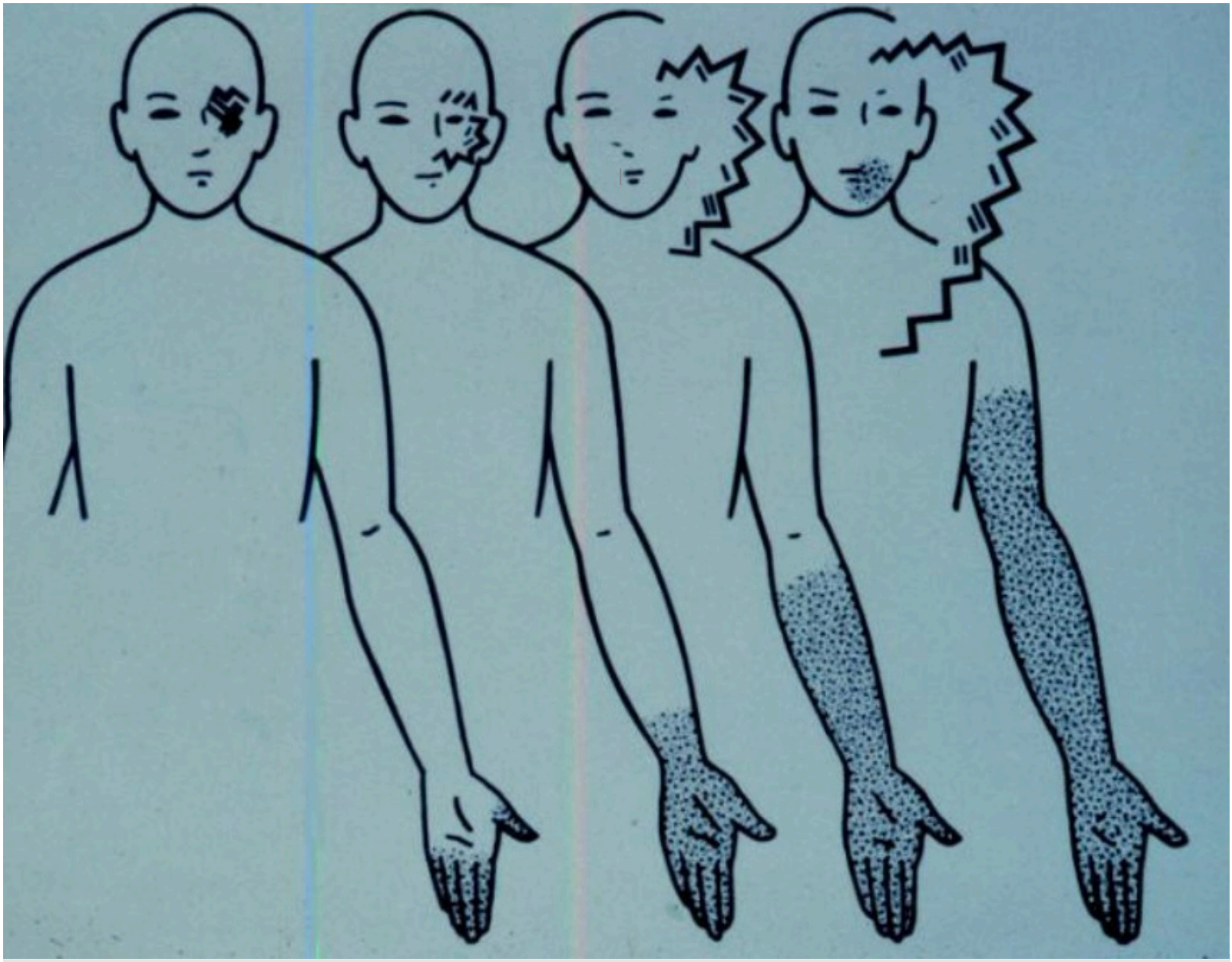
Cefalee: riconoscerle per curarle



SC Neurologia
ASST Bergamo Ovest
Ospedale di Treviglio-Caravaggio
Direttore Dr. Bruno Ferraro

