

escludono una causa organica riconoscibile. All'esordio, la sede del dolore può essere limitato ad una ristretta area della faccia di un solo lato, interessando tipicamente l'occhio, il naso, la guancia, la tempia, la mandibola, salvo poi estendersi a coinvolgere aree più estese del volto e del collo, senza mai coincidere con i limiti anatomici della distribuzione dermatomerica delle branche trigeminali o delle radici cervicali. Il dolore è costante, profondo e mal localizzato, senza parossismi né fattori di scatenamento e non risveglia mai il soggetto nel riposo notturno. Sebbene i soggetti lamentino un dolore e-cruciating, non sembrano realmente soffrire di un dolore severo.

Il disturbo è nettamente più frequente nelle donne che negli uomini (da 3 a 10 vs 1 secondo gli autori), con un'età media all'esordio di circa 45-50 anni, che può coincidere con traumi o con eventi della vita di rilievo, inclusa la fase perimenopausale. Infatti, nella grande maggioranza dei casi, una significativa componente psicopatologica viene riconosciuta essere presente, specie della serie dei disturbi ansioso-depressivi. I fattori psicosociali influenzano l'andamento del disturbo ma resta da chiarire se essi non siano tanto la causa della sintomatologia dolorosa ma piuttosto il risultato maladattativo al dolore cronico.

La diagnosi di algia facciale atipica impone l'esclusione di ogni possibile causa organica di dolore orofacciale mediante attente valutazioni neurologiche (i rilievi possono limitarsi al riscontro di disestesia, allodinia, parestesie), odonto-gnatologiche, otorinolaringoiatriche, oculistiche, oltre che con indagini di neuroimmagine e di laboratorio. Disordini odontoiatrici, sinusite cronica, tumori nasofaringei possono infatti dar luogo a dolori orofacciali maldefiniti. Non si devono sottovalutare neppure valutazioni di ordine endocrinoginecologico, considerata l'osservazione della larga prevalenza del disturbo nel sesso femminile e di importanti variazioni dei livelli estrogenici in questi soggetti.

Gli analgesici convenzionali, inclusi gli oppioidi, sono generalmente inefficaci. Molti pazienti affetti da algia facciale atipica richiedono strategie di trattamento articolate, di ordine farmacologico, con gli antidepressivi triciclici che sono il principale presidio, ma anche con il trattamento ormonale dei disturbi menopausali, e di tipo non farmacologico, ivi inclusi il biofeedback ed altre tecniche di rilassamento.



Bibliografia:

Terrence CF, Jensen TS. Trigeminal neuralgia and other facial neuralgias. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA eds. *The Headaches*, II Ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2000: 929-38.

Alberto Proietti Cecchini

Cefalee Today

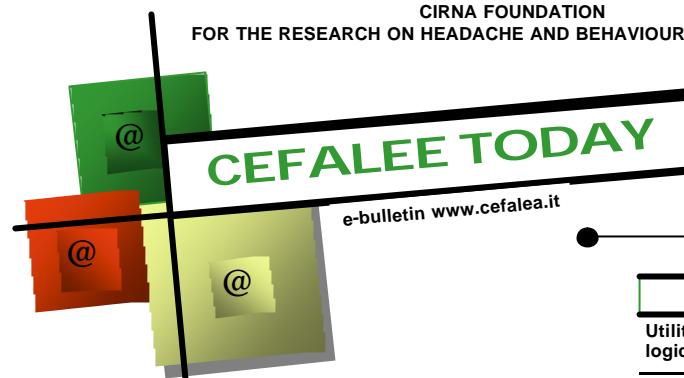
- Bollettino di informazione bimestrale a cura della Fondazione CIRNA
- Organo ufficiale di Alleanza Cefalalgici (AI.Ce.)

Redattore Responsabile: Grazia Sances (Pavia)
Comitato Editoriale: M. Gabriella Buzzi (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Silvano Cristina (Pavia); Anna Ferrari (Modena); Natascia Ghiotto (Pavia); Alberto Proietti Cecchini (Pavia); Ennio Pucci (Pavia); Paolo Rossi (Roma); Cristina Tassorelli (Pavia); Paola Torelli (Parma)

Per informazioni: Alleanza Cefalalgici (AI.Ce.)
V.le C. Battisti, 17 - 27100 Pavia

