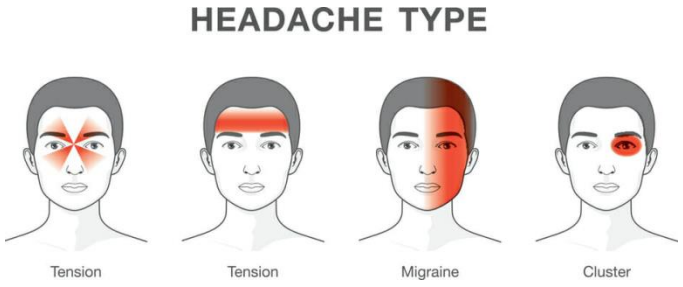
Cefalee acute da Urgenza e Brevità Ambulatoriale

Ester Reggio

la cefalea colpisce prevalentemente le età adulte ed economicamente più produttive della vita (tra i 20 e i 50 anni), ma non risparmia neppure bambini, adolescenti, anziani.



L'emicrania e la cefalea di tipo tensivo rappresentano la fetta più rilevante e sono le forme potenzialmente più disabilitanti e con maggiore impatto sulla salute pubblica.

L'emicrania è uno dei disturbi più comuni nella popolazione in generale; si calcola, infatti, che tra il 60 e il 90% degli individui abbia almeno un attacco di cefalea all'anno; spesso il disturbo è così frequente e severo da compromettere le capacità lavorative e la vita familiare e sociale di chi ne soffre.

Goadsby PJ. *Ann Neurol*. 2013;74:423-434; Evans RW, et al. *Headache* 2009;49:1054-1058.

Problemi : il **dolore** e il suo trattamento
la qualità della vita

Spesso sono utilizzati farmaci da banco

Dal medico per cefalea quando

Cefalea che persiste
Cefalea ricorrente

La grande maggioranza delle cefalee
possono essere **diagnosticate e trattate efficacemente**
basandosi sulla **storia della cefalea e sull'esame clinico**
(Rothner 2001)

un approccio organico e razionale
consente di orientarsi efficacemente nella diagnosi differenziale
di tutte le forme di cefalea

