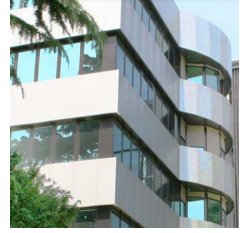




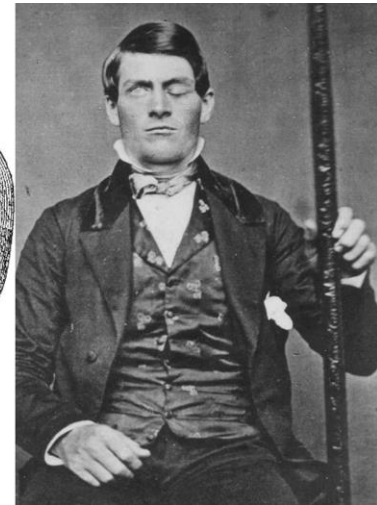
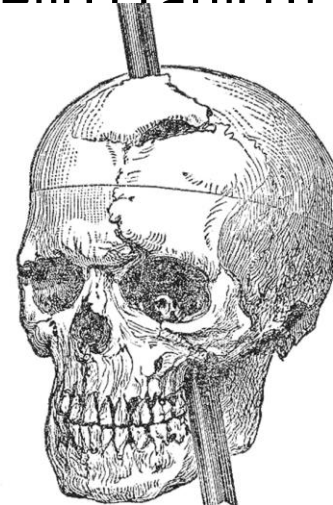
Mal di testa: sintomo a malattia

A cura di
Maurizio
Versino
Castellanza
13 Marzo 2024

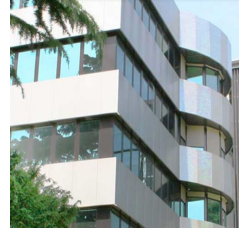
Cefalea – malattia o sintomo?



- **Primaria:** la cefalea è la **malattia**; attivazione abnorme delle vie nocicettive
- **Secondaria:** la cefalea è il **sintomo** di un'altra malattia che attiva i recettori dolorifici a livello del cranio
 - Dove sono localizzati i recettori dolorifici a livello cranico?
 - Scalpo, meningi, arterie, seni venosi
 - Orecchie, naso, occhi, colonna cervicale
 - Il cervello non ha recettori dolorifici !!

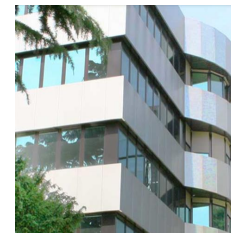


Classificazione



Parte 2 : Le cefalee secondarie = cefalee attribuite a

5. lesione cranica e/o cervicale
6. patologia cranica o cervicale
7. patologia intracranica non vascolare
8. l' uso di una sostanza o alla sua sospensione
9. infezione
10. disturbi dell'omeostasi
11. disturbi di cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture craniche o cervicali
12. disturbi psichiatrici



Outline

Cefalee primarie

Emicrania : senz'aura, con aura, cronica, con eccessivo uso di sintomatici

Cefalea di tipo tensivo: episodica sporadica, cronica

Cefalee autonomico-trigeminali : cefalea a grappolo

Neuropatie craniche dolorose

Nevralgia Trigeminal

Approccio clinico

Diagnosi

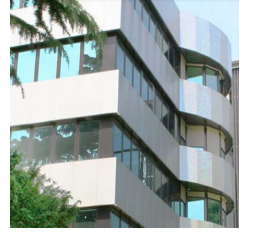
Terapia

1. Eemicrania



- 1.1 Eemicrania senz'aura
- 1.2 Eemicrania con aura
- 1.3 Eemicrania cronica
- 1.4 Complicanze dell'eemicrania
- 1.5 Eemicrania probabile
- 1.6 Sindromi periodiche che possono essere associate all'eemicrania