Tel. 0382-380358
Fax. 0382-380369
E-mail: alcegroup@tin.it





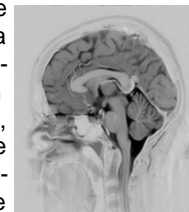
Sommario

Utilità degli esami neuroradiologici nelle cefalee	1-3
Quelle strane fitte in faccia	3-4

UTILITA' DEGLI ESAMI NEURORADIOLOGICI NELLE CEFALEE Contributo alla campagna contro gli esami inutili

Gli esami neuroradiologici sono spesso chiamati a far parte del percorso diagnostico dei pazienti affetti da cefalea, al fine di poter escludere con assoluta certezza che alla base della cefalea stessa sia un processo patologico cerebrale. Questo timore, però, porta frequentemente ad un abuso degli esami neuroradiologici. E' infatti attualmente pienamente dimostrato che in pazienti affetti da cefalea cronica, con esame neurologico negativo, la possibilità di trovare reperti patologici in un esame neuroradiologico (TC e/o RM) è pressoché la stessa di quella attesa nella popolazione generale. E' allora la visita neurologica, e non l'esame strumentale, il cardine decisionale per escludere una patologia sottostante alla cefalea.

INDICAZIONI - Se vogliamo stabilire la reale utilità degli esami neuroradiologici in pazienti con cefalea, dobbiamo analizzare diversi fattori, considerando da un lato le



caratteristiche della cefalea e l'eventuale presenza di segni o sintomi ad essa associati, dall'altro lato le caratteristiche del paziente.

Caratteristiche della cefalea. Non tutte le cefalee meritano un esame neuroradiologico; esso però andrà sicuramente programmato in caso di:

- cefalea acuta e grave, mai sperimentata in precedenza dal paziente (secondo l'efficace espressione anglosassone, "first or worst")
- cefalea che presenta un importante cambiamento della frequenza, della gravità e/o delle caratteristiche cliniche
- cefalea quotidiana
- cefalea per cui la terapia somministrata non reca i benefici attesi cefalea associata a sintomi o segni neurologici (collo rigido, cambiamento della personalità, epilessia ...)

Caratteristiche del paziente. Indipendentemente dal tipo di cefalea, essa

andrà indagata se insorge:

- per la prima volta in soggetti di più di 50 anni in soggetti portatori di una malattia sistemica che possa
- localizzarsi secondariamente nell'encefalo.

Bambini Nel caso di bambini, che spesso pongono difficili dubbi diagnostici, un esame neuroradiologico (preferibilmente una RM) andrà indicato nel caso di:

- cefalea persistente da più di 6 mesi, non responsiva alla terapia medica
- segni neurologici associati
- confusione, disorientamento, vomito
- cefalea che si presenta subito al risveglio o durante la notte
- storia personale o familiare di malattie che predispongono a lesioni del sistema nervoso centrale.

METODICA - Una volta stabilito che il paziente merita di essere sottoposto a un controllo neuroradiologico, quale metodica scegliere?

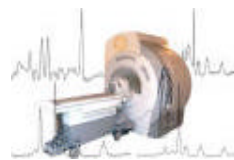
Esame radiografico del cranio. In un passato non recente la radiografia del cranio in pazienti con cefalea era l'unica risorsa disponibile per poter escludere la presenza di una patologia endocranica: la diagnosi in questo caso non poteva che essere tardiva ed aspecifica. Attualmente, non esiste alcuna indicazione all'esecuzione di radiografie dirette del cranio come prima indagine in pazienti con cefalea.

TC. Uno studio mediante Tomografia Computerizzata (TC) del cranio può essere indicato soprattutto quando è necessario raggiungere un orientamento diagnostico certo in tempi rapidi, ad esempio per un dubbio di sanguinamento in atto. La TC del cranio è inoltre indicata per lo studio radiologico dei processi patologici interessanti le strutture ossee della base del cranio e per lo studio dei processi infiammatori dei seni paranasali.

E' da ricordare che, nel caso di ricerca di malformazioni vascolari (ad es., in caso di emicrania con aura), è fondamentale che l'esame TC sia eseguito anche dopo la somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto iodato.

RM. Come abbiamo più volte ricordato, un esame di imaging cerebrale è necessario soltanto in pochi e selezionati casi di cefalea. Quando, però, esso venga ritenuto utile, allora l'esame più indicato è generalmente un esame di Risonanza magnetica (RM). La RM, infatti, non utilizza radiazioni ionizzanti, permette studi tridimensionali e ha un'altissima risoluzione spaziale e di contrasto. Inoltre, la RM ha un'elevata sensibilità per i processi patologici contenuti in fossa cranica posteriore e nella sostanza bianca e per le malformazioni vascolari, che possono essere causa di cefalea e che sono invece talvolta mal visualizzabili con un esame TC.

