

Abstract di interesse cefalalgico

Marta Allena (popolazione adulta)

*Eliana Antonaci, Noemi Faedda, Giulia Natalucci (popolazione infantile e adolescente)
(a cura di)*

Red flag findings in children with headaches: Prevalence and association with emergency department neuroimaging

Daniel S Tsze, Julie B Ochs, Ariana E Gonzalez and Peter S Dayan

Cephalalgia 2019, 39(2): 185-196

DOI: 10.1177/0333102418781814

Ogni anno negli Stati Uniti l'1% degli ingressi registrati al pronto soccorso è rappresentato da bambini che lamentando mal di testa e sintomi associati. Come conseguenza i medici sottopongono gran parte dei suddetti pazienti a indagini strumentali (TC, RM encefalo). Tuttavia, spesso i risultati di questi esami sono inconcludenti poiché solo in pochissimi casi il mal di testa risulta effettivamente associato ad anomalie intracraniche (es. tumori, emorragie, stroke). Per i restanti bambini tali accertamenti strumentali non solo risultano inutili, ma sono addirittura rischiosi e dannosi. Gli autori sottolineano, dunque, la necessità di stabilire con precisione quali siano e come si presentino i segnali d'allarme associati specificamente ai mal di testa causati da anomalie intracraniche determinando la prevalenza di tali anomalie in una popolazione specifica e ben definita di bambini dai 2 ai 17 anni.

Si sono raccolti i dati clinici di 224 pazienti considerando i segnali d'allarme specifici dei mal di testa dovuti ad anomalie intracraniche e che sono stati sottoposti ad approfondimenti con *neuroimaging*.

Un nutrito gruppo di medici specialisti in diverse discipline (medicina d'urgenza pediatrica, neurochi-

urgia pediatrica, neurologia pediatrica) e provenienti da diversi ospedali pediatrici degli Stati Uniti, ha poi descritto quattro categorie di mal di testa: anomalie intracraniche emergenti, anomalie intracraniche gravi, anomalie intracraniche accidentali e pseudotumore cerebrale. Più della metà dei partecipanti ha riportato un segnale d'allarme, molti dei quali sono stati riferiti da più di un terzo dei bambini, ad esempio mal di testa precedenti o concomitanti il risveglio, mal di testa già presenti o che si presentavano subito dopo una passeggiata mattutina e mal di testa di frequenza, durata o gravità crescenti. Il sintomo più comune rilevato è stato il vomito, che spesso si presentava al mattino o, meno frequentemente, al momento del risveglio. Facendo riferimento alle categorie cliniche precedentemente citate due pazienti hanno ricevuto diagnosi di anomalie intracraniche emergenti, tre di anomalie intracraniche gravi, 14 di anomalie intracraniche accidentali e due di pseudotumor cerebrali.

In conclusione, i segnali d'allarme associati ad anomalie intracraniche si presentano comunemente anche in bambini sani che afferiscono al pronto soccorso riportando mal di testa. Risulta molto importante condurre studi con campioni molto più ampi al fine di raggiungere delle linee guida precise e comuni circa la specificità dei sintomi associati alle anomalie intracraniche, ed evitare così che i medici sottopongano i bambini ad accertamenti con *neuroimaging* non necessari e potenzialmente dannosi.

Pictures portrayed by children with migraine with aura: a Turkish case series.

Yilmaz A, Kirci EGN, Goker Z

Neurol Sci. 2019 Jan 28. doi: 10.1007/s10072-019-3713-2. [Epub ahead of print]

