

LA FLOW CHART DIAGNOSTICA NELLA CEFALEA PEDIATRICA

The Diagnostic Flow Chart in the paediatric headache

G. Mazzotta
B. Gallai*
S. Mazzotta**

UOC "Neuropsichiatria e dell'Età Evolutiva", ASL 04 Terni; * Ricamatore confermato, Università di Perugia; ** Medico Specializzando, Università Parma

RIASSUNTO

Nel presente lavoro gli autori illustrano gli elementi fondamentali nell'iter diagnostico dei minori con cefalea ricorrente. Nel contesto dell'attività clinica, svolta nei Centri Cefalee o negli ambulatori dedicati alla patologia, la "flow chart" inserita nelle "Linee guida per la diagnosi e la terapia della cefalea in età evolutiva", pubblicate nel 2003, e riportata nel presente lavoro, ha trovato validità pratica nel processo diagnostico e decisionale dei minori con cefalea.

SUMMARY

In the present work the authors illustrate the essential aspects of the clinical procedure in the diagnosis of children and adolescents with recurrent headache. In the context of routine clinical activity among dedicated headache services and centers, the diagnostic "flow chart" included in the "Diagnostic and therapeutic guidelines" published in 2003 and presented in our paper, has found a useful application in diagnostic decisional procedures and in the therapeutic decision making process.

Varie ricerche epidemiologiche hanno evidenziato come le cefalee primarie, in particolare le forme emicraniche, esordiscono spesso in età evolutiva¹⁻³. La cefalea anche in età pediatrica riveste un carattere disabilitante e va considerata come malattia sociale in quanto comporta riflessi negativi sia sulla vita ludica e scolastica del minore, che dei genitori del paziente cefalalgico, i quali non solo perdono ore lavorative per seguire il figlio, ma sono sottoposti anche a stress psicofisico nell'affrontare la cefalea del minore⁴⁻⁶. Non esistendo marker biologici specifici per definire le cefalee primarie, sia in età adulta che in età evolutiva, e ricordando come attualmente per la diagnosi si faccia in riferimento ai criteri internazionali per la classificazione delle cefalee⁷, diventa importante usare, in clinica o nei centri per le cefalee o negli ambulatori dedicati alla patologia, linee guida operative per la diagnosi e le terapie. In Italia nel 2003⁸ sono state pubblicate le "Linee guida per la diagnosi e la terapia della cefalea giovanile", approvate dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), dalla Società Italiana dello Studio delle cefalee (SISC) e dalla Società Italiana dei Clinici del Dolore (SINCD). Le linee guida, illustrate in vari incontri formativi, organizzati dalla Società Italiana per lo studio delle cefalee (SISC) e nei vari congressi scientifici della SINPIA, della SISC e SINCD, hanno determinato una prassi operativa comune nei vari centri italiani con risultati interessanti in alcune ricerche policentriche⁹⁻¹² e tuttora, a distanza di tempo, mantengono validità scientifica. Nel presente articolo, in rapporto alle più recenti indicazioni della letteratura, verrà esposto l'iter diagnostico migliore per i minori con cefalea primaria, essendo la modalità di approccio al minore nel setting ospedaliero dell'urgenza^{13,14},

