

10. Cefalea attribuita a disturbi dell'omeostasi

Coordinatore: P. Sarchielli, Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Perugia

Membri: M. De Marinis (Roma), G.B. La Pigna (Caltanissetta), M.P. Prudenzano (Bari), G. Sances (Pavia), P. Tamburo (Chieti), V. Gallai† (Perugia)

11. Cefalea o dolori facciali attribuiti a disturbi di cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali o craniche

Coordinatore: G. Sandrini, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino (Pavia) e UCADH

Membri: G. Bono (Varese), E. Pacella (Roma), F. Pacella (Roma), P. Turchetti (Roma), A. Librando (Roma), S. Masieri (Roma), T. Forciniti (Pavia), G. Iannetti (Roma), M. Galli (Roma)

12. Cefalea attribuita a disturbo psichiatrico

Coordinatore: M. Guazzelli, Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Pisa

Membri: G. Perugi (Pisa), P. Pietrini (Pisa), M.P. Prudenzano (Bari), P. Sarchielli (Perugia), P. Scapicchio (Roma), E. Smeraldi (Milano)

13. Nevralgie craniche e dolori facciali di origine centrale

Coordinatore: G. Cruccu, Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università "La Sapienza" (Roma)

Membri: G. Sandrini (Pavia), M. Leandri (Roma), P. Marchettini (Milano), I. Pagani (Pavia), A. Giorgetti (Legnano), A. Proietti Cecchini (Pavia)

14. Altre cefalee, nevralgie craniche e dolori facciali di origine centrale o primari

Coordinatore: T. Catarci, UCADH

Membri: G. Dalla Volta (Brescia), F. Fiacco (Bergamo), F. Granella (Parma), C. Lisotto (San Vito al Tagliamento)

Appendice

Coordinatori: G. Nappi, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino (Pavia), Dipartimento di Neurologia e Otorinolaringoiatria, Università "La Sapienza" (Roma) e UCADH

V. Gallai†, Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Perugia

Membri: E. Martignoni (Novara), M. Trucchi (Pietra Ligure), R.E. Nappi (Pavia), G. Mazzotta (Perugia), A. Tessitore (Napoli), R. Torta (Torino)

Assistente Linguistico: Catherine Wrenn, Consulente IRCCS Istituto Neurologico Fondazione C. Mondino, Pavia

Con la collaborazione di Società Italiana per lo Studio della Cefalea (SISC) (Presidente: Prof. M. Fanciullacci)

* Edizione fuori commercio riservata ai Sigg. Medici, realizzata in esclusiva per Pfizer Italia

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); Teresa Catarci (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Silvano Cristina (Pavia); Enrico Ferrante (Milano); Anna Ferrari (Modena); Oreste Ferrari Ginevra (Pavia); Natascia Ghiotto (Pavia); Pasquale Marchione (Roma); Enrico Marchioni (Pavia); Alberto Proietti Cecchini (Pavia); Ennio Pucci (Pavia); Paolo Rossi (Roma); Cristina Tassorelli (Pavia); Paola Torelli (Parma)

Segreteria: Silvana Bosoni (Pavia)

Partnering: Roberto Nappi (Pavia)

Per informazioni: Alleanza Cefalalgici (AI.Ce.)
Via Palestro, 3 - 27100 Pavia

Fax. 0382-380369

E-mail: alcegroup@tin.it



CIRNA FOUNDATION
FOR THE RESEARCH ON HEADACHE AND BEHAVIOURAL NEUROLOGY



Anno 6, Numero 34

Ottobre 2004

Sommario

La Cefalea Ortostatica	1-2
Traduzione italiana a cura di: Italian Linguistic Subcommittee of the International Headache Society	3-4

LA CEFALEA ORTOSTATICA

La cefalea ortostatica è un mal di testa che si manifesta quando il soggetto è in posizione eretta (seduta o in piedi) e si riduce o scompare in posizione sdraiata. Tanto più a lungo il paziente mantiene la posizione eretta, tanto maggiore è la durata della cefalea. La seconda edizione della classificazione delle cefalee della Società internazionale della cefalee (IHC 2nd Ed. 2004) definisce i criteri diagnostici della cefalea ortostatica. Si tratta di una cefalea che si manifesta o peggiora 15 minuti dopo aver assunto la posizione eretta e migliora e/o regredisce entro 15 minuti dall'assunzione della posizione orizzontale. La forma più frequente di cefalea ortostatica è quella che si manifesta in soggetti sottoposti a puntura lombare, anestesia spinale. In questi casi generalmente la cefalea insorge dopo circa 48 ore dalla esecuzione della puntura lombare, ma può comparire anche più tardi fino a 12 giorni dopo. Si manifesta in circa il 30% dei casi e regredisce spontaneamente, con il riposo a letto, in circa il 70% dei casi entro 7 giorni dall'esordio, raramente può durare 2 settimane. Il dolore si localizza generalmente in sede occipito-nucale-frontale, di solito di tipo pulsante o gravativo (come

