

Il rischio di immunosoppressione, se il farmaco viene utilizzato per brevi periodi e affiancato al trattamento antimicrobico specifico, in genere non rappresenta un reale problema.

Enrico Marchioni

Bibliografia

- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (in which Nappi G). The International Classification of Headache Disorders. II Edition. Cephalgia 2004; 24 (suppl.1): 1-160*
- Solbrig MV. Infections of the Nervous System. In: Neurology in Clinical Practice. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden GC eds. Butterworth-Heinemann 3rd edition 2000;11:1315-1430*
- Rodriguez-Vidigal F, Redondo L. Lymphocytic meningitis by mumps virus: epidemiologic, clinical, serologic and evolutive analysis of 28 cases. Enferm Infec Microbiol Clin. 1999 Apr;17(4):176-9*
- Roos KL. Mycobacterium tuberculosis meningitis and other etiologies of the aseptic meningitis syndrome. Semin Neurol 2000; 20(3):329-35. Review*
- Lu CH, Chang WN et al. The prognostic factors of adult tuberculous meningitis. Infection 2001; 29(6): 299-304.*
- Chan TY, Parwani AV et al. Mollaret's meningitis: cytopathologic analysis of fourteen cases. Diagn Cytopathol 2003; 28(5): 227-31*

Cefalee Today

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

Redattore Responsabile: Grazia Sances (Pavia)

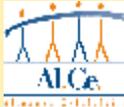
Comitato Editoriale: M. Gabriella Buzzi (Roma); Teresa Catarci (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Silvano Cristina (Pavia); Enrico Ferrante (Milano); Anna Ferrari (Modena); Oreste Ferrari Ginevra (Pavia); Natascia Ghiotto (Pavia); Pasquale Marchione (Roma); Enrico Marchioni (Pavia); Alberto Proietti Cecchini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

Segreteria: Silvana Bosoni (Pavia)

Marketing e Pubblicità: 'X Comunicare'
Via Marconi 1/D - 27100 Pavia
Tel. 0382-577590
fax 0382-476889
E-mail: xcomunicare@virgilio.it

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

Partnering: Roberto Nappi (Pavia)





CEFALEE TODAY

e-bulletin www.cefalea.it

Anno 7, Numero 39
Agosto 2005

Sommario

Le cefalee in corso di meningiti	1-4
Il edizione Concorso fotografico "Cefalea in cerca d'autore"	4

LE CEFALEE IN CORSO DI MENINGITI

Caratteristiche generali

Le meningiti rappresentano una tra le più note cause di cefalea secondaria a malattie sistemiche. La nuova classificazione IHS colloca questo argomento nel capitolo delle "Cefalee attribuite ad infezioni intracraniche" con i codici 9.1.1 e 9.1.2, rispettivamente dedicati alla "Cefalea attribuita a meningite batterica" e alla "Cefalea attribuita a meningite linfocitica".

9.1.1 Cefalea attribuita a meningite batterica

Criteria diagnostici:

- A. Cefalea con almeno una delle seguenti caratteristiche e che soddisfi i criteri C e D:
1. dolore diffuso
 2. intensità ingravescente fino a diventare forte
 3. associata a nausea, fotofobia e/o fonofobia
- B. Evidenza di meningite batterica all'esame del liquor
- C. La cefalea si sviluppa durante la meningite
- D. Uno dei seguenti:
1. la cefalea scompare entro 3 mesi dalla risoluzione della meningite
 2. la cefalea persiste, ma non sono passati ancora 3 mesi dalla risoluzione della meningite

Commento:

La cefalea è il sintomo più comune e può essere spesso quello di esordio di una meningite batterica. Essa rappresenta il sintomo chiave delle sindromi meningitiche o del meningismo, che in genere si presentano con cefalea, rigidità nucale e fotofobia. Numerosi microrganismi possono causare meningiti primitive o secondarie. La cefalea è legata alla stimolazione diretta delle terminazioni sensitive localizzate nelle meningi da parte dell'infezione batterica. I prodotti batterici (tossine), i mediatori della flogosi come le bradichinine, le prostaglandine, le citochine e altri agenti che si producono con l'infiammazione, oltre a causare dolore in maniera diretta, inducono anche sensibilizzazione al dolore e rilascio di neuropeptidi. Quando la cefalea persiste oltre i 3 mesi, va codificata come 9.4.1 Cefalea cronica post-infettiva attribuita a meningite batterica.

