

Segnali di allarme	Ipotesi diagnostiche
Esordio recente o dopo i 50 anni	Neoplasia, Arterite temporale
Improvvisa comparsa di cefalea acuta di forte intensità in paziente non cefalalgico	Emorragia subaracnoidea, emorragia in una lesione o malformazione vascolare
Peggioramento di una cefalea preesistente (frequenza e gravità) o suo progressivo aggravamento	Neoplasia, ematoma subdurale, abuso di farmaci; Trombosi venose cerebrali
Cefalea di recente insorgenza in paziente con HIV o neoplasia	Metastasi, ascesso cerebrale, meningite
Coesistenza di malesere generalizzato, febbre, nausea, vomito, disturbi di coscienza	Meningite, encefalite, Infezioni sistematiche,
Presenza di segni neurologici focali motori e sensitivi	Neoplasie, stroke Malformazione artero-venosa
Recente trauma cranico	Ematoma subdurale, ematoma epidurale, emorragia intracranica

A questo punto, l'esame obiettivo generale (cardiologico, polmonare, misurazione dei parametri vitali, ecc.) e l'esame neurologico completo, possono definire il quadro diagnostico differenziale e la successiva scelta terapeutica. Infatti, nel caso di una cefalea primaria, non sono necessarie indagini diagnostiche strumentali, mentre esse sono determinanti nell'ipotesi di cefalea secondaria.

L'approccio al paziente che lamenta cefalea in P.S. a questo punto sarà differente: la cefalea secondaria invita l'operatore a procedere all'individuazione dell'eziologia e al ricovero per le cure del caso; la diagnosi di cefalea primaria si giova della terapia sintomatica, ma il paziente dovrà essere inviato al proprio medico di

base e/o all'ambulatorio cefalee per l'inquadramento diagnostico definitivo e la terapia di profilassi.

In conclusione, il paziente che si presenta al P.S. lamentando cefalea, va innanzitutto attentamente ascoltato, ne va raccolta la storia clinica ed esaminato obiettivamente; sulla base di ciò e dei criteri diagnostici dell'International Headache Society del 1988 va formulata la diagnosi. Essa tuttavia rimane il frutto di un'oculata gestione delle risorse umane ed economiche disponibili, associata ad un'azione di dialogo interdisciplinare tra medico di P. S., medico di medicina generale e specialista dell'ambulatorio cefalee, al fine di curare il paziente e restituire una migliore qualità di vita.

Biagio Ciccone

**Cefalee Today**

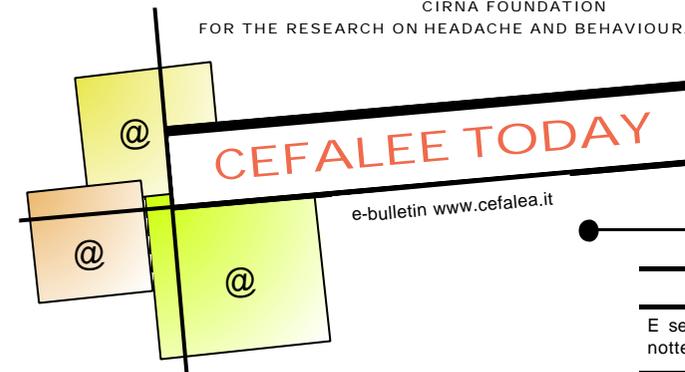
- Bollettino di informazione bimestrale a cura della Fondazione CIRNA
- Organo ufficiale di Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)

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

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

Tel. 0382-380358  
 Fax. 0382-380369  
 E-mail: [alcegroup@tin.it](mailto:alcegroup@tin.it)





Anno 4, Numero 20

Giugno 2002

**Sommario**

E se il mal di testa ti sveglia di notte...	1-2
Concorso letterario Cefalea in Cerca d'Autore II Edizione	2
La diagnosi differenziale delle cefalee in pronto soccorso	3-4

**E SE IL MAL DI TESTA TI SVEGLIA DI NOTTE.....**

**T**ra i tanti momenti in cui può iniziare il mal di testa, sicuramente il più bizzarro è quello di essere svegliati da un attacco durante il sonno. Questa situazione va segnalata al medico perché potrebbe svelare una patologia, che, se trattata, contribuirebbe a ridurre o ad eliminare del tutto le crisi.

Una possibile patologia responsabile è rappresentata dall'ipertensione arteriosa, che talvolta si manifesta con una cefalea che provoca un risveglio anticipato nelle prime ore del mattino; questo tipo di "mal di testa", frequentemente, è simile ad una crisi emicranica e quindi è caratterizzato da un dolore pulsante, spesso unilaterale, peggiorato dal movimento, di intensità moderata/severa. Il semplice monitoraggio della pressione arteriosa nelle 24 ore può essere sufficiente a svelare un rialzo pressorio e permette quindi di instaurare una terapia ipotensiva adeguata.

I soggetti in soprappeso, russatori, possono essere svegliati durante il sonno per fame d'aria; questa situazione è definita

sindrome delle apnee notturne e può essere rivelata perché si viene risvegliati da una cefalea di tipo gravativo, spesso localizzata sulla fronte, di lieve intensità, non disabilitante; in altri casi, questa patologia, può procurare una cefalea al risveglio, che recede spontaneamente dopo una/due ore. Un'analisi del respiro e della saturazione di ossigeno durante il sonno notturno può svelare la presenza di ipossigenazioni notturne. Questo tipo di esame è effettuabile a domicilio, con uno strumento portatile e poco ingombrante, che registra per l'intera notte i parametri respiratori e l'ossigenazione del sangue.

