
8.

LE CEFALEE E I DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI

OLTRE IL DOLORE FUNZIONALE

Federica Galli, Samuela Tarantino, Vincenzo Guidetti

Introduzione

I sintomi “medicalmente inspiegabili” sono da lungo tempo considerati un problema piuttosto comune nella pratica pediatrica: ¹ i primi studiosi a interessarsi dell’argomento si sono focalizzati su quelli che essi definivano *Pain Prone Children*, riferendosi alle loro lamentele come “sindromi periodiche” (ripetizione a intervalli irregolari di cefalea, vomito, febbre e dolori addominali). ²

Il dolore medicalmente inspiegabile in età evolutiva, pur presentandosi, spesso, come un dilemma per i medici, ha ricevuto minor attenzione rispetto all’età adulta.

Questi bambini, in genere, si presentano con sintomi che durano da diversi mesi, per i quali hanno già consultato un medico (generico, pediatra o altro specialista) e di cui non si è trovata alcuna causa. I sintomi clinici sono spesso vaghi e non specifici, aspetto che pone il paziente a rischio di un approccio diagnostico arbitrario. Frustrazione sia del medico che del paziente, incorretta organizzazione dell’intervento, cronicizzazione, effetti secondari iatrogeni e abuso di farmaci possono essere le conseguenze di tale condizione medica.

Occorre evidenziare che il bambino, e soprattutto l’adolescente, si trova in una fase delicata della vita in cui sono coinvolti fattori come la maturazione fisiologica, l’ambiente familia-

re, scolastico e sociale, i quali svolgono un ruolo molto importante nella strutturazione della personalità e, in generale, possono influenzare il modo con cui il bambino affronterà la vita in futuro, compresa la modulazione dell'esperienza del dolore.

Spesso, però, per le patologie di bambini si usano criteri eziologici, diagnostici e terapeutici costruiti per adulti, dimenticando la specificità di questa fase di vita e la differenziazione da quella adulta. Il bambino non va considerato come un "piccolo adulto", ma un soggetto con bisogni e peculiarità tipiche della fase di vita in cui si trova.

Le cefalee

Pochi disturbi come la cefalea chiamano in causa tanti campi della scienza, a partire dalla diagnosi sino alla terapia. Spesso, però, la neurologia, la psichiatria, la psicologia e tutti i campi coinvolti lavorano isolatamente dimenticando la complessità dell'essere umano e l'arricchimento reciproco che potrebbe derivarne.

La poliedricità e le innumerevoli determinanti che sono alla base del disturbo richiedono adeguati approfondimenti, sia dal punto di vista organico che psicologico.

La cefalea, in generale, si distingue in forme primarie e secondarie.

Si parla di cefalea primaria quando indagini strumentali *ad hoc* escludono la presenza di lesioni strutturali "causa" della cefalea, anche qualora segni di queste alterazioni possono essere stati suggeriti dalla storia clinica, dall'esame obiettivo e/o neurologico del paziente.

Si parla invece di cefalea secondaria quando adeguate indagini strumentali consentono di risalire alla causa della cefalea (tumori cerebrali, alterazioni metaboliche, malformazioni vascolari, ecc.). Le cefalee primarie costituiscono l'80% dei casi che giungono all'osservazione specialistica, le cefalee secondarie il 15-20%.

La prevalenza delle forme primarie è stimata al 10-20% nella popolazione in età prescolare, con un progressivo incremento in relazione all'età, fino a valori che raggiungono il 27-32% intorno ai 13-14 anni (considerando l'incorrere di crisi almeno mensili),

pur potendo toccare punte dell'87-94% (se si considera la presenza di cefalea almeno una volta l'anno).

Con riferimento alle distinzioni per sesso, si può sostenere che sino all'età pre-puberale non si hanno differenze; mentre, dopo la pubertà si registra un netto incremento tra le femmine con un rapporto di 2 a 1, differenza che si protrae fino all'età adulta.

Le forme più diffuse di cefalea primaria sono l'emigrania e la cefalea tensiva.