PAROLE CHIAVE

Cefalea pediatrica - Flow chart diagnostica

KEY WORDS

Paediatric headache - Diagnostic flow chart

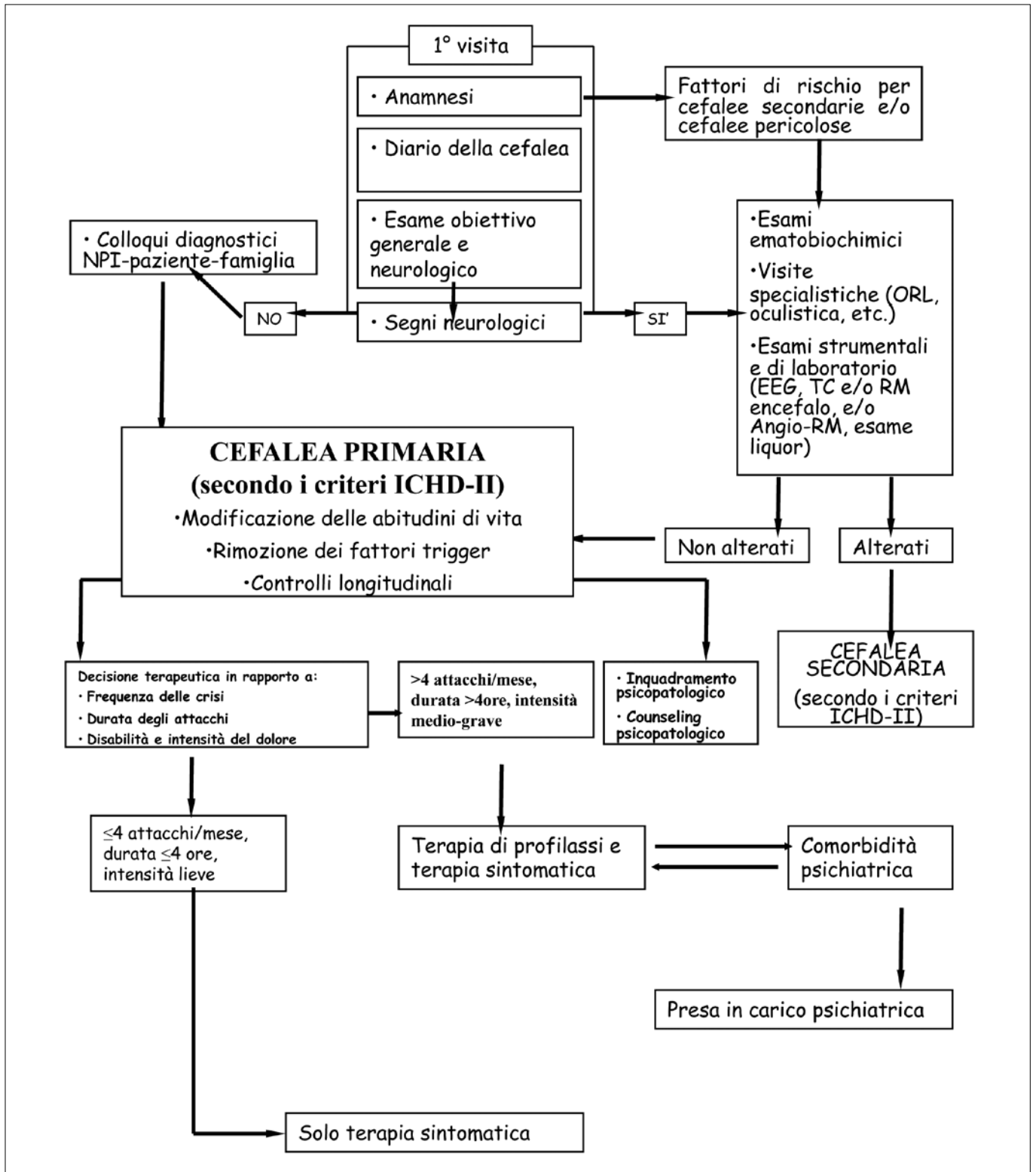


Fig. 1. Flow chart.

differente da quello per i minori con cefalea ricorrente di tipo primario, quali l'emicrania o le forme tensivo, che afferiscono agli ambulatori o centri per le cefalee. Nella Figura 1 è illustrato schematicamente l'iter diagnostico approvato dall'Ad Hoc Committee per la stesura delle linee guida per la diagnosi e terapia della cefalea pediatrica⁸. Elencando per sommi capi l'iter diagnostico occorre sottolineare come l'anamnesi del paziente sia l'elemento prioritario della 1° visita. Le informazioni anamnestiche, in rapporto all'età del minore, devono essere raccolte mediante colloquio con il minore, valutando caso per caso la necessità di assistenza da parte del genitore o dell'adulto, che accompagna il bambino alla visita.

La raccolta anamnestica deve essere orientata a verificare che la cefalea soddisfi i criteri ICHD per la diagnosi di cefalea primaria e ricercare informazioni aggiuntive al fine di migliorare il livello sensibilità e specificità dei criteri ICHD per l'emicrania con e senza aura e la cefalea di tipo tensivo. A questo riguardo occorre ricordare come sia importante nell'orientamento clinico avere informazioni sulla familiarità per il disturbo¹⁴⁻¹⁵ e conoscere eventuali fattori scatenanti o favorenti come alimenti, variazioni nel ritmo sonno-veglia, stressor, life events, o situazioni antecedenti quali le chinetosi o le sindromi periodiche¹⁶⁻¹⁹. È fondamentale l'uso di un "Diario", che descriva le caratteristiche principali della cefalea per un periodo di tempo sufficiente per inquadrare secondo i criteri internazionali il tipo di cefalea. Nella raccolta anamnestica degli attacchi dolorosi, che viene fatta prevalentemente con il minore,

si può richiedere l'aiuto dei genitori per integrare le notizie mancanti o il minore può usare il disegno per raccontare la sua cefalea. Nel colloquio anamnestico con gli adulti è importante identificare eventuali fattori di rischio per forme di cefalea secondaria e pericolosa (Fig. 2) la cui presenza suggerisce l'opportunità di esami strumentali laboratoristici, neurofisiologici, neuroradiologici e visite specialistiche.