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Ovest

Che cos'è la cefalea

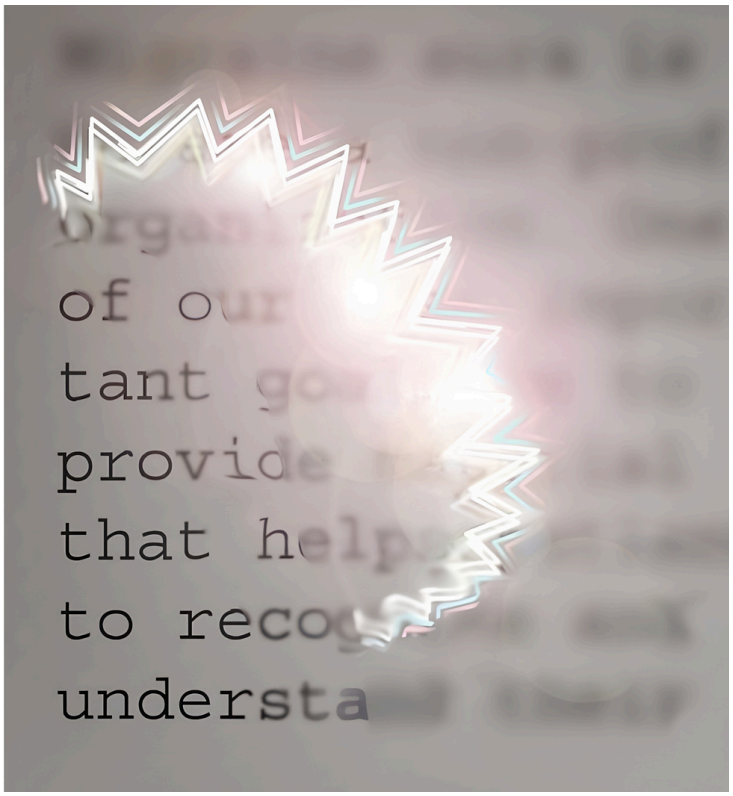
Con il termine "***cefalea***" s'intende, in modo generico, un dolore alla testa di qualsiasi tipo. È un disturbo molto comune nella popolazione, spesso sottovalutato anche da parte del paziente, a volte sotto diagnosticato dal medico e non sempre trattato adeguatamente.

Può colpire persone di tutte le età ed entrambi i sessi, sebbene alcune forme siano più frequenti nel sesso femminile e nell'età giovanile-adulta. Talvolta il disturbo è occasionale ma in altri casi si presenta con frequenza e intensità così elevata da limitare o impedire le attività quotidiane (lavorative, scolastiche, sociali) determinando una grave disabilità e influenzando negativamente la qualità della vita delle persone affette. Ha un forte impatto socio-economico per gli elevati costi diretti (spese per le visite/accertamenti/farmaci) e indiretti (ridotta produttività lavorativa e scolastica durante gli attacchi) per l'individuo e la società.

La cefalea è il sintomo doloroso di più frequente riscontro nella pratica clinica ed è una causa molto comune di accesso al Pronto Soccorso. Porre una diagnosi corretta rappresenta un obiettivo fondamentale per individuare i trattamenti più adeguati e rispondere ai bisogni dei pazienti alleviando il peso di questo invalidante disturbo.



Il primo passo verso la diagnosi è la distinzione tra le **cefalee "primarie" e quelle "secondarie"**.
Nelle forme secondarie la cefalea rappresenta un sintomo di un'altra malattia specifica di varia natura (per es. un'infezione, un disturbo cerebrovascolare o anche una crisi di ipertensione arteriosa possono manifestarsi con la cefalea).



Si parla invece di **cefalee “primarie”,** che rappresentano nell’insieme circa il 90% di tutte le cefalee, quando la cefalea, spesso associata ad altri sintomi (es. la nausea o intolleranza alla luce e rumori) rappresenta da sola la malattia stessa, in assenza di un’altra causa organica, riconoscibile sulla base della storia clinica, della visita del paziente e talvolta con l’utilizzo di specifiche indagini diagnostiche.

