- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.147.69.132 Sat, 27 Jul 2024 12:00:18

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.147.69.132 Sat, 27 Jul 2024, 12:00:18

[TUTTO SU]

Il bambino con cefalea acuta: istruzioni per l'uso

Il corretto inquadramento diagnostico del bambino con cefalea richiede una accurata anamnesi e un esame obiettivo generale e neurologico.

CASO CLINICO. Maschio di 4 anni. All'anamnesi: mastocitosi cutanea e familiarità per cefalea tensiva. Giunge in Pronto soccorso pediatrico dell'UO di Pediatria d'Urgenza dell'Ospedale S. Orsola-Malpighi di Bologna per *cefalea ingravescente da alcune ore*. La madre, medico, riferisce che dal mattino presentava sbadigli frequenti con tendenza all'assopimento ed episodi di apnea, con saturimetro aveva rilevato SatO2 87% e bradicardia (FC minima 54 bpm). Nel mese precedente aveva presentato episodi di cefalea ricorrente, responsiva a terapia con paracetamolo, inizialmente associata a febbre. Nel sospetto di sinusite, a domicilio era stato trattato con amoxicillina-clavulanato. Alla visita, il piccolo appare in discrete condizioni generali, vigile e reattivo, con parametri vitali nella norma (SatO2 98%, FC 100 bpm, TC 36,7°C e pGCS 15), esame obiettivo generale e neurologico normali, lieve cefalea. Gli esami ematici mostrano neutrofilia (80,3%), normale conta leucocitaria, indici di flogosi negativi, elettroliti nella norma. Durante l'osservazione, la cefalea si intensifica e si associa a bradicardia (FC 70 bpm) e ipotensione (PA 90/40 mmHg), per cui si decide di eseguire ECG, che evidenzia "tendenza ad allungamento del tratto QT (QTc 474 ms) nelle fasi di relativa tachicardia durante aritmia respiratoria, reperto che potrebbe essere suggestivo di ipertensione endocranica o sindrome del QT lungo". Il *fundus oculi* risulta normale, la TC encefalo in sedazione evidenzia una raccolta a densità liquorale in sede temporo-polare sinistra, compatibile con cisti aracnoidea, insieme a sottili falde igromatose nelle convessità ed in sede fronto-temporale bilaterale. Si trasferisce il bambino nel reparto di neurochirurgia per intervento di rimozione della cisti in urgenza. Si assiste alla completa risoluzione della sintomatologia. Il caso descritto mostra come l'accurata valutazione neurologica e il riconoscimento delle "red flags" siano stati fondamentali per un corretto percorso diagnostico e per il successivo approccio terapeutico in emergenza del paziente.

Cefalea: definizione ed epidemiologia

Si definisce cefalea una sensazione molesta o dolorosa, circoscritta o diffusa, continua, intermittente o sporadica interessante il capo; rappresenta il più frequente sintomo riferito da bambini ed adolescenti[1] e una delle più comuni cause di accesso presso strutture di Pronto soccorso pediatrico.[2]

La prevalenza della cefalea nell'infanzia e nell'adolescenza varia ampiamente nelle varie casistiche dal 5,9 all'82%, aumentando progressivamente con l'età e raggiungendo il picco tra gli 11 e i 13 anni.[2] L'età media di insorgenza è 7,5 anni, e si stima che entro i 15 anni di vita il 57-82% dei bambini sperimenti almeno un episodio di cefalea. In età scolare i maschi sono maggiormente colpiti, mentre dopo il periodo puberale il sintomo prevale nel sesso femminile.[3,4]

Classificazione

Nel 2018 la International Headache Society (IHS) ha pubblicato la terza edizione della International Classification of Headache Disorders (ICHD-3)[5] che, nell'ambito del sintomo cefalea, distingue tre gruppi principali: "cefalee primarie", "cefalee secondarie" e "nevralgie craniche, dolori facciali e altre cefalee"; ciascun gruppo a sua volta comprende specifici sottogruppi (Tabella 1).

Ilaria Corsini[1], Chiara Di Silverio Carulli[1], Filomena Moscano[2], Duccio Cordelli[2], Marcello Lanari[1]
[1] UO Pediatria d'Urgenza, Pronto soccorso pediatrico e osservazione breve intensiva
[2] UO Neuropsichiatria Infantile, Ambulatorio Cefalea, Azienda Ospedaliera-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi, Bologna

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.147.69.132 Sat, 27 Jul 2024, 12:00:18

Tabella 1. Classificazione delle cefalee (IHS – International Classification of Headache Disorders ICHD-3).

