

# NUOVE LINEE GUIDA IHS

Cardano | 6 Nov 2013 | 1713 Visualizzazioni | 4 Stelle

**Valentina Rebecchi – Osp. di Circolo Fond Macchi- Varese**

Nell'ambito del XXVII Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC) tenutosi a Perugia dal 26 al settembre u.s., sotto la presidenza del Prof Giorgio Bono, è stata presentata *la nuova Classificazione della Società Internazionale delle Cefalee: ICHD-3 versione beta (Olesen Editore)* di cui sarà presto disponibile la traduzione italiana.

La relazione su questo tema è stata tenuta nella prima parte del Convegno dalla Dott.ssa Cristina Tassorelli, Università di Pavia membro del Comitato Scientifico IHS e responsabile per la redazione della versione in lingua italiana, a breve disponibile. E' la prima volta che viene pubblicata una versione beta, molto simile alla versione definitiva, prima dell'uscita di quest'ultima, previsti per il 2015.

L'organizzazione generale e il formato della classificazione non sono cambiati ma una riorganizzazione di alcune forme ha portato ad una semplificazione diagnostica, in particolare per ciò che riguarda la definizione sistematica delle forme secondarie.

La classificazione si articola in tre parti, più l'appendice:

Parte prima: le cefalee primarie,

Parte seconda: le cefalee secondarie,

Parte terza: le neuropatie craniche dolorose, altri dolori facciali e/o cefalee.

Tutte le forme hanno in comune il criterio che la cefalea non deve essere attribuita ad altra causa.

Ciascun tipo di cefalea che un paziente presenta, deve essere definito e diagnosticato separatamente, codificato ed elencato in ordine di importanza nel caso il paziente presenti più di un tipo di cefalea.

Per ciascun capitolo delle cefalee secondarie sono menzionate le più note e consolidate cause e sono forniti i criteri per definirle tuttavia in alcuni capitoli, come ad es. il n° 9, *cefalea attribuita ad infezione*, ci sono un numero quasi infinito di possibili cause, e pertanto, solo le più importanti sono menzionate.

I criteri diagnostici per le cefalee secondarie non necessitano più di remissione o miglioramento sostanziale della condizione causale prima che la diagnosi di quella cefalea secondaria possa essere posta. Pertanto, i criteri diagnostici ICHD-3 beta posso essere applicati non appena si manifesti o venga confermata la malattia di base.

In alcune cefalee secondarie, ad es. *5.2 cefalea persistente attribuita a trauma cranico*, possono essere incluse delle sottoforme cefalea persistenti, termine che in pratica, sostituisce quello di cefalea cronica post traumatica.

Il capitolo 13 delle forme secondarie di nevralgia e dolore cranico facciale, è stato modificato: le forme sintomatiche vengono ora classificate come forme secondarie di dolore neuropatico.

Nell'appendice sono inserite cefalee con criteri diagnostici alternativi, di cui non si dispone di sufficienti evidenze.

Per quanto riguarda le cefalee primarie sono state modificate le sottoforme di emicrania con aura, e l'emicrania retinica è stata ricollocata fra queste. L'emiplegica viene descritta in relazione alle varie mutazioni: abbiamo 4-5 livelli ed acquisizioni di genetica: nell'emiplegica la descrizione dell'aura comprende insieme sintomi visivi, parestesie e linguaggio. L'aura deve essere sempre associata o seguita da cefalea.

L'emicrania cronica non è più inserita tra le complicanze dell'emicrania ma è menzionata a parte (cap. 1.3), e non ha subito sostanziali variazioni. In caso di abuso di farmaci si può attribuire, se vengono soddisfatti i relativi criteri, la doppia diagnosi (1.3 *Emicrania cronica* e 8.2 *Cefalea da abuso di farmaci*).

Completamente rivoluzionato risulta il capitolo 4. le c.d. altre cefalee primarie, ad es. la *New Daily persistent headache* è stata modificata.

Infine nell'appendice è stata tolta la cefalea numullare ed invece è stata introdotta la c.d. epicrania fugax.

Ulteriori modifiche ed aggiornamenti interverranno, come per revisione, in relazione alle osservazioni dei clinici, in particolare per le forme secondarie.

Per le forme primarie, la tendenza è, in particolare per l'emicrania, quella di definire i fenotipi intermedi.

NEUR-1100364-0000-UNV-W-10/2015

## Disclaimer

Servizio scientifico offerto alla Classe Medica da MSD Italia S.r.l. Questa pubblicazione riflette i punti di vista e le esperienze dell'autore e non necessariamente quelli della MSD Italia Srl.