Prevalenza dell'emicrania

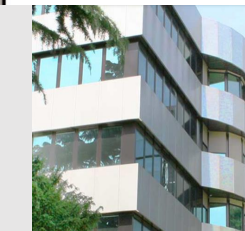
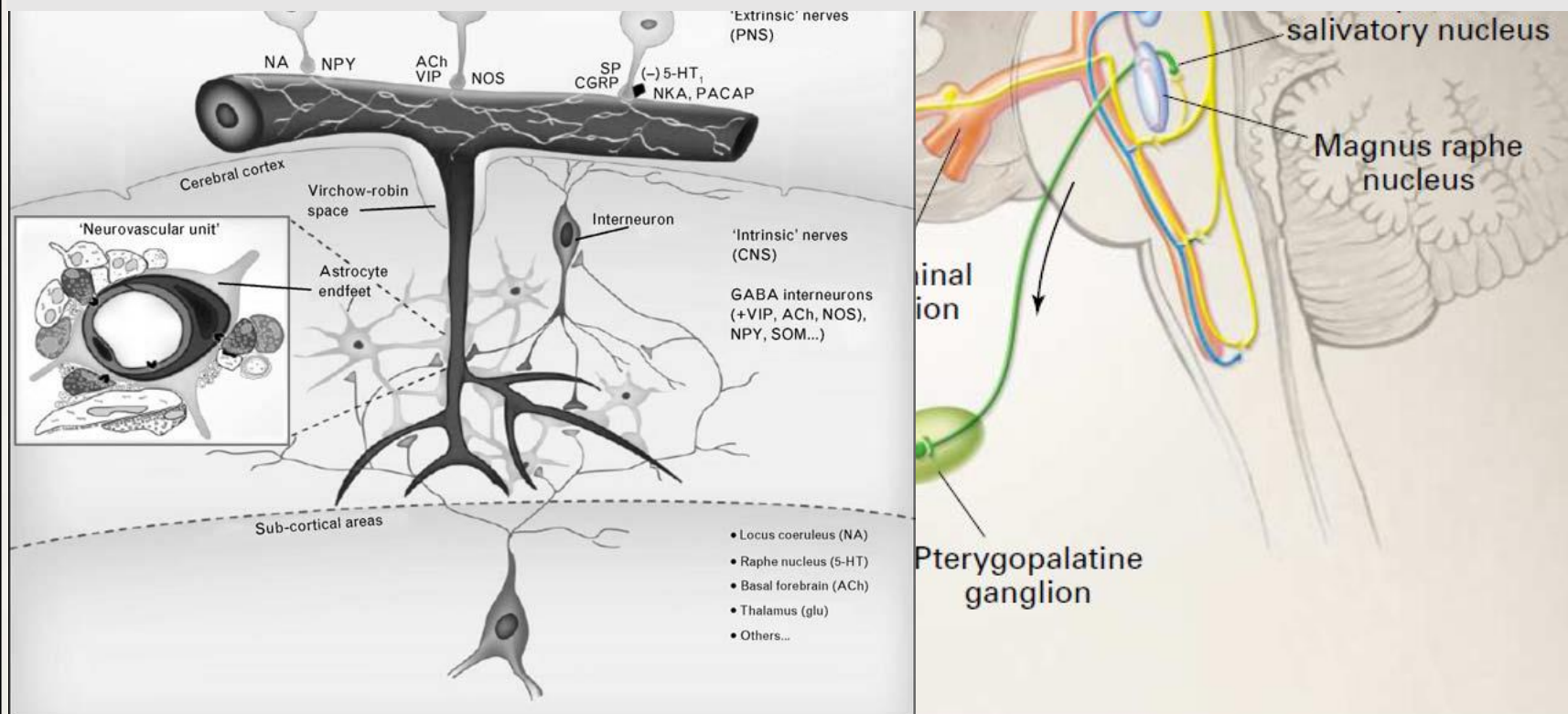


- **1 donna su 5**
- **1 uomo su 16**
- **In Italia**
 - **6.000.000 emicranici**
 - **840000 emicranici cronici**
 - **2.5% / anno da episodico → a cronico**

