

# **Dottor Marco Trucco - Specialista in Neurologia**

## **LE CEFALEE DALL'INFANZIA ALLA TERZA ETA'**

Circa il 90 % delle persone soffre, almeno una volta nella vita, di cefalea. Le due forme più diffuse di cefalea primaria, l'emicrania e la cefalea di tipo tensivo, in oltre il 40% dei casi esordiscono in età giovanile, ed in molti casi accompagnano il soggetto per tutto l'arco della vita, assumendo però caratteristiche particolari a seconda dell'età del paziente.

E' a tutti nota la netta prevalenza dell'emicrania nel sesso femminile, e risultano di particolare interesse le variazioni che assume la stessa nel corso della vita riproduttiva, anche in correlazione all'assunzione di particolari terapie ormonali quali la contraccezione e la terapia sostitutiva post-menopausale. Da sottolineare infine l'importante percentuale di cefalee secondarie, potenzialmente "a rischio", proprie dell'età avanzata.

Lo scopo del presente lavoro è quello di sottolineare rapidamente le caratteristiche e le differenze sintomatologiche delle principali cefalee a seconda delle diverse età del soggetto colpito.

### **CEFALEE IN ETA' INFANTILE**

Le cefalee colpiscono in media il 65-85% della popolazione infantile: fino al 35 % con regolarità. Tuttavia, cefalee che necessitano di accertamenti specifici si riscontrano solo nel 2-6 % della popolazione in età scolare e nel 5-7 % della popolazione intorno ai 15 anni.

Le principali cefalee primarie che colpiscono il bambino sono: l'emicrania (con alcune varianti) e la cefalea tensiva. E' inoltre necessario riconoscere alcuni casi di cefalea secondaria ad altre patologie, che possono presentarsi in età infantile.

L'emicrania nel bambino insorge in media intorno ai 4-6 anni; un esordio più precoce deve far sospettare una cefalea secondaria. E' nota la tendenza dell'emicrania infantile ad aggregarsi in famiglie. Le caratteristiche della cefalea sono simili a quella dell'adulto, con le seguenti differenze: prevalenza maschile in età scolare, che si inverte alla pubertà; in genere minore durata della crisi (da 1 a 6 ore); localizzazione frontale bilaterale, più spesso che nell'adulto; sintomi di accompagnamento, specie nausea, spesso più severi. In età infantile si rilevano con una certa frequenza varianti dell'emicrania quali l'emicrania basilare, caratterizzata da turbe dell'equilibrio, vertigini, nausea, vomito, diplopia, atassia, disartria, e l'emicrania confusionale acuta, o sindrome di Alice nel Paese delle Meraviglie, che associa disorientamento, confusione e distorsione delle immagini.

Specifico dell'età infantile è l'emicrania emiplegica familiare, di rara osservazione, ma interessante perché è stata la prima forma di cefalea ad essere riconosciuta a trasmissione ereditaria; si trasmette per mutazioni di un gene sul cromosoma 19 o 1. E' caratterizzata da crisi emicraniche precedute da aura con emiplegia; per la diagnosi, almeno un congiunto di primo grado deve essere affetto dalla stessa forma; spesso si associa a disturbi della coordinazione, o crisi convulsive (nei casi con mutazione sul cromosoma 1).

La prognosi dell'emicrania ad esordio infantile è in genere buona, specie nei soggetti di sesso maschile, ma il 60 % dei pazienti con emicrania all'età di 16 anni ne soffre ancora all'età di 30 anni.

Da segnalare la possibile presenza di sintomi denominati "equivalenti emicranici" dell'età infantile (e non solo), quali vomiti o dolori addominali periodici, mal d'auto, dolori articolari ricorrenti "di crescita", disturbi del sonno quali risvegli notturni con grida, dei quali il bambino non serba ricordo al risveglio, e disturbi associati all'emicrania quali particolari forme di vertigine.