Nella flow chart l'elenco degli esami non indica la sequenza con cui devono essere fatti, ma è lo specialista medico che sceglierà l'esame strumentale ritenuto più adeguato, privilegiando le procedure non invasive.

Nelle linee guida⁸ l'Ad Hoc Committee aveva usato per le indagini neurofisiologiche (elettroencefalogramma, potenziali evocati visivi, Test d'ischemia, etc.) e per le visite specialistiche (ORL, oculistica, odontoiatrica) una raccomandazione di segno debole (+), mentre aveva graduato l'importanza del diario clinico, della misurazione della Pressione Arteriosa e dell'esame obiettivo neurologico con segno forte (+++). Le acquisizioni della letteratura nell'ultimo decennio non hanno portato a modificare tale tipo di raccomandazione¹³⁻²⁰⁻²². Per quanto riguarda gli esami neuroradiologici l'Ad Hoc Committee aveva dato raccomandazione forte (+++) per i pazienti che presentavano segni neurologici e per quelli con fattori di rischio aggiuntivo per cefalea secondaria e pericolosa e aveva espresso una raccomandazione di segno intermedio (++) per i cefalalgici con obiettività clinica negativa, ma con sintomatologia neurologica (es. aura visiva, sensoriale, etc). Questa indicazione

CEFALEE SECONDARIE	CEFALEE PERICOLOSE
<p>Anamnesi familiare positiva per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aneurismi del circolo cerebrale e/o MAV • Ictus o Tia, in particolare forme giovanili • Malattie ematologiche e/o difetti della coagulazione <p>Anamnesi personale positiva per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disturbi ORL (sinusopatie, dismorfismi del naso e dei seni, ecc.) • Disturbi odontoiatrici (malocclusione, alterazione dell'ATM., ecc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Esordio della cefalea a carattere improvviso e violento, • Peggioramento delle caratteristiche del dolore in breve tempo, • Cambiamento del normale pattern cefalalgico, • Presenza di risvegli notturni, causati dalla cefalea, • Associazione alla cefalea di vomito a getto, febbre e malessere fisico generale, • Cefalea unilaterale fissa, • Insorgenza del dolore dopo sforzi fisici, • Soggetto con età pari o inferiore a 3 anni

Fig. 2. Fattori di rischio per forme di cefalea secondaria o pericolosa.

è in linea con lavori della letteratura che sottolineano come nei pazienti con cefalea acuta nei dipartimenti di emergenza l'indagine neuroradiologica sia fondamentale per escludere patologie neurologiche in fase acuta, mentre nelle forme di cefalea ricorrente ricorrente le indagini neuroradiologiche non sono elementi prioritari. Nelle forme primarie, infatti, vengono talvolta individuate alterazioni, che sebbene presenti in circa il 4% dei minori con cefalea, non sono la causa determinante del quadro clinico^{11 23-25}.

Nella flow chart è suggerito anche l'approccio terapeutico in rapporto alla disabilità, alla frequenza (numero) degli attacchi mensili, alla loro durata (ore). Per la disabilità uno strumento valido è la PedMidas²⁶ che indica con grado 0 nessuna disabilità e

gradua con i livelli I-III la disabilità in forma lieve, moderata e grave. Il grado di disabilità, associato alla frequenza degli attacchi ed alla loro durata, determina poi la scelta farmacologica della terapia sintomatica oppure della terapia profilattica, associata alla sintomatica. Nella terapia delle forme croniche diventa importante poi, come indicato nella flow chart non solo una valutazione psicologica, ma una presa in carico di tipo psichiatrico in accordo ai lavori presenti in letteratura^{27 28}.

