

## CEFALEEA ȘI MIRENA

### *Headache and migraine*

**Prof. Dr. Valeriu Popescu, Dr. Andrei Zamfirescu**

*Clinica de Pediatrie și Neurologie pediatrică, Spital Clinic de copii „Dr. Victor Gomoiu“, București*

#### REZUMAT

Cefaleea reprezintă una dintre cele mai frecvente probleme de sănătate pe care o acuză oamenii. Cu toate că episoadele dureroase induc diferite stări neplăcute de la iritare până la incapacitatea funcțională, în majoritatea cazurilor suferința nu este extrem de severă. Dacă durerea își modifică dintr-odată caracterul, pacientul trebuie să se prezinte la medic pentru a afla cauza acestei modificări. Articolul trece în revistă simptomele și tratamentul celor mai frecvente 3 forme de cefalee: de tensiune, migrenoasă și în „ciorchine“ (cluster).

**Cuvinte cheie:** cefalee, migrenă, manifestări clinice, tratament, copil

#### ABSTRACT

Headaches are relatively common in childhood. Undue irritability in young children may be an indication of recurrent or persistent headaches. Older children may have headaches which are related to increased intracranial pressure from any cause, migraine, tension, trauma, and systemic disease. These painful episodes may precede, follow or be the only manifestation of convulsions.

**Key words:** headaches; migraine; clinical manifestations; treatment; child

#### INTRODUCERE

Cefaleea reprezintă un motiv frecvent pentru consultații în practica pediatrică. Cefaleea poate însoți o boală infecțioasă a copilului, o afecțiune sistemică sau constituie o manifestare acută sau cronică a sistemului nervos central (SNC). Frecvența cu care apare la copil și adolescent este surprinzător de constantă în diverse studii (Bille, 1962; Silanpaa, 1976). Bille raportează că la vârsta de 7 ani, 1,4% dintre pacienți au migrenă, 2,5% au cefalee nemigrenoasă și 35% au cefalee inconstantă, de alte cauze; la vârsta de 15 ani, 5,3% au migrenă, 15,7% cefalee nemigrenoasă și 54% au rar cefalee nemigrenoasă. Cu toată frecvența acestei entități, până în 1873, studiile asupra cefaleei la copil au lipsit; în 1873 William Henry Day, un pediatru englez, a scris un capitol asupra acestui subiect în „Essays on diseases in children“. O serie de lucrări

fundamentale asupra cefaleei la copil includ: studiul din 1962 al lui Bille care analizează frecvența cefaleei la o populație școlară de 9.000 de copii scandinavi; monografia „Headaches in children“ editată de Friedmans și Harms (1969) și volumul „Headaches and migraine in childhood“, de Barlow (1984). Tratatele ulterioare de pediatrie nu aprofundază acest subiect.

În lucrare se prezintă succint: fiziopatologia și clasificarea cefaleei, după care un spațiu mai larg este acordat algoritmului diagnostic și terapeutic al cefaleei și migrenei.

#### FIZIOPATOLOGIE

Atât structurile intracraniene, cât și cele extracraniene pot fi sensibile la durere. Structurile extracraniene sensibile la durere includ tegumentele, țesutul subcutanat, mușchii, perioastul, mucoasele,

Adresă de corespondență:

Prof. Dr. Valeriu Popescu, Spitalul Clinic de Copii „Victor Gomoiu“, Bulevardul Basarabia, Nr. 21, Sector 2, București

dinții, gingiile, articulația temporo-mandibulară și unele vase mari. Țesuturile intracraniene care sunt sensibile la durere includ sinusurile vasculare, marile vase, dura mater, ce înconjoară aceste vase mari, arterele durale și arterele de la baza creierului. Durerea de la nivelul structurilor extracraniene și intracraniene, din și în jurul feței și de la nivelul jumătății anterioare a craniului este mediată de perechea a V-a de nervi cranieni. Arii mai mici sunt inervate de ramuri din perechile a VII-a, a IX-a și a X-a de nervi cranieni. Durerea la nivelul jumătății posterioare a craniului este mediată de nervii cervicali superiori. Creierul, craniul, cea mai mare parte din dura, endimul și plexurile coroide sunt insensibile la durere. Inflamația, iritația, deplasarea, tracțiunea, dilatația sau invazia oricăreia dintre structurile sensibile la durere vor cauza durere (Ray și Wolff, 1940) prin afectarea aferențelor primare nociceptive. De aici, în funcție de teritoriu, stimulul se propagă pe calea nervilor V, VII, IX, X sau a nervilor cervicali superiori la nucleii nervilor cranieni, respectiv la nucleii senzitivi din măduvă, și de aici, la nucleii de releu talamici, de unde impulsul este transmis pe scoarța cerebrală. La nivelul talamusului are loc o selecție a stimulilor ce sunt transmiși cortical. În ultimele decenii s-au realizat progrese importante în descifrarea mecanismelor moleculare implicate în percepția și inhibiția senzației dureroase. S-a descris rolul prostaglandinelor și al 5-hidroxitriptaminei (serotonina) în activarea aferențelor primare nociceptive, precum și rolul blocant al durerii exercitat de endorfine și alți mediatori. Senzația de durere apare astfel ca o sumare a activității complexe în aferențele nociceptive și non-nociceptive (Fields și Levine, 1984).