In letteratura la maggior parte delle ricerche si sono concentrate sulla valutazione dell'emicrania senz'aura ed in particolare pochi studi si sono focalizzati sull'emicrania con aura (EcA) in età adolescenziale. I pochi studi disponibili mostrano che l'EcA in età evolutiva si manifesta generalmente con un'aura di tipo visivo e presenta spesso psicopatologie in comorbidità, in particolare ansia e depressione. In questo studio, gli autori hanno tentato di valutare gli adolescenti con emicrania attraverso una modalità originale e differente rispetto agli studi precedenti, ovvero chiedendo loro di rappresentare attraverso un disegno la loro aura. Gli autori hanno quindi domandato a 5 adolescenti con diagnosi di emicrania con aura in accordo ai criteri dell'ICHD (IHS, 2013), di rappresentare in forma grafica i loro sintomi visivi. Il primo caso tratta di una ragazza di 14 anni, che presenta una diagnosi di emicrania con aura. Lamenta mal di testa da 5 mesi con una frequenza di 4 volte al mese per la durata di 5-6 ore con un dolore di natura pulsante. La ragazza afferma di provare solitamente dolore prima dell'esordio del mal di testa e manifesta un'aura visiva. Il suo dolore inizia dall'occhio destro ed è accompagnato da nausea, vomito, fonofobia, fotofobia. Il suo mal di testa peggiora in seguito a situazioni di stress o di deprivazione del sonno. Il suo quadro clinico prenatale, natale e postnatale è nella norma, non sono riportate storie precedenti di traumi, l'acquisizione delle tappe di sviluppo è adeguata e le sue prestazioni scolastiche nella media. Inoltre, è riportata una familiarità materna per emicrania e la valutazione fisica e neurologica della paziente non ha rilevato alcuna alterazione. Il secondo caso tratta di una ragazza di 17 anni, con diagnosi di emicrania con aura. Lamenta mal di testa da 2 anni, con una frequenza di 7 volte al mese per la durata di un intero giorno, con un dolore di natura pulsante. La ragazza afferma di non provare dolore prima dell'esordio del mal di testa ma manifesta un'aura visiva. Il suo dolore inizia dalla regione frontale ed è accompagnato da nausea, vomito e fonofobia.

Il dolore è talmente forte che a volte la sveglia, ma di solito scompare al suo risveglio. Il suo quadro clinico prenatale, natale e postnatale è nella norma, non sono riportate storie precedenti di traumi, l'acquisizione delle tappe di sviluppo è adeguata e le sue prestazioni scolastiche eccellenti. Non è riportata familiarità per emicrania e la valutazione fisica e neurologica della paziente non ha rilevato alcuna alterazione. Il terzo caso tratta di una ragazza di 17 anni, con diagnosi di emicrania con aura. Lamenta mal di testa da 15 mesi, con una frequenza di 15 volte al mese per la durata di 3 ore, con un dolore di natura pulsante. La ragazza afferma di non provare dolore prima dell'esordio del mal di testa e che l'attacco è accompagnato da un lampo di luce. Il suo dolore inizia dalla regione occipitale ed è accompagnato da nausea e fonofobia. Il dolore è talmente forte che a volte la sveglia e di solito non scompare al suo risveglio. Il quadro clinico prenatale, natale e postnatale è nella norma, non sono riportate storie precedenti di traumi, l'acquisizione delle tappe di sviluppo è adeguata e le sue prestazioni scolastiche sono buone. Non è riportata familiarità per emicrania e la valutazione fisica e neurologica della paziente non ha rilevato alcuna alterazione. Il quarto caso tratta di un ragazzo di 14 anni, con diagnosi di emicrania con aura. Lamenta mal di testa da 4-5 anni, con una frequenza di 12 volte al mese per la durata di 4 ore al mese, con un dolore di natura pulsante. Il ragazzo afferma di non provare dolore prima dell'esordio del mal di testa e di perdere parzialmente la vista durante l'attacco emicranico con diminuzione della nitidezza delle immagini osservate (visione offuscata). Il suo dolore inizia dal vertice della testa ed è accompagnato da fonofobia. Il dolore aumenta quando è affamato e di solito scompare dopo il riposo. Il suo quadro clinico prenatale, natale e postnatale è nella norma, non sono riportate storie precedenti di traumi, l'acquisizione delle tappe di sviluppo è adeguata e le sue prestazioni scolastiche sono buone. E' riportata una familiarità paterna per emicrania e la valutazione fisica e neurologica del paziente non ha rilevato alcuna alterazione. Il quinto caso tratta di una ragazza di 16 anni, con diagnosi di emicrania con aura. Lamenta mal di testa da 2 anni, con una frequenza di 1 volta all'anno per la durata di 2-3 ore, con un dolore di natura pulsante. La ragazza afferma che prima dell'attacco emicranico av-