Il sistema trigemino vascolare

I controlli nocicettivi

La sensitizzazione periferica centrale

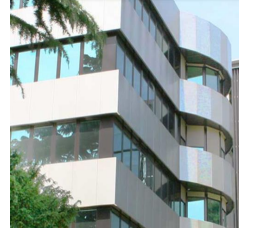


1.1 Emicrania senz'aura



- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. La cefalea dura 4-72 ore (non trattata o trattata senza successo)
- C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. localizzazione unilaterale
 - 2. dolore di tipo pulsante
 - 3. dolore con intensità media o forte
 - 4. aggravata da o/che limiti le attività fisiche di routine (per es., camminare, salire le scale)
- D. Alla cefalea si associa almeno una delle seguenti condizioni:
 - 1. presenza di nausea e/o vomito
 - 2. presenza di fotofobia e fonofobia
- E. Non meglio inquadrabile in un'altra diagnosi ICHD-3.

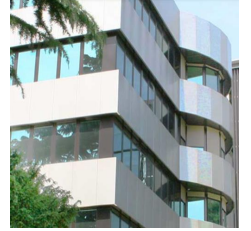
“Non meglio inquadrabile in un’altra diagnosi ICHD-3”



Questo è l’ultimo criterio per tutti i tipi di cefalea

- La diagnosi differenziale è parte routinaria del procedimento diagnostico
- Quando una cefalea soddisfa i criteri per un tipo particolare di cefalea, quest’ultimo criterio ricorda di considerare sempre la possibilità di altre diagnosi che possono spiegare meglio la cefalea stessa.

1.1 Eemicrania senz'aura



Sintomi pro-dromici: ore o giorni prima dell'attacco
fatica, difficoltà di concentrazione, ipersensibilità a luci e suoni, rigidità nucale, visione sfocata, sbadigli, nausea, pallore

Sintomi post-dromici: nelle 48 ore successive all'attacco

stanchezza , difficoltà di concentrazione rigidità nucale

1.2 Emicrania con aura



A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C

B. Uno o più dei seguenti sintomi dell'aura completamente reversibili:

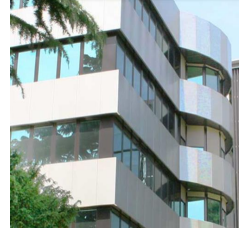
1. Visivi
2. sensitivi
3. parola/linguaggio
4. motori
5. del tronco encefalo
6. retinici

C. Almeno tre delle sei seguenti caratteristiche:

1. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti. due o più sintomi dell'aura si manifestano in successione
3. ogni singolo sintomo dura 5-60 minuti
4. almeno un sintomo dell'aura è unilaterale
5. almeno un sintomo dell'aura è positivo
6. l'aura è accompagnata, o seguita entro 60 minuti, da cefalea

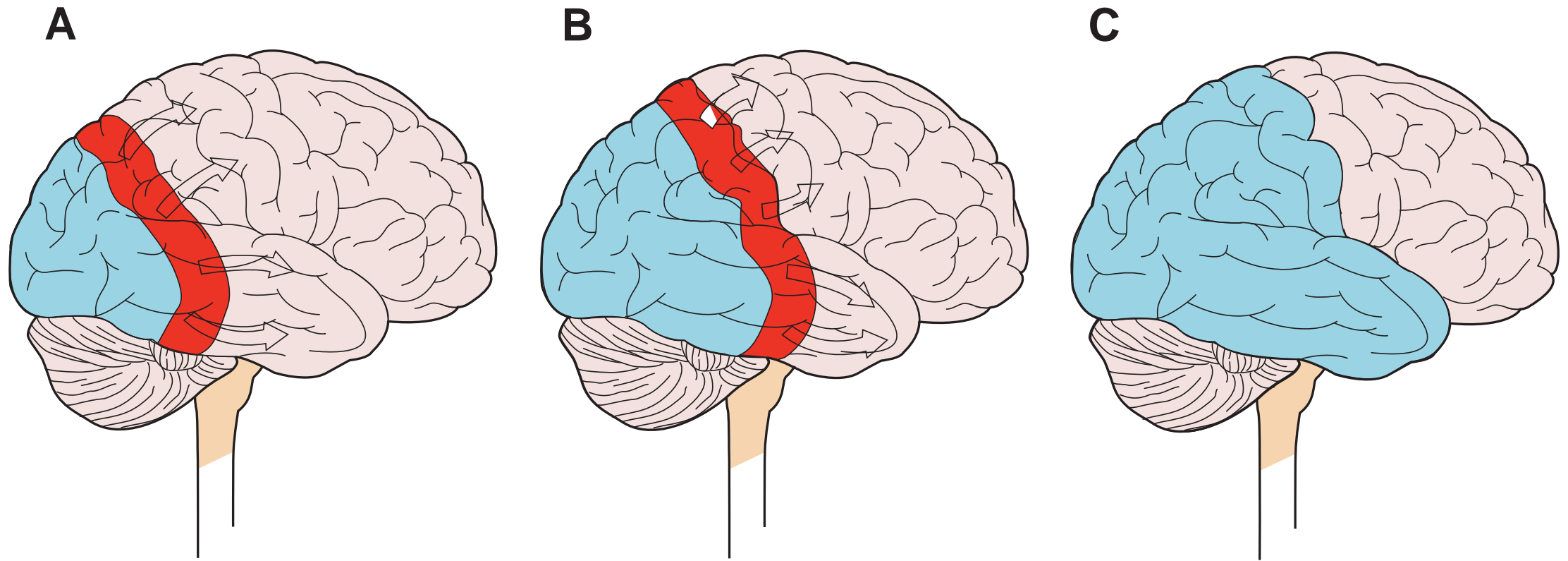
D. Non meglio inquadrabile in un'altra diagnosi ICHD-3.

