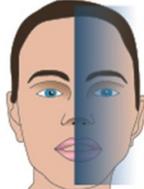




Pubblichiamo una sintesi della lezione, tenuta giovedì 3 dicembre 2015, dal tema “**Le Cefalee**” della Dott.ssa Francesca Mazziotta.

Le cefalee

TIPI DI CEFALEE			
CEFALEA DA SINUSITE: dolore di norma dietro la fronte e/o gli zigomi	CEFALEA A GRAPPOLO: il dolore è dentro e intorno ad un occhio	CEFALEA TENSIVA: il dolore è come una mano che stringe la testa	EMICRANIA: dolore, nausea e variazioni visive sono tipiche della forma classica
			

Le Cefalee Primarie Ricorrenti

Definizione: Cefalee acute che ricorrono con intervalli liberi di benessere. Non correlabili ad altre cause.

Le forme possono essere:

- Eemicrania;
- Cefalea Tensiva;
- Cefalea a grappolo e altre cefalee autonomico-trigeminali;
- Altre cefalee primarie:

- 1.
1. Trafittiva
2. Da tosse
3. Da attività sessuale
4. Ipnica
5. A “rombo di tuono”
6. Eemicrania Continua
7. Nuova Giornaliera Persistente

Emicrania senza aura

1. La cefalea dura 1(4)-72 h (non trattata o trattata senza successo);
2. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
 1. Localizzazione unilaterale (bilaterale)
 2. Qualità pulsante
 3. Intensità media o forte
 4. Aggravata da o che limiti le attività fisiche di routine
5. Alla cefalea si associano almeno una delle seguenti condizioni:
 1. nausea o vomito
 2. fotofobia o fonofobia
3. Non attribuita ad altra condizione o patologia

Quando attacchi di emicrania senza aura si verificano per almeno 15 giorni al mese per un periodo di almeno 3 mesi diventa "Emicrania Cronica"

Aura tipica con cefalea emicranica.

I criteri diagnostici sono:

1. Aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti, in assenza di deficit motori:
 1. **Sintomi visivi completamente reversibili**, positivi (luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (perdita del visus);
 2. **Sintomi sensitivi completamente reversibili**, positivi (punture di spilli) e/o negativi (ipoestesia);
 3. **Disturbi del linguaggio completamente reversibili.**

4. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
 1. **Disturbi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali;**
 2. **Almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente** in $\geq 5'$ e/o diversi sintomi si susseguono in $\geq 5'$;
 3. **Ogni sintomo dura $\geq 5'$ e $\leq 60'$.**

4. Una cefalea, che soddisfi i criteri B-D per l'emicrania senza aura, inizia durante l'aura o segue l'aura entro 60';
5. Non attribuita ad altra condizione o patologia.

Cefalea Tensiva

Possono essere: di tipo tensivo episodica sporadica, di tipo tensivo frequente, di tipo tensivo cronica.

Può essere associata/non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

Cefalea di Tipo Tensivo Episodica Sporadica/ Frequente

1. Almeno 10 episodi che si verificano in media < 1 giorno al mese (< 12 giorni all'anno)
Almeno 10 episodi che si verificano in media > 1 giorno ma meno di 15 giorni al mese per almeno 3 mesi (> 12 e < 180 giorni all'anno);

2. La cefalea dura 30' a 7 giorni;
3. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
 1. Localizzazione bilaterale;
 2. Qualità gravativo-costrittiva (non pulsante);
 3. Intensità lieve o media;
 4. Non è aggravata dall'attività fisica di routine.

5. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:
 1. Assenza di nausea e vomito (può manifestarsi anoressia);
 2. Può essere presente fotofobia o fonofobia, ma non entrambe.

3. Non attribuita ad altra condizione o patologia.

Quando una cefalea di tipo tensivo si verifica per più di 15 giorni al mese per più di 3 mesi diventa "Cefalea Tensiva Cronica".

I fattori ambientali ed individuali predisponenti alla Cefalea Tensiva sono:

1. Stress psico-sociale;
2. Disordini psichiatrici (s.depressivi nella CTEF);
3. Scarse relazioni con i coetanei;
4. Disarmonia nel nucleo familiare;
5. Disfunzione oro-mandibolare;
6. Malattie somatiche;
7. Malattie croniche (> CTC).

Lo stress associato alle trasformazioni somatiche dell'adolescenza procurano "Cefalea di Tipo Tensivo nel giovane adulto".

Fisiopatologia dell'Emicrania.

L'emicrania è considerata un processo primitivo che si sviluppa a livello neuronale associato ad una ipereccitabilità geneticamente determinata della corteccia cerebrale.

I disturbi degli scambi ionici a livello neuronale porterebbero ad un abbassamento della soglia per una varietà di fattori esterni ed interni a determinare il fenomeno della CSD "Cortical Spreading Depression" con secondaria attivazione del Sistema Trigemino-Vascolare e progressiva sensibilizzazione delle vie afferenti.

