

lasciano libero il soggetto di muoversi, di vivere nel proprio ambiente e di svolgere le normali attività. Spesso, in questo tipo di esami, è possibile monitorare, oltre all'EEG, altri parametri biologici (movimenti oculari, tono dei muscoli, elettrocardiogramma, attività respiratoria) realizzando così registrazioni più complesse dette "poligrafiche". Questo tipo di sistemi, permette di individuare con esattezza la ricorrenza oraria degli attacchi cefalalgici ed i rapporti tra attacchi e fasi del sonno, fornendo elementi utili alla diagnosi, alla fisiopatogenesi (possibili fattori scatenanti delle crisi) ed al trattamento (ottimizzazione delle dosi e degli orari di assunzione dei farmaci). In particolare, le registrazioni di questo tipo nel corso della notte (Polisonnografie Notturne), hanno evidenziato l'importanza della fase di sonno REM (la fase in cui maggiormente si sta sognando) e delle apnee morfeiche nello scatenamento di attacchi di cefalea notturna.

In conclusione, l'utilizzo di EEG di routine nelle cefalee è stato, negli ultimi anni, molto ridimensionato nella sua importanza; al contrario, maggiore rilevanza clinica e diagnostica hanno acquisito nuove e più complesse metodiche quali la polisonnografia dinamica. La richiesta di tali esami, nei pazienti cefalalgici, è motivata dalla storia clinica e dalla presenza di comorbilità epilettica e/o disturbi del sonno associati alla cefalea.

- *US Headache Consortium. Evidence-Based Guidelines for migraine Headache in the primary care setting: pharmacological management of acute Attacks. <http://www.neurology.org>, 2000.*
- *Linee guida per la diagnosi e la terapia dell'emicrania e della cefalea a grappolo. Il Giornale SISC, Anno III, suppl. 1, 2001.*

Raffaele Manni

ELENCO DEI DIRITTI DEL PAZIENTE CEFALALGICO
(a cura della Task Force International Headache Society, 1997)

Il paziente con cefalea ha il diritto di:

- conoscere la diagnosi della sua cefalea il più precisamente possibile, la natura del disturbo, la prognosi ed i possibili tipi di trattamento;
- essere seriamente preso in considerazione dai fornitori di cure mediche, i quali hanno il dovere di acquisire una storia clinica pertinente, effettuare un esame fisico, dare consigli e rassicurazione e prescrivere un trattamento accettabile e vantaggioso per il paziente, in accordo con le conoscenze del momento;
- accedere a strutture sanitarie autorizzate e a trattamenti adeguati in relazione ad età, sesso, razza, stato di salute ed economico, condizioni geografiche, culturali ed economiche della sua comunità;
- esigere dalla società e dai medici la conduzione di ricerche nel campo delle cefalee al fine di migliorare le conoscenze ed il trattamento in futuro.

G.S.

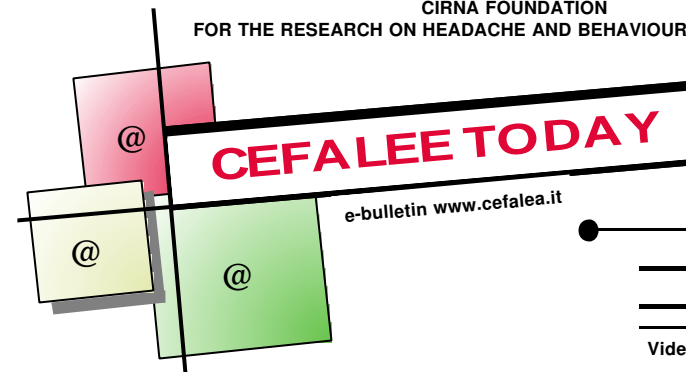
Cefalee Today

- 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



Anno 4, Numero 23
Dicembre 2002

Sommario

Videoterminali e cefalea	1-2
News sulla rimborsabilità dei triptani	2
Utilità dell'EEG nelle cefalee	3-4
Elenco diritti del paziente cefalalgico	4

Da tutta la redazione di Cefalee Today un augurio di Buon Natale e Felice 2003



VI DEOTERMINALI E CEFALEA

Negli ultimi anni l'ampia diffusione dei videoterminali (VDT) e l'indiscutibile contributo nei più svariati campi applicativi, ha indotto molti ricercatori ad occuparsi della patologia correlata all'impiego di questi strumenti di lavoro. La mole delle pubblicazioni internazionali sui VDT prodotte da parlamenti, organizzazioni sanitarie e giuridiche è considerevole ed autorevole. Per l'Italia, citiamo la pionieristica sentenza della Pretura di Torino del 2/5/96 sui VDT (D. Lgs. 626/94), le connesse linee guida d'uso dei videoterminali, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale 244 del 18/10/2000 (allegato al decreto 2/10/2000 del Ministero del Lavoro di concerto con il Ministero della Sanità).