Cefalea: dal sintomo all'ipotesi diagnostica

STORIA DELLA CEFALEA

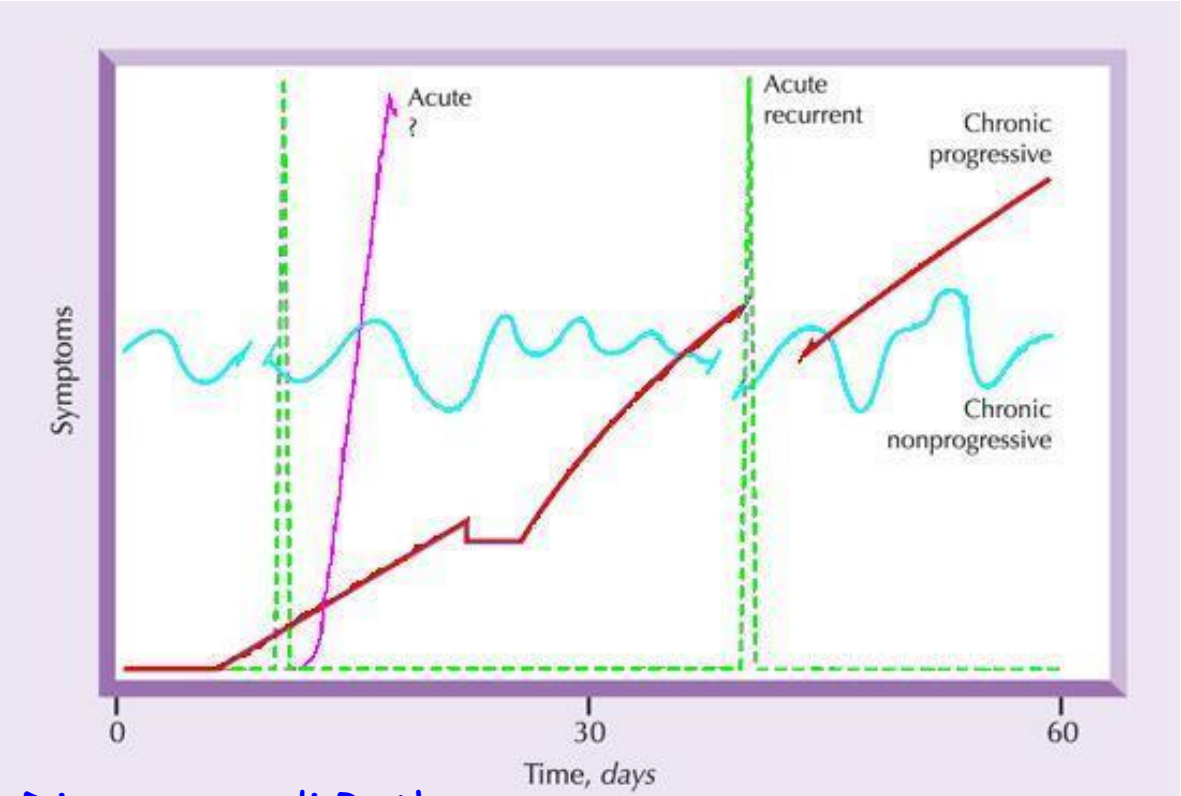


Diagramma di Rothner

ACUTA

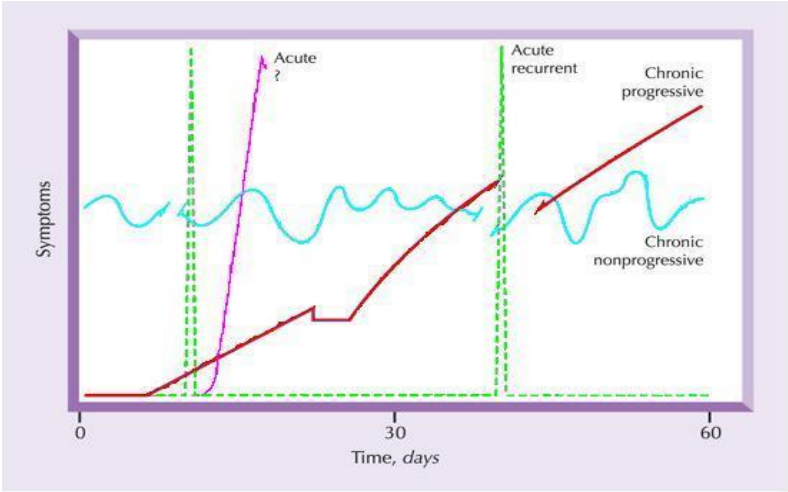
ACUTA RICORRENTE

CRONICA PROGRESSIVA

CRONICA NON PROGRESSIVA

CEFALEA ACUTA RICORRENTE

Cefalea separata da intervalli liberi di benessere



EMICRANIA
Diagnosi di inclusione

A: Almeno 5 episodi con i criteri B-D
B: Cefalea che dura da 3 a 72 ore
C: Almeno 2 delle seguenti
Unilaterale (può essere bilaterale mai occipitale)
Pulsante
Moderata o severa
Aggravata dalla attività di routine
D: Durante la cefalea almeno uno
Nausea, Vomito
Fotofobia, Fonofobia

E: Non attribuibile ad altra causa

CEFALEA TENSIVA

1: Almeno 10 episodi con da 2-4

2: Cefalea che dura da 30 min a 7 giorni

3: due o più di

Qualiltà: pressione- costrittiva

Modesta, leggera

Bilaterale

Non modificata dalle attività di routine

4: tutti i seguenti

no nausea né vomito

fotofobia e fonofobia

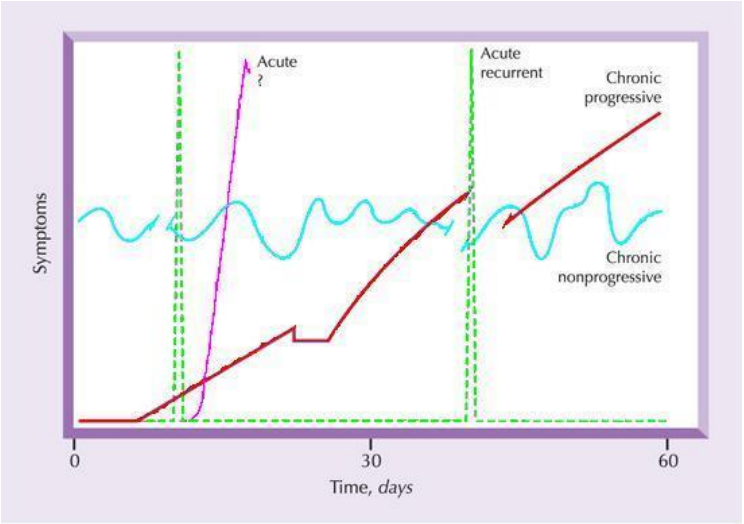
Sulla base della **frequenza** e possibile distinguere l'emicrania in:

- **forma episodica** (fino a 14 giorni al mese);
- **forma cronica** (>15 giorni al mese da almeno 3 mesi).

Il 2,5% dei pazienti emicranici episodici evolve ogni anno verso la forma cronica.

Tale percentuale sale pero al 30% quando si considerino i soggetti con emicrania episodica ad alta frequenza di attacchi (>8 al mese).