Fattori scatenanti +/- associati dell'Emicrania:

1. Stress psico-fisico;
2. Rilassamento dallo stress;
3. Cambiamenti delle abitudini del sonno;
4. Cambiamenti crono-biologici;
5. Mancata assunzione di cibo ai pasti;
6. Mestruazioni;
7. Pillola anticoncezionale;
8. Alcool;
9. Esposizione a particolari odori;
10. Esposizioni a particolari luci;
11. Infezioni;
12. Traumi cranici;
13. Ingestione di specifici alimenti.

Principi Generali di Terapia delle Cefalee Primarie

Definire la diagnosi di forma clinica e valutare con attenzione il "peso" della cefalea:

- La cura è legata alla frequenza ed alla gravità degli attacchi;
- La presenza ed il grado di disabilità provocata dal dolor;

- L'impatto della storia clinica sulla qualità della vita La presenza di sintomi associati (ad es. nausea o vomito);
- Chiarire ai pazienti ed ai loro familiari le caratteristiche della malattia e le possibili scelte terapeutiche;
- Discutere il razionale di una particolare cura, compresi i suoi possibili effetti collaterali;
- Incoraggiare il paziente ad identificare e poi evitare i possibili fattori scatenanti.

Considerare le possibili condizioni di

1. *Comorbilità* (depressione, ansia, disturbi ossessivo-compulsivi);
2. *Coesistenza* (es. ipertensione, asma, epilessia, obesità).

Ottimizzare il trattamento del dolore acuto (farmaci antiemcranici specifici VS Fans), considerando anche le vie di somministrazione in relazione alla presenza di vomito.

Considerare il rischio di un eccessivo uso di farmaci contro il dolore acuto esplicitando la possibilità di un peggioramento clinico ipotizzabile in caso di trattamento per più di due giorni alla settimana ("DRUG-INDUCED HEADACHE")

Principi Generali della Profilassi delle Cefalee Primarie

Quando intraprendere un trattamento di profilassi farmacologica:

1. Sono presenti più di 4 attacchi al mese;
2. Le crisi durano più di 4 ore;
3. L'intensità è medio-grave;
4. Non si ottiene una risposta soddisfacente con la sola terapia sintomatica;
5. La terapia sintomatica produce effetti indesiderati non accettabili.

Prima di intraprendere un trattamento preventivo è utile:

1. Osservare il paziente per almeno due mesi attraverso un diario clinico
2. Dare indicazioni comportamentali (stile di vita, evitamento di possibili fattori scatenanti) per verificarne l'eventuale efficacia
3. Prevedere un periodo di wash-out in caso di trattamenti già in corso

Obiettivi della profilassi:

1. Ridurre la frequenza e l'intensità delle crisi dolorose;
2. Ridurre il grado di disabilità;
3. Migliorare la qualità della vita del paziente;
4. Evitare l'eccessivo uso di farmaci sintomatici.

Evidenze di efficacia delle Profilassi Farmacologica nell'Emicrania AAN and Child Neurology Society, Neurology 2004			
Farmaco	Studio	Efficacia	Effetti collaterali
AEDs			
Valproato di sodio 15-45mg/kg/d (7-16 a.)	IV	76% > 50% Fr.	O-F
500-1000mg/d 9-17 a.	IV	P=0	
Topiramato 12,5-225mg/die (8-15 a.)	IV	P< 0.001	O-F
Levetiracetam 250-500mg (3-17 a.)	IV	P<0.0001	O-F
Antidepressivi			
Trazodone 1mg/kg/d (7-18 a.)	II	NS	O-F
Pizotifene 1-1.5 mg/d (7-14 a.)	I	NS	O-F
Amitriptilina 1mg/kg (9-15 a.)	IV	80%	O-F
10mg (3-12 a.)	IV	89%	
Antistaminici			
Ciproptadina 4mg (3-12 a.)	IV	83%	O-F

Le cefalee - Dott.ssa Francesca Mazziotta

Scritto da Redazione

Lunedì 14 Dicembre 2015 20:00 - Ultimo aggiornamento Lunedì 14 Dicembre 2015 20:39

Farmaco	Studio	Efficacia	Effetti collaterali
Calcioantagonisti			
Flunarizina			
5mg/d (5-11 a.)	I	P<0.001	O
5mg/d (10-13 a.)	IV	75% ↓ Fr. 75-100%	
Nimodipina			
10-20mg (7-18 a.)	I	NS	
Beta-bloccanti			
Propranololo			
80 mg (3-12 a.)	II	81%	O-F
6-120 mg (7-16 a.)	II	NS	
3 mg/Kg/d (6-12 a.)	II	NS	

Drugs for preventing migraine headaches in children

Cochrane Library 2003

Solo per propranololo e flunarizina sono state rilevate evidenze di efficacia nella prevenzione dell'emigrania nel bambino

Cefalee: un disturbo che si manifesta con episodi ricorrenti della crisi in periodi attivi e passivi. La migrazione cronica è caratterizzata da un numero elevato di episodi, di tipo massante e/o depressivo, variabile da



[Commenti della Dott.ssa Francesca Mazziotta.](#)