Il lavoro al VDT può essere sostanzialmente distinto in due fasi: la digitazione e

la fase di dialogo. Durante la digitazione l'operatore immette dati in modo continuo e costante nel sistema informatico, solitamente per gran parte della giornata. E' un lavoro che spesso richiede alta concentrazione e precisione, oltrechè massima rapidità d'esecuzione. Gli organi del corpo più sollecitati sono la colonna vertebrale, la muscolatura della nuca, le scapole, le braccia e le mani ed i vari apparati tendinei e nervosi connessi. Lo sforzo visivo, che è tanto maggiore quanto peggiore è la condizione di illuminazione dell'ambiente, è causato dalla lettura costante del testo da inserire al VDT, al cui schermo si dedicano sporadiche occhiate di controllo. Nel dialogo, l'uso del VDT è rivolto alla manipolazione, correzione e stampa dei dati. Si tratta di un'attività meno assidua rispetto a quella sopra menzionata.

menzionata, anche se, le sollecitazioni tipiche della digitazione permangono, perchè in entrambi i casi il lavoratore deve rimanere seduto per svolgere comodamente tutte le sue mansioni, ma queste sono graduate dai tempi più diluiti dell'operatività. In questa fase maggiore è il carico per l'apparato muscolo-oculare, dal momento che gli occhi sono di solito posati sullo schermo, le cui caratteristiche e qualità possono affaticare proprio questi organi.

I disturbi maggiormente riferiti sono quindi di natura oculare e muscolo-scheletrica: la sintomatologia visiva è varia, può essere rappresentata da bruciore, lacrimazione, senso di pesantezza oculare, "sfocamento e/o sdoppiamento" delle immagini, stanchezza fisica e logorio mentale, cefalea (astenopia). Il disagio muscolo-scheletrico si può manifestare, invece, con un senso di peso o di fastidio o di rigidità al collo, oppure come cervicobrachialgia e/o lombalgia. Possono inoltre essere presenti dermatopie (eritemi, prurito, dermatiti), nonché stress psichico (irritabilità, ansia, depressione, insonnia).

Per quanto attiene alla sintomatologia cefalalgica, la maggior parte degli studi condotti sull'argomento identifica tale disturbo nel 42% dei soggetti addetti ai VDT rispetto ai disturbi visivi presenti nel 65% dei casi. La cefalea da affaticamento visivo può riconoscere quali condizioni precipitanti fattori ambientali e/o costituzionali. Negli studi non è stato definito il tipo di cefalea (emicranica o tensiva) e, pertanto, altre ricerche sono necessarie per definire la diagnosi specifica di cefalea in relazione all'uso di VDT.

I fattori ambientali sono costituiti dall'area di applicazione visiva (area di lavoro, distanza dalla fonte luminosa, durata dell'esposizione, contrasto luminoso, coefficiente di riflessione luminosa, luminosità delle immagini) e dall'ambiente di lavoro (illuminazione e microclima); quelli costituzionali sono legati a fattori fisici (debole costituzione, stati di debilitazione, carenza di sonno, surmenage lavorativo) e funzionali

(rapporto tra ambiente di lavoro e personalità del soggetto, stati ansiosi o depressivi, cattiva informazione).

Da quanto sopra esposto appare chiaro che condizioni lavorative specifiche, quali l'utilizzo di VDT, possono giocare un ruolo non marginale nell'insorgenza della cefalea, anche se è possibile che molteplici fattori di rischio professionale (chimico, fisico, biologico, ecc.), in genere aspecifici, possano concorrere alla sua insorgenza.

- Takahashi K, Sasaky H, Saito T, Hosokawa T, Kurasaki M, Saito K. Combined effects of working environmental condition in VDT work. *Ergonomics* 2001; 44 (5): 562-570.

- Salibello C, Nilsen E. Is there a typical VDT patient? *A demographic analysis. J Am Optom Assoc* 1995; 66: 479-483

Ennio Pucci

News sulla rimborsabilità dei triptani

Comunichiamo le ultime novità sulla rimborsabilità dei triptani.

Il Ministero della Salute ha deciso una nuova manovra (legge 8 agosto 2002) che decreta la fine della regionalizzazione per i prezzi dei medicinali, situazione che aveva creato disparità tra i cittadini di diverse regioni nell'acquisto dei farmaci in fascia B1 e B2.