Cefalee primarie
1. Emicrania
2. Cefalea di tipo tensivo (TTH)
3. Cefalee autonomiche trigeminali (TACs)
4. Altre cefalee primarie

Cefalee secondarie
5. Cefalea attribuita a trauma o ferita della testa e/o del collo
6. Cefalea attribuita a patologia vascolare del cranio e/o del collo
7. Cefalea attribuita a patologia endocranica non vascolare
8. Cefalea attribuita ad assunzione o sospensione di sostanze
9. Cefalea attribuita ad infezioni
10. Cefalea attribuita a patologie dell'omeostasi
11. Cefalee o dolori facciali attribuiti a patologie del cranio, collo, occhi, orecchie, naso e seni paranasali, denti, bocca o di altre strutture facciali o craniche
12. Cefalea attribuita a patologie psichiatriche

Nevralgie craniche, dolori facciali ed altre cefalee
13. Lesioni dolorose dei nervi cranici ed altri dolori facciali
14. Altre cefalee

Tabella 2. Criteri diagnostici dell'emicrania senza aura (IHS – International Classification of Headache Disorders ICHD-3).

Cefalee Primarie
A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D
B. Attacchi di cefalea della durata di 4-72 ore (non trattati o trattati senza successo)*
C. Cefalea che abbia almeno due delle seguenti caratteristiche:
   1 Localizzazione unilaterale**
   2 Dolore di tipo pulsante
   3 Dolore moderato o severo
   4 Peggioramento causato da, o evitamento della attività fisica quotidiana
D. Durante la cefalea è presente almeno uno tra:
   5 nausea e/o vomito
   6 fotofobia e fonofobia
E. Non meglio rappresentato da altre diagnosi secondo i criteri ICHD-3

** Nei bambini e negli adolescenti (<18 anni), gli attacchi possono durare 2-72 ore*
*** L'emicrania in bambini ed adolescenti (<18 anni) è più spesso bilaterale rispetto agli adulti; il dolore unilaterale solitamente compare nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. L'emicrania è di solito frontotemporale. Il dolore occipitale nei bambini è raro e richiede maggiore cautela.*

Tabella 3 – Criteri diagnostici dell'emicrania con aura (IHS – International Classification of Headache Disorders ICHD-3).

A. Almeno due attacchi che soddisfino i criteri B-D
B. Uno o più dei seguenti sintomi di aura, completamente reversibili:
   1. Visivo
   2. Sensoriale
   3. Parola e/o linguaggio
   4. Motorio
   5. Tronco encefalico
   6. Retinico
C. Almeno due tra i seguenti:
   7. Almeno un sintomo di aura esordisce gradualmente in 5 o più minuti, e/o due o più sintomi si manifestano in successione
   8. Ciascun sintomo di aura dura 5-60 minuti
   9. Almeno un sintomo di aura è unilaterale
   10. L'aura è accompagnata o seguita, entro 60 minuti, dalla cefalea
D. Non meglio rappresentato da altre diagnosi secondo i criteri ICHD-3, ed un attacco ischemico transitorio è stato escluso.

Cefalee primarie

Il gruppo delle cefalee primarie comprende quattro distinti sottogruppi: emicrania, cefalea di tipo tensivo (TTH), cefalee autonomiche trigeminali, altre cefalee primarie. Le cefalee primarie sono definite tali in quanto non attribuibili ad altre patologie. La presentazione clinica delle cefalee primarie in età pediatrica spesso differisce da quella tipica dell'età adulta e può essere correlata ad alterazioni della maturazione cerebrale.[4] Le cefalee primarie, e in particolare emicrania e TTH, sono le cause più frequenti di cefalea ricorrente in età scolare e spesso è difficile distinguere con certezza l'una dall'altra.[1,6]

Emicrania, cefalea di tipo tensivo

L'emicrania rappresenta la più frequente forma di cefalea primaria nei bambini e negli adolescenti[7], sebbene sia talvolta difficile differenziarla dalla TTH, a causa della difficoltà dei pazienti nel descrivere in maniera accurata i loro sintomi. Tra le caratteristiche più specifiche dell'emicrania che possono aiutare nella diagnosi differenziale ci sono: miglioramento dopo aver dormito, presenza di sintomi gastrointestinali, peggioramento con attività fisica, fotofobia, fonofobia, osmofobia.[4] Prima della pubertà sono colpiti prevalentemente i maschi mentre successivamente sono maggiormente colpite le femmine con un rapporto femmine maschi 3:1.[7] È verosimile che nella eziopatogenesi dell'emicrania, multifattoriale, giochi un ruolo la predisposizione genetica: circa il 70% dei pazienti pediatrici emicranici ha una storia familiare di emicrania.[7] Clinicamente l'emicrania nella popolazione pediatrica si presenta con caratteristiche differenti da quella dell'età adulta: spesso il dolore è localizzato bilateralmente, e il decorso degli episodi può essere più breve (durata minima due ore, a fronte delle quattro ore nell'adulto). Si distinguono classicamente due tipi principali di emicrania: "emicrania con aura" ed "emicrania senza aura". L'emicrania con aura è definita tale perché la cefalea è accompagnata da sintomi neurologici transitori. Tali sintomi possono comparire subito prima, durante o dopo l'attacco. In alcuni casi la cefalea può essere lieve o non comparire affatto. L'emicrania con aura rappresenta il 14-30% delle emicranie in età pediatrica, sebbene sia difficile conoscerne la reale incidenza, a causa della difficoltà che alcuni bambini hanno nel descrivere i sintomi dell'aura.[7] L'aura può essere visiva, sensoriale, verbale o una combinazione delle tre (può manifestarsi ad esempio con scotomi scintillanti, emianopsia, disturbi del linguaggio, parestesie). Il suo esordio è graduale e solitamente dura non più di 60 minuti. Nelle tabelle 2 e 3 sono riportati i criteri diagnostici[5] dell'emicrania senza aura e di quella con aura. L'emicrania può, a volte, essere accompagnata da sintomi focali preoccupanti come nell'emicrania con aura del tronco encefalico, nell'emicrania emiplegica, nell'emicrania emiplegica familiare

