

3^η Διακλινική Επιστημονική Ημερίδα: Ο Παιδίατρος στην καθημερινή Πράξη

Κεφαλαλγία στην παιδική ηλικία: Θέσεις και αντιπαραθέσεις

Ευτέρπη Παυλίδου, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ

Ευάγγελος Παύλου, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ

Η κεφαλαλγία στην παιδική ηλικία αποτελεί μία από τις πιο συχνές αιτίες προσέλευσης στον παιδίατρο. Μελέτες έχουν δείξει ότι υποτροπιάζοντα επεισόδια κεφαλαλγίας συμβαίνουν στο 33%-50% των παιδιών και εφήβων και ειδικά το 2-6% των μικρών ασθενών εμφανίζουν τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ημέρας ή τις πρώτες πρωινές ώρες (Arruda et al. 2010, Kernick and Campell 2009, Zwart et al. 2004).

Οι περισσότεροι ασθενείς αναφέρουν έναρξη κεφαλαλγίας πριν από την ηλικία των 20 ετών, ενώ 12% πριν από την ηλικία των 7 ετών (Asuni et al. 2010). Στο ένα πέμπτο των παιδιών με τελική διάγνωση κάποια μορφή κεφαλαλγίας, υπήρξε στο παρελθόν λάθος διάγνωση ακόμη και από νευρολόγους (Colombo et al. 2011). Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές ο χρόνος για να τεθεί η διάγνωση της κεφαλαλγίας είναι περίπου ένα έτος, ενώ μπορεί να αυξηθεί στα 3 έτη αν έχει γίνει λάθος διάγνωση στο παρελθόν (Colombo et al. 2011).

Τα παιδιά είναι δύσκολο να περιγράψουν την κεφαλαλγία. Σημαντικά στοιχεία από το ιστορικό είναι η ωχρότητα, η κακή γενική κατάσταση και οι έμετοι. Είναι πολύ σημαντικό να διευκρινίσουμε το βαθμό κούρασης που έχει το παιδί στο σχολείο και στις εξωσχολικές του δραστηριότητες καθώς και τον αριθμό των απουσιών του λόγω της κεφαλαλγίας. Δεν θα πρέπει να παραλείψουμε να ρωτήσουμε σχετικά με τη λήψη καφεΐνης (coca-cola, σοκολάτες, κακάο, σοκολατούχα δημητριακά, κ.α), τη

συχνότητα των γευμάτων, τις συνθήκες του ύπνου καθώς και την έλλειψη άσκησης. Τα παραπάνω θα μας βοηθήσουν να εντοπίσουμε πηγές πυροδότησης (Babineau et al.2012).

Η λεπτομερής και ενδεδειγμένη κλινική εξέταση θα μας προσανατολίσει καλύτερα στη διαφορική διαγνωστική προσέγγιση και θα μας καθοδηγήσει για την περαιτέρω διερεύνηση του περιστατικού. Σημεία-κλειδιά (“red flags”) είναι τα αυξημένα τενόντια αντανάκλαστικά, η ελαττωμένη μυϊκή ισχύ ειδικά ετερόπλευρα, παθολογικά ευρήματα από τον έλεγχο των κρανιακών νεύρων, η παρουσία café au lait κηλίδων, σπίλων ή ωχρών κηλίδων καθώς και το οίδημα οπτικής θηλής.