un peso sulla testa), si manifesta o peggiora in posizione eretta e migliora o scompare quando il paziente si sdraia. Il dolore aumenta con lo scuotimento della testa, spesso si accompagna a nausea, vertigini, ronzii auricolari, fastidio per la luce, annebbiamento visivo. Tali sintomi si risolvono di solito dopo alcuni giorni, talvolta possono persistere per qualche settimana. Questa cefalea sarebbe causata dalla perdita di liquor cerebro-spinale. Il liquido cerebro-spinale (LCS) è limpido, incolore, si comporta come una sorta di "camicia d'acqua" per il midollo spinale ed il cervello, proteggendoli da colpi potenzialmente dannosi alla colonna vertebrale o al cranio. Inoltre fornisce una spinta idrostatica al cervello con effetto di sostegno sullo stesso. Un cervello di 1500 grammi, sospeso nel LCS, pesa solo 50 grammi, galleggiando così nel suo involucro liquido. La fuoriuscita di LCS nei tessuti lombari attraverso il foro provocato sulla dura madre (la membrana che avvolge e protegge il midollo spinale) dall'ago durante l'esecuzione della puntura lombare provoca la cefalea ortostatica. La perdita di LCS determina così una diminuzione del volume del LCS e, ge-



neralmente, anche della pressione liquorale che causa una riduzione dell'effetto di sostegno esercitato sul cervello da parte del liquido cerebrospinale. Ciò è evidente in posizione eretta quando si manifesta uno spostamento in basso del cervello. Ciò provoca mal di testa a causa della trazione e distorsione delle strutture di ancoraggio del cervello nel cranio, soprattutto le vene cerebrali che terminano nei seni venosi durali cerebrali (seno longitudinale superiore, retto e laterali), che sono sensibili al dolore. Anche la dilatazione stessa delle vene cerebrali, specie delle vene meningeae, e dei seni venosi durali cerebrali, che avviene per compensare la riduzione del volume di LCS contribuisce a scatenare la cefalea ortostatica. La cefalea ortostatica può essere provocata anche da una sindrome rara (la sindrome da ipotensione liquorale spontanea) che è causata sempre dalla perdita di LCS a livello spinale. La cefalea ha le stesse caratteristiche e gli stessi sintomi di accompagnamento della cefalea post-puntura lombare. In tale patologia la lacerazione della dura madre spinale, che determina la perdita liquorale, sarebbe non provocata dalla puntura lombare ma spontanea a causa di una fragilità costituzionale della dura madre. Alcune volte la causa scatenante di tale sindrome può essere uno sforzo fisico, un trauma, un colpo di tosse o starnuto di notevole entità, spesso la causa scatenante non è nota. In tali casi la pressione liquorale è bassa (uguale o inferiore a 60 mmH₂O in posizione orizzontale) o addirittura non misurabile. La sede della perdita di LCS è difficile da evidenziare, nella maggior parte dei casi avviene a livello cervicale o cervico-dorsale. A volte si verifica a livello di cisti meningeae spinali che sono frequenti in alcune malattie del tessuto connettivo. La cefalea ortostatica si può manifestare anche nei pazienti portatori di derivazione ventricolo-peritoneale, posizionata per trattare l'idrocefalo (dilatazione delle cavità ventricolari cerebrali).

In questi casi l'eccessivo funzionamento della valvola della derivazione causa una notevole eliminazione di LCS nella cavità peritoneale causando la cefalea ortostatica con lo stesso meccanismo del mal di testa provocato dalla puntura lombare. La prognosi della cefalea ortostatica post-puntura lombare è di solito buona; la cefalea, come detto sopra, scompare entro 7 giorni con il riposo a letto ed idratazione abbondante per bocca. In rari casi la cefalea può persistere per alcune settimane ed allora viene trattata con il tamponne (patch) di sangue extradurale che consiste nell'iniettare circa 10 cc di sangue dello stesso paziente nello spazio extradurale lombare. Con efficacia nella quasi totalità dei casi. Anche la



cefalea ortostatica provocata dalla sindrome da ipotensione liquorale spontanea generalmente guarisce con lo stesso trattamento della cefalea post-puntura lombare. Però di solito dura più a lungo ed è più frequente il ricorso al trattamento con patch di sangue che a volte deve anche essere ripetuto due o tre volte. In rari casi quando il trattamento con patch è inefficace e si è ben localizzato il sito di perdita di LCS può essere necessario l'intervento chirurgico per chiudere il foro durale spinale. La cefalea ortostatica provocata dall'eccessivo funzionamento della derivazione ventricolo-peritoneale richiede invece l'intervento del neurochirurgo per tarare la valvola.

