

base della lingua, nella fossa tonsillare o sotto l'angolo della mandibola. È di solito scatenato dalla deglutizione, dal parlare o dal tossire e può andare incontro a **remissioni e recidive**.

La **nevralgia dell'intermedio** è una condizione rara caratterizzata da dolore di breve durata, avvertito nella profondità del canale acustico esterno.

Anche la **nevralgia del laringeo superiore** è una condizione molto rara, caratterizzata da un dolore forte che si localizza nella parte laterale della gola, nella regione sottomandibolare e sotto l'orecchio. È precipitato dalla deglutizione, dall'alzare la voce o dalla rotazione del capo.



La rarissima **nevralgia nasociliare** (o nevralgia di Charlin) è caratterizzata da un dolore lancinante che si irradia alla zona mediale della fronte, scatenata dal tocco della parte esterna di una narice.

La **nevralgia sovraorbitaria** è, invece, caratterizzata da un dolore al sopracciglio e nella parte mediale della fronte.

A seguito di traumi o intrappolamenti, anche altri rami terminali del nervo trigemino (diversi dai suddetti nervi nasociliare e sovraorbitario) possono essere causa un dolore proiettato nella corrispondente zona di innervazione. Si possono citare a riguardo le **nevralgie dell'infraorbitario, del linguale, dell'alveolare inferiore, del nervo mentale**.

La **nevralgia occipitale** è caratterizzata da un dolore trafittivo ed improvviso che interessa la zona posteriore del capo, talvolta associato a disturbi di sensibilità nella zona colpita. Spesso, la pressione del nervo interessato provoca dolore.

Come detto prima, la diagnosi di una nevralgia non è mai scontata o banale, spesso anche un medico può essere ingannato dal

quadro clinico e cadere in errore, ecco perché in tali casi occorre rivolgersi ad uno specialista nelle cefalee.

La terapia delle nevralgie è in prima battuta medica e si basa sulla somministrazione di farmaci antiepilettici, a dosaggio variabili a seconda dei casi.

Raramente occorre rivolgersi alla terapia chirurgica, che consiste nel blocco anestetico o alcolico del nervo, nella sua lesione o (talora) decompressione.

Cherubino Di Lorenzo

Bibliografia

- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl. 1):125-128.*
- Proietti Cecchini A. *Quelle strane fitte alla faccia. Cefalee Today 2003;29:3-4*

Cefalee Today

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

Redattore Responsabile: Grazia Sances (Pavia)

Comitato Editoriale: Michelangelo Bartolo (Roma); M. Gabriella Buzzi (Roma); Teresa Catarci (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Enrico Ferrante (Milano); Anna Ferrari (Modena); Oreste Ferrari Ginevra (Pavia); Natascia Ghiotto (Pavia); Pasquale Marchione (Roma); Enrico Marchioni (Pavia); Armando Perrotta (Roma); Ennio Pucci (Pavia); Paolo Rossi (Roma); Cristina Tassorelli (Pavia); Cristiano Termine (Varese) Paola Torelli (Parma)

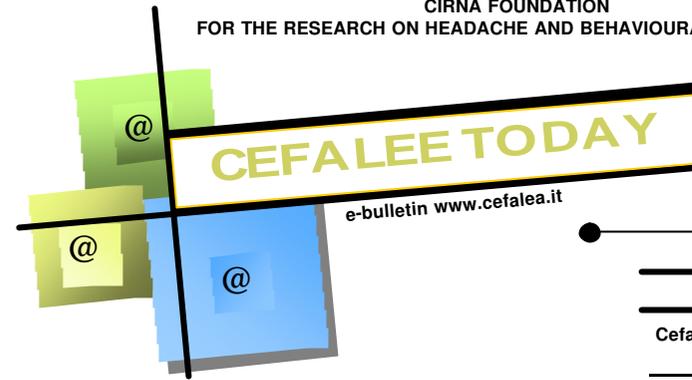
Segreteria: Silvana Bosoni (Pavia)

Marketing e Pubblicità: 'X Comunicare'
Piazza S. Pietro in Ciel d'Oro 17- 27100 Pavia
Tel. 0382-309748
fax 0382-306427
E-mail: novella@xcomunicarepavia.it

Per informazioni: Alleanza Cefalgici (Al.Ce.)
Via Mondino, 2- 27100 Pavia
Fax. 0382-380448
E-mail: alcegroup@tin.it

Partnering: Roberto Nappi (Pavia)