Σε ό,τι αφορά τη διαγνωστική προσέγγιση, οι τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες για τη διενέργεια νευροαπεικόνισης είναι: η παθολογική νευρολογική σημειολογία από την κλινική εξέταση, η αλλαγή στη συχνότητα και στο χαρακτήρα των επεισοδίων κεφαλαλγίας, η πρόσφατη έναρξη εξαιρετικά έντονης κεφαλαλγίας, συνοδά σημεία ή συμπτώματα που υποδηλώνουν νευρολογική δυσλειτουργία ή ύπαρξη σπασμών. Η εξέταση εκλογής είναι η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI). Μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά είναι εξαιρετικά ευάλωτα στην έκθεση της ακτινοβολίας κατά την αξονική τομογραφία (CT) εξαιτίας της μικρής ηλικίας τους καθώς και της μικρής επιφάνειας σώματος (Brenner et al. 2009). Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η συχνότητα των ανωμαλιών στη μαγνητική στα παιδιά με κεφαλαλγία κυμαίνεται μεταξύ 14%-28%, ενώ η ίδια η κεφαλαλγία θα μπορούσε να αποδοθεί μόνο στο 10%-30% των υπαρχόντων ανωμαλιών (Rho et al. 2011).

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ) διαδραματίζει μικρό ρόλο ως εξέταση ρουτίνας στους ασθενείς που πάσχουν από ημικρανία. Ωστόσο, στην περίπτωση της ημικρανίας-επιληψίας (migralepsy) το HEΓ ήταν η εξέταση που απέδειξε την ύπαρξη σπασμών χωρίς κλινική σημειολογία (non-convulsive seizure). Επομένως παρόλο που το HEΓ δεν είναι από τα πιο χρήσιμα εργαλεία στον έλεγχο της ημικρανίας, έχει πρωταρχική σημασία στη διερεύνηση παιδιατρικών ασθενών με κεφαλαλγία η οποία δεν υποχωρεί με τη φαρμακευτική αγωγή (Parisi et al. 2015).

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στις δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες, ειδικά σε παιδιά κάτω των 6 ετών, με ιστορικό νευροδερματικού συνδρόμου και με υπόνοια αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Περίπου το 90% των δευτεροπαθών κεφαλαλγιών οφείλονται σε ιογενείς ή στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Η λοίμωξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα) αποτελεί την πλέον σοβαρή νευρολογική επιπλοκή (Babineau and Green 2012). Οι

όγκοι εγκεφάλου ανήκουν, επίσης, στις δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες και αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη κακοήθεια της παιδικής ηλικίας και το συχνότερο συμπαγή όγκο στα παιδιά με περίπου 2200 νέα περιστατικά το χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Hayashi et al. 2010).

Στις πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες κατατάσσονται η ημικρανία, η κεφαλαλγία τάσεως και η χρόνια καθημερινή κεφαλαλγία. Η συχνότητα της ημικρανίας είναι περίπου 10% για τα κορίτσια και 5% για τα αγόρια, της κεφαλαλγίας τάσεως είναι 0.9% έως 24% και της χρόνιας καθημερινής κεφαλαλγίας 3.5% (Lipton et al. 2011).

Στα ισοδύναμα ημικρανίας κατατάσσονται το σύνδρομο των κυκλικών εμέτων, η κοιλιακή ημικρανία, ο παροξυσμικός ίλιγγος, το παροξυσμικό ραιβόκρανο, η οικογενής ημιπληγική ημικρανία και η επαλλάσουσα ημιπληγίας της παιδικής ηλικίας.

Η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη βιο-συμπεριφορική αντιμετώπιση (τακτικό ύπνο, γυμναστική, αποφυγή καφεΐνης), τη βιοανάδραση σε μεγαλύτερα παιδιά καθώς και τις τεχνικές χαλάρωσης (Eidlitz-Markus et al. 2010).

Η αγωγή για την πρόληψη της ημικρανίας περιλαμβάνει τη χορήγηση βιταμινών και ιχνοστοιχείων, όπως τη βιταμίνη Β2 (ριβοφλαβίνη), τη φλουναριζίνη, το μαγνήσιο και το συνένζυμο Q10, ενώ η φαρμακευτική προληπτική αγωγή περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιεπιληπτικών φαρμάκων, όπως το βαλπροϊκό νάτριο και η τοπιραμάτη, σε εξαιρετικά δύσκολες περιπτώσεις, την προπρανολόλη και την αμιτρυπτιλίνη σε αγχώδεις εφήβους με συνοδά ψυχολογικά προβλήματα (Kacperski et al. 2016).

