

Congresso regionale
ANEU Toscana



INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DELLE CEFALEE SECONDARIE

Dr. M.Letizia Bartolozzi - UOC Neurologia
Azienda USL Toscana Centro – Ospedale S.Giuseppe Empoli

In the last two years M.Letizia Bartolozzi participated on advisory boards and received speaker honoraria from

Biogen Idec

Novartis

Roche

Bristol Myers Squibb

Classificazione Internazionale *delle Cefalee*

Headache Classification Committee
of the International Headache Society (IHS)
The International Classification of Headache Disorders
3rd edition
Edizione italiana a cura di *Vincenzo Guidetti e Lidia Savi*

CEFALEE
SECONDARIE

Criteria diagnostici generali per cefalea secondaria

- A. Qualsiasi cefalea che soddisfi il criterio C
- B. È stata diagnosticata un'altra patologia scientificamente documentata come in grado di causare cefalea
- C. Prove di causalità dimostrate da almeno due dei seguenti:
 1. la cefalea si è sviluppata in relazione temporale all'inizio della presunta patologia causale
 2. uno o entrambi i seguenti elementi:
 - a. la cefalea è significativamente peggiorata in parallelo al peggioramento della patologia presunta causale
 - b. la cefalea è notevolmente migliorata in parallelo al miglioramento della patologia presunta causale
 3. La cefalea ha caratteristiche tipiche per la patologia causale
 4. Esistono altre prove di causalità

Classificazione Internazionale *delle* Cefalee

Headache Classification Committee
of the International Headache Society (IHS)
The International Classification of Headache
Disorders
3rd edition
Edizione italiana a cura di *Vincenzo Guidetti e Lidia Savi*

CEFALEE
SECONDARIE

Capitolo 5. Cefalea attribuita a traumatismo cranico e/o cervicale

Capitolo 6. Cefalea attribuita a disturbi vascolari cranici o cervicali

Capitolo 7. Cefalea attribuita a patologie intracraniche non vascolari

Capitolo 8. Cefalea attribuita all'uso di una sostanza o alla sua sospensione

Capitolo 9. Cefalea attribuita ad infezione

Capitolo 10. Cefalea attribuita a disturbo dell'omeostasi

Capitolo 11. Cefalea o dolori facciali attribuiti a disturbi di cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali o craniche

Capitolo 12. Cefalea attribuita a disturbo psichiatrico

Capitolo 13. Neuropatie dolorose craniche e altri dolori facciali

Capitolo 14. Altri disturbi cefalalgici

INQUADRAMENTO DELLA CEFALEA

Anamnesi accurata

Obiettività generale
e neurologica

Eventuale esecuzione
di esami strumentali e
di laboratorio

Diagnosi

Cefalea primaria

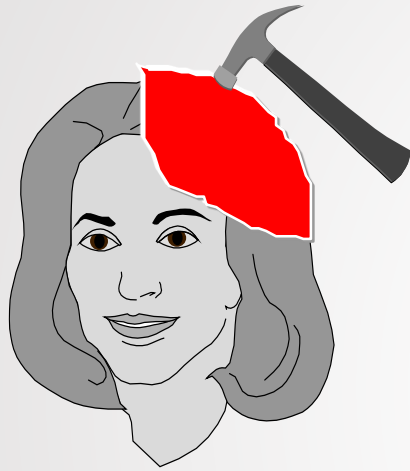
Cefalea secondaria

«Non pericolosa»

«Pericolosa»

CEFALEE PRIMARIE

conoscere per .. riconoscere



EMICRANIA

- senza aura
- con aura



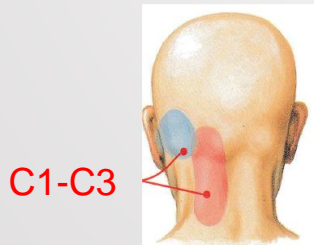
CEFALEA TENSIVA



CEFALEA A GRAPPOLO

ALTRE CEFALEE PRIMARIE:

- da tosse
- da attività fisica
- attività sessuale
- «a rombo di tuono»
- Trafittiva
-



Sospettare un' **AURA SINTOMATICA** se:

- ✓ Esordio si verifica in fase avanzata
- ✓ Assenza di storia pregressa di emicrania con aura
- ✓ Marcia rapida dei sintomi dell'aura e presenza di sintomi negativi/motori (emicrania emiplegica)
- ✓ Monolateralità dell'aura
- ✓ Durata >60 min per ciascun sintomo
- ✓ Improvviso cambiamento del pattern temporale con ingravescenza delle crisi
- ✓ Presenza di fattori di rischio vascolare



Diagnosi differenziale : TIA / AURA EPILETTICA

SEGNII DI ALLARME o RED FLAGS

- Cefalea di nuova insorgenza in paziente >40 anni
- Peggioramento in intensità e frequenza di una preesistente cefalea con mancata risposta agli antidolorifici

- Insorgenza di un nuovo tipo di cefalea (soprattutto ad esordio notturno)
- Cefalea scatenata da sforzo o da manovra di Valsalva
- Cefalea grave che raggiunge il picco di intensità in pochi secondi
- Cefalea che insorge in ortostatismo

- Associata a sintomi sistemici (febbre, perdita di peso, rigidità nucale)
- Presenza di deficit neurologici focali (mono e emiparesi, diplopia, stato confusionale e alterata vigilanza) e/o segni di irritazione meningeale
- Storia di immunosoppressione, tumori maligni, recenti traumi della testa e del collo

SOSPETTARE UNA CEFALEA SECONDARIA «PERICOLOSA»

- aggravamento dopo esercizio fisico, tosse, attività sessuale
- presenza di deficit neurologici persistenti
- associazione con altri sintomi sistemici (febbre, dolori muscolari, calo ponderale) o neurologici (crisi comiziali, calo del visus, stato confusionale, deficit cognitivo o cambiamento di personalità)

NEUROIMMAGINI

INDICAZIONI ALL'APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO NEL SOSPETTO DI CEFALEA SECONDARIA

- Cefalea progressiva associata a febbre
- Cefalea ad esordio improvviso che raggiunge il massimo di intensità in 5 minuti
- Deficit neurologici di nuova insorgenza

- Cambiamenti di personalità
- Riduzione del livello di vigilanza
- Trauma cranico recente (< 3 mesi)

- Cefalea scatenata da tosse, starnuto, manovra di Valsalva
- Cefalea ortostatica (che cambia con la postura)
- Presenza di sintomi suggestivi per arterite temporale
- Presenza di sintomi suggestivi per glaucoma ad angolo acuto

- **Sostanziale cambiamento delle caratteristiche della precedente cefalea**
- Storia di HIV, tumori, immunosoppressione
- Vomito senza altra causa

Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice

SNNOOP10 list

Neurology[®] 2019;92:134-144.

- S systemic symptoms (including fever)
- N neoplasm in history
- N neurologic deficit or dysfunction (including decreased consciousness)
- O onset of headache is sudden or abrupt
- O older age (after 50 years)