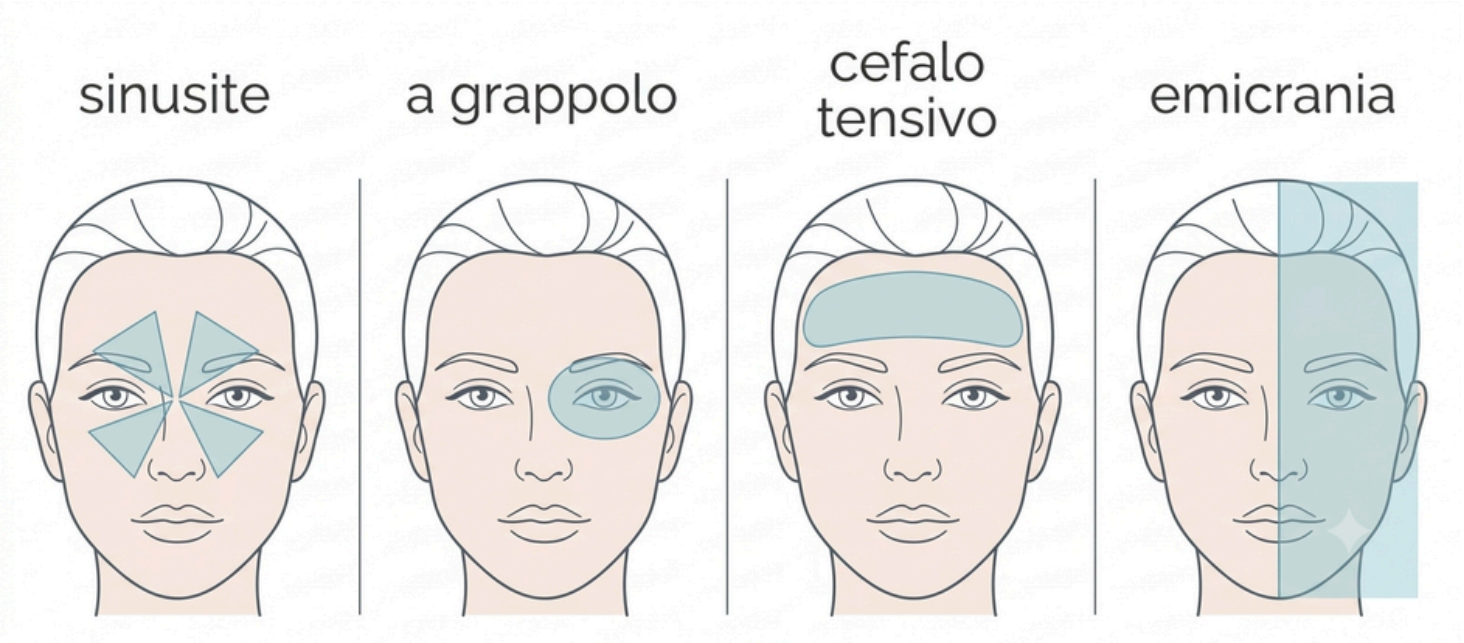
Quali sono e come si distinguono le cefalee primarie

Le più comuni forme di cefalea primaria sono:

- l’emicrania senza aura
- l’emicrania con aura
- la cefalea di tipo tensivo
- la cefalea a grappolo.

Ogni forma ha caratteristiche cliniche specifiche: età di insorgenza, caratteristiche, sede e irradiazione del dolore, durata ed intensità degli attacchi, presenza di sintomi associati al dolore, presenza di fattori in grado di scatenare o di aggravare gli attacchi, associazione con il ciclo mestruale o con terapia ormonale, risposta alla terapia antalgica.

L’attenta raccolta della storia clinica (anamnesi) e l’accurata visita del paziente consentono di orientare il medico verso una specifica diagnosi che potrà essere confermata o esclusa da appropriati esami strumentali, quando ritenuti necessari nei singoli casi.



Emicrania

L'emicrania è una malattia neurologica che **colpisce prevalentemente il sesso femminile** nelle fasi centrali della vita, quindi nel periodo di massima produttività sociale e lavorativa. È una patologia complessa con una forte **componente genetica** (spesso nella stessa famiglia vi sono più persone affette da emicrania) sulla quale s'inseriscono, modificandola nel corso della vita, numerosi **fattori scatenanti** (cosiddetti trigger).

Tra i più importanti vi sono i *fattori ormonali* (fluttuazioni cicliche degli ormoni femminili e assunzione della pillola contraccettiva estroprogestinica o terapie ormonali sostitutive) e tutte le situazioni che comportano una modificazione dei ritmi di vita abituali*: stress psico-fisico, alterazioni del ritmo del sonno* (dormire poco o troppo) e della *alimentazione* (digiuno, pasti veloci), esposizione a *fattori climatici e ambientali* (caldo/freddo, altitudine) e a determinati *stimoli* (luci, rumori ed odori intensi).

Anche l'assunzione di alcuni *farmaci* (per es. nitrati) e di alcuni *alimenti* (per es. alcol, cioccolato, cibi conservati, insaccati, formaggi fermentati, glutammato) può scatenare un attacco di emicrania. Individuare e cercare di evitare questi fattori trigger fa già parte del trattamento per ridurre frequenza e l'intensità delle crisi.



Studi della OMS (Global Burden of Disease 2015) hanno evidenziato che l'emicrania rappresenta la **3° patologia più frequente e la 2° più disabilitante nella popolazione mondiale**.

In Italia vi sono più di 6 milioni di persone affette, di cui 4 milioni sono donne.