### Clasificare

O clasificare curent utilizată a cefaleei este cea recomandată de AMA Ad Hoc Committee on Classification of Headache (JAMA, 1962) (tab.1).

O clasificare clinică este aceea având ca punct de plecare modelul temporal al cefaleei (Rothner, 1989). În raport cu severitatea în timp a cefaleei, se pot identifica cele 5 „modele” de cefalee: acută generalizată, acută localizată, acută și recurentă, cronică progresivă și cronică neprogresivă.

Congresul Societății Internaționale pentru cefalee din 1988 a recomandat o clasificare mai simplă, după care cefaleele sunt primare și secundare.

În cadrul cefaleelor primare sunt incluse: migrena, cefaleea de tensiune, „cluster” cefaleea (cefaleea în „valuri”, în „ciorchine”, algiile vasculare ale feței, sindromul Sluder-Bing Horton), cefaleea de rebound.

Cefaleele secundare sunt cele asociate cu sindroame intracraniene, cranio-faciale și/sau sistemice, entități ce pot determina secundar cefalee.

## EVALUAREA PACIENTULUI CU CEFALEE

### Anamneza

O anamneză corectă constituie cheia diagnosticului. La finele anamnezei trebuie suspectată etiologia cefaleei. Întrebările se vor adresa atât copilului (pacientului), cât și părinților. O discuție personală cu adolescenții poate fi utilă.

Copiii și adolescenții răspund la durere într-o manieră foarte variată. Copilul mic reacționează obișnuit la durere prin țipete și agitație. Dacă durerea devine cronică, atunci se poate adăuga un regres al dezvoltării, depresie, anxietate, inactivitate, ca și anomalii în ceea ce privește somnul, alimentația și jocul. Cu cât copilul este mai matur, cu atât posibilitatea de a percepe, de a localiza și de a descrie durerea este mai bună.

Tulburările emoționale și ale personalității au o importanță crescută la copilul mare.

**TABELUL 1.** Clasificarea cefaleei

Cefaleea vasculară	Cefalee prin contracție musculară	Cefaleea inflamatorie și prin tracțiune
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migrena               <ul style="list-style-type: none"> <li>– clasică (comună)</li> <li>– complicată</li> </ul> </li> <li>hemiplegică</li> <li>oftalmoplegică</li> <li>bazilară</li> <li>confuzională</li> <li>variante</li> <li>• Cluster headache (cefalee în „ciorchine”, histaminică)</li> <li>• Toxic-vasculară</li> <li>• Hipertensivă</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echivalențe depresive</li> <li>• Reacții de conversie</li> <li>• Osteocondrita cervicală</li> <li>• Miozita cronică</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leziuni de tip „masă” (tumori, edem cerebral, hematoame și hemoragii cerebrale)</li> <li>• Boli oculare, ale urechii, nasului, gâtului, dinților</li> <li>• Arterite, flebite și nevralgii craniene</li> <li>• Boli vasculare ocluzive</li> <li>• Dureri faciale atipice</li> <li>• Afectarea articulației temporo-mandibulare</li> </ul>

Durerile cronice pot fi însoțite de dificultăți școlare sau de probleme legate de relațiile cu colegii, familia și cu profesorii. Depresia și anxietatea sunt comune. Cu cât copilul este mai mic, cu atât informațiile obținute prin anamneză sunt mai puțin specifice. Interferențele dintre copil și părinți, în cursul anamnezei, trebuie notate, deoarece ele pot evidenția unele probleme care au fost trecute cu vederea, inclusiv conflictele familiale, ostilitate, depresia psihică sau anxietatea.