Η οξεία αντιμετώπιση της έντονης και ανθεκτικής ημικρανίας περιλαμβάνει παυσίπονα-αντιφλεγμονώδη (ιβουπροφένη, ναπροξένη), την κετορολάκη (μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες), τις τριπτάνες (αγωνιστές των υποδοχέων 5-HT₁ της σεροτονίνης) και τη διυδροεργοταμίνη για την αντιμετώπιση του status migrainosus η οποία είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται ενδονοσοκομιακά (Hershey et al. 2013).

Η κεφαλαλγία στα παιδιά εξακολουθεί να υποδιαγιγνώσκεται και να υποθεραπεύεται. Έγκαιρη αναγνώριση επιβάλλεται προκειμένου αποτελεσματικές θεραπείες να εφαρμοστούν. Η αρχική αντιμετώπιση θα πρέπει να περιλαμβάνει οδηγίες για αποφυγή καφεΐνης, αλλαγή τρόπου ζωής και συμπεριφορών που χειροτερεύουν την πρόγνωση. Χρειάζονται περαιτέρω μελέτες στα παιδιά για να αποδειχθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων φαρμακευτικών αγωγών που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη και θεραπεία της κεφαλαλγίας στους ενήλικες.

Βιβλιογραφία

Arruda MA, Guidetti V, Galli F, et al. (2010) Frequent headaches in the preadolescent pediatric population: a population-based study. *Neurology* 74: 903-908

Asuni C, Manchia M, Deidda A, et al. (2010) Mixture analysis of age at onset in migraine without aura: evidence for three subgroups. *Headache* 50:1313-1319

Babineau S, Green M (2012) Headaches in Children. *Neurology (Continuum)* 18:853-868

Brenner DJ, Hall EJ (2007) Computed tomography- an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med* 357:2277-2284

Colombo B, Dalla Libera D, De Fao D, et al. (2011) Delayed diagnosis in pediatric headache:an outpatient Italian Survey. *Headache* 51:1267-1273

Eidlitz-Markus T, Haimi-Cohen Y, Steier D and Zeharia A (2010) Effectiveness of nonpharmacologic treatment for migraine in young children. *Headache* 50:219-223

Hayashi N, Kidokoro H, Miyajima Y, et al. (2010) How do the clinical features of brain tumours in childhood progress before diagnosis? *Brain Dev* 32: 636-641

Hershey A, Powers S, Coffey C, Eklund D, Chamberlin L and Korbee L (2013) Childhood and Adolescent Migraine Prevention (CHAMP) Study: a double-blinded, placebo-controlled, comparative effectiveness study of amitryptiline, topiramate, and placebo in prevention of childhood and adolescent migraine. *Headache* 53:799-816

Kacperski J, Kabbouche M, O'Brien H, Weberding J (2016) The optimal management of headaches in children and adolescents. *Ther Adv Neurol Dis* 9:53-68

Kernick D, Campbell J (2009) Measuring the impact of headache in children: a critical review of the literature. *Cephalalgia* 29:3-16

Lipton RB, Manack A, Ricci JA, et al. (2011) Prevalence and burden of chronic migraine in adolescents: results of the chronic daily headache in adolescents study (C-dAS). *Headache* 51:693-706

Parisi P, Verrotti A, Costa P, Striano P, Zanus C, et al. (2015) Diagnostic criteria currently proposed for “ictal epileptic headache”: Perspectives on strengths, weaknesses and pitfalls. *Seizure* 31:56-63

Rho YI, Chung HJ, Suh ES, et al. The role of neuroimaging in children and adolescents with recurrent headaches-multicenter study. *Headache* 51: 403-408

Zwart JA, Dyb G, Holmen TL, et al. (2004) The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway. The North-Troendelag Health Study (Head-Hunt-Youth) a large population-based epidemiological study. *Cephalalgia* 25:373-379