Gli ormoni sessuali femminili giocano un ruolo importante.

Durante l'età fertile, infatti, gli attacchi di emicrania seguono fedelmente le fluttuazioni ormonali del ciclo mestruale: spesso i primi attacchi si presentano con il menarca, sono più frequenti ed intensi durante le fasi di ovulazione e perimestruali (giorni prima e durante il ciclo mestruale), frequentemente migliorano durante il 2° e 3° trimestre di gravidanza per ripresentarsi nel puerperio e allattamento.

In menopausa, in genere, vi è un miglioramento sebbene, in circa un terzo dei casi, la frequenza degli attacchi possa aumentare.

La **causa dell'emicrania non è ad oggi del tutto chiarita.**

E' possibile che il disturbo derivi da un'alterazione della comunicazione tra encefalo, i nervi cranici (in particolare il nervo trigemino) e i vasi sanguigni (cosiddetto Sistema Trigemino Vascolare - STV).

L'attivazione del STV determina una cascata di eventi, tra cui la *liberazione di sostanze in grado di dilatare i vasi sanguigni* (cosiddetti neurotrasmettitori, tra cui il *CGRP*) e la *stimolazione di alcune aree cerebrali,* responsabili della comparsa del dolore e dei sintomi associati.

La cefalea, cioè il dolore alla testa, è solo una parte **dell'attacco di emicrania** che dal **punto di vista clinico** possiamo schematicamente suddividere in **4 fasi successive**.

L'attacco può essere preceduto dalla **fase prodromica**, in cui si manifestano *stanchezza, irritabilità, umore depresso, sonnolenza, appetito per i dolci, ritenzione idrica*.

Segue la **fase dolorosa** caratterizzata da *dolore* tipicamente pulsante, d'intensità moderata o grave, localizzato spesso nella regione frontale o in prossimità dell'occhio e della tempia, ma talvolta anche a partenza dalla regione nucale e cervicale, di durata variabile da 4 a 72 ore consecutive, peggiorato dal movimento e associato a nausea e/o vomito ed intolleranza a luci, rumori ed odori (spesso il paziente necessita di riposo in ambiente tranquillo, buio e silenzioso).



In circa **30% dei pazienti** la fase dolorosa è preceduta o accompagnata dall'**aura emicranica**, caratterizzata da *disturbi neurologici focali, transitori e reversibili*, che compaiono gradualmente e si risolvono spontaneamente nell'arco di 5-60 minuti. I più comuni sintomi e segni sono *di tipo visivo* (punti o macchie scintillanti, linee luminose a zig-zag, riduzione parziale del campo visivo, immagini sfocate o distorte), *sensitivo* (intorpidimento graduale a un lato del corpo, spesso arto superiore ed emivolto) o *difficoltà a pronunciare le parole* (aura tipica).



Meno frequentemente vi può essere *debolezza muscolare* ad un alto del corpo (emicrania emiplegica) *o vertigini e disturbi dell'equilibrio* (emicrania tronco-encefalica). Alla fase cefalalgica segue la cosiddetta **fase postdromica**, con stato di malessere prolungato sino a 24-48 ore, in cui il paziente appare *insofferente, con umore depresso, sonnolenza e necessità di urinare spesso*, prima di tornare alla normalità.

In base alla frequenza degli attacchi (numero di episodi in un mese) possiamo distinguere forme di **emicrania episodica** (da 1 a 15 attacchi al mese) e **forme croniche** (più di 15 attacchi al mese di cui almeno 8 di tipo emicranico).



Cefalea di tipo tensivo

Molto frequente soprattutto nelle donne.
Il dolore, di tipo costrittivo/gravativo,
è diffuso a tutto il capo, a casco o cerchio,
di intensità lieve-moderata,
non si aggrava con il movimento
e non impedisce le normali attività.

Si può associare a lieve nausea o intolleranza a luci e rumori, e talora si presenza una contrattura della muscolatura cervicale.
La durata varia da 30 minuti a 7 gg e spesso la crisi è scatenata da situazioni di forte stress psico-fisico o posture scorrette prolungate.
Anche in questo caso distinguiamo forme episodiche a bassa, media o alta frequenza (da 1 a 15 gg al mese) e forme croniche (più di 15 gg al mese per più di 3 mesi).