Trebuie cercetate, de asemenea, datele privind simptomele neurologice specifice ca: ataxia, somnolența, convulsiile, tulburările de vedere, „weakness”, tulburările de comportament.

Datele standard privind sarcina, travaliul, expulzia, creșterea și dezvoltarea, activitatea școlară, comportamentul, afecțiunile neurologice anterioare, examenul obiectiv pe aparate și sisteme completează bilanțul pacientului pentru o evaluare cât mai completă a cefaleei.

De asemenea, un rol important în diagnosticul etiologic al cefaleei îl au unele manifestări ale pacientului, cum ar fi: hipertensiunea arterială, sinuzitele cronice, durerile abdominale recurente, tulburările emoționale anterioare, traumatismele precum și utilizarea de medicamente pentru alte afecțiuni.

Importante „chei” pentru potențiala natură severă a cefaleei includ: severitatea cefaleei, apariția cefaleei în absența unor episoade similare anterioare, modificări în „pattern”-ul cefaleei cronice, durerea localizată consecvent sau durerea care trezește pacientul din somn, apărând dimineața și asociate cu semne sau simptome neurologice, oboesală excesivă.

### Examenul fizic

Examenul fizic trebuie să descopere orice anomalie care ar putea să se asocieze cu cefaleea.

Este de așteptat ca un copil cu un istoric de „tensiune” musculară crescută sau cefalee migrenoasă să prezinte un examen clinic normal. Prezența febrei poate indica un proces infecțios. Tensiunea arterială trebuie controlată, deoarece hipertensiunea arterială poate fi cauza unei cefalei cronice neprogresive sau neprogresive.

**Cefaleea acută.** Se definește printr-un episod, unic fără un istoric al unui „eveniment” similar anterior. Dacă acest tablou acut este asociat cu simptome sau semne neurologice, diagnosticul trebuie să fie făcut repede, deoarece intervenția poate fi salvatoare de viață. Diagnosticul diferențial cuprinde o largă varietate de tulburări, incluzând

infecțiile SNC, hemoragia subarahnoidiană, bolile sistemice și hipertensiunea arterială.

**Cefaleea acută recurentă.** Este o entitate care recidivează periodic, într-un mod similar și în cele mai multe cazuri are aspect migrenos. Durerea este bruscă, severă și pulsatilă.

**Cefaleea cronică progresivă.** Este mai intensă ca frecvență și severitate în timp. Dacă cefaleea se însoțește de simptome de hipertensiune intracraniană (vărsături, somnolență, modificări ale personalității și/sau semne neurologice anormale) trebuie suspectat un proces organic, ca o hidrocefalie sau o tumoră cerebrală.

**Cefaleea cronică neprogresivă.** Apare constant, zilnic sau frecvent și cu o severitate ușoară sau medie.

Vor fi examinate tegumentele pentru evidențierea de pete café-au-lait, peteșii, „striații” cutanate care pot indica o afecțiune asociată cu cefaleea.

De asemenea, va fi examinat minuțios fiecare organ sau sistem, deoarece cefaleea poate fi un simptom nespecific al oricărei boli sistemice.

Examenul neurologic se va începe cu craniul și gâtul. Se vor cerceta semnele produse de traumatisme și rigiditatea cefei. Se va măsura perimetrul cranian (mărirea sa evidentă poate traduce o hidrocefalie). Auscultația unui zgomot de tip „machinery-like” asimetric, la nivelul craniului, poate indica o malformație vasculară cerebrală. Este necesar examenul nervilor cranieni, al fundului de ochi, al mișcărilor oculare. Se va evalua forța segmentară, masa musculară, tonusul muscular și reflexele ostetotendinoase și cutanate abdominale. Orice anomalie trebuie evaluată, deoarece ea poate indica un proces patologic specific sau hipertensiune intracraniană. În cursul efectuării anamnezei și examenului fizic vor fi monitorizate limbajul, afectivitatea și nivelul conștienței.

### Explorare paraclinică

Testele de laborator trebuie să fie solicitate, legat de anamneză și criteriul temporal al cefaleei (paroxistice sau continue) și de examenul fizic și neurologic.

Radiografia craniană este rar utilă; la cei mai mulți pacienți cu cefalee este normală. La copiii la care radiografia craniană este anormală, modificările nu au valoare de diagnostic.

Electroencefalograma (EEG) are o valoare limitată în evaluarea de rutină a cefaleei, cu excepția cazurilor suspectate de a avea epilepsie. Anomaliile iritative apar într-un grad mai mare la pacienții cu migrenă, dar semnificația lor clinică, ca și

oportunitatea unui tratament în prezența lor este rar importantă (Kingst și colab, 1982).