CEFALEA ACUTA



Primo episodio di cefalea

Anamnesi
Esame Obiettivo
Esame Neurologico

CAUSE MEDICHE

Malattie febbrili virali	39 - 57 %
Sinusiti acute	9 - 16 %
Faringiti da Streptococco	4,9 - 9 %

Ipertensione arteriosa

CAUSE NEUROLOGICHE

- Meningoencefaliti
- Emorragia subaracnoidea
- Trauma cranico
- Stroke
- Trombosi venosa
- Crisi epilettiche

NUOVA CEFALEA CARATTERIZZATA DA UN ESERDIO RECENTE (MINUTI- ORE- GIORNI) DIFFERENTE DA PREGRESSI EPISODI

- MODALITA' DI ESORDIO
- STORIA FAMILIARE
- CARATTERISTICHE DEL DOLORE
- SINTOMI E SEGNI ASSOCIATI

CEFALEA ACUTA

- Esordio recente o dopo i 50 anni
- Cefalea improvvisa, di forte intensità, in particolare in un soggetto non cefalalgico
- Peggioramento di una cefalea preesistente
- Aggravamento della cefalea nell'arco di pochi giorni o settimane
- Coesistenza di malessere generalizzato, febbre, nausea e/o vomito, disturbo dello stato di coscienza
- Presenza di segni neurologici focali

COSA VALUTARE?

Anormalità dei parametri vitali:

Incremento della PA: si associa a cefalea se la Pad > 120 mmHg

- ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA
- FEOCROMOCITOMA
- EMORRAGIA CEREBRALE (disturbi di coscienza)

Aumento della frequenza cardiaca:

- DISTURBO CARDIACO
- STATO ANSIOSO
- IPERTIROIDISMO, ANEMIA……

Febbre:

- INFEZIONE VIRALE
- MENINGITE
- ENCEFALITE

Modificazioni delle funzioni cognitive:

EMORRAGIA SUBARACNOIDEA

TROMBOSI DEI SENI VENOSI

STOKE TROMBOTICO O EMBOLICO

CRISI EPILETTICHE

IPERTENSIONE LIQUORALE

MASSA OCCUPANTE SPAZIO

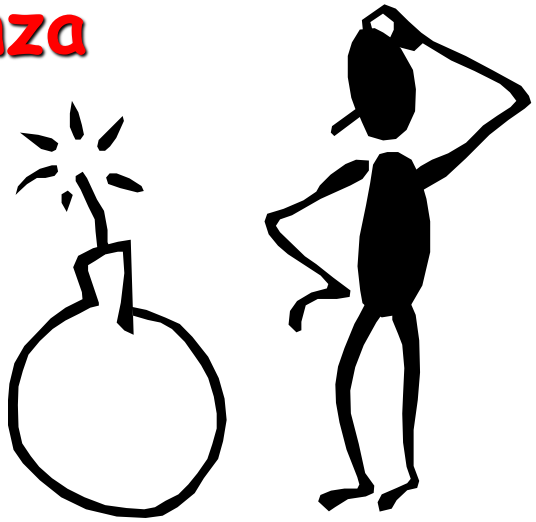
EMATOMA SUBDURALE

Alterazione dello stato di coscienza

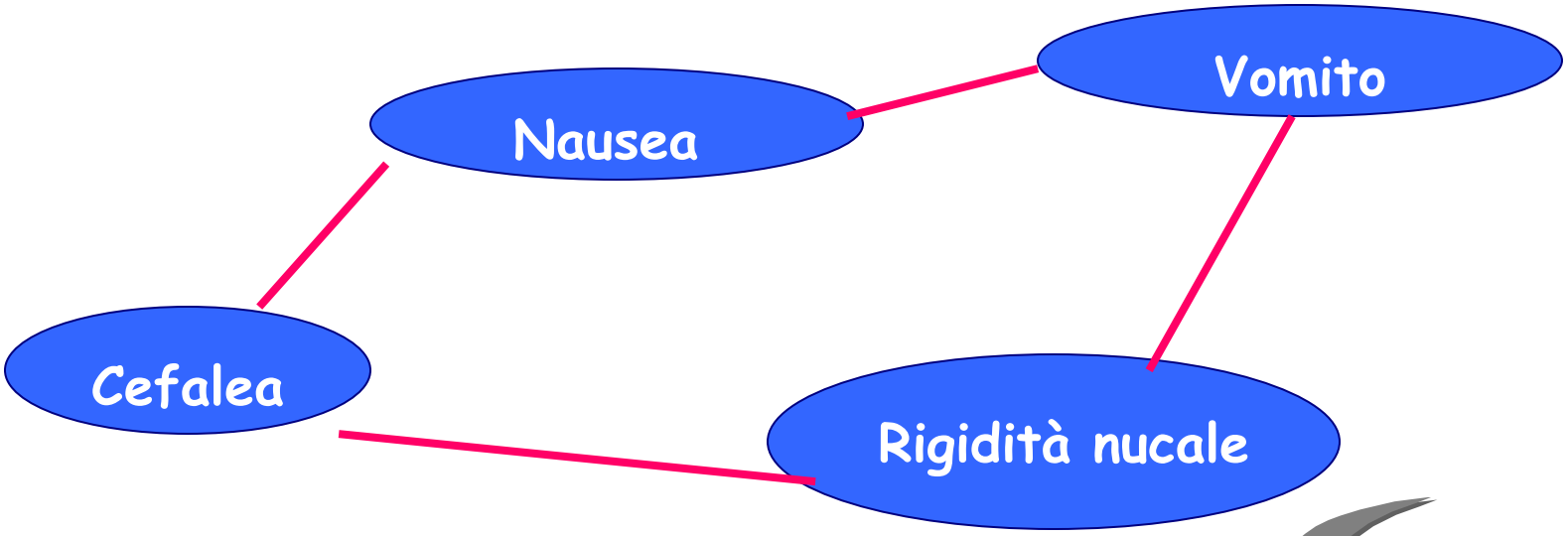
TC in urgenza

Esami ematici

Puntura Lombare

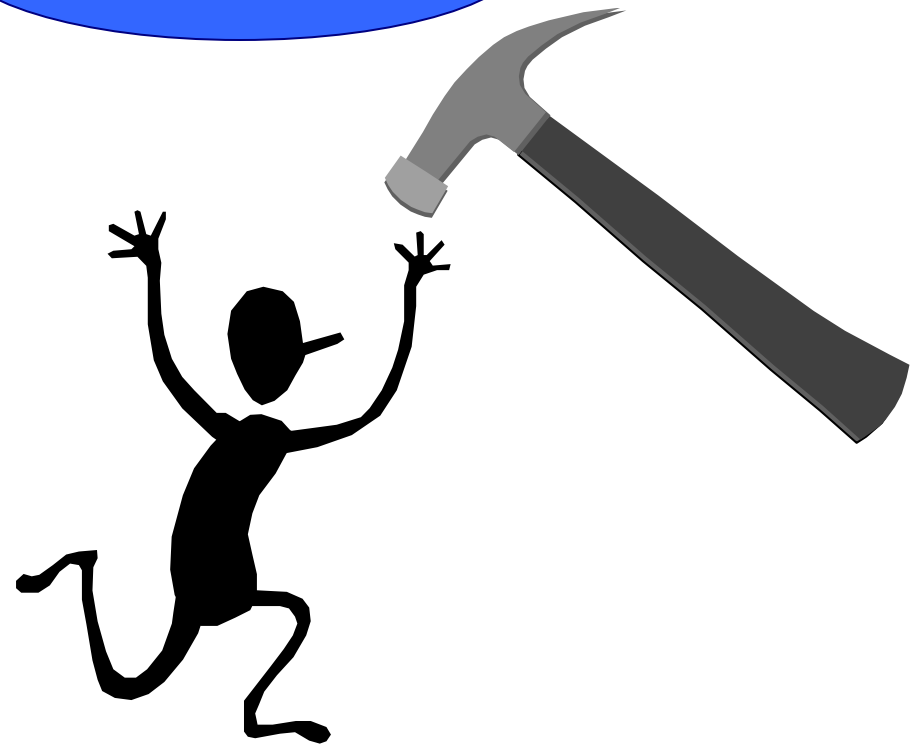


Segni di irritazione meningea:



EMORRAGIA SUBARACNOIDEA

MENINGITE



EMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Aneurisma - Malformazioni artero venose - Emoglobinopatia

CARATTERISTICHE

- Cefalea a colpo di tuono
- Evoluzione acuta o iperacuta
- Peggiore dolore mai provato
- Massima intensità occipitale
- Raggiunge acme in secondi
- dd emicrania acme in 30-60 minuti
- Vomito

TAC presenza di sangue
normale <5%

Puntura Lombare
Globuli rossi
Xantocromia (>6 ore)

SINTOMI

Rigidità nucale
Febbre non elevata
A volte alterazione coscienza
segni neurologici focali
diplopia
afasia

TROMBOSI VENOSA

Spontanea - Traumi cranici minori - Infezioni - Malignancy

TROMBOSI SENO VENOSO

Cefalea
Papilledema
Ipertensione cerebrale
TAC: ventricoli piccoli

TROMBOSI VENA

Cefalea
Crisi epilettica
Segni neurologici focali

EMICRANIA CON AURA

- Sintomo neurologico acuto
- A volte primo episodio di emicrania
- Emicrania presente in anamnesi non diagnosticata

Emicrania EMIPLEGICA

Deficit motorio focale
Disturbo linguaggio (afasia)

Emicrania con aura TE

Vertigini /atassia
Acufeni /ipoacusia
Diplopia / parestesie bilaterali
Cefalea occipitale
Disturbo linguaggio/ coscienza

Diagnosi Differenziale

- Epilessia
- Stroke Cerebrale
- Disordine metabolico
- Farmaci
- Abuso alcool o droghe