Emigrania

Due sono le forme principali: l'emigrania senz'aura e l'emigrania con aura. L'aura è presente solo in pochi casi (3-5%) ed è costituita da sintomi che precedono il mal di testa vero e proprio. I sintomi sono prevalentemente visivi, ma anche di tipo sensoriale, motorio e/o linguistico: il bambino può, ad esempio, descrivere delle luci colorate o delle macchie che interessano il campo visivo, può lamentarsi di avere formicolii, di sentire come delle punture di spillo, può presentare rigidità o debolezza agli arti, fino a difficoltà ad esprimersi. Questi sintomi scompaiono di solito nell'arco di un'ora, lasciando il posto all'insorgere del mal di testa propriamente detto. Le caratteristiche sintomatologiche di questo sono simili a quelle presentate nelle forme senz'aura.

Le manifestazioni cliniche del disturbo, non sempre sono sovrapponibili a quelle dei soggetti d'età adulta: si è visto che i bambini, come anche gli adolescenti, possono essere una sfida per una corretta diagnosi.^{3 4} Alcune caratteristiche cliniche dell'emigrania, come la qualità pulsante e l'intensità del dolore, sono piuttosto difficili da definire: descritte con difficoltà dai bambini più piccoli, possono essere vissute come esperienze soggettive difficilmente valutabili, così che i clinici corrono il rischio di incorrere in errori.

Generalmente, il dolore è d'intensità medio-forte: il bambino è costretto a sospendere tutto quello che sta facendo, a mettersi a letto, in ambiente buio (fotofobia) e silenzioso (fonofobia). L'attacco si accompagna spesso a nausea, seguita qualche volta da vomito. Contrariamente a quanto accade nell'età adulta, il do-

lore, oltre ad essere pulsante, può essere di tipo costrittivo. Altra caratteristica che distingue la popolazione pediatrica da quella adulta è la localizzazione del dolore: più il bambino è piccolo, più è raro che il dolore sia unilaterale. A questo proposito è anche importante sottolineare che in un bambino piccolo, la presenza di dolore localizzato sempre nello stesso punto, e senza alternanza di lato, può di per sé far ipotizzare la presenza di una cefalea di tipo secondario.

Una trasposizione *tout court* di categorie diagnostiche calibrate sul paziente in età adulta può far perdere le specificità con cui il sintomo si presenta in età evolutiva.

Cefalea tensiva

Due sono le forme principali di cefalea di tipo tensivo: la forma *episodica* e la forma *cronica*, le cui caratteristiche cliniche sono pressoché sovrapponibili, differenziandosi essenzialmente per la maggiore durata della seconda (più di 15 giorni al mese).

La forma *episodica* è la categoria più diffusa di cefalea esistente. Tuttavia, nonostante l'enorme impatto sociale ed economico, gli studi a tal proposito (sia per l'età adulta, ma soprattutto per quella pediatrica) sono sorprendentemente pochi: la ragione può, probabilmente, essere collegata alla sua qualità meno severa, invalidante e invasiva sulle attività quotidiane. La prevalenza sembra in ogni modo aumentare con l'età, soprattutto per le forme croniche.

Come per l'emicrania, ma con un'entità di rapporto inferiore, si riscontra una maggior diffusione tra la popolazione femminile, diminuendo, in entrambi i sessi, con l'età. Per questa forma di cefalea l'andamento non fa registrare cambiamenti importanti né in relazione al ciclo mestruale né alla gravidanza, al contrario di quanto avviene per le forme emicraniche.

In età evolutiva può essere difficile distinguere la forma *tensiva episodica* dall'emicrania senz'aura. Entrambe le forme possono in ogni modo coesistere (crisi emicraniche che si alternano a quelle tensive) o essere non chiaramente distinguibili (sintomi di entrambi i tipi possono caratterizzare uno stesso attacco).

La qualità del dolore è costrittiva o gravativa, ma non pulsante. La severità del dolore, lieve o media, può inibire, ma non impedire le normali attività quotidiane. La localizzazione del dolore è di solito bilaterale, anche se può anche essere unilaterale (5-10% dei casi).

Il dolore non è aggravato dagli sforzi fisici (questo sembra essere il criterio che maggiormente differenzia le due forme). La presenza di nausea o vomito esclude la diagnosi di cefalea tensiva, anche se può essere presente anoressia media o moderata. I bambini con cefalea tensiva possono, inoltre, essere pallidi e presentare fastidio alle luci oppure ai rumori.