E una volta scoperto che esiste un problema di questo tipo cosa si può fare?

In base alla gravità della patologia, si prendono decisioni terapeutiche variabili dalla più semplice, ma non poco impegnativa per il paziente, rappresentata da una dieta dimagrante fino ad interventi più impegnativi che consistono nell'utilizzo di dispositivi da utilizzare durante la notte per aumentare



l'ossigenazione del sangue.

La sindrome delle apnee notturne e l'ipertensione arteriosa sono le patologie che, più frequentemente, procurano cefalea nel sonno.

Può verificarsi però una situazione ancora più strana e curiosa e cioè quella che un soggetto venga risvegliato, quasi sempre alla stessa ora del sonno, da una cefalea che lo obbliga ad alzarsi e che recede in un tempo relativamente breve. Si tratta di una forma primaria di cefalea, cioè senza nessuna causa organica, che si presenta spesso in soggetti di età superiore ai 60 anni. E' sicuramente una cefalea rara, tant'è che, fino ad oggi, ne sono stati descritti poco più di 50 casi e la prima segnalazione in letteratura è del 1988.

Il dolore, nella maggior parte dei casi, è diffuso a tutto il capo, è di intensità lieve-moderata, non è associato a sintomi neurovegetativi (cioè nausea, vomito, intolleranza alla luce e ai rumori) o oculari (arrossamento della congiuntiva, abbassamento della palpebra, ecc.); gli attacchi si presentano frequentemente, per più di 15 volte al mese.

Questa cefalea non è inclusa nella classificazione delle cefalee dell'International Headache Society, ma probabilmente verrà inserita tra breve nella nuova edizione.

La cosa più curiosa è che non solo può risvegliare dal sonno notturno, ma può anche interrompere la siesta pomeridiana.

Per questa forma di cefalea sono stati tentati vari trattamenti farmacologici e i risultati più soddisfacenti sono stati ottenuti con i sali di litio in unica somministrazione serale ma anche con una semplice tazzina di caffè associata a melatonina, prima di dormire.

Per il momento ci sono soltanto delle ipotesi circa l'origine di questa cefalea: essa potrebbe rappresentare un disordi-

ne del ritmo circadiano.

Studi accurati del ciclo sonno-veglia potranno chiarire nel futuro le correlazioni tra questo particolare "mal di testa" e il sonno.

Natascia Ghiotto



### CONCORSO LETTERARIO "CEFALEE IN CERCA D'AUTORE" II EDIZIONE

Riportiamo di seguito la graduatoria dei vincitori ed i titoli dei racconti premiati:

#### 1° classificato

- Rosaria Grillo (Aosta)  
"La malattia di vivere"

#### 2° classificati (pari merito)

- Sergio Mariani (Milano)  
"Storia di un mal di testa"  
- Inge Vielhuber (Saronno)  
"La madre"

La premiazione della vincitrice si è svolta a Tivoli il giorno 8 giugno 2002 in occasione di un Convegno, dal titolo "Emicrania e disturbi della sfera emozionale", organizzato da Alleanza Cefalalgici (Al.Ce. Group-CIRNA Foundation) in collaborazione con l'Accademia Romana del Mal di Testa e con il gruppo sanitario Faroni.

I 3 racconti saranno pubblicati sul numero 3, 2002, della rivista *Confinia Cephalalgica*.

## LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE CEFALEE IN PRONTO SOCCORSO

I dati presenti in letteratura e l'esperienza di chi lavora quotidianamente in ambiente di emergenza-urgenza sanitaria concordano nel dire che i pazienti che si presentano al pronto soccorso (P.S.) ospedaliero lamentando "mal di testa" non sono pochi ed il loro inquadramento diagnostico differenziale, al fine di un'adeguata terapia, è problema di non facile soluzione per i medici.

I dati epidemiologici rilevano che il 2-3% delle visite in P.S. sono cefalee, di queste il 25-55% sono cefalee primarie, il 33-39% cefalee associate a malattie sistemiche ed infine circa il 15% sono cefalee secondarie a gravi malattie neurologiche. Pertanto, appare determinante l'approccio diagnostico, distinzione tra cefalea primaria e secondaria, nei pazienti che giungono al P.S., al fine di un appropriato intervento terapeutico.



La diagnosi differenziale si avvale di due momenti essenziali: l'anamnesi e l'esame obiettivo.

La raccolta accurata della storia clinica del paziente permette spesso la diagnosi anche in caso di esame obiettivo negativo, essa deve avvalersi di un attento ascolto e di una serie di domande che il medico deve fare e deve farsi:

- \* 1. Perché questa cefalea ha portato il paziente in P.S.?
- \* 2. Quando è iniziata?
- \* 3. Il paziente ha già sofferto di precedenti attacchi?
- \* 4. In che occasione è iniziata la cefalea?
- \* 5. Localizzazione del dolore: dove fa male la testa?
- \* 6. Tipo di dolore?
- \* 7. Sono presenti altre patologie?
- \* 8. Sono presenti sintomi associati?
- \* 9. Vi sono segnali di allarme?

Ognuna di queste domande è sinonimo di un elemento diagnostico importante che rafforza o confuta l'ipotesi diagnostica definitiva.

Certamente un valore determinante hanno i segni di allarme che orientano nettamente verso una forma di cefalea secondaria.

Riassunti nella tabella con le rispettive ipotesi diagnostiche sono elementi critici di domanda.