CT-scan cerebrală este o metodă precisă de evaluare a conținutului cranian. Ea este utilă într-o varietate de tulburări, incluzând malformații, infecții, neoplasme, traumatisme și anomalii vasculare.

CT-scan a înlocuit radiografia craniană, pneumoencefalografia, angiografia, scintigrafia cerebrală și este cea mai importantă metodă pentru evaluarea unui pacient cu cefalee, suspectat de o leziune organică cerebrală.

CT-scan este obligatorie pentru diagnosticul unei anomalii structurale cerebrale, dacă pacientul prezintă simptome focale, manifestări clinice evolutive, simptome de HIC sau orice alte tulburări la examenul neurologic.

IRM este o metodă importantă de diagnostic, utilă în special la pacienții cu afecțiuni ale măduvei cervicale și anomalii ale fosei posterioare, cum ar fi malformația Arnold-Chiari.

Puncția lombară (PL) este utilă în determinarea existenței unui proces infecțios. Dacă se suspectează o leziune intracraniană, puncția lombară poate fi contraindicată și trebuie precedată de CT-scan. În pseudo tumor cerebri, CT-scan este utilă în diagnostic și ca procedură terapeutică.

Testele psihologice proiective pot fi utile la pacienții cu cefalee cronică neprogresivă, când aceasta este suspectată ca fiind funcțională; totuși, un interviu psihologic este frecvent mai util (Rothner AD, 1988).

## SINDROAME CEFALALGICE

Sindroamele cefalalgice se clasifică în: acute (generalizate și localizate); acute și recurente; cronice și progresive și cronice și neprogresive.

### Cefaleea acută generalizată

Cefaleea acută generalizată, izolată, pune probleme dificile de diagnostic. Cefaleea se întâlnește în: infecțiile sistemice, infecțiile SNC, intoxicațiile c Pb, CO, după o criză de convulsii, tulburările electrolitice, HTA, hipoglicemie, după puncție lombară, traumatisme, embolii, tromboze vasculare, hemoragii, boli de colagen.

Dacă cefaleea este asociată cu simptome sau semne neurologice, se poate suspecta o leziune organică cerebrală. 2-6% dintre consultațiile la adulți și adolescenți, examinați în urgență, sunt reprezentate de cefalee. 25% dintre toți pacienții examinați în urgență, cu cefalee, erau sub 17 ani. (Dhopes, 1979). Prezența de febră, HTA, rigiditatea cefei,

edemul papilar, hemoragiile retiniene, semnele neurologice focale sau tulburările conștienței indică obligatoriu o evaluare neurologică. O formă neobișnuită de cefalee acută generalizată este legată de efort. Adolescenții prezintă cefalee acută în cursul alergărilor, jocului de fotbal sau în cazul ridicării de greutăți. Aceste cefalee pot fi severe, pulsatile și generalizate și pot dura de la câteva minute la câteva ore. Numai dacă sunt recurente, ele necesită un tratament simptomatic și pot răspunde la terapia antiinflamatorie nespecifică nesteroidiană.

O cefalee generalizată severă este observată, de asemenea, după o criză convulsivă sau o puncție lombară.

### Cefaleea acută localizată

Cefaleea acută localizată poate fi determinată de: sinuzită, otită, tulburări patologice oculare, boli ale dinților, disfuncții ale articulației temporo-mandibulare și de traumatisme craniene.

În sinuzite, durerea poate fi unicul simptom sau poate fi asociată cu rinoree, tuse și alergii. Durerea poate fi localizată la față sau frunte sau poate fi generalizată. În sinuzita cronică, pacientul este, de obicei, afebril. Sindromul clinic poate mima cefaleea cu risc de tensiune. Radiografia de sinusuri faciale sau CT-scan pot demonstra o îngroșare a mucoasei și nivel hidroaeric. Sinusurile maxilare sunt cele mai afectate și tratamentul include antibiotice, decongestionante și rar drenaj chirurgical (Wald și colab, 1981).

Otita medie, cu risc crescut pentru sugar și copil, determină dureri localizate în special la nivelul urechii. La examenul otic se notează o membrană timpanică hiperemică, opacă, ce bombează și o slabă motilitate. Terapia include utilizarea de antibiotic.