TAC - RMN - EEG

CEFALEA ed IPERTENSIONE ARTERIOSA

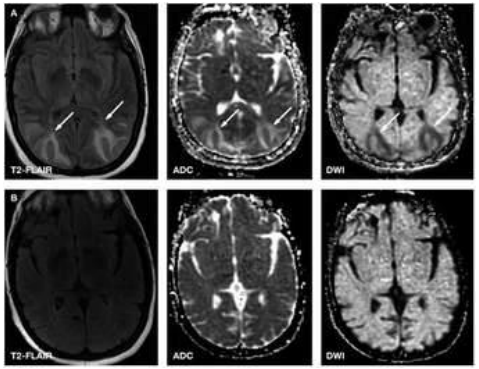
Di regola non attribuire cefalea a modesti aumenti di pressione persistenti

Cefalea da pressione arteriosa decisamente fuori controllo →

- Feocromocitoma
- Ipertiroidismo
- Funzione renale
- Farmaci

Posterior reversible encephalopaty – entità clinico radiologica "benigna"

Cefalea	56%
Confusione	25%
Disturbi visivi	50%
Crisi	83%

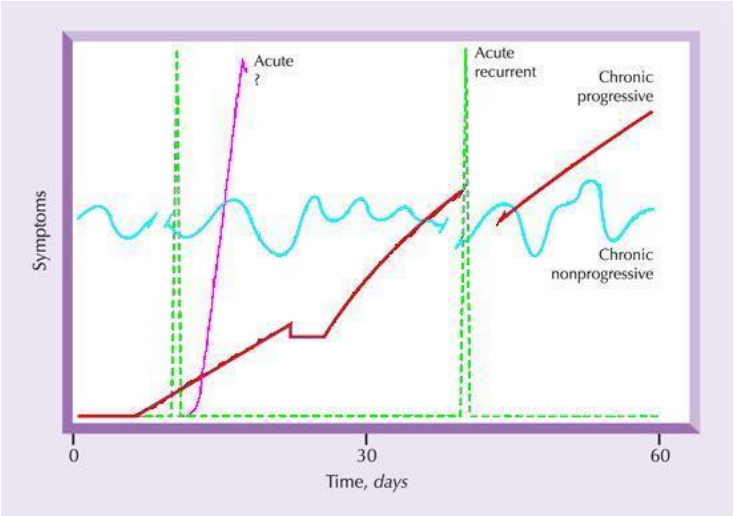


RMN → lesione sotto corticali – corticali posteriori

Edema Vosogenico → breakdown barriera

Mediato da alterazione autoregolazione per fattori sistemici e locali

CEFALEA CRONICA



Cefalea → **Aumenta in frequenza severità in poche settimane o mesi**

Causa più probabile → **Ipertensione Endocranica**

PATOGENESI

Pressione Cerebrale ➡ Controllo fino al raggiungimento soglia
Massa Cerebrale ➡ Sintomi in range stretto di variazioni

Posizione supina ↑ PC — Cefalea che risveglia
Cefalea al risveglio

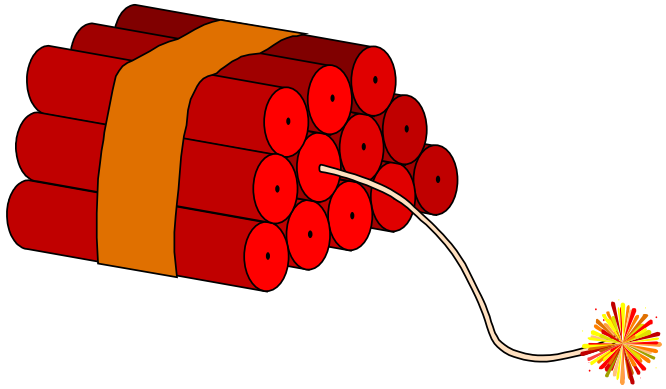
Posizione eretta ↓ PC — Cefalea si riduce

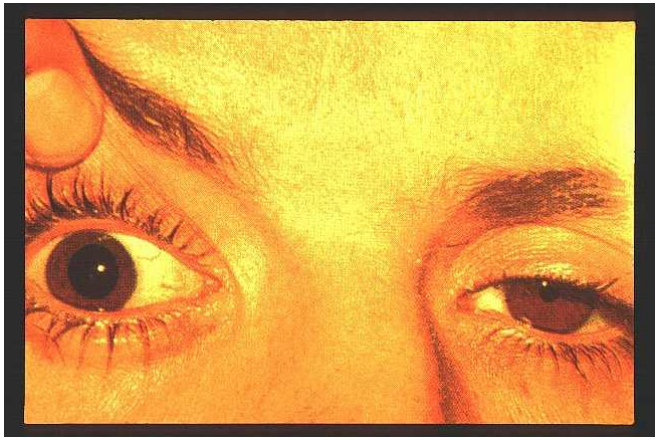
"Normali" aumenti PC incrementano la cefalea — Starnuto
Colpi di tosse
Piegare testa in avanti

Papilledema + CEFALEA = *Emergenza*

IPERTENSIONE LIQUORALE

- MASSE → Tumori cerebrali
- BLOCCO DEL FLUSSO LIQUORALE
- IPERTENSIONE INTRACRANICA