Parlare di cefalea tensiva *cronica* significa far riferimento anche alle cosiddette *cefalee croniche quotidiane* (CCQ). Queste forme di cefalea primaria rappresentano una fetta cospicua dei pazienti che accedono a centri specialistici (circa il 30%), anche se la prevalenza in termini di popolazione generale è attestata intorno allo 0,8%.⁵ La caratteristica comune a queste forme (pur di diversa caratterizzazione clinica, nel senso che possono essere presenti sintomi sia emicranici che tensivi) è la presenza di crisi quasi quotidiane, per cui la qualità della vita del paziente viene ad essere profondamente minata. Queste forme di cefalea presentano anche un più alto grado di problematiche di tipo psicologico (fino a vera e propria comorbilità psichiatrica, prevalentemente disturbi d'ansia e dell'umore) sia negli adulti sia in età evolutiva, richiedendo quindi interventi sia psicologici che farmacologici (terapia preventiva). In questi casi un lavoro di tipo psicologico può essere particolarmente utile anche per prevenire la cosiddetta "cefalea da abuso di farmaci analgesici", piuttosto presente nelle CCQ degli adulti.

Eziologia

Se l'eziologia delle forme secondarie è per definizione spiegata da lesioni strutturali (ad esempio tumori) o processi infiammatori (ad esempio meningite) che *causano* la cefalea, nel caso delle forme primarie il capitolo è molto più ampio, dibattuto e per certi versi ancora oscuro. Sappiamo, infatti, che esi-

stono diverse forme di cefalea e che queste hanno molto probabilmente sia una diversa fisiopatologia che una diversa eziologia. Le forme più studiate sono quelle di tipo emicranico (sia con aura sia senza). Di queste si conoscono (ma ancora a livello ipotetico) i possibili meccanismi fisiopatogenetici (ad esempio nell'emicrania con aura la *spreading depression*), ma poco si sa del versante più propriamente eziologico.

Il bambino, come l'adulto, può essere predisposto a cefalea sia per fattori genetici che ambientali. Si può evidenziare come il coinvolgimento della componente genetica sia stato preso in considerazione in almeno il 50% delle forme emicraniche, anche se la ricerca scientifica ha permesso, finora, di individuare il gene implicato solo per una sottoforma di emicrania piuttosto rara (l'emicrania emiplegica familiare). Nei casi restanti non sappiamo quale possa essere il probabile meccanismo eziologico (le cause)⁶ anche se conosciamo di più il punto di vista fisiopatologico (il processo alterato alla base del disturbo).

Per le forme di cefalea tensiva, i meccanismi eziologici sono ancora meno chiari, anche perché questa è meno studiata dell'emicrania, nonostante la sua maggiore diffusione. Ipotesi circa l'implicazione dei muscoli del collo o di malocclusione dentale rimangono a livello puramente ipotetico.

Prognosi

La cefalea, con esordio in età evolutiva, cambia le sue caratteristiche sintomatologiche nel corso del tempo, con elevata possibilità di miglioramento e remissione spontanea. Dati tratti dalla letteratura fanno rilevare un'elevata probabilità di remissione (intorno al 30%) o di evoluzione positiva (intorno al 50% dei casi), sia nel senso di un miglioramento sia in quello della remissione, pur essendo possibile peggioramento (5%) o invarianza (15%) delle crisi.⁷

Questi dati sembrano indipendenti dal tipo di diagnosi iniziale (emicrania o cefalea tensiva). La prognosi sembra, invece, risentire delle differenze di genere: nei maschi l'evoluzione è migliore rispetto a ciascuno dei parametri presi in considerazione.

La scomparsa delle crisi dolorose può a ogni modo essere momentanea, ripresentandosi anche a distanza di anni.

Studi volti all'individuazione dei fattori predittivi per l'evoluzione della cefalea hanno evidenziato che la presenza di disturbi psicopatologici (ansia e/o depressione) associati alle cefalee (sia tensive che emicraniche) hanno un valore prognostico negativo;⁸ a tal proposito, si notano differenze legate al sesso, dove per i maschi la prognosi sembra migliore che per le femmine.