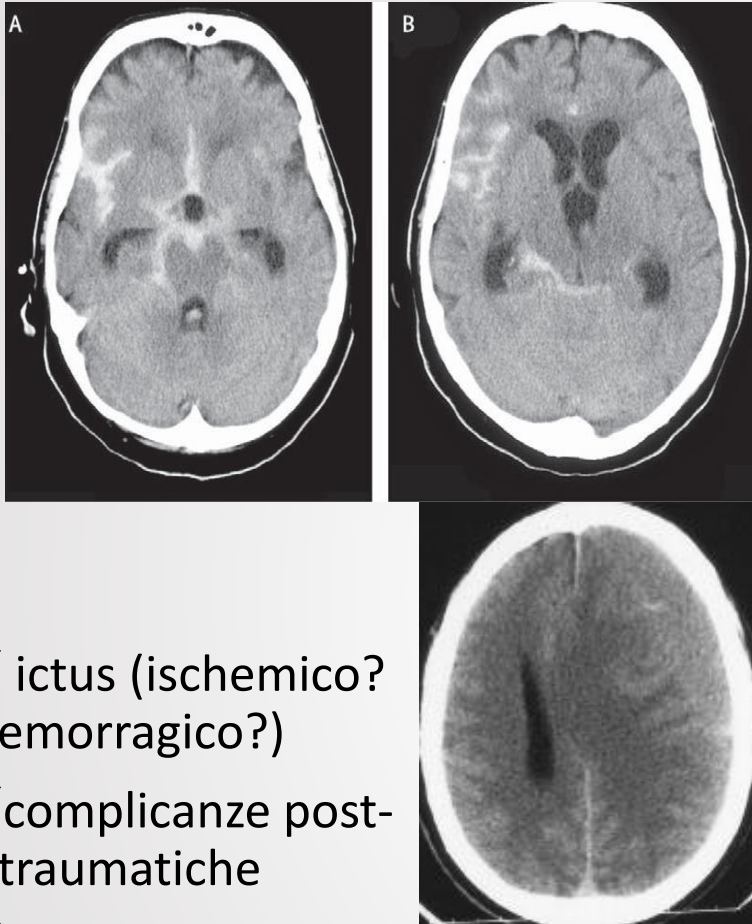
- P pattern change or recent onset of headache
- P positional headache
- P precipitating by sneezing, coughing or exercise
- P papilledema
- P progressive headache and atypical presentations
- P pregnancy or puerperium
- P painful eye with autonomic features
- P postraumatic onset of headache
- P pathology of the immune system such HIV
- P painkiller overuse or new drug at onset of headache

*Come indagare una
sospetta CEFALEA
SECONDARIA?*

PER ESCLUDERE UNA CEFALEA SECONDARIA

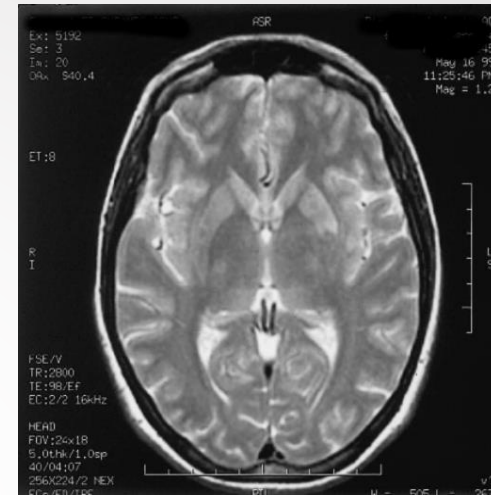
| | |
|--------------------------------|---|
| Arterite temporale | proteina C reattiva, VES |
| Collagenopatie | FR, ANA, Ac anticardiolipina, LAC |
| Anemia | emocromo, test celiachia |
| Ipercalcemia | calcemia e paratormone |
| Insuff. renale | azotemia e creatinina |
| Neoplasie ipofisarie | prolattina, GH |
| Cefalee da patologia infettiva | emocromo, Ac anti Borrelia, quantiferon |
| Ipotiroidismo | TSH, FT3, FT4 |

TC cranio



- ✓ ictus (ischemico? emorragico?)
- ✓ complicanze post-traumatiche
- ✓ studio delle anomalie ossee
- ✓ emorragia intraparenchimale o subaracnoidea

RMN encefalo



- studio della fossa cranica posteriore
- malformazioni atlooccipitali
- ischemie in fase subacuta
- anomalie della sostanza bianca
- trombosi dei seni venosi
- malformazioni vascolari
- patologia meningea
- encefaliti e ascessi cerebrali
- ipotensione liquorale

