nausea e vomito, soprattutto notturni o mattutini, un cambiamento duraturo del comportamento e la mancanza di una storia familiare di emicrania.

La RM cranioencefalica (non la TC cerebrale, che ha senso solo in caso di urgenza, di bambini piccoli che richiedono una sedazione o di non disponibilità della RM) è, quindi, indispensabile, per non parlare dell'esame fondoscopico, che, nonostante i progressi nella diagnostica per immagini, non deve essere trascurato; non solo può condizionare l'urgenza dell'imaging, ma è un criterio diagnostico dell'ipertensione intracranica idiopatica (*pseudotumor cerebri*), che si individua, brevemente, in un bambino il cui esame fisico è normale, con cefalee di insorgenza recente, accompagnate da nausea o vomito, con edema della pupilla al fondo dell'occhio e con imaging cerebrale normale; questa diagnosi è cruciale, perché, in assenza di trattamento, l'acetazolamide, l'evoluzione spontanea di questa sindrome, la cui

fisiopatologia è ancora oscura, può andare verso la diminuzione o la perdita della vista. Questa è una situazione non eccezionale, in cui l'obesità sembra svolgere un ruolo favorente [10].

Le cause delle cefalee croniche secondarie dei bambini sono essenzialmente delle lesioni intracraniche che occupano spazio, benigne o maligne, della fossa cerebrale posteriore (medulloblastoma, astrocitoma cerebellare, tumori del tronco cerebrale) o sopratentoriali (gliomi, papillomi, pinealomi, craniofaringiomi), senza dimenticare l'ematoma subdurale.

## Cefalee primarie

### Prevalenza

Si ricorda che l'emicrania del bambino risponde obbligatoriamente ai criteri dell'emicrania negli adulti per mancanza di studi nel mondo pediatrico; è stata a lungo ignorata e, nel 1998, un'indagine epidemiologica parigina ha concluso che è una patologia comune sottovalutata e molto mal diagnosticata [11].

Lo studio di Bille nel 1962 [12] sulla prevalenza delle cefalee in 8993 bambini e ragazzi svedesi rimane un punto di riferimento. Ha mostrato un tasso di cefalee di tutti i tipi del 58,7% tra i 7 e i 14 anni; quello delle emicranie è del 2,5% per i ragazzi e del 2,4% per le ragazze tra i 7 e i 9 anni, proporzione che aumenta al 4% degli adolescenti e al 6,4% delle adolescenti tra i 13 e i 15 anni; al momento della pubertà, le ragazze soffrono di emicrania di più rispetto ai ragazzi.

L'indagine di Parigi su 1810 bambini ha evidenziato risultati simili. In età adulta, a 50 anni, più della metà dei bambini con emicrania continua a soffrirne, le donne più degli uomini, e il 23% dei soggetti guarisce prima dei 25 anni [13].

I bambini in età prescolare non sono stati coinvolti, tuttavia esistono le cefalee primarie al di sotto dei 6 anni [14], quando la diagnosi di emicrania è possibile, e anche nel lattante, dal momento che la diagnosi è retroattiva in occasione della visita del bambino con emicrania i cui genitori descrivono, verso l'età di 1 o 2 anni, episodi parossistici di sofferenza più o meno febbrile riferiti, all'epoca, a varie cause, non essendo stata considerata l'emicrania, dal momento che i criteri dell'ICHD 2013 sembrano troppo restrittivi per questa fascia d'età.

Antecedenti familiari importanti possono riguardare il 90% dei bambini con emicrania [15]. A questo proposito, è importante chiedere ai genitori se hanno mal di testa e se ne hanno avuti durante l'infanzia e l'adolescenza, perché spesso rispondono in senso negativo quando si parla loro di emicrania, in quanto sono spesso inconsapevoli della loro malattia.

Qui di seguito, i criteri dell'IHS.

- A. Almeno cinque episodi che soddisfano i criteri da B a D.
- B. Cefalea acuta da 4 a 72 ore (non trattata o trattata in modo inefficace).
- C. La cefalea ha almeno due delle seguenti caratteristiche:
  - localizzazione unilaterale
  - natura pulsante
  - dolore da moderato a grave
  - aggravamento con l'attività fisica di routine che viene evitata dal soggetto (per esempio, camminare o salire le scale).
- D. Durante la cefalea almeno uno dei seguenti criteri:
  - nausea e/o vomito
  - fotofobia e fonofobia.
- E. Nessun'altra causa rilevabile.

Quando è tipica, l'emicrania episodica senza aura del bambino non rappresenta un problema e non giustifica l'esecuzione dell'imaging; un criterio può mancare e si ritiene, allora, che sia un'emicrania probabile, ma i criteri dell'IHS sono spesso inefficaci, pertanto:

- la durata pone problemi, definita tra 4 e 72 ore; questo criterio non si applica ai bambini, la cui emicrania può essere più breve, per non parlare delle cefalee a colpo di rompighiaccio [16] o a colpo di tuono [17], che durano solo pochi secondi e che possono essere riscontrate in un bambino con un'emicrania nota. Le emicranie del bambino possono, dunque, essere brevi e durare meno di due ore;
- i criteri indicano il peggioramento con l'attività quotidiana, ma occorre cercare, nel bambino, il sonno ristoratore al buio,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3049287>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3049287>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)