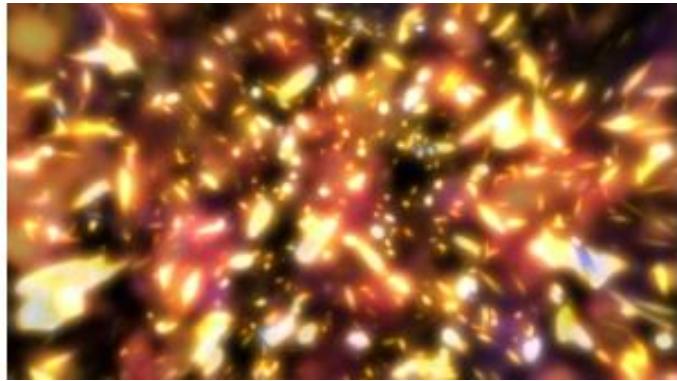
1.2.1.2 Aura tipica senza cefalea



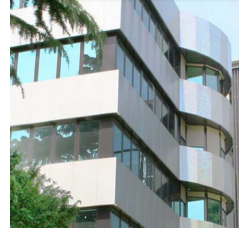
- A. Soddisfa i criteri 1.2.1 *Emicrania con aura tipica*
- B. La cefalea non accompagna o segue entro 60 minuti l'aura

Cortical spreading depression





Emicrania e ... cibo



- La nausea è *parte* non è *la causa* dell'attacco
- L'assunzione di cibo in maniera *non regolare* può scatenare un attacco
- L'effetto è individuale
- Alcuni esempi :
 - Alcool
 - Cioccolato
 - Formaggi stagionati
 - Aspartame (dolcificanti)
 - Frutta secca
 - Glutammato (dadi, carne in scatola, alumi)
 - Nitriti / nitrati (verdure a foglia verde, salurmi)
 - Caffè
 - A basso dosaggio: benefico
 - Ad alto dosaggio: nocivo

Emicrania e ... ormoni



- Le donne sono più colpite degli uomini
- L'esordio avviene dopo il menarca
- Episodi in prossimità del ciclo (*catameniale*)
- Variazione della frequenza in gravidanza (*guarigione* nel 2° / 3° trimestre)
- Variazione della frequenza (peggioramento) perimenopausale
- *Guarigione* dopo la menopausa

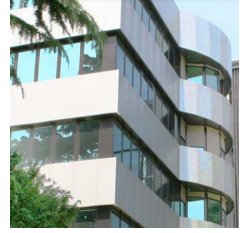
- Effetto delle terapie estro-progestiniche