Anomaliile oculare se consideră că determină frecvent cefalee la tineri, dar sunt în cauză rar. Astigmatismul, erorile de refracție și, ocazional, strabismul, determină cefalee acută localizată, care este precipitată de cititul prelungit sau viziunea prelungită la televizor. Examenul oftalmologic este indicat dacă acest tip de cefalee este prezent. Între cazurile rare de cefalee sunt incluse glaucomul, celulita orbitară și nevrita retrobulbară (Behrens, 1978).

Cariile, abcesele dentare, malocluzia și disfuncția temporo-mandibulară determină în mod obișnuit durere în ureche, mandibulă sau gură. Sediul localizat al durerii și relațiile sale cu masticția sugerează corect diagnosticul. Criteriile pentru disfuncția temporo-mandibulară nu sunt clare (Belfer și

Kaban, 1982). Pacienții care mestecă excesiv „gumă“, își tocesc dinții sau își mușcă buzele au risc pentru această tulburare.

Cefaleea localizată sau generalizată poate fi asociată cu traumatismul cranian, ea poate apărea imediat sau după mai multe zile de la accident.

Formarea de „neurome“ sau dezvoltarea unui chist leptomeningeal sunt complicații ale traumatismului cranian ușor. A doua formă de cefalee prelungită determinată de traumatism este sindromul postcomotiv. Dacă pacientul prezintă cefalee cronică (ex: mai mult de 12 săptămâni) și examenul neurologic și explorările paraclinice sunt negative, cefaleea trebuie considerată ca fiind funcțională.

Durerea în regiunea occipitală și cervicală superioară poate fi facilitată de activitățile sportive sau poate fi consecința unui traumatism sau unei malformații cum ar fi platibazia sau sindromul Klippel-Feil. Pacienții cu nevralgie occipitală au sensibilitate și durere în regiunea suboccipitală, în dermatomul cervical secund. Durerea poate fi în aria auriculară sau pe nervul occipital. Pot fi prezente modificări senzitive și spasm reflex al mușchilor cervicali, ce produce durere. Ameliorarea se produce prin analgezice pe cale orală și infiltrații cu substanțe analgezice.

### Cefaleea acută recurentă

#### Migrena

Sindromul migrenos la copilul mare și adolescent constituie exemplul clasic de cefalee acută recurentă. Această entitate se caracterizează prin atacuri paroxistice, episodice, periodice de vasoconstricție și vasodilatație însoțite de grețuri și vărsături (Rothner AD, 1988).

Diagnosticul de migrenă se bazează pe asocierea unor criterii:

- fie pe 2 din următoarele 4 criterii: 1) antecedente de migrenă la un adolescent, direct sau în familie; 2) prodrome vizuale senzitive sau motorii; 3) unilateralitatea cefaleei; 4) asocierea de grețuri și vărsături;
- fie pe 3 din 7 criterii (obținute prin adausul la cele 4 criterii precedente): 5) dureri abdominale prodromale; 6) caracterul pulsatil al cefaleei; 7) sedarea prin somn.

Se cunosc 2 forme de migrenă:

*Migrena simplă* (forma comună). Este cea mai frecventă. Este declanșată de unele condiții (variabile de la un caz la altul): expunerea la soare, la lumina vie; lipsa de somn; perioadele menstruale; ingestia unor alimente; contrarietate. Cefaleea debutează brutal. Este frecvent pulsatilă, unilaterală

în 1/3 dintre cazuri, adesea frontală, difuză sau greu delimitabilă.

Evoluează în crize ce durează una sau mai multe ore. Copilul este obosit, caută liniștea și obscuritatea. Dacă poate adormi, cefaleea dispare la trezire.

Grețurile, vărsăturile, durerile abdominale însoțesc frecvent aceste accese. Tulburările vizuale precedă sau imită cefaleea. Examenul neurologic este normal.

*Migrena asociată*. Este mult mai rară. Cea mai frecventă este migrena hemiplegică. Hemiplegia se instalează rapid în același timp cu cefaleea sau poate să o precedă. Durează de obicei câteva ore, mai rar una sau două zile și regresează total; poate fi familială.

În cazul migrenei asociate, se mai descriu: migrena bazilară, migrena oftalmoplegică, forma confuzională de migrenă.

Tratamentul crizelor de migrenă se face cu aspirină și sedative (cloral hidrat, diazepam). La copilul mare se utilizează isomethepten sau Cafergot. Când sunt prezente vărsături, Cofergot-ul se va administra în supozitoare sau sub formă de preparate cu administrare sublinguală (Ergomar).