Anno 8, Numero 47
Dicembre 2006

Sommario

Cefalea e disabilità	1-2
Dalla Letteratura Internazionale	2-3
L'araba fenice delle cefalee: Il Trigemino ed oltre	3-4



CEFALEA E DISABILITÀ

La cefalea e l'epilessia sono le patologie neurologiche per cui i pazienti vengono più frequentemente inviati dal neurologo. Esse rappresentano ognuna circa il 20% di tutte le visite in un ambulatorio neurologico, anche se la prevalenza della cefalea nella popolazione generale è molto superiore (12%) rispetto all'epilessia (circa 1%). Tale disparità nell'accedere alle visite potrebbe essere dovuta al fatto che l'epilessia si manifesta con sintomi clinici molto più tipici e drammatici e quindi la maggior parte dei pazienti viene inviata al neurologo. La cefalea invece, è probabilmente ampiamente sottostimata ed il neurologo viene chiamato in causa solo quando si sospetti una cefalea secondaria ad altra patologia (come ad esempio un tumore). La letteratura riporta come solo un paziente su 4 si rivolga ad un medico convinto di soffrire di emicrania e come solo il 2% di

essi viene poi inviato all'osservazione del neurologo. La prevalenza dell'emicrania e della cefalea cronica sono state stimate essere, in Europa e nell'arco di un anno, rispettivamente del 14% e del 4%. L'epidemiologia analitica rivela che la cefalea, in particolare quella emicranica, può manifestarsi in associazione ad altre patologie (**cosiddette comorbidità**) che via via possono insorgere nel corso della vita e che necessitano dell'attenzione del medico e di terapie specifiche: depressione, ansia, ipertensione arteriosa, disturbi vascolari cerebrali anche subclinici, non sintomatici. La sottostima della cefalea può essere ascrivibile al fatto che essa è spesso considerata un disturbo poco importante, che fa parte della vita normale (vedi emicrania in correlazione con la mestruazione nelle donne) e che non necessita di una gestione completa ed adeguata ma solo di una terapia sintomatica. La sottostima del problema cefalea è, inoltre, uno dei motivi di grave impatto sia sulle famiglie che sulla società; il paziente cefalgico, infatti, è spesso non adeguatamente trattato con terapie di prevenzione, utilizza più

facilmente accessi in pronto soccorso e si assenta più facilmente dal lavoro. La storia naturale di molti emicranici indica, spesso, un'evoluzione negli anni in una forma cronica complicata da



uso eccessivo di analgesici, con poi maggiore difficoltà di trattamento. L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica l'emicrania al 19° posto tra le malattie causa di disabilità; la sua gravità, durante l'attacco acuto, viene considerata allo stesso livello della psicosi, della tetraplegia e della demenza. I pazienti emicranici riportano di sentirsi in cattive condizioni di salute, di avere scarsa energia e, se confrontati con pazienti con altre patologie croniche, la loro qualità di vita è ridotta come nella depressione e nettamente peggiore rispetto al diabete, mal di schiena e artrite.

I pazienti emicranici sono disabilitati anche nei periodi intercritici, principalmente a causa dell'ansia anticipatoria dell'attacco successivo e per l'evitamento dei fattori scatenanti di scatenamento.

In conclusione, pur essendo la cefalea un disturbo generalmente non pericoloso (se non per alcune forme secondarie a malattie di per sé gravi), è però una condizione cronica che può durare per tutta la vita e complicarsi con altre patologie; sarebbe pertanto utile che, almeno per l'inquadramento iniziale, i pazienti fossero inviati in tutti i casi allo specialista, sia per escludere una cefalea secondaria ("cefalea sintomo versus cefalea malattia") che per la definizione della forma primaria (emicrania; cefalea di tipo tensivo; cefalea a grappolo; altre) e l'impostazione di un trattamento adeguato.

Teresa Catarci

Bibliografia

- Haut SR, Bigal E, Lipton RB. (2006) Chronic disorders with episodic manifestations: focus on epilepsy and migraine. *Lancet Neurol*;5:148-57

- Latinovic R, Gulliford M, Risdale L (2006). Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *JNNP*: 77:385-387

- Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K et al (2006). Epidemiology of headache in Europe. *European Journal of Neurology*;13:333-345

DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE:

Quanto e come conta avere un familiare emicranico!

WF Steward, ME Bigal, K Kolodner, A Dowson, JN Liberman, RB Lipton
Familial risk of migraine. Variation by proband age at onset and headache severity.

Neurology 2006; 66: 344-348.

È stato a lungo discusso il ruolo della familiarità nell'emicrania, ma poco nota è l'influenza delle caratteristiche della cefalea dei parenti di emicranici (come ad esempio età d'insorgenza della cefalea, severità del dolore etc).

