

QUANDO IL MAL DI TESTA PUÒ ESSERE DOVUTO AD UN ALTRO PROBLEMA

Quando la cefalea non è primaria, ma è il sintomo di un altro disturbo, bisogna fare molta attenzione a tutti quei segni che possono porre il dubbio. È in questi casi che la raccolta della storia clinica, l'esperienza del medico e la visita del paziente diventano davvero importanti. Cogliere precocemente dei segni, anche sfumati, di una patologia secondaria permette di indirizzare la richiesta di esami e le terapie più adeguate per ogni caso.

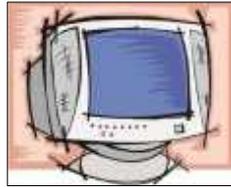
Anche il paziente può aiutare il medico facendo attenzione ad alcuni campanelli d'allarme:

- Improvvisa insorgenza di una nuova cefalea di intensità elevata
- Primo esordio di cefalea dopo i 50 anni d'età
- Cefalea con andamento (rapidamente o gradualmente) ingravescente
- Cefalea con caratteristiche differenti da quelle abituali
- Cefalea non responsiva ai farmaci
- Insorgenza di cefalea di notte, durante sforzi fisici, colpi di tosse, attività sessuale
- Cefalea associata a confusione mentale, amnesia, torpore psichico, malessere cronico, dolori muscolari e alle articolazioni, febbre, pressione arteriosa elevata, disturbi progressivi della vista, stanchezza eccessiva, vertigini, perdita dell'equilibrio.

Pertanto, attenzione a sintomi nuovi o "strani"!

Natascia Ghiotto

SEGNALAZIONE



Vorremmo richiamare la vostra attenzione su questo interessante e curioso articolo del Dr. Paolo Rossi, che potete trovare sul nostro sito www.cefalea.it, Rubrica "Approfondimenti":

"La cyber-medicina può uccidervi (anzi no), ovvero sapere troppo è rischioso. Breve storia di un disastro scientifico-mediativo".

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); 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
Fax. 0382-380448
E-mail: alcegroup@tin.it

Partnering: Roberto Nappi (Pavia)



Sommario

Sostieni la ricerca scientifica	1
Cefalee: quali indagini e quando	1-3
Mal di testa al 'femminile'	3
Quando il mal di testa può essere dovuto ad un altro problema	4

SOSTIENI LA RICERCA SCIENTIFICA PER LA CURA DELLE CEFALEE E DEI DISTURBI NEUROLOGICI FUNZIONALI.

La **Fondazione C.I.R.N.A.** (Centro Italiano di Ricerche Neurologiche Applicate) è iscritta nella lista dei soggetti a cui può essere destinata una quota pari al cinque per mille dell'imposta sul reddito 2005 in base alla scelta del contribuente (Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 art. 1 comma 337).

Scegli la Fondazione C.I.R.N.A.!

Trascrivi il nostro codice fiscale **10242930153** nel primo riquadro (quello riferito al "sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni") del modello integrativo della dichiarazione dei redditi per la destinazione del cinque per mille.

Tale scelta non determina maggiori imposte da pagare.

Fondazione C.I.R.N.A.

www.cefalea.it / cirna@cefalea.it

CEFALEE: QUALI INDAGINI E QUANDO Contributo alla campagna contro gli esami inutili - IV

Non esistono esami standard che debbano essere effettuati da tutti i pazienti con cefalea. La richiesta di indagini strumentali è motivata, in genere, dal sospetto di

una forma sintomatica o dall'approfondimento di particolari situazioni cliniche e comorbidità.

In un paziente con cefalea che soddisfa i criteri della Classificazione Internazionale delle Cefalee per una forma primaria, con anamnesi negativa e normale esame obiettivo / neurologico, la diagnosi non pone molti problemi.

Qualora invece dall'anamnesi e/o dall'esame obiettivo / neurologico emergano



elementi che pongono il sospetto di una cefalea sintomatica è necessario il ricorso ad appropriati esami strumentali e/o di laboratorio.

Nel dubbio di una patologia organica gli esami di prima scelta sono la *tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o la risonanza magnetica nucleare (RMN)*. Nel sospetto di un microsanguinamento o di un processo infettivo intracranico il paziente dovrà essere sottoposto ad esame del liquido cefalorachidiano.

L'*ecodoppler sonografia* dei tronchi sovraortici e il *doppler transcranico* sono indicati nello studio delle patologie a carico dei vasi precebrali e cerebrali e vanno sempre effettuati prima di un'eventuale esame angiografico. Il doppler transcranico, eseguito con una particolare metodica attraverso l'infusione di una miscela di aria e soluzione fisiologica, è molto utile per uno screening della pervietà del forame ovale cardiaco; tale indagine è meno invasiva dell'ecocardiogramma transesofageo ed è meglio accettata dai pazienti. L'*angiografia cerebrale* tradizionale è oggi utilizzata solo in casi molto limitati in quanto, le tecniche di risonanza magnetica con studio angio, sono divenute molto sensibili ed efficaci nella diagnosi.

La *rachicentesi* o "puntura lombare" per l'esame del liquor, con l'avvento delle indagini neuroradiologiche, ha ormai delle indicazioni molto limitate: primo attacco di cefalea di intensità severa, attacchi subentranti di cefalea intensa di recente insorgenza, cefalea ad esordio recente progressivamente più intensa, in assenza di segni di ipertensione endocranica (vomito a digiuno, papilla da stasi, ecc), e ancora cefalea atipica, cronica, resistente al trattamento, e cefalea associata a febbre.