Cefalea e fattori psicologici

La poliedricità e le innumerevoli determinanti che sono alla base di un comune mal di testa richiedono sempre adeguati approfondimenti, sia da un punto di vista organico che psicologico: nel primo caso, per accertare l'assenza di patologie sottostanti al "sintomo" cefalea, e qualora questo sia stato appurato, è necessario indagare quali significati psicologici possono esserne veicolati, o almeno implicati nello scatenare le crisi.

Occorrono, in ogni modo, dei chiarimenti a proposito. Parlare genericamente di "stress" o di "nervosismo" come "cause" del mal di testa rischia di farci incorrere in luoghi comuni che possono innestare dei meccanismi di "autocura", a lungo andare responsabili del cronicizzarsi delle crisi stesse, come è stato provato a proposito di un'eccessiva assunzione di farmaci analgesici.

Focalizzare l'attenzione sugli aspetti psicologici delle crisi cefalalgiche non implica, quindi, una mancata considerazione degli aspetti organici, ma significa porci dinanzi al problema da una prospettiva "integrata".

La relazione tra cefalea e fattori psicologici è attualmente oggetto di ricerca scientifica. La natura e l'effettiva direzione della relazione (causa o effetto?) non sono ancora state chiarite.

Parlare genericamente di fattori psicologici, come fattori associati al presentarsi di crisi dolorose, di per sé, non aiuta a fare chiarezza in questo ambito di studio. Ben netta è la differenza tra la presenza di un generico fattore di "stress" psicologico scatenante le crisi o di un chiaro disturbo psichiatrico associato ad esse. Parlare in termini di "comorbilità psichiatrica" (in-

tendendo con essa l'associazione non causale, ma probabilmente neppure casuale tra cefalea e disturbi psichiatrici) ha permesso, in parte, di ovviare al problema inerente la "direzione" della relazione, permettendo l'approfondimento di questo ambito di ricerca. Il concetto, tuttavia, non esaurisce del tutto il riferimento al rapporto tra cefalee e fattori psicologici, in quanto si riferisce unicamente a categorie definibili in accordo con specifici parametri diagnostici.

La cefalea di tipo emicranico è stata tradizionalmente fatta oggetto di un maggiore numero di studi, rispetto alla sua caratterizzazione psicologica e al ricorrere in associazione a disturbi d'interesse psichiatrico. In particolar modo, sono stati i disturbi d'ansia e la depressione ad essere stati posti in una stretta correlazione con la presenza di crisi emicraniche, secondo un andamento ben specificato. Alcuni studi hanno rilevato che in età evolutiva la presenza di ansia precederebbe l'incorrere di crisi emicraniche, a loro volta seguite da episodi depressivi.^{9 10}

Minore sembra essere stato l'interesse per le forme tensive, che, in genere, sono state molto meno studiate, rispetto alle forme emicraniche. Anche per le cefalee di tipo tensivo si tende a porre l'accento sull'implicazione di fattori psicologici, dove la forma cronica è stata oggetto di maggiori attenzioni.

Sia negli adulti che in età evolutiva, la cefalea cronica quotidiana è associata a un maggiore grado di comorbilità psichiatrica.¹¹ Elemento spesso rilevato in età adulta è stato, infatti, la concomitanza di depressione, tanto che alcuni autori hanno parlato, in passato, in termini di "depressione mascherata".

Come per gli adulti, anche in età evolutiva è stata posta in rilievo la presenza di fattori psichici, quali fattori in qualche modo associati alle crisi cefalalgiche (tensive o emicraniche). È chiaro che un'analisi di questa associazione in età evolutiva presenta delle difficoltà aggiuntive, in quanto implica il tenere in costante considerazione le diverse tappe evolutive (in termini biologici, anatomici, fisiologici, oltre che cognitivi ed emotivi) e le peculiarità di sviluppo del bambino, oltre che fattori ambientali, sociali e culturali entro cui il paziente quotidianamente si muove.

La mancata attuazione di ciò rischia di condurre a una mera applicazione di modelli e modalità di intervento, che fanno del

bambino un *piccolo adulto*, e irretiscono una realtà sfumata e poliedrica, *in fieri*, entro categorie di lettura troppo strette, in quanto calibrate sull'adulto, una realtà *altra*, rispetto a quella peculiare del bambino o dell'adolescente.