Uno studio recente, pubblicato su *Neurology* (2006), si è proposto di esaminare le possibili associazioni tra caratteristiche della cefalea in parenti di 1° grado di pazienti emicranici, emicranici anch'essi e non emicranici.

Gli autori hanno studiato le caratteristiche dei parenti di primo grado di 532 persone sofferenti di emicrania, sia con che senza aura, rispetto ad una popolazione di controllo con caratteristiche similari per età, sesso ed estrazione sociale, di una vasta area in prossimità di Londra.

I risultati, in accordo con altri precedenti lavori, evidenziano che il rischio di soffrire di cefalea in parenti di primo grado di pazienti emicranici è molto più elevato; inoltre, dato nuovo, questo rischio è molto maggiore se la cefalea è esordita prima del



16° anno di età. La severità degli attacchi, infine, se calcolata su una scala da 0 a 10, è indicativa di comparsa di cefalea anche nei genitori, nei fratelli e nei figli dei pazienti emicranici, se il valore è superiore a 8 (valore medio).

Pur con i limiti di questo tipo di analisi (rischio di sovrastimare la popolazione, bassa aderenza allo studio da parte di parenti non cefalalgici o con cefalea non disabilitante), il vantaggio dello studio è di aver riportato dati con una diagnosi di cefalea accurata a fatta da personale esperto e di aver considerato l'intensità dei singoli attacchi e non il livello di disabilità indotto dalla cefalea.

Marianna Loi

L'ARABA FENICE DELLE CEFALIEE: IL TRIGEMINO ED OLTRE

La diagnosi di nevralgia trigeminale è spesso erroneamente formulata in parecchi casi di emicrania, di cefalea a grappolo e di altre forme di dolore cranio-facciale, tanto che per alcuni pazienti il termine "nevralgia" è considerato essere un sinonimo di "cefalea". Quest'inflazione di "nevralgie" impedisce al paziente di ricevere una corretta diagnosi e, di conseguenza, la cura più appropriata.

Tuttavia, sebbene poco frequenti (la forma più comune, la nevralgia del trigemino, colpisce un individuo su 10.000), le nevralgie esistono davvero ed occorre riconoscerle per curarle!

Il dolore cranio-facciale è mediato, oltre che dal **trigemino**, anche da altri nervi: l'**intermedio** (ramo del faciale), il **glossofaringeo**, il **laringeo superiore** (ramo del nervo vago) e dalle radici cervicali superiori attraverso i **nervi occipitali**. La stimolazione di questi nervi mediante compressione, distorsione, esposizione al freddo ed altri stimoli irritativi, oppure una lesione delle vie

centrali, può causare una nevralgia, ovvero un dolore *lancinante* ("a scossa") o costante nell'area d'innervazione.

In alcuni casi, la causa è ovvia, come nell'infezione da herpes zoster (Fuoco di S. Antonio), ma in altri non è possibile identificare alcuna causa apparente (la nevralgia viene definita *idiopatica*, cioè di origine sconosciuta).

Lo sviluppo di raffinate tecniche radiodiagnostiche ha permesso di dimostrare che spesso le forme considerate idiopatiche sono determinate dalla compressione della radice del nervo da parte di un vaso arterioso: in tal caso si parla di "*conflitto neuro vascolare*", e nei casi più gravi (ad esempio in quelli che non rispondono a nessuna terapia medica) si può arrivare all'intervento neurochirurgico per separare il nervo dal vaso.

La seconda classificazione internazionale delle cefalee ha sistematizzato i vari tipi di dolore nevralgico in funzione del nervo o del ramo interessati, e dettato linee guida diagnostiche.

La nevralgia del trigemino è un disturbo generalmente unilaterale, caratterizzato da dolore lancinante (di breve durata, che inizia e termina in modo brusco), limitato al territorio innervato da una o più branche del nervo. Il dolore è spesso innescato da stimoli (fattori scatenanti) innocui e comuni, quali lavarsi il volto o i denti, radersi, fumare, parlare, ma spesso si presenta anche spontaneamente. Piccole aree del solco naso-labiale e/o del mento sono particolarmente suscettibili allo scatenamento del dolore ("zone grilletto" o *trigger*). Il decorso presenta solitamente fasi di remissione di durata variabile. La **nevralgia del glossofaringeo** è la seconda forma di nevralgia per numero di casi. È caratterizzata da un severo dolore trafittivo, transitorio, localizzato all'orecchio, alla