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.147.69.132 Sat, 27 Jul 2024, 12:00:18

La prevalenza della cefalea nell'infanzia e nell'adolescenza varia ampiamente nelle diverse casistiche dal 5,9 all'82%, aumentando progressivamente con l'età e raggiungendo il picco tra gli 11 e i 13 anni.

e nell'emicrania retinica: in questi casi la diagnosi di emicrania è una diagnosi di esclusione. È utile tenere presenti alcune sindromi episodiche che possono essere associate con l'emicrania: sindrome del vomito ciclico, emicrania addominale, vertigini parossistiche benigne, torcicollo parossistico benigno.

La TTH è estremamente comune, con una prevalenza nella popolazione generale del 30-78%.[5] Il riscontro palpatorio di dolorabilità muscolare pericranica è piuttosto suggestivo. Dal punto di vista della ricorrenza degli episodi la classificazione internazionale (IHS) distingue due grandi gruppi: "cefalea di tipo tensivo episodica" e "cefalea di tipo tensivo cronica", definita tale se la frequenza supera i quindici giorni al mese per più di tre mesi. Nella tabella 4 sono riportati i criteri diagnostici per la TTH episodica.

Tabella 4. Criteri diagnostici della cefalea di tipo tensivo (IHS – International Classification of Headache Disorders ICHD-3).

- Durata da 30 minuti a sette giorni
- Almeno due delle seguenti caratteristiche:
  - Localizzazione bilaterale
  - Dolore di tipo costrittivo (non pulsatile)
  - Intensità media o moderata
  - Non aggravato dall'attività fisica quotidiana come camminare o salire le scale
- Entrambi i seguenti:
  - Assenza di nausea o vomito
  - Non più di uno tra fotofobia o fonofobia

Cefalee secondarie

Le cefalee secondarie sono definite tali in quanto sintomo di una anomalia identificabile. Le cefalee secondarie (schematizzate in Tabella 1) a condizioni autolimitanti, di non immediata gravità, rappresentano, insieme alle cefalee primarie, la maggior parte dei casi pediatrici[1]. Le cefalee secondarie a situazioni pericolose che possono mettere a rischio la vita del paziente sono rare in età pediatrica, ma richiedono una pronta diagnosi. Tra le cefalee secondarie più frequenti in età pediatrica vi sono quelle attribuite ad infezioni, a trauma della testa e/o del collo e a rinosinusiti (che rientrano nel gruppo delle cefalee o dolori facciali attribuiti a patologie del cranio, collo, occhi, orecchie, naso e seni paranasali, denti, bocca o di altre strutture facciali o craniche).

Le infezioni responsabili di cefalea possono essere intracraniche o sistemiche. In quelle sistemiche la cefalea è solitamente un sintomo di accompagnamento, fatta eccezione per l'influenza dove riveste un ruolo invece dominante, essendo a volte l'unico sintomo assieme alla febbre.

Il trauma cranico è frequente in età pediatrica e la cefalea è il più comune sintomo riferito successivamente; non rappresenta necessariamente un segnale di allarme, a meno che non si presenti con andamento ingravescente. Durante i primi tre mesi successivi al trauma la cefalea è considerata "acuta", in seguito viene definita "persistente".[5]

Più rare in età pediatrica rispetto all'età adulta sono le cefalee attribuite a patologia vascolare del cranio e/o del collo, quelle dovute ad evento ischemico cerebrale, ad emorragia intracranica non traumatica, a malformazione vascolare, ad arterite, a patologia della carotide cervicale o dell'arteria vertebrale, a patologia venosa intracranica, ad altra patologia arteriosa intracranica acuta. Nella popolazione pediatrica inoltre è più frequente che si verifichino emorragie, rispetto alla popolazione adulta. Lo stroke ischemico acuto e lo stroke emorragico, che comprende circa la metà degli episodi di stroke in età pediatrica, rappresentano potenziali cause di cefalea acuta in pazienti con anamnesi patologica remota negativa per cefalea. Le cefalee attribuite a patologia endocranica non vascolare comprendono quelle secondarie ad aumento della pressione del liquido cefalorachidiano (a loro volta possono essere idiopatiche o secondarie a situazioni come idrocefalo, insufficienza surrenalica, ipoparatiroidismo, malattia di Crohn, malattia di Behcet, sindrome da rialimentazione, sindromi craniofacciali, tumore cerebrale, meningite/encefalite, malattia di Lyme, patologie demielinizzanti, leucemia, linfoma, eccesso o deficit di vitamina A, deficit di vitamina D, utiliz- →