In conclusione gli elementi indicati nella flow chart trovano riscontro valido anche nelle review più recenti^{29 30} e possono essere uno schema sintetico, che facilita il processo decisionale dello specialista nell'iter diagnostico delle forme di cefalea ricorrente.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Egermark-Erikson I. *Prevalence of headache in Swedish schoolchildren*. Acta Paed Scand 1982;71:135-40.
- 2 Linet MS, Stewart W, Celentano D, et al. *An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults*. JAMA 1989;261:2211-6.
- 3 Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, et al. *Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors*. JAMA 1992;267:64-9.
- 4 Passchier J, Orlebeke JF. *Headaches and stress in schoolchildren and epidemiological study*. Cephalalgia 1985;5:167-76.
- 5 Bandell-Hoekstra I, Abu-Saad H, Passchier J, et al. *Recurrent headache, coping and quality of life in children: a review*. Headache 2000;40:357-70.
- 6 Holmes WF, MacGregor A. *Migraine-related disability: impact and implications for sufferers' lives and clinical issues*. Neurology 2001;56:S13-9.
- 7 *The International Classification of headache disorders: 2nd edition*. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):9-160.
- 8 Mazzotta G. *Iter diagnostico della cefalea giovanile*. In: *Linee guida per la diagnosi e la terapia della cefalea giovanile*. Il Giornale S.I.S.C. 2003;V(Suppl 1):7-13.
- 9 Gallai B, Mazzotta G, Sarchielli P. *Pharmacological treatment of attacks in juvenile migraine. 3rd National Multidisciplinary formation course on headache*. J Headache Pain 2004;5:62-6.
- 10 Mazzotta G, Floridi F, Alberti A, et al. *Antiepileptic drugs in migraine prophylaxis. 3rd National Multidisciplinary formation course on headache*. J Headache Pain 2004;5:67-70.
- 11 Mazzotta G, Floridi F, Gallai B. *The role of neuroimaging in the diagnosis of headache in childhood and adolescence: a multicentre study*. Neurol Sci 2004;25:265-6.
- 12 Mazzotta G, Gallai B, Mattioni A, et al. *Cost assessment of headache in childhood and adolescence: preliminary data*. J Headache Pain 2005;6:281-3.
- 13 Lewis DW, Qureshi FA. *Acute headache in the pediatric emergency department*. Headache 2000;40:200-3.
- 14 Scagni P, Pagliero R. *Headache in an Italian paediatric emergency department*. J Headache Pain 2008;9:83-7.
- 15 Russell MB. *Genetic epidemiology of migraine and cluster headache*. Cephalalgia 1997;17:683-701.
- 16 Battistella PA, Fiumana E, Binelli M, et al. *Primary headaches in preschool age children clinical study and follow-up in 163 patients*. Cephalalgia 2006;26:162-71.
- 17 Smetana GW. *The diagnostic value of historical features in primary headache syndromes. A comprehensive study*. Arch Intern Med 2000;160:2769-77.
- 18 Grunfeld E, Gresty MA. *Relationship between motion sickness, migraine, and menstruation in crew members of a "round the world" yacht race*. Brain Res Bull 2000;47:433-6.
- 19 Abu-Arafeh I, Hamalainen M. *Childhood syndromes related to migraine*. In: Olesen J, Felt-Hansen P, Welch KMA, eds. *Headaches*. Philadelphia: Lippincott Williams-Wilkins 2000, pp. 517-523.
- 20 Valeriani M. *Is there a role of clinical neurophysiology in primary headache?* Clin Neurophysiol 2005;116:2717-8.
- 21 Piccinelli P, Borgatti R, Nicoli F, et al. *Relationship between migraine and epilepsy in pediatric age*. Headache 2006;46:413-21.
- 22 Parisi P. *Why is migraine rarely, and*

- not usually, the sole ictal epileptic manifestation? *Seizure* 2009;18:309-312.
- ²³ Lewis WD, Dorbad BS. *The utility of neuroimaging in the evaluation of children with migraine or chronic daily headache who have normal neurological examinations.* *Headache* 2000;40:629-32.
- ²⁴ Lewis WD, Donald W. *Toward the definition of childhood migraine.* *Curr Opin Pediatrics* 2004;16:628-36.
- ²⁵ Lateef TM, Grewal M, McClintock W, et al. *Headache in young children in the emergency department: use of computed tomography.* *Pediatrics* 2009;124:12-7.
- ²⁶ Hershey AD, Powers SW, Vockell AL, et al. *PedMIDAS: development of a questionnaire to assess disability of migraines in the children.* *Neurology* 2001;57:2034-9.
- ²⁷ Guidetti V, Galli F. *Psychiatric comorbidity in chronic daily headache: pathophysiology, etiology, and diagnosis.* *Curr Pain Headache Rep* 2002;6:492-7.
- ²⁸ Galli F, Patron L, Russo PM, et al. *Chronic daily headache in childhood and adolescence: clinical aspects and a 4-year follow-up.* *Cephalalgia* 2004;24:850-8.
- ²⁹ Winner P. *Pediatric Headache.* *Curr Opin Neurol* 2008;21:316-22.
- ³⁰ Ozge A, Termine C, Antonaci F, et al. *Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part 1: Diagnosis.* *J Headache Pain* 2011;12:13-23.

Corrispondenza: Giovanni Mazzotta, U.O. Complessa di Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva, viale VIII Marzo 7, 05100 Terni - E-mail: mazzogio@unipg.it, giovanni.mazzotta@asl4.terni.it