Cefalea a grappolo

Forma di cefalea primaria **molto più rara delle precedenti, prevalente nel sesso maschile**.
È caratterizzata da dolore molto intenso, lancinante/pulsante, in genere localizzato nella regione orbitaria, sempre dallo stesso lato, di durata compresa tra 15 e 180 minuti che si può presentare da 1 volta ogni 2 gg sino a 8 volte al giorno, spesso ad orari fissi.
Dallo stesso lato del dolore in genere si associa lacrimazione e arrossamento della congiuntiva, gonfiore ed abbassamento della palpebra, congestione o secrezione nasale e durante l'attacco il paziente presenta irrequietezza motoria.



Nelle forme episodiche gli attacchi si presentano quotidianamente per un periodo di circa 3-6 settimane (grappoli) a cadenza semestrale, annuale o biennale intervallati da prolungati periodi di benessere mentre nelle forme croniche non vi sono lunghi periodi di remissione.

Che cos’è la cefalea da uso eccessivo di farmaci

La cefalea da uso eccessivo di farmaci (Medication Overuse Headache - MOH) è una grave forma di cefalea cronica che deriva da una cefalea episodica (sia emicranica che di tipo tensivo) come conseguenza dell’uso eccessivo di uno o più farmaci sintomatici, ad esempio analgesici (FANS, oppiacei) o farmaci antiemicranici specifici (triptani, derivati dell’ergotamina). Quando si assumono troppi farmaci “al bisogno” per la fase acuta degli attacchi, dopo un po’ di tempo l’efficacia si riduce e quindi si aumentano le dosi per raggiungere l’effetto.

L’uso eccessivo di questi farmaci oltre a provocare possibili effetti collaterali (gastrite, disturbi al fegato e reni, aumento della pressione arteriosa) può rappresentare un ulteriore fattore di peggioramento della cefalea che tende a diventare cronica e meno responsiva alle terapie di profilassi.

La disintossicazione da questi farmaci, sotto il controllo del medico, permette spesso di tornare ad una forma episodica e di riprendere un’efficace terapia di profilassi.



Come posso aiutare il medico?

È importante compilare, anche prima della visita specialistica, il **questionario di disabilità** (per es. MIDAS) e il **diario della cefalea**, strumenti che aiutano il medico a individuare le caratteristiche della cefalea e a porre una diagnosi specifica e valutare la risposta ai trattamenti sia per la fase acuta sia di profilassi.

Scarica il diario della cefalea dal sito Associazione Italiana per la Lotta contro le Cefalee (AIC – Onlus) http://ww.malditesta-aic.it/



Cefalee secondarie: segnali di allarme

Esistono dei **segnali di allarme** indicativi di forme di **cefalea secondaria** ad altri disturbi. Quando si presentano è molto importante rivolgersi al proprio medico che potrà valutare la situazione ed eventualmente consigliare degli accertamenti specifici: insorgenza improvvisa di una nuova cefalea, improvviso cambiamento delle caratteristiche di una cefalea nota; comparsa della cefalea per la prima volta dopo i 50 aa; peggioramento del dolore dopo tosse o starnuti, sforzi fisici, attività sessuale o in posizione sdraiata o eretta; presenza di febbre, dolore muscolare, perdita di peso, rigidità del collo, macchie cutanee; presenza di confusione o perdita di coscienza; mancata risposta alle terapie consigliate.

Cosa posso fare se soffro di cefalea?

Per un corretto inquadramento diagnostico, un'appropriata presa in carico e l'individuazione di un programma terapeutico specifico e personalizzato è necessario **rivolgersi al Medico di Assistenza Primaria** che, quando ritenuto necessario, potrà prescrivere esami specifici o indirizzare il paziente ad una **valutazione specialistica** (visita neurologica presso ambulatori cefalee di secondo livello o, nei casi più rari e difficile, centri cefalee di terzo livello).



INFORMAZONI UTILI PER GLI UTENTI

Reparto di degenza

SC Neurologia
ASST Bergamo Ovest Ospedale Treviglio-Caravaggio

Direttore: Dr. Bruno Ferraro

Attività ambulatoriale SSN

- Ambulatorio Neurologia divisionale (con impegnativa SSN per visita neurologica);
- Ambulatorio cefalee (con impegnativa SSN per prima visita neurologica o visita neurologica di controllo presso ambulatorio cefalee).

Referenti: Dr.ssa Giovanna Bosco

Prenotazioni:

- di persona allo sportello CUP, dal lunedì al venerdì: dalle 08.30 alle 17.00;
- tramite Call Center Regionale;

Contatti utili:

- AIC- Associazione Italiana per la Lotta contro le Cefalee AIC – Onlus (visita il sito internet)
- Al.Ce – Alleanza cefalalgici, CIRNA Foundation Onlus (visita il sito internet http://www.cefalea.it/sezione-pazienti/alleanza-cefalalgici)