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.147.69.132 Sat, 27 Jul 2024, 12:00:18

zo o sospensione di alcuni farmaci), a bassa pressione del liquido cefalorachidiano, a patologia infiammatoria intracranica non infettiva, a neoplasia intracranica, a iniezione intratecale, a malformazione di Chiari tipo 1.

Tra le cefalee attribuite ad assunzione o sospensione di sostanze sono in aumento quelle dovute ad abuso di farmaci (soprattutto analgesici).

Le cefalee attribuite a disordini dell'omeostasi annoverano tra i fattori causanti: ipossia e/o ipercapnia (cefalea da altitudine, da immersione, da apnee nel sonno), dialisi, ipertensione arteriosa, ipotiroidismo, digiuno, cefalea cardiaca (ha caratteristiche simili all'emicrania, e può presentarsi durante un episodio di ischemia miocardica).

Rientrano nel gruppo delle cefalee attribuite a patologia psichiatrica la cefalea da disturbo di somatizzazione e la cefalea da disturbo psicotico. Queste devono essere distinte dalle cefalee primarie (soprattutto l'emicrania) con comorbilità psichiatriche, soprattutto ansia e depressione. Sebbene dimostrata, non è ben chiara la natura della relazione tra emicrania e disturbo d'ansia: non è noto se sia nello specifico l'emicrania ad essere associata o piuttosto non sia la frequenza degli attacchi di cefalea la causa del disturbo ansioso.

Approccio clinico al bambino con cefalea

Il corretto inquadramento diagnostico del bambino con cefalea richiede una accurata anamnesi seguita da esame obiettivo generale e neurologico.

L'anamnesi, per quanto possibile, dovrebbe essere svolta intervistando direttamente il paziente e ricorrendo ai familiari per avere informazioni aggiuntive e precisazioni. Nel valutare l'anamnesi di un paziente pediatrico non si dovrebbe prescindere dalla eventualità che il bambino non sia in grado di spiegare alcuni sintomi di accompagnamento o alcune caratteristiche della cefalea (aura o sintomi neurologici transitori): l'intervista dovrebbe pertanto comprendere anche un dettagliato racconto del comportamento del bambino nel lasso di tempo che precede, accompagna e segue gli episodi dolorosi.

Durante l'intervista il pediatra dovrà valutare il pattern temporale della cefalea soffermandosi sull'insorgenza, la durata e l'eventuale frequenza di ricorrenza della sintomatologia: in tal modo sarà possibile distinguere le forme acute, nelle quali cioè l'episodio in corso rappresenta di fatto il primo episodio in assenza di eventi precedenti, le forme acute ricorrenti, le forme croniche. Le forme acute senza storia pregressa di episodi analoghi hanno più probabilità di essere secondarie. Le cefalee primarie più frequentemente hanno un pattern ricorrente episodico.

Dovranno poi essere valutate la localizzazione del sintomo, la sua tipologia e la sua intensità. Nel bambino l'emicrania è spesso bilaterale frontale o temporale, nella TTH il dolore è invece più diffuso; pertanto una cefalea esclusivamente unilaterale in un paziente pediatrico può essere suggestiva per una forma secondaria. Per quantificare la severità della cefalea si utilizzeranno le scale standardizzate di valutazione del dolore, scegliendo la più appropriata in base all'età del paziente.

In caso di episodi ricorrenti di cefalea, quantificare il dolore ogni volta è importante per valutare l'eventuale peggioramento del sintomo: casi con intensificazione del dolore o della frequenza della cefalea vengono definiti come cronici progressivi e richiedono particolare attenzione poiché spesso sottendono patologie severe come tumori cerebrali, idrocefalo, ascesso cerebrale, aneurismi e malformazioni vascolari.[2]

Nel corso dell'anamnesi è utile indagare l'eventuale presenza di particolari circostanze che possono associarsi alla comparsa del sintomo, o che ne causano il peggioramento come eventi emotivamente stressanti, attività (fisica o di altro tipo), ingestione di particolari cibi e privazione di sonno.

