

Il Bambino con il Mal di testa

Dott. Piero Pavone Unità Operativa di Pediatria ed Emergenza Pediatrica, AUO Policlinico-Vittorio Emanuele, Università di Catania, Italia

Il mal di testa, o cefalea, è un sintomo molto frequente in età pediatrica, specialmente in età scolare. Alcune statistiche dimostrano che circa il 20% -30% dei bambini hanno mal di testa almeno una volta alla settimana e il 6% dei bambini può avere mal di testa più volte alla settimana, o addirittura tutti i giorni. La prevalenza di mal di testa nei bambini (8-12 anni di età) e adolescenti (13-17 anni) varia ampiamente a seconda della metodologia e dei criteri diagnostici applicati. Tassi di prevalenza annuali in bambini di età scolare, per l'emicrania e la cefalea di tipo tensivo è riportato essere del 3 -11% e del 1-24%, rispettivamente.

È importante, riconoscere i differenti tipi mal di testa, per la prognosi e la terapia e la tempistica delle indagini per indagare le possibili cause del malessere.

Esistono diversi tipi di mal di testa con evoluzione e implicazioni terapeutiche completamente diverse. La prima importante distinzione da fare è quella fra cefalee primarie e cefalee secondarie. Le prime sono legate a una predisposizione genetica, mentre nelle seconde il mal di testa è il sintomo di una malattia che deve essere identificato e curato.

Sono ascrivibili alle cefalee primarie la maggior parte dei tipi di mal di testa, soprattutto quelli in cui gli episodi del disturbo tendono a ripetersi. Sono cefalee primarie dell'età pediatrica:

- l'emicrania, con e senza aura;
- la cefalea tensiva;
- la cefalea a grappolo (rara in età pediatrica).

L'emicrania rappresenta la più frequente cefalea primaria del bambino, almeno fino all'adolescenza. È tipicamente legata ad una predisposizione genetica, testimoniata spesso dalla presenza di altri casi di emicrania nell'ambito della stessa famiglia. Può manifestarsi a qualsiasi età.

Alcuni episodi parossistici vengono definiti come equivalenti emicranici e comprendono:

- il vomito ciclico;
- i dolori addominali ricorrenti;
- le vertigini parossistiche benigne;
- il torcicollo parossistico;
- i dolori ricorrenti agli arti inferiori (comunemente noti come "dolori di crescita");
- il mal d'auto.

Il bambino più grande, invece, avverte in maniera dominante il mal di testa, generalmente di intensità medio-forte e di breve durata (anche 5-10 minuti). In alcuni casi il dolore interessa metà del capo ed è pulsante. Si possono associare sintomi di accompagnamento come:

- il fastidio per la luce (fotofobia);
- il fastidio per i rumori (fonofobia);

- il fastidio per gli odori (osmofobia):

E, ancora, nausea, vomito, dolori addominali e pallore. Inoltre, durante l'attacco emicranico il bambino appare particolarmente astenico, a volte sonnolento, e può accadere che egli interrompa le sue attività, anche quelle ludiche .

Nella forma di emicrania con aura -molto più rara rispetto alla comune emicrania senza aura- il mal di testa è preceduto, o accompagnato, da veri e propri sintomi:

- disturbo della vista (visione di luci, offuscamento della vista, perdita transitoria di parte del campo visivo);
- formicolii e riduzione della sensibilità di un arto o di metà del corpo;
- difficoltà a muovere un arto o metà del corpo;
- disturbo del linguaggio.

La cefalea tensiva colpisce per lo più nel periodo adolescenziale. In questo caso il dolore risulta generalmente di intensità medio-lieve, bilaterale e costrittivo -come una morsa- ed è solo eccezionalmente associato a fonofobia, fotofobia e nausea. L'adolescente sembra in grado di proseguire le sue attività.

La cefalea a grappolo è un terzo tipo di cefalea primaria, molto raro in età pediatrica. Si tratta di un mal di testa che si manifesta con episodi di dolore estremamente intenso, della durata di circa 30 minuti, a carico di una regione orbitaria. Spesso si associa a nausea, vomito, fonofobia e fotofobia, lacrimazione intensa, arrossamento congiuntivale, abbassamento della palpebra (ptosi) e ostruzione nasale. In questi bambini il dolore tende a ripetersi con notevole regolarità quotidianamente, per un periodo generalmente variabile fra i 15 e i 30 giorni.

Per quanto riguarda le cefalee secondarie, le malattie che possono causarle sono varie e di diversa gravità:

- sinusiti,
- infezioni delle prime vie aeree (sindromi influenzali, faringiti, riniti, eccetera);
- patologie infiammatorie meningo-encefalitiche;
- tumori cerebrali (comunque piuttosto rari in età pediatrica).

La nostra esperienza ha riguardato un gruppo di oltre 300 bambini e adolescenti ospedalizzati, affetti da cefalea, selezionati consecutivamente secondo i criteri ICHD II. Sono stati eseguiti i seguenti esami in tutti i pazienti: visita oftalmologica; RMN del cervello; EEG; ecocardiogramma e ECG; valutazione odontostomatologica ed otorinolaringoiatria, ECO TSA, ecografia addominale, e potenziali evocati visivo-uditivi in base ai segni clinici associati al mal di testa. Dal nostro lavoro e dai dati della letteratura, si evince che la maggior parte di questi esami può essere di scarso valore predittivo, mentre possono essere utili per la diagnosi quando presenti segni neurologici o amnestici fortemente predittivi. La risonanza magnetica cerebrale, l'EEG, le indagini oftalmologiche, sono pratiche diagnostiche utili perché possono rivelare un evento patologico precoce che può cambiare il significato prognostico del mal di testa. Possono, inoltre, alleviare in caso negativo l'ansia dei genitori.

References

Rothner AD. A practical approach to headache in childhood and adolescents. *Pediatric*

Annals 1991; 20: 200-205.

Parisi P, Vanacore N, Belcastro V, Carotenuto M, Del Giudice E, Mariani R,

Papetti L, Pavone P, Savasta S, Striano P, Toldo I, Tozzi E, Verrotti A, Raucci

U; "Pediatric Headache Commission" of Società Italiana di Neurologia Pediatrica

(SINP). Clinical guidelines in pediatric headache: evaluation of quality using

the AGREE II instrument. *J Headache Pain*. 2014 Sep 1;15:57

Kernick D and Campbell J. Measuring the impact of headache in children: a critical

review of the literature *Cephalalgia* 2008; 29: 3-16.

Pavone P, Rizzo R, Conti I, Verrotti A, Mistretta A, Falsaperla R, Pratico AD,

Grosso G, Pavone L. Primary headaches in children: clinical findings on the

association with other conditions. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2012

Oct-Dec;25(4):1083-91.