In età evolutiva è possibile anche il riscontro di cefalea a carattere tensivo, con caratteristiche sostanzialmente sovrapponibili a quella della cefalea tensiva del soggetto adulto, specie in bambini eccessivamente responsabilizzati, perfezionisti, con difficoltà a far fronte a stress e frustrazioni, tendenti alla repressione delle emozioni. E' frequente

## **Dottor Marco Trucco - Specialista in Neurologia**

nelle famiglie di bambini con cefalea la presenza di problematiche psicologiche quali separazione dei genitori, o disturbi psichici nei genitori, fratelli o nel paziente stesso.

Le principali patologie responsabili di cefalea secondaria nel bambino sono: neoplasie (tra cui frequenti nell'infanzia sono i medulloblastomi, gli astrocitomi ed i craniofaringiomi); malformazioni vascolari; ipertensione endocranica benigna; traumi cranici; infezioni; esposizione a sostanze (anche alimentari); vizi di rifrazione; sinusite acuta; patologie odontoiatriche ed ortodontiche.

### **EMICRANIA E FASI DELLA VITA RIPRODUTTIVA**

Nella donna in età fertile sono soprattutto le rapide variazioni dei livelli ormonali (soprattutto estrogeni) a scatenare le crisi emicraniche. Ciò si verifica soprattutto in corso di: pubertà; periodo perimenzstruale; periodo ovulatorio; settimana di sospensione del contraccettivo orale; post-partum; inizio menopausa (specie se chirurgica); terapia ormonale sostitutiva.

Alla pubertà è frequente l'esordio di una sindrome emicranica, più spesso nelle femmine, talvolta a periodismo mestruale. Le frequenti irregolarità mestruali nelle adolescenti possono a loro volta scatenare crisi emicraniche.

Più del 50 % delle donne in età fertile riconoscono la mestruazione come potenziale fattore scatenante di una crisi emicranica. Una vera "emicrania mestruale" (con tale termine si intende un ripetersi regolare di crisi emicraniche esclusivamente il primo giorno delle mestruazioni  $\pm$  2 giorni, in assenza di crisi negli altri giorni del ciclo) è però presente solo nel 10 % di tali soggetti. L'emicrania mestruale sembra legata alla caduta dei livelli di estrogeni in fase premenstruale, o al rilascio di sostanze dalla mucosa uterina nel corso della mestruazione, quali le prostaglandine, che sono note facilitare la percezione del dolore.

In gravidanza il 60-70 % delle donne riferisce miglioramento o scomparsa delle crisi, specie durante il 2° - 3° trimestre. Più raramente può osservarsi peggioramento o addirittura esordio di un'emicrania in corso di gravidanza. Il miglioramento sembra correlato a più stabili livelli di estrogeni e alla produzione di endorfine, sostanze protettive dall'eccessiva percezione dolorosa.

Nell'immediato post-partum si può assistere a ripresa delle crisi; in corso di allattamento viceversa in genere prosegue il miglioramento, fino al ritorno delle mestruazioni.

L'assunzione di contraccettivi orali può variamente influenzare il decorso dell'emicrania: dal peggioramento della frequenza e dell'intensità delle crisi, a nessuna influenza, ad un miglioramento, a scatenamento nella settimana di sospensione, come anche provocare l'esordio della malattia o solo dell'aura. Da rilevare il possibile incremento di rischio di disturbi vascolari cerebrali in donne emicraniche che assumono contraccettivi orali, che vanno sconsigliati in presenza di emicrania con aura, nelle fumatrici, in pazienti con storia di crisi emicraniche molto prolungate, con familiarità per disturbi circolatori o due o più fattori di rischio per ictus cerebrale, o in donne che assumano farmaci a base di ergotamina.

La menopausa può rappresentare un fattore di miglioramento dell'emicrania, specie in donne con crisi esclusivamente mestruali, ma non è da trascurare una possibile "trasformazione" o "cronicizzazione" dell'emicrania, specie se si tratta di menopausa chirurgica. In tali casi si assiste alla comparsa di cefalea a carattere tensivo, che può sostituirsi alle crisi emicraniche od associarsi come cefalea "di fondo" su cui si sovrappongono attacchi emicranici con frequenza variabile.