Profilaxia migrenei constă în suprimarea unui eventual factor declanșant și administrarea de propranolol, cyproheptadine (Periactin), fenitoină (Dilantin) sau autohipnoză.

#### Cefaleea din epilepsie

Apare uneori ca un prodrom sau ca aură a unei crize de epilepsie, poate apărea, de asemenea, în faza postcritică. Excepțional, cefaleea constituie expresia critică izolată a unei epilepsii. Asocierea cefalee-greață-vărsături, cu anomalii EEG, constituie ceea ce s-a numit clasic echivalență epileptică (Rothner AD, 1989). Aceste episoade de cefalee sunt cel mai frecvent crize de migrenă cu anomalii EEG (Rothner AD, 1989). Tratamentul în cefaleea din epilepsie va fi acela al epilepsiei.

#### Cluster-headache (les cephalées en grappes)

Acest tip de cefalee acută recidivantă este rară la copil; este mai frecventă la fete.

Simptomatologia este caracteristică. Criza debutează prin durere care devine rapid foarte intensă, insuportabilă, cu sediu unilateral, la început intrași periorbital, apoi cu extensie la toată hemiofața, hemicraniul și regiunea cervicală de aceeași parte. Copilul este agitat și caută prin toate mijloacele să-și atenueze suferința. În cursul crizei dureroase, de partea durerii, se constată frecvent: lăcrimare, cingestie nazală, eritem facial și uneori sindrom Calude Bernard-Horner (miozis, ptosis, enoftalmie).

Crizele de cefalee se reproduc zilnic, timp de mai multe zile, frecvent la aceeași oră, în particular dimineața, la trezirea din somn. Tratamentul crizei este, în mod obișnuit, fără efect. Se utilizează methysrgide maleat, steroizi sau carbamat de litiu (Curless, 1982). Ca tratament profilactic se recomandă propranolol.

### Cefaleea cronică progresivă

Cefaleea cronică progresivă implică un proces patologic, de obicei intracranian. Hipertensiunea intracraniană trebuie evocată de la început și trebuie corectate cauzele sale. Printre cauzele principale se notează: hidrocefalia, tumorile cerebrale, „pseudotumor cerebri“, abcesul cerebral și hematumul subdural cronic.

**Hidrocefalia.** Este o afecțiune asociată cu creșterea volumului ventricular, secundară obstrucției circulației LCR. Poate fi secundară unei anomalii congenitale sau unei sechele consecutive unei infecții sau hemoragii cerebrale. CT-scan stabilește diagnosticul și tratamentul de elecție, ce constă în shunt-ul ventriculo-peritoneal.

**Tumorile cerebrale.** Se suspectează o tumoră cerebrală când cefaleea se asociază cu anomalii neurologice, modificări ale personalității, semne de HIC (edem papilar). Peste 50% dintre tumorile cerebrale la copil sunt infratentoriale, 40% dintre acestea având originea în cerebel. La sugar și copilul mic, cele mai comune tumori cerebrale sunt meduloblastomul, ependimomul, astrocitomul și tumorile plexului coroid. În perioada de preadolescență, tumorile cele mai comune sunt astrocitomul, meduloblastomul, ependimomul și craniofaringiomul. La adolescent, cele mai comune tumori sunt astrocitomul cerebelos, craniofaringiomul și meduloblastomul. În tumorile cerebrale, cefaleea, deși poate fi în „platou“, este invariabil progresivă ca frecvență și severitate. Cefaleea este secundară fracțiunii structurilor sensibile la durere sau obstrucției fluxului LCR, ce are ca rezultat hidrocefalia. Localizarea cefaleei este variabilă. Tumorile supratentoriale determină cefalee frontală, iar tumorile fosei posterioare determină cefalee occipitală. O tumoră emisferică poate determina dureri unilaterale. Modificarea poziției, defecația, tusea sau efortul pot accentua cefaleea. Cefaleea poate fi mai accentuată dimineața, poate fi asociată și diminuată sau stopată de vărsături. În majoritatea cazurilor, cefaleea este difuză și trezește copilul noaptea. Diagnosticul de tumoră cerebrală se confirmă prin CT-scan. Tratamentul constă în: exereza tumorii, radioterapie și chimioterapie.