Primi sintomi di Tumore Cerebrale

Cefalea	**41%**
Vomito	12%
Instabilità	11%
Disturbi visivi	10%
Problemi comportamento	10%
Convulsioni	9%

Sintomi presenti alla diagnosi

Cefalea*	**56%**
Vomito	51%
Problemi comportamento	44%
Instabilità	40%
Disturbi visivi	38%

Cefalea	
Notturna o al risveglio	61%
Continua	18%
Più volte nel giorno	21%

(Wilne - 2006)

CEFALEA DA IPERTENSIONE INTRACRANICA IDIOPATICA

CONDIZIONE IDIOPATICA

Liquor:	produzione – riassorbimento: 6-8 h
Prodotto:	plesso corioideo 3° - 4° ventricolo
Riassorbito:	villi coriali
Patogenesi:	prodotto troppo
Assorbito:	poco

CAUSE

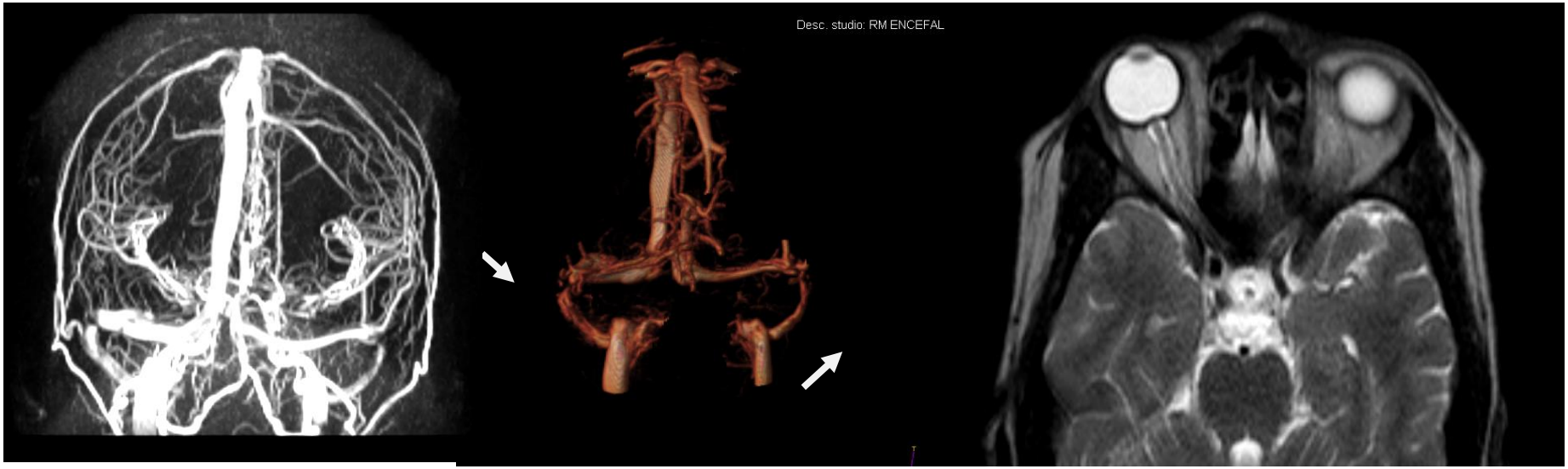
Farmaci	vitamina A steroidi pillola tetraciclina
Malattia tiroide	
Otiti	
Traumi cranici	
Immunità	
Disturbi mestruali	

CLINICA

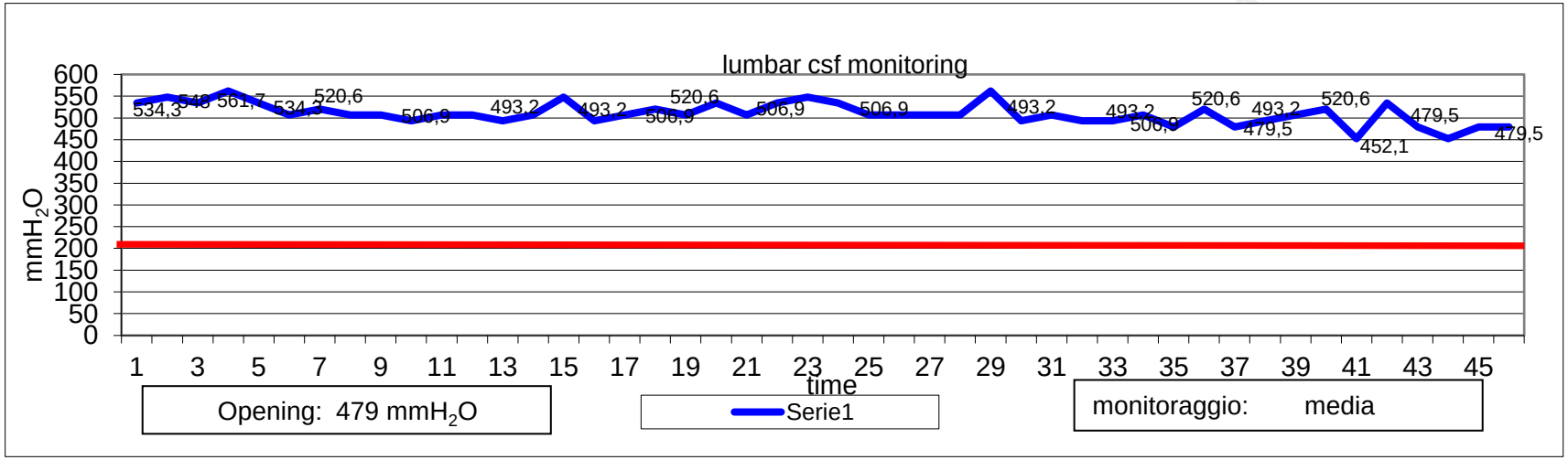
- Cefalea
- Tinnito
- Disturbi visivi
- Visione alterata