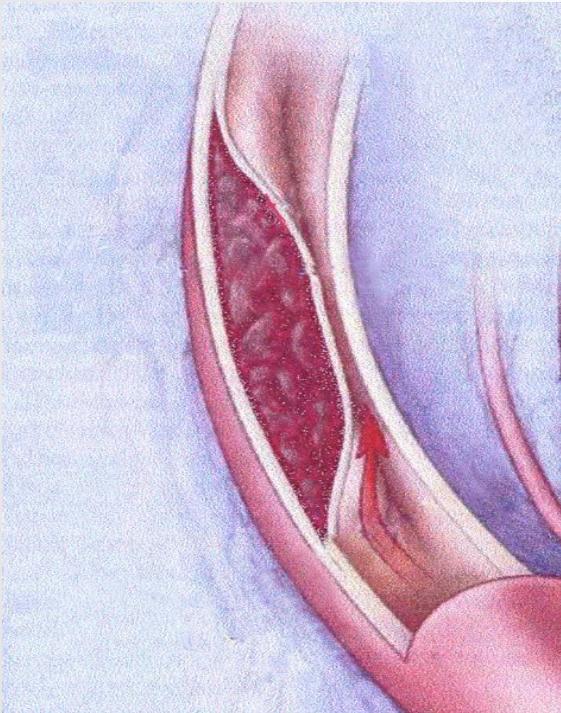
ESAME DEL LIQUOR

L'esame è indicato in caso di:

- cefalea molto intensa ad esordio improvviso, o associata a febbre o altri segni di patologia infettiva in atto
- sospetta emorragia subaracnoidea
- carcinomatosi o linfomatosi meningea
- aumento o diminuzione della pressione liquorale



ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI E TRANSCRANICO



Utili nel sospetto di patologie vascolari intra ed extracraniche, in particolare nel sospetto di una dissezione arteriosa

EEG

Non è raccomandato per escludere una causa strutturale della cefalea, non permette di distinguere tra vari tipi di cefalea

Non è utile nella valutazione di routine del paziente con cefalea, mentre può essere utile nei soggetti che presentano sintomi neurologici associati, suggestivi per un disturbo epilettico

- Aura < 5 minuti, sintomi olfattivi o gastrici
- Disturbo della vigilanza e della coscienza

POLISONNOGRAFIA

- nella cefalea cronica notturna o del risveglio
- sospetta OSAS e disturbi del sonno

*ALCUNI TIPI DI
CEFALEA SECONDARIA*



Cefalea a rombo di tuono

Etiologies of thunderclap headache

Most common causes of thunderclap headache:

- Subarachnoid hemorrhage
- Reversible cerebral vasoconstriction syndromes (RCVS)

Conditions that less commonly cause thunderclap headache:

- Cerebral infection (eg, meningitis, acute complicated sinusitis)
- Cerebral venous thrombosis
- Cervical artery dissection
- Spontaneous intracranial hypotension
- Acute hypertensive crisis
- Posterior reversible leukoencephalopathy syndrome (PRES)
- Intracerebral hemorrhage
- Ischemic stroke

Conditions that uncommonly or rarely cause thunderclap headache:

- Pituitary apoplexy
- Colloid cyst of the third ventricle
- Aortic arch dissection
- Aqueductal stenosis
- Brain tumor
- Giant cell arteritis
- Pheochromocytoma
- Pneumocephalus
- Retroclival hematoma
- Spinal epidural hematoma
- Varicella zoster virus vasculopathy
- Vogt-Koyanagi-Harada syndrome

Disputed causes of thunderclap headache:

- Sentinel headache (unruptured intracranial aneurysm)*
- Primary thunderclap headache[¶]

* Sentinel headache due to an unruptured intracranial aneurysm is a possible cause of thunderclap headache, but supporting data are weak.

¶ There is controversy as to whether thunderclap headache can occur as a benign and potentially recurrent headache disorder in the absence of underlying organic intracranial pathology.