**Pseudotumor cerebri (HIC benignă).** Constă în HIC fără evidența unei infecții, leziuni înlocuitoare de spațiu sau hidrocefalie. Pacienții prezintă de obicei cefalee și edem papilar, dar pot avea asociat și paralizia perechii a VI-a de nervi cranieni și hemoragii retiniene. CT-scan pune în evidență ventriculi mici de volum. PL demonstrează o presiune crescută a LCR, dar cu aspect normal citochimic. Tulburarea poate fi asociată cu otita cronică, obezitate, cicluri menstruale neregulate, terapie steroidiană. Tratamentul constă în repetate puncții lombare pentru readucerea presiunii LCR la normal. Diureticele și/sau steroizii pot fi de asemenea administrate.

**Abcesul cerebral.** Este rar. Se caută, cel mai eficient, la copiii cu maladii congenitale de cord cianogene, infecții cronice și la imunodeprimați. Poate exista un singur sau mai multe abcese. Semnele clinice constau în febră, creșterea presiunii intracraniene, anomalii focale neurologice. CT-scan are rol în diagnostic. Antibioticele și drenajul chirurgical constituie tratamentele de alegere.

**Hematumul subdural cronic.** Este secundar unui traumatism cranian postaccident de circulație (de obicei) sau unui abuz (sindromul de „copil bătut“). Clinic se constată hipertensiunea intracraniană; poate fi prezentă macrocefalia. CT-scan-ul facilitează de obicei diagnosticul. Tratamentul constă în drenaj chirurgical sau efectuarea de alte shunt-uri.

### Cefaleea cronică, neprogresivă

Cefaleile care sunt precipitate de/sau sunt asociate cu anumite cauze emoționale, neavând un substrat organic, sunt denumite cefalei funcționale. Acest grup de cefalei funcționale includ: cefaleea prin contractură musculară prelungită sau cefaleea de tensiune, cefaleea determinată de reacții de conversie, cefaleea ca echivalent al stării de depresie psihică, cefaleea prelungită posttraumatică. În acest grup nu se include migrena precipitată de emoții. Cefaleea organică, neprogresivă, este rară la copiii sub 10-12 ani, fiind mai frecventă la adolescenți. Cefaleea cronică neprogresivă funcțională poate coexista cu migrena; această combinație este denumită „sindromul de cefalee mixtă“ și se întâlnește mai frecvent la adulți.

Mecanismul prin care este produsă durerea a fost atribuit contracției susținute a mușchilor cefei și scalpului și vasoconstricției arterelor tributare, având ca rezultat ischemia musculară.

Caracterul, frecvența și durata durerii sunt variabile. Durerea poate fi difuză sau predominantă

frontal sau occipital. În unele cazuri, cefaleea este zilnică, având perioade de intensificare și apoi de calmare progresivă. Alți copii au accese de cefalee de mai multe ori pe săptămână. Cei mai mulți pacienți sunt fete și prezintă cefalee pe intervale de luni sau ani. Frecvent se notează absenteism școlar, dar surprinzător, acești pacienți au rezultate bune la învățătură.

Din anamneza acestor cazuri rezultă frecvent: absenteism școlar, existența de cazuri similare la alți membri din familie, alcoolismul părinților, stări conflictuale în familie sau în anturajul școlar, decese recente în familie. Unii dintre acești pacienți au un istoric de dureri recurente abdominale sau dureri la nivelul extremităților; alții au un istoric de tulburări de comportament. Examenul fizic și neurologic este normal. Examenul paraclinic nu sunt necesare, deși părinții le solicită frecvent.

Unii pacienți prezintă manifestări psihopatologice; depresia psihică este comună. Se notează: tulburări de somn, performanțe școlare slabe, comportament agresiv, anxietate, autodezaprobară, „ne-

plăceri“ somatice, scădere în greutate, fobia de școală (Ling și colab, 1970).

O formă particulară de cefalee cronică neprogresivă este cefaleea prelungită posttraumatică. Este vorba de copii care au prezentat un traumatism cranian cu sindrom comoțional cu luni sau ani înainte și care prezintă o cefalee cronică, care nu se corelează cu severitatea „injuriei“ cerebrale anterioare. În aceste cazuri, un examen clinic asociat cu o serie de investigații paraclinice (inclusiv CT-scan) elimină o leziune organică, cum ar fi un hematom subdural sau un chist leptomeningeal.

Dacă cefaleea se prelungește peste 8 săptămâni, în absența unor semne și simptome neurologice și a unui examen fizic negativ, ea va fi socotită „funcțională“. Când acest diagnostic este suspectat, se impune cercetarea unei cauze psihogene coexistente. Investigațiile privind climatul psihic din familie, discuții „deschise“ cu părinții și copilul, asocierea sau nu a unor agenți farmacologici (amitriptilina) sunt, de obicei, favorabile (Couch, 1979).