DIAGNOSI

- Papilledema
- TAC normale (venticoli piccoli)
- Liquor normale
- Pressione >20 cm H_2O



RMN cerebrale con Agio venose TOF 3D con evidenzia la stenosi bilaterale dei seni venosi trasversi. Particolare delle orbite che evidenzia la distensione dei nervi ottici con appiattimento dei globi oculari e lieve protrusione intraoculare della testa del nervo ottico



LE DOMANDE CHE AIUTANO

- Quale pattern temporale
- Quando è iniziata la storia di cefalea
- Come è iniziata
- Con che frequenza si verifica
- Quanto tempo dura
- Localizzazione del dolore
- Descrizione del dolore

- Comportamento durante la cefalea
- Come sta durante la cefalea
- Cosa migliora o peggiora la cefalea
- Cosa pensi che provochi la tua cefalea

- Inizia in un particolare momento o circostanza
- E' presente un'aura o sintomi premonitori
- Presenza di sintomi associati

Sono presenti altri problemi di salute

E' presente familiarità

QUANDO E' INIZIATA LA STORIA DI CEFALEA ?

Da 6 mesi - anni → Improbabile **PAT. INTRACRANICA**

Da oltre 6 mesi con sintomi accompagnamento/benessere tra episodi → **EMICRANIA**

Da mesi frequente o molto frequente che non peggiora → **Probabile** **CEFALEA TENSIVA**

FREQUENZA DELLA CEFALEA

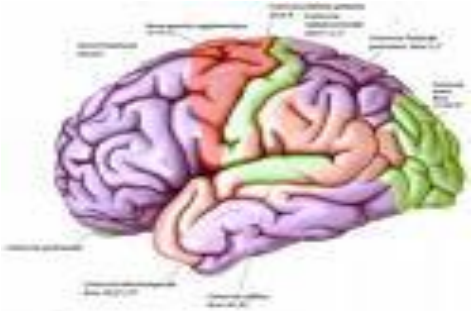
UNA volta alla SETTIMANA o meno → **EMICRANIA**

GIORNALIERA o molte volte alla SETTIMANA → **TENSIVA - IPC**

Frequente NOTTURNA RISVEGLIO → **IPERTENSIONE INTRACRANICA**

DURATA DELLA CEFALEA

Pochi minuti a molte ore o giorni consecutivi	→	**TENSIVA**
Alcune ore - molte ore	→	**EMICRANIA**
Quasi tutto o tutto il giorno	→	**TENSIVA o IPC**
Per alcune ore dopo il risveglio	→	**IPC**



SEDE DEL DOLORE

LATERALIZZATO

BEN DESCRITTO

} EMICRANIA

MAL DEFINITO e POCA SOFFERENZA → TENSIVA

MAL DEFINITO con SOFFERENZA → IPC

OCCIPITALE → IPC CEFALEATENSIVA

CEFALEA UNILATERALE SEMPRE DALLO STESSO LATO → ESCLUDERE CEFALEA SECONDARIA

SINTOMI ASSOCIATI

NAUSEA	FOTOFOBIA
VOMITO	FONOFOBIA
ANORESSIA	OSMOFOBIA

EMICRANIA

SINTOMI CHE PERSISTONO OLTRE LA CEFALEA o PERSISTONO TRA UNA CEFALEA e L'ALTRA

CEFALEA SECONDARIA

In Italia un'inutile e costosa richiesta di esami strumentali:
8.5% TC o RM cerebrale
10.3% EEG.