verte un intorpidimento localizzato sulla parte sinistra del suo corpo (gamba, braccio, faccia) e vede chiaramente solo la metà degli oggetti. L'attacco è accompagnato da nausea e fonofobia. Il suo quadro clinico prenatale, natale e postnatale è nella norma, non sono riportate storie precedenti di traumi, l'acquisizione delle tappe di sviluppo è adeguata e le sue prestazioni scolastiche sono buone. Non è riportata familiarità per emicrania e la valutazione fisica e neurologica della paziente non ha rilevato alcuna alterazione. I ragazzi attraverso i disegni, riportati nell'articolo originale, hanno avuto la possibilità di esprimere in modo più diretto ed adeguato alla loro età e al loro livello di sviluppo la sintomatologia da loro provata e le sensazioni che vivono prima e durante l'attacco emicranico. Spesso infatti i bambini e gli adolescenti possono avere difficoltà a descrivere ed identificare i sintomi associati all'aura, rendendo più complicato l'iter diagnostico da parte dello staff medico, fondamentale per un trattamento efficace. Di conseguenza, in queste situazioni, la rappresentazione grafica potrebbe rappresentare un ottimo strumento che i ragazzi possono utilizzare per esprimere e descrivere il loro problema.

Pain Catastrophizing in Childhood Migraine: An Observational Study in a Tertiary Headache Center

Sciruicchio V, Simeone M, Foschino Barbaro MG, Tanzi RC, Delussi MD, Libro G, D'Agnano D, Basiliana R, de Tommaso M.

Front. Neurol., 15 February 2019

<https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00114>

Durante l'ultimo decennio, il costrutto della catastrofizzazione del dolore è diventato uno dei principali argomenti di interesse nello studio e nella cura del dolore, soprattutto in pazienti con dolore cronico. Tale costrutto è stato definito come una risposta cognitivo-affettiva negativa al dolore anticipato o reale: è un processo complesso che coinvolge cognizioni, emozioni e comportamenti, che può avere ripercussioni importanti anche sulla valutazione del dolore stesso e della disabilità ad esso associata. Pertanto, la descrizione e l'approfondimento di tale problematica, in svariate patologie legate al dolore, potrebbe consentire l'individuazione di casi a rischio, con una possi-

bile evoluzione negativa e cronica e con molti fattori cognitivi e psicologici associati. Per esempio, potrebbe essere un indice fondamentale alla base della cronizzazione di forme di mal di testa, come l'emicrania, durante il passaggio dall'infanzia all'adolescenza. La catastrofizzazione del dolore è associata molto spesso ad una serie di indici di sensibilità al dolore, presenti sia in soggetti sani, sia in individui con condizioni di dolore cronico differenti. In particolare, è stato visto che questo tipo di pensiero disfunzionale correla molto con l'intensità del dolore esperita dal soggetto, rimandando quindi ad un indice psicologico-cognitivo che può influenzare la percezione successiva degli stimoli dolorosi. La letteratura indica anche associazioni consistenti, e generalmente solide, tra questo costrutto e caratteristiche psicofisiologiche individuali come: la severità del dolore clinico, l'interferenza nelle attività quotidiane, il grado di disabilità, la presenza di sintomatologie internalizzanti come ansia e depressione e la qualità della vita. In un precedente studio neurofisiologico sull'emicrania infantile, condotto da de Tommaso M. et al (2017) è stata osservata una correlazione significativa tra la catastrofizzazione del dolore e l'allodinia, che è un sintomo di sensibilizzazione centrale. Al fine di comprendere meglio alcuni dei fattori scatenanti e aggravanti l'emicrania in età evolutiva, questo studio osservazionale trasversale si è posto diversi obiettivi: 1) valutare il grado di catastrofizzazione del dolore in bambini e adolescenti con emicrania episodica e cronica selezionati in un centro specializzato per mal di testa. 2) Verificare se il costrutto preso in considerazione potesse essere associato alla frequenza degli attacchi emicranici, alla disabilità provocata dalla stessa emicrania, ad aspetti psicopatologici come ansia e depressione, all'allodinia e alla dolorabilità pericranica, come sintomi di sensibilizzazione centrale. 3) Infine, hanno voluto analizzare le principali caratteristiche psicologiche, e non solo, che caratterizzavano e distinguevano l'emicrania episodica da quella cronica. Per lo studio sono stati coinvolti 190 bambini e adolescenti con diagnosi di emicrania con aura, senz'aura e cronica. Ogni paziente ha compilato la versione per l'età evolutiva del "Pain Catastrophizing Scale" che valuta in che misura bambini e adolescenti sperimentano pensieri e sentimenti catastrofici quando provano dolore, le "Psychia-