Svariati aspetti assumono un particolare rilievo in età evolutiva, dove il sintomo cefalea può avere molti rimandi sull'ambiente e riceverne altrettanti da questo. Basti pensare al particolare clima emotivo, che può crearsi all'interno della famiglia stessa, nei termini di particolari attenzioni o apprensioni, che possono essere manifestate nei confronti del bambino con cefalea, il quale attraverso il sintomo può veicolare messaggi all'ambiente circostante, oltre a poterne ottenere diversi vantaggi secondari.

Sul versante più propriamente psicologico una cefalea cui sembra conseguire un vissuto di isolamento oppure uno scarso rendimento scolastico, la sospetta presenza di competitività o conflittualità familiare, la presenza di problematiche psicologiche concomitanti (enuresi, balbuzie, tic, ansia, disturbi del sonno, difficoltà alimentari, ecc.) dovrebbero, in ogni caso, richiedere la programmazione di una valutazione psicologico-clinica.

Il tipo di trattamento andrebbe, poi, calibrato rispetto alle caratteristiche del singolo paziente.

Un altro aspetto che riveste un'importanza del tutto peculiare in età evolutiva, e come tale da tenere in stretta considerazione nel momento in cui si approfondisce il "significato" del sintomo cefalea in questa fascia d'età, è quello riferibile alla sfera scolastica con cui il paziente si trova immancabilmente a interagire.

È chiaro che la scuola rappresenta per il bambino una delle prime occasioni di confronto con adulti di riferimento diversi dai suoi genitori, i quali si pongono nei suoi confronti anche con un ruolo di controllo e giudizio. Oltre a ciò, vanno aggiunti gli aspetti legati ai processi di socializzazione e confronto diretto con i coetanei.

La cefalea, dunque, in questo caso può essere considerata "sintomo" di problematiche di tipo psicologico, dove risulta molto frequente il riscontro di problemi scolastici, familiari e di socializzazione.

Il trattamento

Come già ampiamente sottolineato, il bambino non è un adulto “in piccolo”, e qualsiasi intervento diagnostico e terapeutico deve essere calibrato in funzione delle specificità situazionali, in termini biologici, psicologici e ambientali. Ogni caso dovrebbe essere considerato come unico e singolo, uscendo dalla rigida pratica di routine e tenendo conto della storia personale del paziente e della sua famiglia.

La mistura di fattori fisici, psicologici, familiari, sociali e culturali che fa da cornice alla cefalea, esalta l'utilità e l'importanza di un approccio terapeutico che abbracci soluzioni di natura psicologica, oltre che farmacologica.

Il trattamento farmacologico delle cefalee in età evolutiva si distingue fundamentalmente in terapia dell'attacco (o sintomatica) e terapia preventiva.

La presenza dello psicologo può essere particolarmente utile anche per la scelta del trattamento farmacologico più opportuno (ad esempio eventuale presenza di comorbidità psichiatrica), per l'individuazione di fattori scatenanti (ad esempio individuazione di life event concomitanti all'esordio della cefalea), per il monitoraggio dei fattori implicati nella *non-compliance* del paziente (ad esempio eventuale presenza di vantaggi secondari).

Sul versante del trattamento non-farmacologico sono da annoverare interventi che vanno dal training autogeno, al *biofeedback*, alla psicoterapia (individuale, di coppia, familiare).¹²⁻¹⁴ La scelta dipende, ovviamente, dalle specificità situazionali e dovrebbe essere attuata integrando quella farmacologica. L'esperienza clinica supporta l'utilizzo di interventi non farmacologici, laddove sono ancora scarse le evidenze scientifiche a tale proposito (soprattutto per quello che riguarda interventi di psicoterapia propriamente detti). Tuttavia portare all'attenzione dei genitori e del paziente cefalalgico la presenza di dinamiche relazionali disfunzionali, unendo eventualmente suggerimenti di tipo psicopedagogico (prima di arrivare all'indicazione di una vera e propria psicoterapia), può già rappresentare un notevole contributo per il miglioramento della cefalea.