Di aiuto per giungere alla corretta diagnosi è conoscere l'eventuale presenza di sintomi di accompagnamento (come ad esempio nausea, vomito, fonofobia, fotofobia, sintomi visivi, alterazione di forza e/o sensibilità, alterazione della vista, ecc.). Può essere difficile distinguere i sintomi tipici dell'aura emicranica da quelli che possono accompagnare una forma secondaria, in particolare di tipo vascolare intracranico. Il pattern temporale può essere d'aiuto nel discernere l'eziologia: tipicamente l'aura si rende evidente nel corso di minuti ed ha una durata dai cinque ai sessanta minuti circa per cui l'insorgenza più rapida o la maggiore durata possono suggerire una forma secondaria.

È importante inoltre raccogliere una accurata anamnesi patologica recente e remota per indagare potenziali cause di forme secondarie come ad esempio traumi, episodi infettivi, patologie croniche.

Conoscere la presenza di familiarità per forme primarie è un dato utile: soprattutto nel sospetto di emicrania, la familiarità è un fattore di rischio che supporta la diagnosi; l'indagine dovrebbe includere i familiari sia di primo sia di secondo grado.

È poi importante raccogliere una accurata anamnesi farmacologica indagando sia in merito ad eventuali

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.147.69.132 Sat, 27 Jul 2024, 12:00:18

Il trauma cranico è frequente in età pediatrica e la cefalea è il più comune sintomo riferito successivamente; non rappresenta necessariamente un segnale di allarme, a meno che non si presenti con andamento ingravescente.

terapie croniche assunte dal paziente, sia sul ricorso a farmaci al bisogno per contrastare il dolore, facendo attenzione al dosaggio utilizzato, alla frequenza di assunzione e all'effetto ottenuto.

L'esame obiettivo accurato è fondamentale per poter porre una corretta diagnosi: in particolare sarà volto a cogliere elementi potenzialmente suggestivi per forme secondarie, soprattutto nell'ottica di identificare quelle pericolose. Bisogna valutare i parametri vitali, come pressione arteriosa e temperatura corporea, la palpazione dei seni paranasali, la ricerca di rigidità nucale, l'esame della cute per evidenziare eventuali discromie suggestive per patologie neurocutanee (come la neurofibromatosi di tipo 1 o la sclerosi tuberosa) che si associano a maggior rischio di tumori cerebrali e idrocefalo. Nelle cefalee primarie generalmente l'esame obiettivo generale e quello neurologico sono normali: non bisogna trascurare il fatto che alcune forme primarie si associano a segni caratteristici come ad esempio dolore evocato dalla palpazione dei muscoli del collo nei pazienti con TTH, mentre congestione nasale, rinorrea, miosi, ptosi, emorragia congiuntivale possono essere presenti nelle cefalee a grappolo.

L'esame obiettivo neurologico è volto a valutare il livello di coscienza del paziente, la funzionalità dei nervi cranici, il tono, la forza, la coordinazione, la deambulazione, la sensibilità ed i riflessi. La maggior parte dei pazienti con cefalea secondaria pericolosa ha alterazioni dell'obiettività neurologica piuttosto evidenti come alterazione dello stato di coscienza, movimenti oculari anomali, atassia, emiparesi.[2]

Cefalea secondaria pericolosa e come riconoscerla: le red flags

Compito primario del pediatra che valuta un bambino con cefalea è identificare prontamente una cefalea "pericolosa", che richieda pertanto ulteriori accertamenti in regime di urgenza.

Le red flags anamnestiche e dell'obiettività (riportate nella Tabella 5) rappresentano i segnali di allarme suggestivi per una cefalea secondaria potenzialmente a rischio di vita e dunque meritevole di ulteriori approfondimenti diagnostici[1,8].

In particolare la sola presenza di una o più anomalie all'esame obiettivo neurologico costituisce un'indicazione all'esecuzione di indagini neuroradiologiche in urgenza.[3,4]

Alcune red flags sono state messe in dubbio dalla più recente letteratura, come la localizzazione occipitale del dolore, soprattutto se non associata ad altri fattori di rischio[9].

Cause potenziali di cefalea pericolosa sono infezioni del sistema nervoso centrale, tumori cerebrali, idrocefalo, stroke ischemico o emorragico e malfunzionamento di shunt ventricolo-peritoneale.

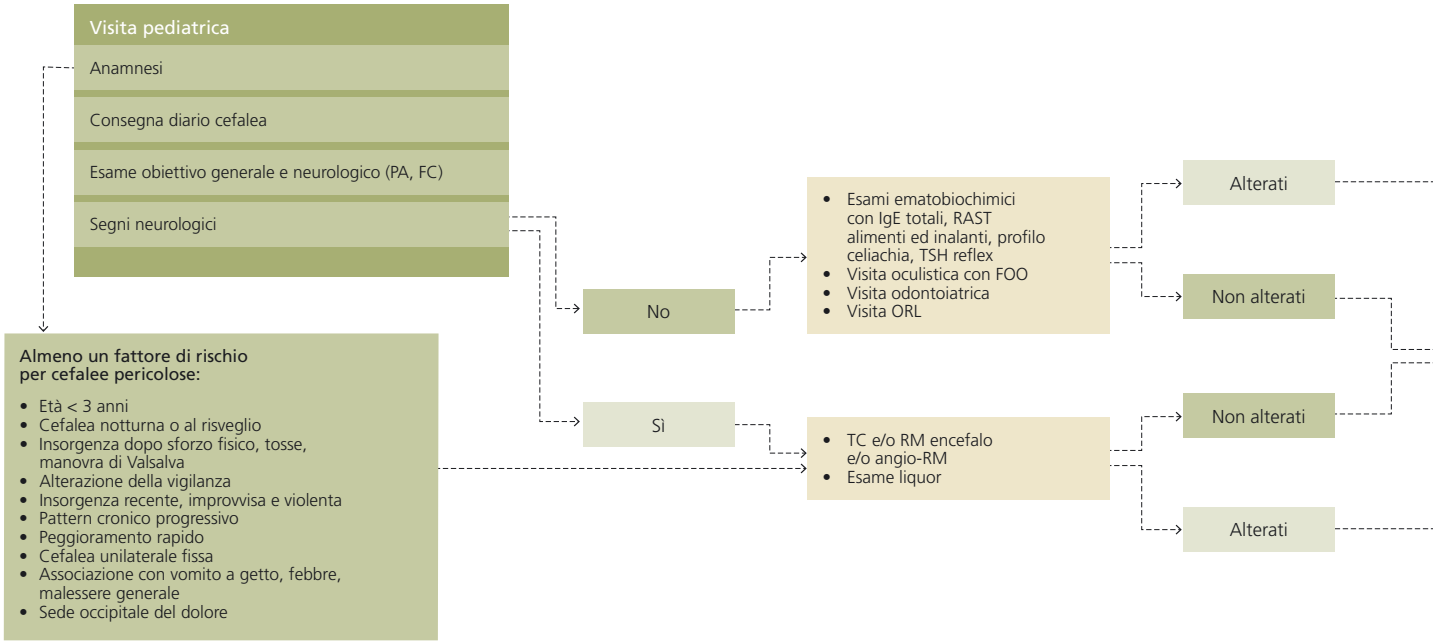
Indagini diagnostiche: quali e quando

L'esecuzione di indagini di laboratorio non è indicata nella valutazione routinaria del bambino con cefalea ricorrente: non vi sono infatti evidenze che possa essere di supporto nella diagnosi di cefalee pri-

Tabella 5. Red flags della cefalea secondaria.

- Età inferiore a tre anni
- Cefalea notturna o al risveglio
- Insorgenza dopo sforzo fisico, tosse o manovra di Valsalva
- Alterazione della vigilanza
- Insorgenza recente, improvvisa e violenta
- Pattern cronico progressivo
- Peggioramento rapido
- Cefalea unilaterale fissa
- Associazione con vomito a getto, febbre, malessere generale
- Sede occipitale del dolore
- Convulsioni
- Segni meningei
- Movimenti oculari anomali; strabismo; nistagmo
- Asimmetria di forza e/o sensibilità
- Disturbi della marcia o dell'equilibrio.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.147.69.132 Sat, 27 Jul 2024, 12:00:18



marie[3] o nella diagnosi eziologica di forme secondarie (tranne alcune eccezioni come ad esempio nelle forme attribuibili ad esposizione a sostanze, celiachia, anemia, patologie tiroidee).

Lo studio elettroencefalografico non è parimenti raccomandato nella valutazione rutinaria del paziente con cefalea, in quanto non in grado di distinguere forme primarie da forme secondarie, né di supportare una diagnosi eziologica.[3] L'indicazione ad eseguire un elettroencefalogramma (EEG), che dovrebbe essere a discrezione dello specialista neuropsichiatra infantile, rimane per i casi di cefalea in cui sono presenti elementi sospetti per crisi epilettica, nei casi di aura visiva atipica (per distinguere un'aura emicranica da una crisi epilettica occipitale) o qualora la cefalea si associ ad alterazione dello stato di coscienza.[8]

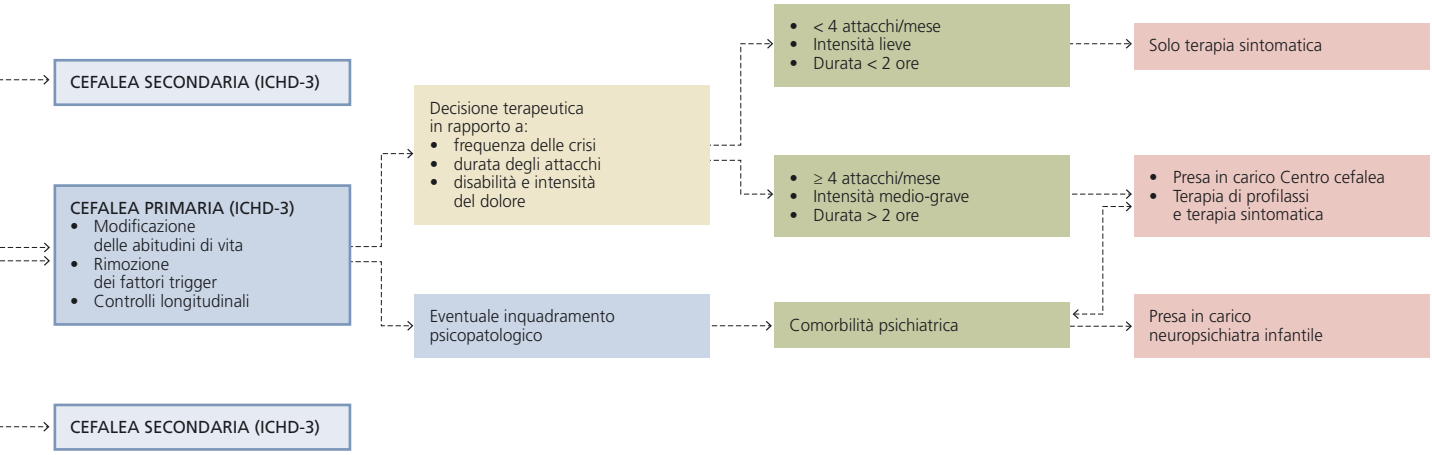
La puntura lombare resta una indagine riservata a situazioni particolari con un chiaro sospetto diagnostico di meningite, di cefalea da bassa pressione liquorale, di ipertensione endocranica idiopatica o di emorragia subaracnoidea.[7]

Il ricorso alla consulenza dello specialista neuropsichiatra infantile può essere di aiuto, soprattutto nei casi dubbi con sintomi poco chiaramente inquadrabili in una precisa tipologia di cefalea.

Lo studio neuroradiologico non è raccomandato nei pazienti con cefalea ricorrente ed esame obiettivo neurologico regolare.[3] L'American Academy of Neurology e la Child Neurology Society raccomandano l'esecuzione di indagini neuroradiologiche nei pazienti con cefalea ed esame obiettivo neurologico patologico (segni neurologici focali, segni di aumentata pressione intracranica, significativa alterazione dello stato di coscienza), in caso di compresenza di convulsioni, o qualora coesistano dati anamnestici suggestivi per cefalea pericolosa ("red flags"), in particolare esordio recente di cefalea severa e/o presentazione di una tipologia di cefalea differente dal pattern abituale.[3]

Istruire il bambino e la sua famiglia sulla corretta gestione domiciliare della cefalea, in particolare sulla terapia analgesica, permetterà sia di evitare ritardi nella sua somministrazione sia il rischio di abuso di farmaci.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.147.69.132 Sat, 27 Jul 2024, 12:00:18



Le indagini radiologiche più utili nello studio del paziente con cefalea sono computed tomography (CT) e magnetic resonance imaging (MRI). L'esecuzione di entrambe può esporre il paziente pediatrico a rischi, seppur differenti: la CT espone i bambini a radiazioni ionizzanti, mentre la MRI richiede, specialmente nei bambini di età inferiore ai sei anni, sedazione o anestesia generale per consentirne una corretta esecuzione. La MRI è la metodica di scelta nello studio dei pazienti con cefalea, in quanto non espone i bambini a radiazioni ionizzanti e possiede una maggiore risoluzione. La difficoltà ad effettuare una MRI in emergenza presso molti presidi di Pronto soccorso rende la TC la metodica preferenziale in regime di urgenza.[2,7] In base all'urgenza della clinica e alle tempistiche per eseguire una MRI, il pediatra valuterà l'opportunità di posticipare l'indagine neuroradiologica. Particolare attenzione nella scelta dell'indagine da eseguire deve essere posta nei casi di sospetto stroke ischemico: la CT è di limitata utilità in quanto ne identifica soltanto la metà e necessita di essere ripetuta a distanza di tempo; la MRI in urgenza è l'indagine di elezione nel sospetto di stroke ischemico.[2]

Gestione terapeutica del bambino con cefalea

Il trattamento della cefalea dipende in primo luogo dalla sua eziologia: nelle cefalee secondarie l'identificazione ed appropriata gestione della causa scatenante possono risolvere completamente la sintomatologia dolorosa come ad esempio antipiretico in caso di virosi febbrile, antibioterapia nella sinusite, antistaminico nella rinite allergica, ecc. Nell'attacco acuto di cefalea, indipendentemente dalla causa, è previsto l'utilizzo di terapia sintomatica che va somministrata il più rapidamente possibile. Nel paziente pediatrico gli analgesici di prima scelta sono il paracetamolo per os al dosaggio di 15 mg/kg e l'ibuprofene per os al dosaggio di 10 mg/kg.[2] L'utilizzo dell'ibuprofene è controindicato in tutti i casi di sospetto sanguinamento cerebrale in atto. In caso di fallimento della terapia di prima scelta, nel paziente emicranico può essere preso in considerazione l'utilizzo di altri FANS o del sumatriptan spray nasale 10 mg (per pazienti di età superiore a 12 anni). Nel caso in cui la nausea e/o il vomito associati alla cefalea siano molto intensi è consigliato l'uso di antiemetici. Da non trascurare è il beneficio che il riposo in un ambiente silenzioso e buio può apportare alla sintomatologia dolorosa, soprattutto nel paziente emicranico;[2] infine un utile tentativo, per l'attacco acuto, può essere la somministrazione di magnesio 200 o 400 mg secondo l'età.

Istruire il bambino e la sua famiglia sulla corretta gestione domiciliare della cefalea, soprattutto nel paziente con forme acute ricorrenti; in particolare l'educazione dei familiari verterà sul fornire corrette istruzioni circa l'utilizzo della terapia analgesica, in modo da evitare da un lato ritardi nella sua somministrazione e dall'altro →

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.147.69.132 Sat, 27 Jul 2024, 12:00:18

La cefalea può segnalare un concreto disagio emotivo con importanti ripercussioni sul comportamento e sull'umore: va indagato a 360 gradi.

il rischio di abuso di farmaci che cronicizza e peggiora la cefalea: per il paracetamolo non bisogna superare 15 somministrazioni al mese; per i FANS non superare 10 somministrazioni al mese.

Raccomandare la corretta compilazione di un diario cefalea in cui annotare oltre al numero degli attacchi di cefalea e l'assunzione di farmaci anche eventuali fattori scatenanti e per le femmine i giorni del ciclo mestruale.

Se gli attacchi di cefalea di media o forte intensità sono pari o superiori a 4 al mese per almeno due mesi, iniziare, come primo approccio, un trattamento profilattico non farmacologico con nutraceutici10 (partenio, magnesio, vitamina B2, coenzima Q10, triptofano, ecc. isolati o in varie associazioni) per cicli di 3–4 mesi.

In caso di inefficacia è consigliabile invio del bambino presso specialista o centro cefalea per profilassi farmacologica (Figura 1).

Cefalea: qualità e stili di vita

Spesso i bambini che soffrono di mal di testa sono sovraccarichi di impegni scolastici ed extrascolastici; hanno pochi momenti di puro svago e tempi 'vuoti'; vanno a letto tardi e dormono poco; è presente un'alimentazione poco sana (uso eccessivo di merendine, "cibo spazzatura", cioccolato, insaccati, glutammato di sodio, tè, caffè, bevande a base di cola, aspartame) e di corsa; talora saltano la colazione o non mangiano a sufficienza con la conseguenza che a metà mattina arriva il calo di zuccheri che, in bambini predisposti, può scatenare un mal di testa; bevono poca acqua; trascorrono troppe ore davanti a tv, smartphone, tablet o videogiochi; praticano poca attività fisica.

La cefalea può essere segnale concreto di disagio emotivo che può recare importanti modificazioni comportamentali e umorali: vanno indagate e risolte, con l'aiuto dello psicologo, problematiche scolastiche, relazionali o familiari.

Migliorare la qualità della vita è la più efficace delle profilassi delle cefalee ■

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse.

Bibliografia

1. **Özge A, Termine C, antonacci F, NatriashviliS, GuidettiV, Wöber-Bingöl C.** Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis. J Headache Pain 2011;12:13-23.
2. **Papetti L, Capuano A, Tarantino S, Vigevano F, Valeriani M.** Headache as an emergency in children and adolescents. Curr Pain Headache Rep 2015;19:3.
3. **Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, *et al*.** Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology 2002;59:490-8.
4. **Kelly M, Strelzik J, Langdon R, DiSabella M.** Pediatric headache: overview. Curr Opin Pediatr 2018;30:748-54.
5. **Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)**. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalgia 2018;38:1-211.
6. **Straube A, Heinen F, Ebinger F, von Kries R.** Headache in school children: prevalence and risk factors. Dtsch Arztebl Int 2013;110:811-8.
7. **Alfonzo MJ, Bechtel K, Babineau S.** Management of headache in the pediatric emergency department. Pediatr Emerg Med Pract 2013;10:1-25.
8. **Toldo I, Sartori S, De Carlo D, Battistella PA.** Headache in pediatric emergency department. Gior Neuropsich Età Evol 2012;32:17-22.
9. **Genizi J, Khourier Matar A, Assaf N, Christyakov I, Srugo I.** Occipital headaches in children: are they a red flag? J Child Neurol 2017;32:942-6.
10. **Moscano F, Guiducci M, Maltoni L, *et al*.** An observational study of fixed-dose Tanacetum parthenium nutraceutical preparation for prophylaxis of pediatric headache. Ital J Pediatr 2019;45:36.