9.1.2 Cefalea attribuita a meningite linfocitaria

Criteria diagnostici:

- A. Cefalea con almeno una delle seguenti caratteristiche e che soddisfi i criteri C e D:
1. insorgenza acuta
 2. intensità forte
 3. associata a rigidità nucale, febbre, nausea, fotofobia e/o fonofobia
- B. L'esame del liquor mostra pleiocitosi linfocitaria, lieve aumento delle proteine e livelli di glucosio nella norma
- C. La cefalea si sviluppa in stretta relazione temporale con la meningite
- D. La cefalea si risolve entro 3 mesi dal trattamento efficace o dalla remissione spontanea dell'infezione

Note:

1. Virus, borrelia, listeria, micosi, tubercolosi o altri agenti infettivi possono essere isolati con metodiche appropriate.
2. La cefalea in genere si risolve entro una settimana

Commento:

Cefalea, febbre, fotofobia e rigidità nucale sono i sintomi più importanti delle meningiti linfocitarie o non batteriche e la cefalea può rappresentare il sintomo prevalente per tutta la durata della malattia. La cefalea può presentarsi nel corso di infezioni intracraniche, ma anche nelle infezioni sistemiche. Poiché i segni di flogosi sistemica associati a cefalea non indicano necessariamente meningite o encefalite, la diagnosi di meningite linfocitaria deve essere confermata da un esame liquorale.

Gli enterovirus sono responsabili della maggior parte delle infezioni virali. Altri possibili agenti patogeni sono rappresentati dall'herpes simplex, da adenovirus, dal virus della parotite e da altri virus.

CIRNA FOUNDATION
Alleanza Cefalalgici - Al.Ce. Group





Questa iniziativa intende offrire al paziente cefalalgico l'opportunità di estrinsecare il proprio problema attraverso un momento di creatività. Di certo, questo non ci aiuterà a guarire, ma siamo convinti che, attraverso un'espressione figurativa e la diffusione di iniziative di questo tipo, si possa far emergere una realtà spesso sottovalutata e che coinvolge, in modo più o meno grave, dieci milioni di italiani.

I concorrenti potranno inviare fino ad un massimo di 3 contributi fotografici originali corredati da una didascalia esplicativa che, in qualche modo, si riferisca alla cefalea.

Il miglior contributo fotografico verrà premiato in occasione del Convegno "La Settimana della Cefalea" che si terrà presso il Grand Hotel Terme, Castrocaro Terme (FC) l'11 e il 12 Novembre 2005.

E' prevista la pubblicazione sul sito www.cefalea.it e sulla rivista Confinria Cephalalgica

REGOLAMENTO

- 1
Inviare fino ad un massimo di 3 contributi con le seguenti specifiche tecniche:
- fotografie in bianco e nero / a colori / digitali
- formato 24 x 30 cm
- 2
Inviare 4 copie di ogni contributo con didascalia esplicativa che richiami il tema della cefalea, i dati personali dell'Autore (che rimarranno riservati ai sensi dell'attuale normativa sulla privacy, legge 675/96) e liberatoria con cui si cedono gratuitamente alla Fondazione CIRNA i diritti di pubblicazione delle opere.
- 3
Saranno ammesse al concorso solo opere inedite.
- 4
I contributi spediti non saranno restituiti. Al.Ce. Group-CIRNA Foundation si riserva il diritto di utilizzare il materiale pervenuto senza necessità di ulteriore autorizzazione.
- 5
Tutti i contributi dovranno essere inviati, entro e non oltre il 20 settembre 2005 a:
Alleanza Cefalalgici - c/o IRCCS Fondazione C. Mondino Via Mondino, 2 - 27100 PAVIA (per posta)
oppure ad alcegroup@tin.it (per e-mail)