1.3 Emicrania Cronica



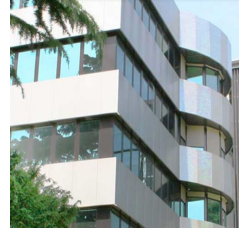
- A. Cefalea (di tipo emicranico e/o tensivo) per ≥ 15 giorni/mese da > 3 mesi che soddisfi i criteri B e C
- B. Cefalea che si manifesta in un paziente che abbia almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D per 1.1 Emicrania senza aura e/o i criteri B e C per 1.2 Emicrania con aura
- C. Cefalea che soddisfi per ≥ 8 giorni/mese e per > 3 mesi qualsiasi dei seguenti criteri:
 - 1. criteri C e D per 1.1 Emicrania senza aura
 - 2. criteri B e C per 1.2 Emicrania con aura
 - 3. cefalea che il paziente ritenga di tipo emicranico al suo esordio ed alleviata dal trattamento con un triptano o un derivato dell'ergot
- D. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3

8.2 Medication-overuse headache (MOH) – Cefalea da eccessivo uso di sintomatici



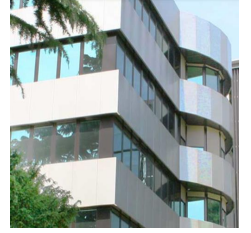
- A. Cefalea presente per ≥ 15 giorni al mese in un soggetto con una cefalea preesistente
- B. Uso eccessivo regolare per > 3 mesi di uno o più farmaci che possono essere utilizzati per il trattamento acuto o sintomatico della cefalea
- C. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

1.3 Emicrania Cronica



- Prevalenza nella popolazione generale: 0,5-2,6 % (più frequente nelle donne)
- Prevalenza nei pazienti con cefalea cronica quotidiana: 11-70 %
- 30-50 % dei pazienti che afferiscono ad un centro cefalee
- Emicrania è la cefalea primaria preesistente in ≈ 80 % dei pazienti Medication Overuse Headache.
- Pazienti affetti da emicrania cronica: ≈ 70 % presenta abuso di analgesici

1.3 Emicrania Cronica



- Gravità della cefalea primaria (giorni di cefalea/mese), precedente cefalea da abuso
- Stile di vita: fumo, sedentarietà...
- Comorbidità in ambito psichiatrico (disturbi d'ansia e dell'umore → fattori di rischio o conseguenza di MOH ?

1.3 Emicrania Cronica



Luglio 2020. È stato approvato in via definitiva dal Senato, con 235 pareri favorevoli e 2 contrari, il testo unificato del disegno di legge per **il riconoscimento della cefalea cronica come malattia invalidante.**

Il testo punta innanzitutto a riconoscere la **cefalea cronica come malattia sociale** quando si presenta nella seguenti forme:

- a) emicrania cronica e ad alta frequenza;
- b) cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di farmaci analgesici;
- c) cefalea a grappolo cronica;
- d) emicrania parossistica cronica;
- e) cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione;
- f) emicrania continua.

Inoltre si prevede che, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, saranno individuati progetti finalizzati a sperimentare metodi innovativi di presa in carico delle persone affette da cefalea.