Secondo la manovra ministeriale, tutti i farmaci saranno suddivisi in due fasce: la A gratuita e la C a pagamento. Per alcuni farmaci, tra cui i triptani, l'inserimento in fascia A sarà subordinato ad una riduzione del prezzo da parte delle ditte produttrici, pena la retrocessione in fascia C (quindi a totale carico del paziente).

Il decreto del governo elimina le fasce B1 e B2 per le quali le regioni potevano stabilire differente spesa nell'acquisto; pertanto, alcuni farmaci, tornano immediatamente ad essere gratuiti in tutto il territorio nazionale, con la sola spesa del ticket sulla ricetta.

Attenzione! Le case farmaceutiche entro il 21 novembre 2002 devono aver aggiornato la riduzione dei prezzi, ove prevista. Il prontuario definitivo, che terrà conto anche di questo cambiamento dei costi, sarà varato dalla CUF (Commissione Unica del Farmaco) probabilmente dal 1° gennaio 2003.

Grazia Sances

UTILITÀ DELL'ELETTROENCEFALOGRAMMA NELLE CEFALEE

Contributo alla campagna contro gli esami inutili

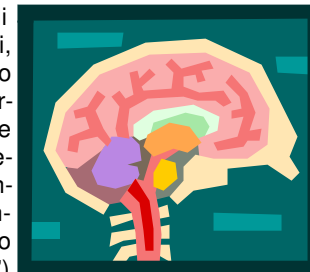
L'Elettroencefalogramma (EEG) è stato per molti anni una metodica di indagine di largo impiego e grande utilità nella valutazione del paziente con cefalea a scopi diagnostici.

L'avvento delle metodiche neuroradiologiche, quali la TAC e la Risonanza Magnetica (RM), e quelle, ancora più recenti di neuro-imaging funzionale quali la PET e la SPECT, ha di fatto ridimensionato il ruolo dell'EEG nel campo diagnostico delle cefalee. Di fronte ad un attacco di cefalea di cui si sospetti la natura sintomatica, TAC e RM forniscono elementi precisi e certi circa le possibili cause (neoplasie cerebrali, idrocefalo, episodio acuto vascolare ischemico o emorragico, ematoma subdurale post-traumatico, ascesso cerebrale, encefalite etc.) mentre all'EEG possono evidenziarsi alterazioni di scarso rilievo (EEG "falso negativo") o anomalie ("anomalie lente")

indicative di un processo lesionale di tipo aspecifico, non in grado cioè di far risalire al tipo di lesione (vascolare, tumorale, infiammatoria etc.). Anche nel campo delle cefalee primarie, l'EEG non fornisce - come del resto anche le tecniche neuroradiologiche - elementi utili per distinguere le varie forme tra loro (emicrania con e senza aura, cefalea a grappolo, cefalea di tipo tensivo). In alcuni studi, con l'utilizzo di EEG mapping, è stata segnalata la possibilità di individuare possibili differenze di segnale tra le forme emicraniche e le forme tensive di cefalea; si tratta però di applicazioni EEG particolari, sofisticate e la cui utilità su larga scala, a scopi diagnostici, non è ancora provata in modo definitivo.

Si ricorda che la diagnosi delle varie forme di cefalea primaria è, nella gran parte dei casi, clinica e si basa sulle caratteristiche degli attacchi.

Nonostante i limiti emersi nel corso del tempo, la metodica EEG rimane comunque di grande utilità in determinate condizioni. Banalmente, l'esame EEG può fornire indicazioni di massima per l'esclusione di una forma secondaria, in fase acuta di cefalea, laddove non si desponga, nelle prime 24 ore, della possibilità di eseguire una TAC o una RM encefalo.



In alcuni quadri clinici l'EEG può essere dirimente, ad esempio quando vi sia una relazione tra cefalea ed epilessia; è noto, infatti, che crisi epilettiche possono essere innescate da un'aura emicranica o che la cefalea possa manifestarsi quale sintomo post-critico di una crisi epilettica.

Nell'epilessia occipitale benigna del bambino la cefalea è parte integrante dell'attacco; in tali quadri clinici l'EEG, soprattutto se eseguito durante i disturbi clinici ma anche nei periodi di benessere tra un attacco e l'altro, mette in evidenza anomalie epilettiformi che aiutano nell'inquadramento specifico del disturbo. Quando si parla di EEG, generalmente ci si riferisce ad un esame standard "di routine", di breve durata (20 minuti circa), eseguito in laboratorio. La tecnologia ha però, in questi ultimi anni, permesso di mettere a punto metodiche sofisticate di acquisizione e riproduzione del segnale (EEG computerizzato) e registrazioni protratte di 24 o più ore (EEG dinamico) con sistemi "portatili" (sistemi Holter) che