Sensitivity of Early Brain Computed Tomography to Exclude Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage

A Systematic Review and Meta-Analysis (*Stroke*. 2016;47:750-755)

Nicole M. Dubosh, MD; M. Fernanda Bellolio, MD; Alejandro A. Rabinstein, MD; Jonathan A. Edlow, MD

Table. Characteristics and Results of Studies Included in Meta-Analysis

| Study* | Type/Setting | Patient Population | % With SAH Within 6 h | % Who Underwent | | 6-hour Miss Rate | 6-hour Sensitivity |
|---------------------------------------|--------------------|---|--|-------------------|---|------------------|--------------------|
| | | | | LP | Who Read Final CT | | |
| Perry et al, ¹¹ n=3136 | Prospective cohort | Neurologically intact ED patients with HA concerning for SAH | 12.7% (121/953) | 49.4% (1546/3122) | Neuroradiologist or general radiologist | 0% (0/240) | 100% |
| Backes et al, ¹³ n=250 | Retrospective | ED patients | 50.4% (69/137) | 100% (69/69) | Neuroradiologist | 1.5% (1/69) | 98.6% |
| Stewart et al, ¹⁸ n=244 | | | | | | | |
| Mark et al, ²⁰ n = 55 | | | | | | | |
| Blok et al, ²⁰ n=760 | Retrospective | ED patients with spontaneous acute HA concerning for SAH, neurologically intact | One missed case (1/52) was a nonaneurysmal perimesencephalic hemorrhage. Incidence of SAH on the population not reported | 100% (760/760) | Neuroradiologist and experienced stroke neurologist | 0.1% (1/760) | 100% |

Conclusions

In patients presenting with thunderclap headache and a normal neurological examination, a negative brain CT scan within 6 hours of headache onset is highly sensitive in ruling out aneurysmal SAH when the CT scan is technically adequate, and it is interpreted by an experienced radiologist.

of
as

NICE Guidelines 2021

Diagnosing a subarachnoid haemorrhage

Offer a non-contrast CT head scan as the first-line diagnostic investigation for a suspected subarachnoid haemorrhage

Diagnose a subarachnoid haemorrhage if the non-contrast CT head scan shows blood in the subarachnoid space

If a CT head scan done **within 6 hours of symptom onset** shows no evidence of a subarachnoid haemorrhage:

- do not routinely offer a lumbar puncture
- think about alternative diagnoses

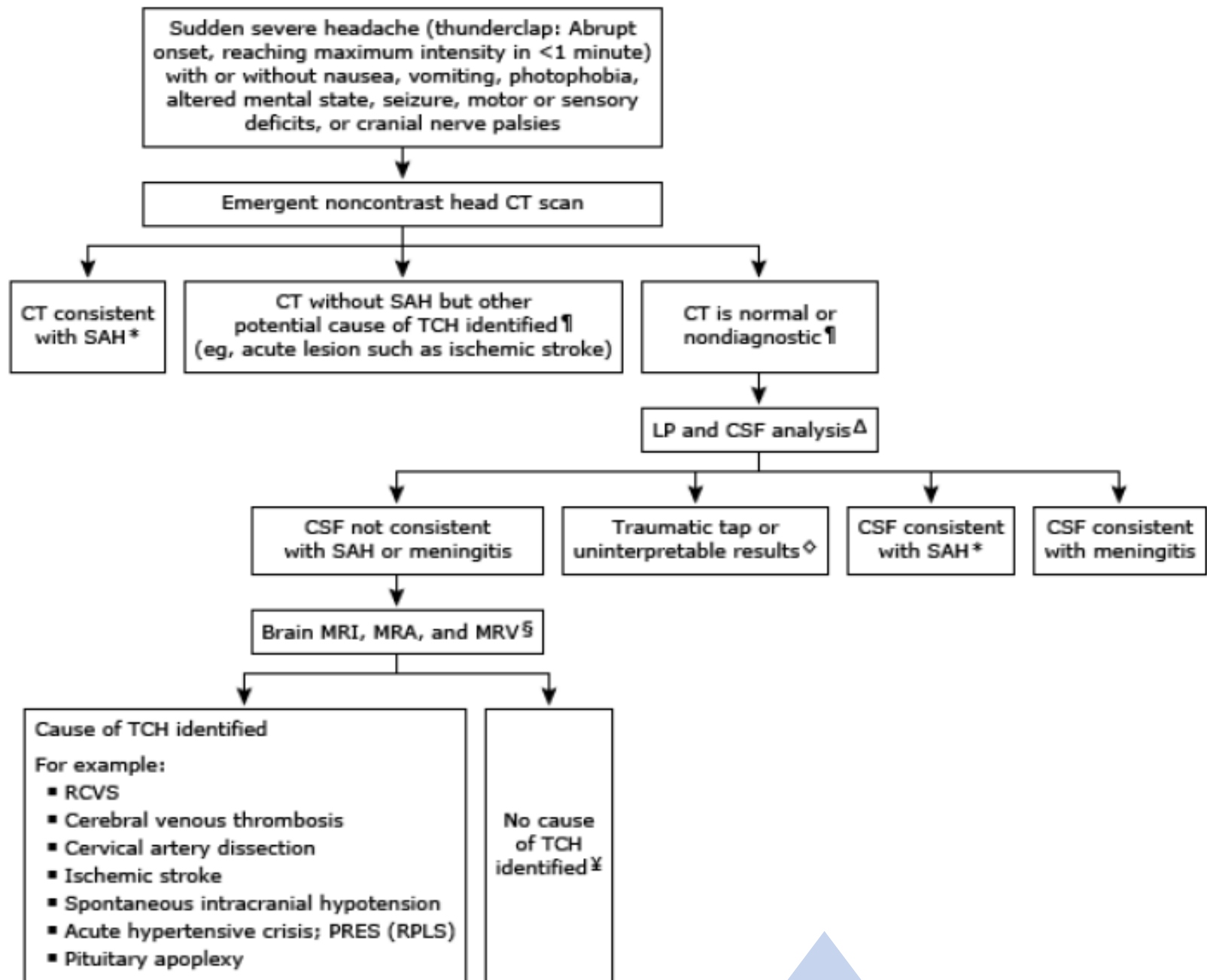
If a CT head scan done **more than 6 hours after symptom** onset shows no evidence of a subarachnoid haemorrhage, **consider a lumbar puncture**