Il bando del concorso è disponibile anche sul sito Internet
www.cefalea.it

Il termine meningite indica uno stato infiammatorio delle meningi, tre membrane sierose (dura madre, aracnoide, pia madre) che avvolgono intimamente cervello e midollo e contribuiscono a fissarli alle strutture ossee circostanti. La loro irritazione, che può essere dovuta a sanguinamento, infezioni o neoplasie, provoca uno stato infiammatorio di gravità variabile la cui espressività clinica consiste in un insieme molto caratteristico di sintomi: cefalea, nausea, fotofobia, disturbi della vigilanza e talora febbre. Sebbene la flogosi dei foglietti meningei accomuni tutte le condizioni, indipendentemente dal processo patogenetico sottostante, la letteratura classica attribuisce il termine "meningite"



solo alle situazioni sostenute da un'infezione, riservando a tutti gli altri casi la denominazione di "meningosi" o di "meningismo". Qui ci occuperemo degli aspetti che assume la cefalea nelle varie situazioni sostenute da infezioni delle meningi ad opera di virus, batteri o parassiti. In tutte queste malattie essa rappresenta un sintomo costante con caratteristiche qualitative stereotipate ma di intensità variabile: dolore profondo, diffuso ma prevalentemente localizzato in regione occipito-nucleare e associato ad una caratteristica rigidità del collo classicamente denominata "rigor nuclalis". Diverse manovre semeiologiche permettono di evidenziare questo peculiare segno neurologico che consiste nella comparsa di un dolore a scarica elettrica cranio-caudale e di una contrattura muscolare riflessa scatenata dalla flessione forzata del collo o del rachide (segni di Kernig, Brudzinski).

Le cause che conducono alla cefalea non sono completamente note, ma sembrano dipendere da un insieme di fattori come l'aumento della pressione intracranica, la dilatazione e congestione dei vasi meningei infiammati, l'irritazione chimica dei recettori per il dolore situati sulla parete dei grossi vasi arteriosi e sulle stesse meningi. Considerata l'importanza dell'argomento dobbiamo ricordare che una cefalea con queste caratteristiche rappresenta un sintomo indispensabile ma

non sufficiente per far diagnosi di meningite. Devono essere contemporaneamente presenti, oltre al "rigor nuclalis", anche le classiche alterazioni del liquor-cefalo rachidiano come l'elevata pressione, l'aumento della cellularità (pleiocitosi) e della concentrazione proteica (iperproteinorachia) e, nei casi di origine batterica e fungina, il calo della concentrazione di glucosio (ipoglicorachia). Oltre all'esame

fisico-chimico liquorale, gli esami più importanti per supportare il sospetto clinico di meningite sono rappresentati dalla Risonanza Magnetica Nucleare dell'encefalo, che mostra spesso l'enhancement contrastografico della dura madre e delle leptomeningi, la coltura del liquor cefalo rachidiano e la ricerca, mediante tecniche di genetica molecolare, del genoma di molti virus e batteri.

Le meningoencefaliti

Se l'infiammazione delle meningi è grave o se l'agente eziologico è dotato di un particolare tropismo nervoso si può verificare anche una contemporanea compromissione dell'encefalo. I meccanismi sono molti e dipendono da alterazioni del metabolismo cerebrale, da veri e propri danni strutturali microischemici indotti da una arterite dei vasi meningei di piccolo calibro oppure da danni neuronali diretti. Si realizza in tal modo una condizione clinica e anatomopatologica molto frequente che viene denominata "meningoencefalite". La cefalea in questi casi può assumere anche le caratteristiche tipiche dell'edema cerebrale e associarsi ad una maggiore compromissione dello stato di coscienza o a crisi comiziali.