L'esame è invece necessario nel sospetto di infezioni delle meningi e dell'encefalo e di emorragia subaracnoidea.

Le *radiografie del cranio e del collo* (o la *TC cervicale*) vanno riservate ai casi in cui ci sia il sospetto di alterazioni della colonna cervicale, dei seni paranasali e/o dell'articolazione temporomandibolare. In particolare le proiezioni per lo studio dell'articolazione temporo-mandibolare sono indicate nei soggetti con cefalea di tipo tensivo in cui l'obiettività clinica è suggestiva per una patologia a carico di questa articolazione.

L'*elettroencefalogramma* non rappresenta, nella routine, un'indagine utile nella diagnosi di cefalea; trova un'indicazione nei pazienti che abbiano presentato sintomi di tipo epilettico (come ad esempio nel caso di un'aura emicranica atipica) o se nell'anamnesi vi siano episodi di perdita di coscienza. La possibilità di disporre di esami neuroradiologici, rende meno utile, al giorno d'oggi, il ricorso all'EEG anche nella diagnosi di cefalea da lesione organica. In ogni caso, l'eventuale comorbidità con epilessia può essere importante da documentare approfonditamente soprattutto ai fini del trattamento farmacologico.

Indagini di tipo neurofisiologico elettroencefalografico più specifiche (*polisonnografia*) sono riservate a casi particolari di cefalee notturne con associazione di disturbi del sonno e del respiro (russamento, apnee notturne).

Indagini di tipo neurofisiologico elettroencefalografico più specifiche (*polisonnografia*) sono riservate a casi particolari di cefalee notturne con associazione di disturbi del sonno e del respiro (russamento, apnee notturne).



Vi sono alcuni *test di induzione farmacologica della cefalea* che possono essere di ausilio nella diagnostica differenziale tra forme primarie (emicrania / cefalea tensiva / cefalea a grappolo) e nelle forme che clinicamente non corrispondono perfettamente ad una diagnosi di cefalea essenziale. Il test con nitroderivati consiste nella somministrazione di gliceriltrinitrato per via sublinguale. Durante la prova e nelle successive 24 ore vengono monitorati la comparsa e le caratteristiche cliniche della cefalea. Il test è in grado di riprodurre un attacco di cefalea con caratteristiche vascolari, similspontaneo, nella maggior parte dei soggetti con emicrania o cefalea a grappolo (*Sances G. et al. Reliability of the nitroglycerin provocative test in the diagnosis of neurovascular headaches. Cephalalgia 2004; 24: 110-119 / <http://www.cefalea.it/confinia/2004/dicembre/abstract1.cfm>*).

In casi molto particolari può essere utile far ricorso ad accertamenti quali ad esempio l'*algometria* (valutazione della soglia nocicettiva) e l'*EMG-miomonitor*, quando si voglia documentare la concomitanza di un fattore muscolare a livello pericranico (ad esempio nella diagnosi di terzo livello di una cefalea di tipo tensivo che si associa all'emicrania), oppure l'*analisi cinematografica del rachide cervicale* se si sospetta un coinvolgimento del rachide cervicale nella genesi del dolore (tali indagini sono spesso riservate solo a situazioni di ricerca clinica).



In genere, l'esecuzione di *esami del sangue* standard può essere utile per una valutazione di base del caso clinico. Ad esempio valori molto elevati di VES (indice infiammatorio), in presenza di una cefalea unilaterale ed in soggetti anziani, possono essere indicativi di una forma artritica; alterazioni dei valori di funzionalità tiroidea potrebbero indicare una cefalea da distiroidismo. Indagini speciali sono da riservarsi a casi particolari: l'esecuzione di uno screening completo dei *fattori di rischio*

trombofilico è da effettuare in tutte quelle forme di cefalea, in particolare emicrania con aura, che possono porre il dubbio di associazione con patologie vascolari. In conclusione, sarà inutile chiedere al medico di "fare un check-up completo" per capire la natura della cefalea. Molto meglio un colloquio esplicativo dei sintomi ed una visita accurata con richieste mirate per ogni caso.

Grazia Sances

MAL DI TESTA "AL FEMMINILE"

L'emicrania e la cefalea di tipo tensivo sono più frequenti nelle donne e, quindi, già il fatto di nascere donna rappresenta un fattore che predispone a soffrire di cefalea e di emicrania in particolare. Il fatto che nell'età infantile l'emicrania si manifesti in egual modo nei due sessi e che poi, dopo la pubertà, sia invece prevalente nelle donne, ha posto l'accento sul ciclo mestruale. Molte donne, infatti, lamentano la presenza o l'accentuarsi delle crisi nei giorni vicini alla mestruazione, in alcuni casi la crisi si verifica solo ed esclusivamente in quel periodo (emicrania mestruale pura).

Anche l'uso di pillola estro-progestinica può essere un fattore di scatenamento della cefalea, con crisi che si presentano tipicamente nei giorni di interruzione della pillola. Non si può evitare di nascere donna (!) e quindi di avere la predisposizione, ma si può valutare il meglio possibile e caso per caso la situazione scegliendo le strategie di cura più adeguate (*a questo proposito, v. rubrica "Cefalee e ormoni" sul nostro sito www.cefalea.it*). Sicuramente un diario ad hoc, vale a dire una carta-diario della cefalea "al femminile" (di cui ci occuperemo in uno dei prossimi numeri) è un utile mezzo di monitoraggio delle crisi e della loro relazione con le mestruazioni e con l'eventuale uso di pillola.

Grazia Sances