Allow at least 12 hours after symptom onset before doing a lumbar puncture to diagnose a subarachnoid haemorrhage.

Diagnose a subarachnoid haemorrhage if the lumbar puncture sample shows evidence of elevated bilirubin (xanthochromia) on spectrophotometry

Think about alternative diagnoses if the lumbar puncture sample shows no evidence of elevated bilirubin (xanthochromia) on spectrophotometry.

Evaluation of thunderclap headache (TCH)



6.7.3 Cefalea attribuita a sindrome da vasocostrizione cerebrale reversibile (RVCS)

Descrizione: Cefalea causata da sindrome da vasocostrizione cerebrale reversibile (RVCS), tipicamente cefalea a rombo di tuono ricorrente nel giro di una o due settimane, spesso scatenata da attività sessuale, esercizio fisico, manovre di Valsalva e/o emozioni. La cefalea può rimanere l'unico sintomo della RVCS o essere il sintomo premonitore che precede l'ictus emorragico o ischemico.

Criteri diagnostici:

- A. Qualunque tipo di cefalea di nuova insorgenza che rispetti il criterio C
- B. È stata diagnosticata una sindrome da vasocostrizione cerebrale reversibile (RVCS)
- C. L'evidenza del rapporto causale è dimostrata da uno o entrambi i seguenti:
 - 1. la cefalea con o senza segni neurologici focali e/o crisi epilettiche ha condotto alla angiografia (con aspetto a "corona di rosario") e alla diagnosi di RVCS
 - 2. la cefalea ha una o più delle seguenti caratteristiche:
 - a) esordio a rombo di tuono
 - b) scatenata da attività sessuale, esercizio fisico, manovre di Valsalva, emozioni, fare il bagno e/o la doccia
 - c) si presenta o ricorre nel corso di 1 mese al massimo dopo l'esordio, senza successiva cefalea significativa dopo un mese
- D. Uno dei seguenti:
 - 1. la cefalea si è risolta entro tre mesi dall'esordio
 - 2. la cefalea non si è ancora risolta ma tre mesi dall'esordio non sono ancora trascorsi

