

CEFALEA

Cosa è?

La cefalea è una condizione molto comune nei bambini, con una prevalenza del 40-50% intorno ai 5 anni che arriva a 70 -75% intorno ai 15 anni. La maggior parte degli episodi di cefalea sono benigni e autolimitanti e possono essere diagnosticati sulla base di un'accurata anamnesi e di un attento esame obiettivo. I casi di cefalea causata da una patologia organica sono pochi, ma è importante riconoscerli in quanto si tratta spesso di bambini che richiedono un intervento terapeutico immediato (tumori cerebrali, idrocefalo, meningite, encefalite, ascesso cerebrale, ematoma subdurale, avvelenamento da piombo cronico, pseudotumor cerebri, malformazioni arterovenose, aneurismi, vasculiti, emorragia subaracnoidea, ictus).

Come si presenta:

Spesso la cefalea in età pediatrica è associata ad infezioni delle prime vie respiratorie, faringiti, sinusiti e gastriti.

Episodi di cefalea primaria possono essere riconducibili a emicrania (con aura, senza aura, sindromi periodiche infantili), di competenza del Neuropsichiatra Infantile (NPI).

All'anamnesi e all'esame obiettivo devono essere ricercati ed esclusi quegli elementi che possono indicarci la presenza di una patologia organica sottostante:

- Storia di trauma recente;
- Presenza di febbre senza una causa apparente;
- Vomito ripetuto;
- Cefalea persistente e resistente alla terapia antidolorifica o con caratteristiche nuove, frequenza e gravità crescente, notturna o delle prime ore del mattino;
- Cambiamenti di personalità;
- Vertigini;
- Deficit focali sensitivi o motori;
- Convulsioni;
- Alterazioni dello stato di coscienza;
- Papilledema o anomalie del campo visivo;
- Storia di patologie associate (pregresso intervento neurochirurgico, presenza di derivazione ventricolo-peritoneale, malformazione cerebrale, cardiopatia e pregressa patologia cerebrovascolare);
- Sintomi sistemici cronici (ad esempio la perdita di peso);
- Abuso di farmaci e/o sostanze.

Quali esami di laboratorio fare:

Non ci sono esami di laboratorio specifici, ma a seconda del sospetto diagnostico possono essere indicati esami di supporto (ad esempio esami ematici e rachicentesi nel sospetto

di una meningoencefalite).

Nel sospetto di ipertensione endocranica, è indicata una valutazione oculistica con studio del fundus oculi.

Quali esami strumentali fare:

L'EEG non deve essere eseguito di routine, ma deve essere preso in considerazione in presenza di sintomatologia neurologica associata, in particolare in presenza di convulsioni.

La TAC cranio deve essere eseguita nel caso in cui la cefalea si associ ad uno o più dei segni e sintomi neurologici predittivi per patologia intracranica prima elencati e nei bambini con fattori di rischio (ad esempio i portatori di DVP).

Come trattarlo in PS:

- Gestione e terapia specifica dell'eventuale patologia organica sottostante.
- Per il sintomo cefalea: Paracetamolo (per os dose d'attacco 20 mg/kg, dose di mantenimento 15 mg/kg; ev 10 mg/kg), Ibuprofene 10 mg/kg/dose per os.
- Altri farmaci come triptani, calcioantagonisti e betablocanti possono essere indicati nel trattamento e nella profilassi dell'emicrania (su indicazione specialistica NPI).

Quali sono le indicazioni al ricovero:

- Diagnosi di patologia organica sottostante.
- Cefalea intensa persistente meritevole di osservazione clinica ed approfondimento diagnostico.
- Stato di male emicranico (cefalea persistente che si protrae per oltre 3 giorni e non risponde ai farmaci tradizionali) che necessita di trattamento endovenoso con proclorperazina.

Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

Trattamento del sintomo cefalea con Paracetamolo per OS 15-20 mg/kg o Ibuprofene 10 mg/kg e trattamento dell'eventuale condizione di base (ad esempio l'infezione respiratoria).

Rivalutazione clinica nel caso in cui la sintomatologia persista o peggiori o si associno altri segni e sintomi (indicati prima).

In caso di cefalea ricorrente, è indicato compilare un “diario della cefalea”, per valutare il timing degli episodi di cefalea, eventuali fattori scatenanti e/o sintomi associati, e quindi l'eventuale necessità di terapie specifiche.

In tal caso, sono opportune anche delle valutazioni specialistiche:

- Oculistica (errori refrattivi, strabismo);
- NPI (emicrania);
- Odontoiatrica (malocclusione dentale).

BIBLIOGRAFIA

1. Headache in an Italian pediatric emergency department. Paola Scagni e Rosaura Pagliero. *J Headache Pain* 2008; 9: 83–87.
2. Headaches in the pediatric population. Brna PM, Dooley JM. *Semin Pediatr Neurol* 2006; 13: 22–230.
3. Diagnostic testing and treatment of pediatric headache in the emergency department. Sheridan DC, Meckler GD, Spiro DM et al. *The Journal of Pediatrics* 2013; 163: 1634–1637.
4. Headaches in United States emergency departments: demographics, work-up and frequencies of pathological diagnoses Goldstein JN, Camargo CA, Pelletier AJ, Edlow JA *Cephalalgia* 2006; 26: 684–690.
5. Reed, KL (January 2013). “Peripheral neuromodulation and headaches: history, clinical approach, and considerations on underlying mechanisms”. *Current pain and headache reports* 17 (1): 305.