Allena et al. 2015

EEG

Non indicato di routine
Non in grado di dare informazione per diagnosi
Non in grado di differenziare emicrania da altre cefalee

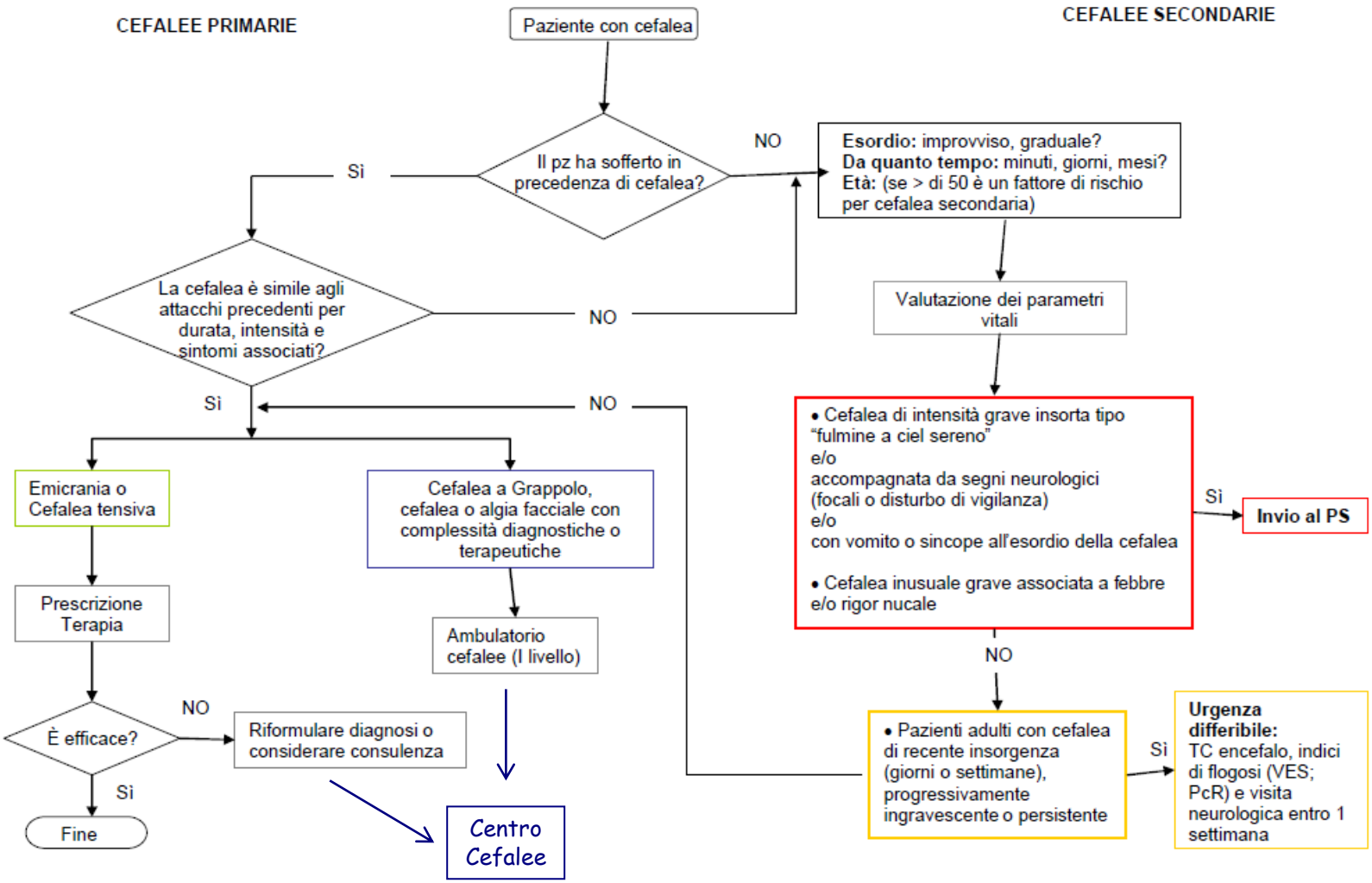
Neuroradiologia di routine non indicata nelle cefalee ricorrenti con esame neurologico normale

RMN ENCEFALO – Quando?

- Crisi epilettiche associate
- Recente esordio di cefalea severa
- Cambio nel tipo di cefalea
- Vomito notturno o al risveglio

- Segni neurologici focali
- Disturbi della motilità oculare
- Disturbi visivi
- Sofferenza vie lunghe
- Cambio di personalità
- Deterioramento cognitivo

Paziente che si presenta al MMG con cefalea non traumatica come problema principale



Visita completa ed esauriente

Spiegazioni

Tranquillizzazione

Diario Cefalea

NOME E COGNOME _____ MESE _____ ANNO _____

GIORNI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ORE 1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															
21																															
22																															
23																															
24																															
Giorni di mestruazione																															
Farmaco																															

DOLORE ● Lieve: Non interferisce sulle normali attività ✂ Medio: ostacola le normali attività ■ Forte: Impedisce le normali attività

"Il paziente con cefalea non è un malato qualsiasi: non va dal medico soltanto per lamentarsi di un disturbo che continua ad affliggerlo.
Se impariamo ad ascoltarlo possiamo accorgerci che ci sta raccontando la storia della sua vita, il suo modo di vivere, il modo in cui reagisce e forse anche quei meccanismi più profondi che anche a lui sono oscuri, e ognuno di questi fattori è importante per curare la sua emicrania."

OLIVER SACKS