tric Self-Administration Scales for Youths and Adolescents” (SAFA), in particolare le scale per la valutazione dell’ansia e della depressione e, infine, sia i bambini che i genitori, hanno compilato il “Pediatric Quality of Life Inventory” per la valutazione della qualità di vita del paziente. Inoltre, sono stati somministrati il “Pediatric Migraine Disability Assessment”, l’”Allodynia Questionnaire”, fatto dalle madri nel momento in cui il figlio aveva un attacco emicranico, e il “Total Tenderness Score” per misurare la dolorabilità pericranica. Dai risultati non è emersa alcuna differenza significativa tra il gruppo con emicrania cronica ed episodica nel totale della scala sulla catastrofizzazione del dolore. Pertanto, gli autori suggeriscono che l’esagerata disposizione mentale negativa nei confronti del dolore e l’esperienza di anticipazione dello stesso, possono essere una caratteristica intrinseca dei pazienti con emicrania che potrebbero successivamente sviluppare un’emicrania più severa ed eventualmente cronica. Inoltre, hanno notato come la presenza di pensieri catastrofici fosse maggiormente correlata ad una qualità della vita generalmente bassa, probabilmente a causa dell’associazione positiva tra questo set mentale e gli alti livelli di ansia e depressione. Infine, è stato visto che la catastrofizzazione correla positivamente con l’allo-dinia e con la dolorabilità pericranica, facendo supporre un coinvolgimento di specifici circuiti cerebrali coinvolti nel processamento delle sensazioni dolorose.

Pertanto, la presenza preponderante di questo costrutto psicologico potrebbe descrivere e riassumere un fenotipo clinico caratterizzato da ansia, depressione, maggiore espressione dei sintomi di sensibilizzazione centrale e uno stato mentale di iper-valutazione dell’esperienza del dolore, che sono conseguentemente causa di una scarsa qualità della vita. Quest’ultima, è largamente riportata dai bambini, ma sembrerebbe invece essere sottostimata da parte dei genitori.

Inoltre, in base alle evidenze ottenute, gli autori suggeriscono che questa tendenza alla catastrofizzazione potrebbe riassumere un comportamento mentale che predispone all’evoluzione di una forma cronica di emicrania e la possibilità che ciò possa accadere deve essere presa in considerazione e deve essere un punto di partenza per valutazioni più approfondite e per studi di tipo prospettico.

Cluster Headache is associated with unhealthy lifestyle and lifestyle-related comorbid diseases: Results from the Danish Cluster Headache Survey

Nunu Lund, Anja Petersen, Agneta Snoer, Rigmor H Jensen, Mads Barloese

Cephalalgia 2019, 39: 254-263

La cefalea a grappolo (Cluster Headache -CH) è considerata una delle più dolorose patologie esistenti al mondo. Essa è caratterizzata da attacchi ricorrenti di dolore estremamente severo, localizzato in sede periorbitaria, accompagnato da sintomi autonomici locali craniali e agitazione motoria.

Studi osservazionali hanno riscontrato che i pazienti affetti da cefalea a grappolo hanno più frequentemente uno stile di vita “malsano”. Tra le cattive abitudini maggiormente riportate vi sono il fumo di sigaretta ed il consumo elevato di alcolici. La relazione tra cefalea a grappolo e fumo di sigaretta ha addirittura suggerito l’ipotesi di un possibile ruolo come fattore di rischio del fumo per lo sviluppo della malattia.