Emicrania: costi

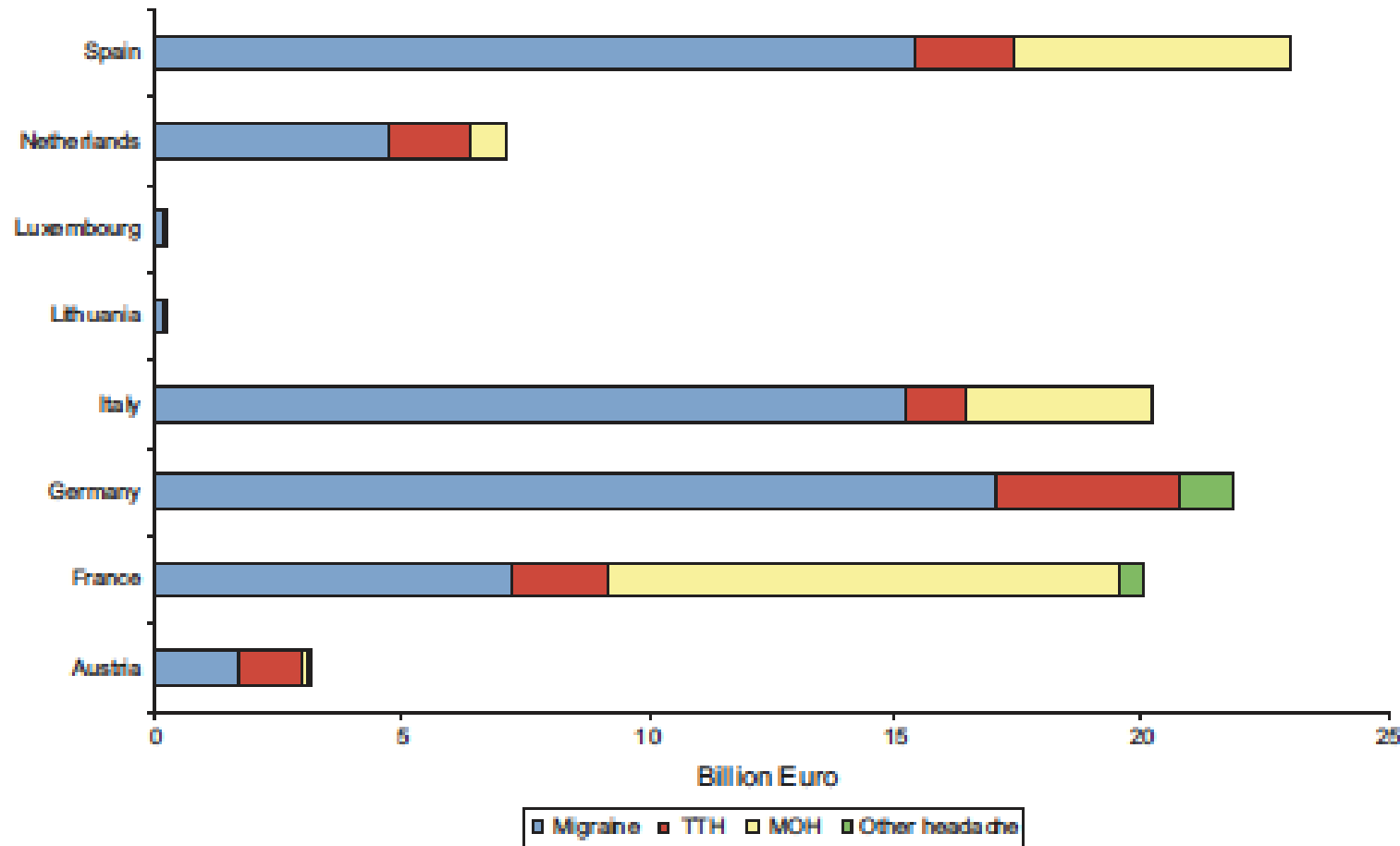


- Diretti 30 – 10%
 - Visite, indagini diagnostiche, farmaci, ricoveri
- Indiretti 70 – 90%
 - Giorni di assenza o di ridotta produttività lavorativa

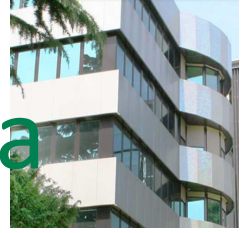


The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project

M. Linde^{a,b}, A. Gustavsson^c, L. J. Stovner^{a,b}, T. J. Steiner^{a,d}, J. Barré^e, Z. Katsarava^f,
J. M. Lainez^g, C. Lampl^h, M. Lantéri-Minetⁱ, D. Rastenyte^j, E. Ruiz de la Torre^k, C. Tassorelli^l and
C. André^{d,m}

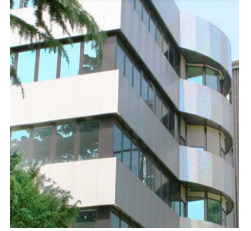


2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica



- A. Almeno 10 episodi di cefalea che si verificano in media <1 giorno al mese (<12 giorni all'anno) e che soddisfano i criteri B-D
- B. La cefalea dura da 30 minuti a 7 giorni
- C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. localizzazione bilaterale
 - 2. qualità gravativa o costrittiva (non pulsante)
 - 3. intensità lieve o moderata
 - 4. non aggravata dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale
- D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:
 - 1. Assenza di nausea e vomito
 - 2. Può essere presente fotofobia oppure fonofobia, ma non entrambe
- E. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