La terapia ormonale sostitutiva può essere un fattore peggiorativo di un'emicrania preesistente, a causa di possibili rapide variazioni delle concentrazioni ormonali. Pertanto si raccomanda nella donna emicranica una terapia combinata, non ciclica (il proseguimento dei cicli mestruali rappresenta ovviamente un fattore scatenante delle

# **Dottor Marco Trucco - Specialista in Neurologia**

crisi), per via transdermica (cerotti), in modo da mantenere livelli ormonali stabili, nei limiti normali.

## **CEFALEA NELL'ANZIANO**

La prevalenza delle cefalee nell'anziano è inferiore a quella relativa all'età adulta (e tende a ridursi progressivamente col l'avanzare dell'età); tuttavia il 10-11 % delle donne e il 5 % degli uomini all'età di 70 anni riferiscono cefalea.

Da rilevare l'incremento percentuale delle cefalee secondarie sul totale (si passa dal 10 % dell'età adulta al 33 % in età avanzata). Essenziale quindi un'attenta valutazione dell'anziano con cefalea, in particolare di recente insorgenza, o le cui caratteristiche variano nel tempo.

In età geriatrica quindi sono soprattutto le cefalee primarie a scendere nella loro frequenza: in particolare l'emigrania e la cefalea tensiva. La cefalea a grappolo risulta sostanzialmente invariata.

Incrementano di frequenza pertanto le cefalee secondarie: da lesioni intracraniche, da reazioni indesiderate da farmaci, le cefalee "metaboliche", le cefalee legate a disturbi vascolari cerebrali e le nevralgie (es. nevralgia trigeminale e la nevralgia post-herpetica).

Esistono inoltre due forme esclusive della terza età: l'arterite a cellule giganti ( o arterite di Horton) e la cefalea ipnica.

L'emigrania può raramente (2 %) esordire in età geriatrica. Più spesso si assiste a "trasformazione" o "cronicizzazione" di una forma preesistente. Frequente è anche la remissione, in particolare, come già segnalato, delle forme a prevalente periodismo mestruale.

Nei casi residui, si inverte il rapporto di frequenza a favore dell'emigrania con aura, talvolta in assenza di fase dolorosa, che dev'essere distinta dall'insorgenza di attacchi ischemici transitori con o senza cefalea.

Nell'anziano sono molteplici i farmaci potenzialmente responsabili di cefalea, sia per effetto diretto, sia in combinazione, a causa della frequente poli-prescrizione farmacologica nell'anziano stesso. Tra questi citiamo: nitrati, calcio-antagonisti, cimetidina/ranitidina (Tagamet®/Zantac®), cortisonici, estrogeni, dipiridamolo (Persantin®), alfa-metil-DOPA (Aldomet®), co-trimossazolo (Bactrim®), levodopa, fenotiazine, indometacina (Metacen®), tamoxifene (Nolvadex®), teofillinici, tetracicline, reserpina.

L'arterite a cellule giganti presenta una prevalenza di 3-9 casi su 100.000 al di sopra dei 50 anni. Rapporto F/M 3:1. Si presenta con la seguente sintomatologia: cefalea pulsante mono- o bilaterale, fronto-temporale, di intensità da moderata a severa, esacerbata dalla pressione sulle tempie e sull'arteria temporale superficiale, che si presenta indurita e con ridotta pulsatilità; affaticabilità; dolori muscolari ed articolari; febbre; incremento della VES e degli indici reumatici in genere. Se non trattata può portare a calo visivo, anche di notevole entità, dovuto ad occlusione dei rami dell'arteria oftalmica. La terapia si avvale di cortisonici.

La cefalea ipnica è una rara forma di cefalea, esclusiva della terza età, bilaterale, ad insorgenza durante il sonno notturno, ad orari regolari, a crisi di durata circa 15-120 minuti, non associata ad altri sintomi (solo talvolta nausea), che forza il paziente ad alzarsi dal letto. Molti dei casi descritti rispondevano al litio carbonato, all' indometacina od alla caffeina.

Publicato su: Panorama Cefalee - Settembre 2002 - n. 2 (VI) - pag. 19-22 - Edizioni TIERRE