Tuttavia, è stato anche visto che i pazienti affetti da cefalea a grappolo presentano dei tratti di personalità che potrebbero indurli ad essere più soggetti ad adottare cattive abitudini di vita. Anche un più elevato uso di sostanze illegali, come la cannabis e la cocaina, è stato riportato negli uomini con cefalea a grappolo, quando comparati con i controlli.

Poiché tali abitudini di vita (compresa un’alimentazione sbagliata) sono ritenute tutti fattori di rischio per malattie cerebro e cardiovascolari (vedi ictus e infarto del miocardio), anche la gestione clinica della cefalea a grappolo potrebbe esserne influenzata negativamente. Il sumatriptan, per esempio, uno dei più efficaci trattamenti abortivi per gli attacchi, è controindicato in caso di problemi cardiaci e cerebrovascolari; il verapamil, invece, il farmaco di prima scelta per la profilassi, è controindicato in caso di infarto miocardico recente, insufficienza cardiaca e alcune aritmie.

In questo studio gli autori hanno voluto comparare la prevalenza di stili di vita scorretti (fumo di sigaretta, consumo elevato di alcool, alimentazione irregolare, assunzione di caffè) e patologie comorbide tra una larga coorte di 400 pazienti con cefalea a grappolo afferenti al Centro Cefalee Danese e 200 soggetti sani, di età compresa tra i 18-65 anni. I Pazienti (di cui la

maggior parte soffriva di cefalea a grappolo episodica e con età media di insorgenza della malattia intorno ai 31 anni) hanno presentato una maggiore incidenza di cattive abitudini di vita rispetto ai controlli, soprattutto per quanto riguarda l'abitudine al fumo, il consumo di alcol settimanale e l'alimentazione irregolare (correlata ad un Body Mass Index maggiore). Non si sono evidenziate differenze tra i due gruppi per quanto riguarda il consumo di caffè e di drink energetici. Inoltre, anche le patologie relate a tali abitudini di vita scorrette (ipertensione, angina pectoris, ipercolesterolemia, infarto del miocardio e ulcera gastrica), patologie psichiatriche (depressione) e dolorose (fibromialgia, disturbi reumatologici, lombalgia) risultano statisticamente più frequenti tra i pazienti con cefalea a grappolo rispetto ai sani.

Alla luce di tali risultati, ovvero che uno stile di vita non corretto e malattie ad esso correlate sono più frequenti nei pazienti affetti da cefalea a grappolo, si può concludere che una corretta educazione ed una continua informazione dei pazienti sulla prevenzione del fumo di sigaretta, dell'abuso alcolico e dell'obesità, potrebbero influenzare e migliorare la gestione complessiva della malattia stessa.

Psychological, clinical, and therapeutic predictors of the outcome of detoxification in a large clinical population of medication-overuse headache: A six-month follow-up of the COMOESTAS Project.

Bottiroli S, Allena M, Sances G, De Icco R, Avenali M, Fadic R, Katsarava Z, Lainez MJ, Goicochea MT, Bendtsen L, Jensen RH, Nappi G, Tassorelli C; COMOESTAS Consortium

Cephalalgia 2019, 39 (1): 135-147

La sospensione brusca dei farmaci di abuso rappresenta il primo step per la gestione della cefalea da uso elevato di farmaci sintomatici (dall'inglese Medication Overuse Headache- MOH), essendo efficace nel ripristinare il pattern episodico della cefalea stessa nella maggior parte dei pazienti. Tuttavia, in una piccola percentuale di casi, questo trattamento fallisce o perché il paziente non riesce a interrompere l'uso

elevato di farmaci o perché la stessa discontinuazione dell'abuso non è correlata ad un miglioramento della cefalea. È noto che disturbi psichiatrici, tra cui ansia e depressione, scarsa qualità di vita e severa disabilità relata alla cefalea, sono molto spesso presenti nei pazienti con cefalea frequente e tendenza all'uso elevato di sintomatici. Potrebbe, quindi, essere interessante capire se alcuni di questi fattori attualmente hanno un impatto sulla risposta al trattamento disintossicante.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di identificare fattori predittori di un outcome positivo e / o negativo di disintossicazione in 492 pazienti affetti da MOH e arruolati nello studio multicentrico COMOESTAS, seguiti per un periodo di follow-up di 6 mesi.