2.3 Cefalea tensiva cronica



- A. La cefalea è presente in media ≥ 15 giorni al mese per > 3 mesi (≥ 180 giorni all'anno) e soddisfa criteri B-D
- B. La cefalea dura da ore a giorni o è continua
- C. La cefalea ha almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. localizzazione bilaterale
 - 2. qualità gravativa o costrittiva (non pulsante)
 - 3. intensità lieve o moderata
 - 4. non aggravata dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale
- D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:
 - 1. non più di uno tra i seguenti sintomi: fotofobia, fonofobia o nausea lieve
 - 2. assenza di nausea moderata o forte o vomito
- E. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

3.1 Cefalea a grappolo



A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D

B. Dolore di intensità severa o molto severa, unilaterale, in sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale, della durata di 15-180 minuti (se non trattato)

C. Una o entrambe tra le seguenti:

1. almeno uno dei seguenti sintomi o segni ipsilaterali alla cefalea:

- a) iniezione congiuntivale e/o lacrimazione
- b) congestione nasale e/o rinorrea
- c) edema palpebrale
- d) sudorazione faciale e frontale
- e) miosi e/o ptosi

2. sensazione di irrequietezza o agitazione.

D. La frequenza degli attacchi è compresa tra uno ogni due giorni e otto al giorno

E. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3

13.1.1 Nevralgia Trigeminale



A. Attacchi ricorrenti di dolore facciale unilaterale nella/e distribuzione/i di uno o più divisioni

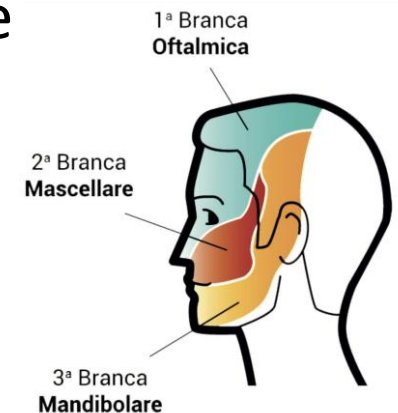
del nervo trigemino, senza irradiazione oltre la distribuzione trigeminale, che soddisfino i criteri B e C

B. Il dolore presenta tutte le seguenti caratteristiche:

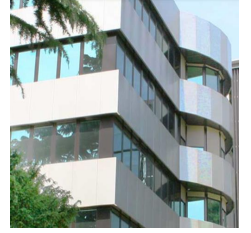
1. durata da frazioni di secondo a 2 minuti
2. intensità severa
3. a tipo scossa elettrica, lancinante, trafittivo o puntorio

C. Precipitato da stimoli faciali innocui sulla distribuzione trigeminale affetta

D. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

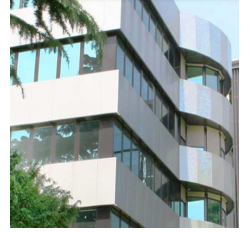


Diagnosi



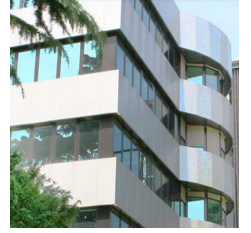
- Anamnesi personale: familiarità, comorbidità (ipertensione, distiroidismi, anemia), nelle donne: caratteristiche del ciclo, uso ep; distimia; disturbo d'ansia; possibili fattori scatenanti
- Anamnesi cefalea
- Esame obiettivo generale ed esame obiettivo neurologico
- Esami di laboratorio
- RMN con sequenze angio (eventualmente anche con studio dei seni venosi)
- NO EEG
- Diario