Bibliografia

- Vilming ST, Kloster R. Postlumbar puncture headache: clinical features and suggestion for diagnostic criteria. *Cephalalgia* 1997;17:778-784
- Ferrante E, Savino A, Sances G, Nappi G. Spontaneous intracranial hypotension syndrome: report of twelve cases. *Headache* 2004;44:615-622

Enrico Ferrante



* Traduzione
Italiana a
cura di :

ITALIAN
LINGUISTIC SUBCOMMITTEE
OF THE INTERNATIONAL
HEADACHE SOCIETY

(Coordinatore: Prof. G. Nappi)

Gruppi di lavoro

1. Emicrania

Coordinatore: M.G. Buzzi, IRCCS Santa Lucia (Roma) e Centro Interuniversitario Cefalee e Disturbi Adattativi (UCADH)

Membri: A. Alberti (Perugia), T. Catarci (Roma), F. Pierelli (Roma/Pozzilli), G. Sances (Pavia), C. Tassorelli (Pavia), S. Gori (Pisa)

2. Cefalea di tipo tensivo

Coordinatore: L. Savi, Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino

Membri: F. Granella (Parma), V. Guidetti (Roma), G. Sances (Pavia), G. Sandrini (Pavia), G. Zanchin (Padova), I. Rainero (Torino)

3. Cefalea a grappolo ed altre cefalalgie autonome-trigeminali

Coordinatore: C. Tassorelli, IRCCS Istituto Neurologico Fondazione C. Mondino (Pavia) e UCADH

Membri: F. Antonaci (Pavia), V. Gallai (Perugia), G.C. Manzoni (Parma), P. Rossi (Grottaferrata), M. Fanciullacci (Firenze), P. Torelli (Parma)

4. Altre cefalee primarie

Coordinatore: G. Zanchin, Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Padova e UCADH

Membri: F. Antonaci (Pavia), L.M. Cupini

(Roma), F. Maggioni (Padova), P. Rossi (Grottaferrata), P. Torelli (Parma), M. Trucco (Pietra Ligure)

5. Cefalea attribuita a trauma cranico e/o cervicale

Coordinatore: G. Bono, Dipartimento di Neurologia dell'Università dell'Insubria (Varese) e UCADH

Membri: D. Bettucci (Novara), P. Cherubino (Varese), R. Formisano (Roma), A. Mazzucchi (Parma), G. Tomei (Varese), M. Tavani (Varese)

6. Cefalea attribuita a disturbi vascolari cranici o cervicali

Coordinatore: A. Carolei, Dipartimento di Neurologia dell'Università de L'Aquila

Membri: G. Bono (Varese), I. Ciancarelli (L'Aquila), M. Paciaroni (Perugia), V. Di Piero (Roma), A. Tessitore (Napoli), P. Giacomini (Roma)

7. Cefalea attribuita a disturbi intracranici non vascolari

Coordinatore: S. Bastianello, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino e Università di Pavia

Membri: M. Ceroni (Pavia/Monza), E. Ferrante (Milano), A. Magaudda (Messina), F. Tomasello (Messina), C. Uggetti (Pavia), A. Romorini (Magenta)

8. Cefalea attribuita all'uso di una sostanza o alla sua sospensione

Coordinatore: E. Sternieri, Sezione di Farmacologia Clinica e Tossicologia dell'Università di Modena-Reggio Emilia e UCADH

Membri: A. Bertolini (Modena), A. Ferrari (Modena), T. Catarci (Roma), P.L. Canonico (Novara), G. Sances (Pavia), P. Torelli (Parma)

9. Cefalea attribuita a infezione

Coordinatore: M. De Marinis, Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università "La Sapienza" (Roma)

Membri: G. Bono (Varese), F. Di Sabato (Roma), L. Minoli (Pavia), P. Sarchielli (Perugia), E. Sinforiani (Pavia), E. Marchioni (Pavia)