## BIBLIOGRAFIE

1. **Anderman E, Lugaresi E** – Migraine and epilepsy. Butterworth, Boston, 1987
2. **Arthuis M** – Cephalées et migraine. In : Arthuis M, Pinsard N, Ponsot G et al (eds) Neurologie pédiatrique, 2e ed, ch. 16, p. 469-474, Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 1998
3. **Barlow CF** – Headaches and migraine in childhood. Clinics in developmental medicine nr 91, London: Spastic International Medical Publications with Blackwell Scientific, Philadelphia, JB Lippincott, 1984
4. **Basser LS** – The relation of migraine and epilepsy. *Brain*, 1969, 92, 285
5. **Bille B** – Migraine in school children, *Acta Paediatr Scand*, 1962, 51 (suppl 136), 1-151
6. **Caplan LB** – Migraine and vertebrobasilar ischemia. *Neurology*, 1991, 41, 55-61
7. **Congdon PY, Forsythe WI** – Migraine in childhood in study of 300 children. *Dev Med Child Neurol*, 1979, 21, 209-216
8. **Curzitolo P, Cusmai R** – Drugs for alternating hemiplegia migraine. *Lancet*, 1984, 2, 980
9. **Curless RG** – Cluster headaches in childhood. *J Pediatr*, 1982, 101, 393-395
10. **Dalla Bernardina B, Capovilla G, Trevison E et al** – Alternating hemiplegia in childhood. In: Andermann F, Lugaresi E (eds) Migraine and epilepsy, pp 189-201, Butterworth, Boston, 1987
11. **Gascon GG** – Chronic and recurrent headaches in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*, 1984, 31, 1027-1051
12. **Gascon G, Barlow C** – Juvenile migraine, presenting as an acute confusional state. *Pediatrics*, 1970, 45, 628
13. **Gastaut JL, Yermenos E, Bonnefoy M et al** – Familial hemiplegic migraine: EEG and CT-scan study of two cases. *Ann Neurol*, 1981, 10, 4, 392-395
14. **Gaudelus J, Vinas A, Sauvion S et al** – Traitement de la migraine. *Med Infant*, 1988, 1, 85-90
15. **Glista GG, Melinger JE, Rooke ED** – Familial hemiplegic migraine. *Mayo Clin Proc*, 1975, 50, 307
16. **Gordon N** – Migraine, epilepsy, posttraumatic syndromes and spreading depression. *Dev Med Child Neurol*, 1989, 78, 797
17. **Hackaday JM** – Migraine and its equivalents in childhood. *Dev Med Child Neurol*, 1987, 29, 265-270
18. **Holguin J, Fenichel G** – Migraine. *J Pediatr*, 1967, 70, 290-297
19. **Hosking GP, Cavanagh NPC, Wilson J** – Alternating hemiplegia: complicated migraine in infancy. *Arch Dis Child*, 1978, 53, 656-659
20. **Kaniecki R** – Headache assessment and management. *JAMA*, 2003, 1, 23, 135-138
21. **Jozeau-Marigne ML** – Migraine ophtalmoplegique chez l'enfant. A propos de six cas. *These Med*, Paris, 1969
22. **Lay CW, Ziegler DK, Lansky LL et al** – Hemiplegic migraine in childhood: diagnostic and therapeutic aspects. *J Pediatr*, 1982, 101, 5, 696-699
23. **Pinsard N, Mancini J, Livet MO** – Les migraines de l'enfant. *Med Infant*, 1982, 89, 6, 613-623
24. **Popescu V** – Cefaleea în practica pediatrică (I). *Viața Medicală*, 1994, 20, 5
25. **Popescu V** – Cefaleea în practica pediatrică (II). *Viața Medicală*, 1994, 21, 5
26. **Popescu V** – Migrena la copil. *Viața Medicală*, 1999, XI, 38(508), 2
27. **Schraeder PL, Burns RA** – Hemiplegic migraine associated with an aseptic meningeal reaction. *Arch Neurol*, 1980, 37, 377-379
28. **Seshia SS, Reggin JD, Stanwick RS** – Migraine and complex seizures in children. *Epilepsia*, 1985, 26, 232-236
29. **Verret S, Steele JC** – Alternating hemiplegia in childhood: a report of 8 patients with complicated migraine beginning in infancy. *Pediatrics*, 1971, 675-680
30. **Vijayan N** – Ophthalmoplegic migraine ischemic or compressive neuropathy. *Headache*, 1980, 20, 300-304