A tale scopo sono stati valutati la sintomatologia ansiosa e depressiva, la qualità di vita, la disabilità relata alla cefalea, le caratteristiche cliniche della cefalea e la terapia preventiva impostata.

Al termine del percorso, 407 pazienti hanno cessato di abusare di sintomatici e in 287 di questi la cefalea ha ripreso un pattern episodico. Ad un'analisi multivariata è risultato che un più basso livello di depressione è predittivo di cessazione dell'abuso di sintomatici, confermando il fatto che la presenza di disturbi depressivi nei pazienti con MOH giochi un ruolo nel perpetuare l'overuse. Il tipo di cefalea primaria, emicrania vs cefalea tensiva o emicrania e cefalea di tipo tensivo insieme, e la terapia preventiva con il calcioantagonista flunarizina, sono invece predittori di un miglioramento nell'andamento della cefalea dopo la disintossicazione. Infine, una più lunga durata della cefalea cronica (superiore ai 7 anni e mezzo) sembra predire una maggiore facilità a ricadere nell'abuso di sintomatici.

Lo studio ha, in conclusione, mostrato in una larga popolazione i pazienti affetti da MOH, che variabili cliniche, psicologiche e terapeutiche hanno un differente impatto sulle misure di outcome. Risulta, pertanto, importante impostare il trattamento di disintossicazione il prima possibile per ottenere migliori risultati e prevedere una ampia e completa valutazione psicologica nel percorso di disintossicazione al fine di identificare quei pazienti più difficili da trattare per la presenza di punteggi maggiori nelle scale della depressione.



FONDAZIONE
MONDINO
Istituto Neurologico Nazionale
a Carattere Scientifico | IRCCS

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia



DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA
NERVOSO E DEL COMPORTAMENTO

Seminari del Mondino | 2019

SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Neurologia - C. TASSORELLI | Neuropsichiatria Infantile - U. BALOTTIN

MARZO

MARTEDÌ 12 · ORE 16.00

Ritmi circadiani e patologie neurologiche: dai meccanismi di base alle implicazioni cliniche

Gerardo Biella, Raffaele Mani*

Dipartimento Biologia e Biotecnologie Lazzaro Spallanzani, Università di Pavia

U.O. Neurofisiopatologia, IRCCS Fondazione Mondino*, Pavia

Moderatore: Alfredo Costa, IRCCS Fondazione Mondino (Pavia) e Università di Pavia



MARTEDÌ 19 · ORE 16.00

CLINICAL ROUND

Diagnosi differenziale della cefalea secondaria nelle diverse età della vita

Federico Mazzacane, Gianfranco Dallavalle*

Scuole di Specializzazione Neurologia e Neuropsichiatria Infantile*, Università di Pavia

Moderatori: Andrea Morotti, Matteo Chiappedi - IRCCS Fondazione Mondino, Pavia



MARTEDÌ 26 · ORE 16.00

La gastrostomia per-endoscopica (PEG) dopo 30 anni di esperienza: indicazioni e novità

Marco Brunero

Dipartimento Materno-Infantile Chirurgia Pediatrica, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia

Moderatore: Angela Berardinelli, IRCCS Fondazione Mondino, Pavia

Provider n. 5467.

L'evento è accreditato ECM-CPD nell'ambito dell'Obiettivo Formativo di Processo (Area Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali/
diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura). Crediti formativi pre-assegnati n. 6 per tutte le figure sanitarie.

Per ottenere i crediti è necessario partecipare a TUTTI I SEMINARI e rispondere correttamente all'80% delle domande del questionario di valutazione.

Iscrizioni on line http://corsi.mondino.it/corsi_list.php

IRCCS C. MONDINO · AULA C. BERLUCCHI · VIA MONDINO, 2 · PAVIA
Coordinamento: Formazione & Informazione, Direzione Scientifica (formazione.informazione@mondino.it)