Le meningiti acute, croniche e cronico-recidivanti

Fatta questa premessa sugli aspetti più generali del problema, è bene sottolineare che la cefalea associata a meningite è sempre presente, ma con caratteristiche diverse in funzione della virulenza dell'agente eziologico e della fase di malattia. Lo spettro dei vari quadri sindromici è

sconfinato e impone al clinico uno sforzo tanto gravoso quanto indispensabile in funzione di una diagnosi precoce. I fattori che condizionano l'espressività clinica della meningite e della cefalea sono la reattività dell'ospite e le caratteristiche intrinseche dell'agente eziologico.

Per schematizzare elenchiamo 4 paradigmi con aspetti clinici ben differenziati e piuttosto riproducibili:

- A) **cefalea nelle meningiti batteriche**: acuta, violenta e diffusa con rigidità nucale marcatissima, quadro clinico generale molto grave e potenzialmente mortale;
- B) **cefalea nella meningoencefalite erpetica**: intensa associata a marcata compromissione neurologica con afasia e possibili crisi epilettiche senza significativa partecipazione sistemica;
- C) **cefalea nelle meningiti croniche e**
- D) **cronico-recidivanti** (linfocitarie benigne, meningite di Mollaret, meningite HIV): moderata intensità con localizzazione occipito-nucleare senza segni neurologici di accompagnamento; il paziente è vigile e lucido. La meningite HIV relata, che può inaugurare la sierconversione, si manifesta in modo subdolo con una cefalea occipitale di entità lieve-moderata, modesta pleiocitosi linfomonocitoide e assenza di correlati clinici sistemici significativi. Il suo riconoscimento è molto importante perchè consente una diagnosi precoce e l'avvio tempestivo del trattamento antiretrovirale.

Esistono poi situazioni intermedie con un decorso clinico fluttuante in funzione delle diverse fasi di malattia. In questi casi sarà proprio l'estrema variabilità del sintomo a guidare il clinico attraverso il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato. L'esempio più noto è rappresentato dalla meningite tubercolare, che costituisce tuttora una tra le sfide più impegnative per il neuroinfettivologo. Mai come in questa malattia lo scenario può essere così eterogeneo; in alcuni casi il quadro è dominato dall'ipertensione endocranica causata da un idrocefalo ostruttivo indotto dalla iperproteinorachia.

Si tratta ovviamente di un'emergenza neurochirurgica con cefalea violenta, grave prostrazione, vomito, disturbi dello stato di coscienza e crisi epilettiche. Altre volte invece la malattia si protrae per mesi in modo quasi indolente, ponendo seri problemi di diagnosi differenziale nei confronti delle malattie delle meningi a genesi non infettiva (neoplasie, sarcoidosi, vasculiti cerebrali). In questi casi la cefalea è olocranica, subcontinua, di intensità lieve-moderata con stato di vigilanza normale o solo lievemente alterato. Purtroppo in questa fase di malattia i correlati neuroradiologici e liquorali possono essere poco informativi. In altri casi ancora la cefalea rappresenta un sintomo marginale nel contesto di una grave psicosindrome organica con decadimento cognitivo, atassia, paralisi dei nervi cranici.

La terapia

Anche nella cefalea da meningite, come in tutte le cefalee secondarie o sintomatiche, la terapia deve essere mirata alla risoluzione del meccanismo eziopatogenetico sottostante. In questo caso ci dobbiamo porre l'obiettivo primario di eliminare l'agente microbico responsabile della malattia o di attenuarne la virulenza. Esiste ovviamente la possibilità di intervenire anche con terapie adiuvanti e con sintomatici come i FANS e gli steroidi. A tale proposito sottolineiamo l'importanza dell'uso degli steroidi in molte tra le situazioni sopraelencate come la meningite batterica, la meningo-encefalite erpetica e la meningite tubercolare. In virtù delle loro svariate proprietà gli steroidi esercitano effetti sui meccanismi dell'infiammazione, sulla risposta immunitaria e sulla genesi del dolore. Nel caso delle cefalee in corso di meningiti la loro azione può essere quindi considerata anche curativa oltre che sintomatica.