In caso di patologia vascolare, l'esame RM dell'encefalo può essere utile completato da uno studio Angio-RM, che visualizza i vasi encefalici senza dover ricorrere alla somministrazione di mezzo di contrasto.



In conclusione, possiamo sicuramente sottoscrivere l'affermazione di due padri dello studio della cefalea: "Solo una piccola minoranza dei pazienti con cefalea hanno bisogno di altre indagini, oltre che ad una anamnesi accurata e una visita neurologica" (Lance e Goadsby, 1998).

I pazienti con cefalea che si rivolgono ad un neurologo competente, che non prescrive loro un esame neuroradiologico, non si sentano per questo trascurati o sottovalutati: l'atteggiamento del loro medico è anzi dettato da serietà professionale e da senso di responsabilità.

Bibliografia:

Silberstein S, Lipton R, Goadsby P. *Headache in Clinical Practice*. Isis Medical Media, Oxford, UK, 1998.

Carla Uggetti

Quelle strane fitte in faccia

La *nevralgia trigeminale* è una delle cause di dolore facciale episodico e ricorrente per la quale si stima una prevalenza nella popolazione generale di 1 caso su 10.000, risultando maggiormente colpito il sesso femminile (rapporto di 1.5:1). L'età media di esordio del disturbo è uguale nei due sessi e pari a 50 anni. Si manifesta con brevi parossismi di dolore lancinante o "a scossa", causa della tipica smorfia di dolore ("tic doloroso"), di durata da pochi secondi fino a 2 minuti, localizzati nel territorio facciale di distribuzione di una o più branche del nervo trigemino di un lato, più spesso la II e III. Tali attacchi sono spontanei oppure caratteristicamente scatenati da stimoli sensoriali generalmente innocui nelle zone di distribuzione, cutanee e mucose, delle branche trigeminali interessate. Così il dolore insorge comunemente mentre ci si lava, radendosi, spazzolando i denti, masticando, parlando o solo sfiorando la punta o l'ala del naso.

Una caratteristica interessante è che dopo un parossismo doloroso segue un intervallo di refrattarietà anche di alcuni minuti durante il quale le attività note essere scatenanti non sono causa di crisi. Gli attacchi possono ripetersi più volte al giorno anche in forma di salve di fitte dolorose, ricorrendo in modo stereotipato nello stesso individuo.

Sono assenti durante il sonno. Negli intervalli degli attacchi il soggetto è del tutto asintomatico, eccetto che per il persistere, in alcuni casi, di un dolore sordo e continuo e per lo stato di ansia anticipatoria sugli accessi dolorosi. L'andamento nel tempo è remittente, con periodi anche molto lunghi di remissione spontanea del disturbo.

Nella grande maggioranza dei casi la nevralgia trigeminale è definita idiopatica. Nell'80% di questi casi si riscontra, alle indagini radiologiche mediante angio-risonanza magnetica, un conflitto neuro-vascolare all'angolo ponto-cerebellare tra le fibre trigeminali ed un ramo dell'arteria cerebellare superiore. Ma qualunque altra causa periferica di compressione, distorsione o stiramento delle radici trigeminali da parte di aneurismi, malformazioni vascolari, meningiomi, neurinomi, tumori epidermoidi può sostenere il quadro clinico della nevralgia trigeminale.

Tra le rare cause centrali sono poi da annoverare la siringobulbia, le sequele di accidenti vascolari troncoencefalici, ma soprattutto, nei soggetti con presentazione in età giovane, la sclerosi multipla, ritenuta responsabile del 2% dei casi di nevralgia trigeminale. In tutti questi casi in cui la nevralgia è sintomatica di una lesione sottostante, si possono avere parossismi di maggior durata e/o il dolore è persistente e possono essere rilevabili deficit neurologici quali deficit sensitivi, assenza del riflesso corneale, debolezza dei muscoli masticatori etc.

Per algia facciale atipica si intende un dolore facciale quotidiano, persistente e continuo per la maggior parte della giornata, distinto da tutte le altre forme di dolore cranio-facciale, che non si associa ad alterazioni della sensibilità né ad altri segni fisici, in cui le indagini