SNOOP4

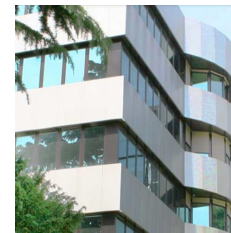


- Systemic symptoms: fever, weight loss
- Neurological symptoms /signs: confusion, impaired alertness or consciousness
- Onset sudden, abrupt
- Older (new onset, progressive, > 50 years)
- 4P
 - Pattern change (increased frequency)
 - Papilledema
 - Precipitating factor (Valsalva)
 - Positional

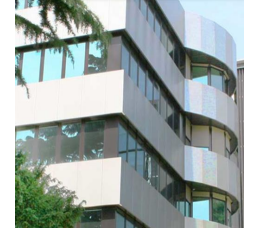
Terapia



- Comportamentale
 - Evitare fattori scatenanti
 - Terapia cognitivo-comportamentale
 - Dieta
 - attività sportiva
- Sintomaci (tempo di assunzione)
 - FANS (indometacina)
 - Triptani
- Terapie di profilassi
 - Beta-bloccanti
 - Calcio-antagonisti
 - Antidepressivi triciclici
 - Antiepilettici (valproato di sodio, topiramato, lamotrigina)
 - Tossina botulinica
 - Anticorpi monoclonali anti CGRP

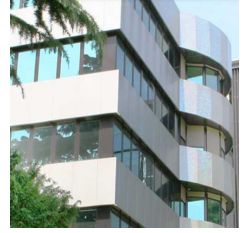


11.2.1 Cervicogenic headache



- A. Any headache fulfilling criterion C
- B. Clinical, laboratory and/or imaging evidence of a disorder or lesion within cervical spine or soft tissues of neck, known to be able to cause headache
- C. Evidence of causation demonstrated by ≥ 2 of:
 1. headache has developed in temporal relation to onset of cervical disorder or appearance of lesion
 2. headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of cervical disorder or lesion
 3. cervical range of motion is reduced and headache is made significantly worse by provocative manoeuvres
 4. headache is abolished following diagnostic blockade of a cervical structure or its nerve supply
- D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

8.1.12 Headache attributed to exogenous hormone



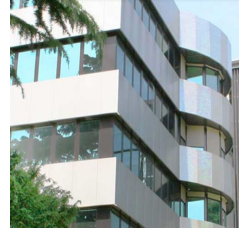
- A. Any headache fulfilling criterion C
- B. Regular intake of one or more exogenous hormones
- C. Evidence of causation demonstrated by both of:
 - 1. headache has developed in temporal relation to the commencement of hormone intake
 - 2. ≥ 1 of the following:
 - a) headache has significantly worsened after an increase in dosage of hormone
 - b) headache has significantly improved or resolved after a reduction in dosage of hormone
 - c) headache has resolved after cessation of hormone intake
- D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

8.2 Medication-overuse headache (MOH)



- 8.2.1 Ergotamine-overuse headache
- 8.2.2 Triptan-overuse headache
- 8.2.3 Simple analgesic-overuse headache
- 8.2.4 Opioid-overuse headache
- 8.2.5 Combination -analgesic-overuse headache
- 8.2.6 MOH attributed to multiple drug classes not individually overused
- 8.2.7 MOH headache attributed to unverified overuse of multiple drug classes
- 8.2.8 MOH attributed to other medication

8.4.3 Estrogen-withdrawal headache



- A. Headache or migraine fulfilling criterion C
- B. Daily use of exogenous estrogen for ≥ 3 wk, which has been interrupted
- C. Evidence of causation demonstrated by both of:
 - 1. headache or migraine has developed within 5 d after last use of estrogen
 - 2. headache or migraine has resolved within 3 d of its onset
- D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

11.7 Headache attributed to temporomandibular disorder (TMD)



- A. Any headache fulfilling criterion C
- B. Clinical and/or imaging evidence of TMD
- C. Evidence of causation demonstrated by ≥ 2 of:
 1. headache has developed in temporal relation to onset of TMD
 2. either or both of: a) headache has significantly worsened in parallel with progression of TMD; b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of TMD
 3. headache produced or exacerbated by active jaw movements, passive movements through range of motion of jaw and/or provocative manoeuvres such as pressure on TMJ and surrounding muscles of mastication
 4. headache, when unilateral, is ipsilateral to TMD
- D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis