

CEFALEE IN ETÀ EVOLUTIVA

Headache disorders in children and adolescents

F. Zellini
R. Guerrini

Neurologia Pediatrica, Ospedale Meyer e Università di Firenze

INTRODUZIONE

La cefalea è un disturbo relativamente comune nei bambini, con una prevalenza che raggiunge il 37% in età scolare. La prevalenza delle cefalee primarie al 5° anno di vita è del 19,5% (variabile da un minimo del 4,3% in bambini di 3 anni, a un massimo del 21,9% a 5 anni di età); al 7° anno è compresa tra il 37 e il 51,5%; nell'età compresa tra 7 e 15 anni varia dal 57 all'82%⁵. Queste indicazioni epidemiologiche non sempre hanno considerato il numero degli episodi.

Se ci si pone su una prospettiva opposta di età, vediamo come il 40-50% degli adulti con emicrania riconduca i primi sintomi all'età evolutiva. È inoltre stato affermato che un'opportuna e precoce terapia possa più facilmente determinare una remissione o un miglioramento in un gran numero di piccoli pazienti, ma difficilmente ottenere risultati simili nell'adulto¹.

I tipi più frequenti di cefalea primaria, anche nel bambino e nell'adolescente, sono l'emicrania e la cefalea tensiva^{3,6}. A seconda degli studi, si stima che nella popolazione pediatrica generale la prevalenza della cefalea tensiva sia pari o di poco superiore a quella dell'emicrania.

Come nell'adulto le cefalee vengono distinte in cefalee primarie, per le quali il sintomo è anche la malattia e derivano da meccanismi intrinseci al sistema nervoso centrale, e cefalee secondarie, attribuibili direttamente ad un'altra causa, per le quali il sintomo è correlato a patologie del sistema nervoso centrale o sistemiche. Le cefalee primarie rappresentano fino al 90% dei casi che giungono all'osservazione clinica. La cefalea può avere un carattere invalidante anche in età evolutiva, con riflessi sulla vita familiare e sull'efficienza nelle attività scolastiche, tale da configurare una malattia sociale. Deve pertanto essere sempre considerato l'eventuale riflesso negativo sulla vita ludica e scolastica del bambino e dell'adolescente con cefalea, ma anche il riflesso sui genitori, per le preoccupazioni e l'impegno che ne consegue.

Alla luce di queste considerazioni si impongono sia una diagnosi precoce che un adeguato trattamento della cefalea in età evolutiva. I criteri diagnostici dalla vigente classificazione dell'*International Headache Society* (IHS) sono basati su riscontri clinici ed epidemiologici, a causa della non completa conoscenza dei meccanismi fisiopatologici e della mancata individuazione di "markers" biologici specifici. La classificazione dell'IHS, l'ICHD-II², include i criteri clinici per porre la diagnosi dei vari tipi di cefalea distinti in vari sottocapitoli. Nella classificazione ICDH-II le

cefalee primarie (emicrania, cefalea tensiva, cefalea a grappolo e altre cefalee primarie meno comuni) sono definite sulla base del profilo sintomatologico e sul pattern degli attacchi cefalalgici ⁶.

L'inquadramento diagnostico è un momento fondamentale del percorso clinico. La presentazione clinica differisce rispetto alla cefalea nell'adulto, e dipende strettamente dall'età del bambino. Un buon inquadramento è volto inizialmente al precoce riconoscimento delle forme secondarie, che possono includere neoplasie cerebrali, meningiti, trombosi venosa cerebrale, emorragia sub aracnoidea, encefalo-milite acuta disseminata (ADEM). Una accurata anamnesi e l'esame obiettivo neurologico devono guidare verso l'eventuale richiesta di esame neuroimaging cerebrale (TC o RM), che risulta indicato in presenza di un decorso ingravescente, di una localizzazione occipitale del dolore, di segni neurologici associati o di vomito e se non vi è risposta ai comuni farmaci antidolorifici.

Il bambino spesso non è in grado di fornire una precisa descrizione della cefalea e, in particolare in al di sotto dei 5-6 anni di età, di grande aiuto diagnostico può essere l'osservazione del comportamento. Il bambino può presentarsi meno reattivo o irritabile, può essere pallido e con occhi socchiusi, può infine manifestare un disequilibrio (sintomo spesso associato a cefalea di tipo emicranico ma potenzialmente indicativo di massa espansiva in fossa cranica posteriore).

A un corretto inquadramento diagnostico, e in presenza di una cefalea primaria, fa seguito un corretto management, che include principalmente il trattamento farmacologico e l'intervento ambientale. Una caratteristica delle cefalee primarie in età pediatrica è l'importante effetto prodotto da un ambiente domestico disfunzionale o da eccessiva preoccupazione del bambino, o dell'adolescente, nei confronti dell'ambiente scolastico. Non considerare questi

fattori determina un eccessivo uso di farmaci. In età adolescenziale una cefalea cronica può inoltre nascondere un disturbo dell'umore, il cui sospetto diagnostico deve emergere al fine di avviare un corretto iter psicodiagnostico e terapeutico.

Rispetto alla cefalea dell'età adulta sono molto minori i trial clinici disponibili sull'utilizzo di farmaci antidolorifici per la fase acuta così come di farmaci somministrati con finalità profilattiche. I risultati di efficacia sono scarsi sia a causa del rilevante effetto placebo riscontrato nei trial clinici (efficacia media del 50% sul trattamento acuto del dolore) ³, sia dell'importante effetto dei fattori ambientali, in particolare sulla prevenzione degli attacchi acuti. Le terapie disponibili sono pertanto limitate. In particolare, per il trattamento acuto dell'emicrania in età evolutiva solo per l'ibuprofene e il paracetamolo sono disponibili dati sufficienti riguardo sia alla sicurezza che all'efficacia (rispettivamente: classe di evidenza I, livello A e classe di evidenza I, livello B). Il Sumatriptan (ed in particolare la formulazione spray nasale) è l'unico agonista 5HT₁ la cui efficacia e sicurezza è provata in bambini e adolescenti con emicrania, ed è attualmente indicato in Italia per il trattamento dell'attacco acuto di emicrania in soggetti con età superiore a 12 anni di età (Classe I, livello A) ³. L'utilizzo di terapie di profilassi è subordinato nei bambini a un corretto controllo sui triggers ambientali, e la decisione verso una terapia farmacologica deve essere valutata anche in relazione alla limitazione delle attività del bambino causata dalla cefalea. Nei bambini è spesso molto difficile differenziare una vera cefalea da un comportamento che esprime una richiesta di aiuto o un aspecifico stato di insofferenza. Il conseguente rischio di somministrare con eccessiva facilità terapie per l'attacco acuto, o di intraprendere una inutile profilassi, possono essere evitate attraverso una corretta educazione dei genitori.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Guidetti V, Galli F. *Evolution of headache in childhood and adolescence: an 8-year follow-up*. Cephalalgia 1998;18:449-54.
- ² Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition*. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):9-160.
- ³ Lewis D, Ashwal S, Hershey A, et al. *Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society*. Neurology 2004;63:2215-24.
- ⁴ *Linee guida per la diagnosi e la terapia della cefalea giovanile*. Approvate da: Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (S.I.S.C.), Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (S.I.N.P.I.A.), Società Italiana dei Clinici del Dolore (S.I.C.D.), 2003;V(Suppl 1).
- ⁵ Raieli V, Eliseo M, Pandolfi E, et al. *Recurrent and chronic headaches in children below 6 years of age*. J Headache Pain 2005;6:135-42.
- ⁶ Winner P, Powers SW, Kabbouche MA, et al. *Diagnosing and managing headache in children*. Hamilton, Ontario: Bc Decker Inc. 2007.

Corrispondenza: Renzo Guerrini, Clinica di Neurologia Pediatrica, Ospedale Meyer, Università di Firenze, viale Pieraccini 24, 50139 Firenze - E-mail: r.guerrini@meyer.it