Escludere ESA da sanguinamento di ANEURISMA

ANGIOGRAFIA: aspetto a «corona di rosario» ma può essere negativa nelle prime settimane

Nel 75% la **cefalea a rombo di tuono** è isolata, più raramente si accompagna a crisi epilettiche o a deficit focali neurologici fluttuanti

Postpartum, esposizione a sostanze vasoattive anche illecite, farmaci serotoninergici

6.5.1.1 Cefalea o dolore faciale o del collo acuti attribuiti a dissezione dell'arteria carotide cervicale o dell'arteria vertebrale

Descrizione: Cefalea e/o dolore faciale e/o del collo causato da dissezione della arteria carotide cervicale o vertebrale. Il dolore è usualmente ipsilaterale al vaso disseccato e generalmente ha un esordio improvviso (anche a rombo di tuono). Può rimanere isolato o essere il sintomo premonitore che precede i deficit focali dell'ictus ischemico.

Cefalea di vario tipo (simil tensiva, simil emicranica o a rombo di tuono)

Più frequente sintomi di esordio (33-100%)

CAROTIDE

cefalea ipsilaterale al lato disseccato, grave e prolungata in media di 4 giorni

Può associarsi a

- segni di ischemia retinica
- Sindrome di Horner
- Acufene ad esordio improvviso con dolore
- Paralisi del XII nc con dolore

VERTEBRALE

cefalea ipsilaterale al lato disseccato, grave e prolungata in media di 4 giorni
dolore nucale/collo

CEFALEE CHE MIMANO UNA CEFALEA A GRAPPOLO

FORME SECONDARIE (da sospettare se EON alterato)

Lesioni del seno cavernoso

- patologie espansive
- aneurismi
- dissecazioni carotidee
- malformazioni AV e fistole AV
- patologie infiammatorie (s. di Tolosa-Hunt)



Patologie della sella turcica (adenomi ipofisari, meningiomi parasellari)

Patologie orbitarie (glaucoma)

Infezioni (sinusite mascellare e sfenoidale)

Cefalea attribuita a patologia vascolare cranica o cervicale

6.1 Cefalea attribuita ad episodio ischemico cerebrale

6.1.1 Cefalea attribuita ad ictus ischemico (infarto cerebrale)

6.1.1.1 Cefalea acuta attribuita ad ictus ischemico (infarto cerebrale)

6.1.1.2 Cefalea persistente attribuita a progresso



(cerebrale)
ischemico

acranic

ragia

ragia
iatica

6.2.3 Cefalea acuta attribuita ad ematoma subdurale acuto (ASDH) non traumatico

6.2.4 Cefalea persistente attribuita a progressiva emorragia intracranica non traumatica

6.2.4.1 Cefalea persistente attribuita a progressiva emorragia intracerebrale non traumatica

6.2.4.2 Cefalea persistente attribuita a progressiva emorragia subaracnoidea non traumatica

6.2.4.3 Cefalea persistente attribuita a progressiva emorragia subdurale acuta non traumatica

6.4 Cefalea attribuita ad arterite

6.4.1 Cefalea attribuita ad arterite a cellule giganti (GCA)

6.4.2 Cefalea attribuita ad angite primaria del sistema nervoso centrale (PACNS)

6.4.3 Cefalea attribuita ad angite secondaria del sistema nervoso centrale (SACNS)

- Age at onset ≥ 50 years

- New headache

- Temporal artery abnormalities (tenderness to palpation, decreased pulsation)

- ESR ≥ 50 mm/h

- Abnormal artery biopsy (vasculitis with mononuclear cell or granulomatous inflammation, usually with giant cell infiltrates)

FDG-PET

The Hypertensive Headache: a Review

- Dolore cefalico bilaterale posteriore o bitemporale, pulsante ad esordio acuto in corso di brusco rialzo pressorio (PAD >120 o PAS >180)
- Cefalea scompare con la normalizzazione della pressione
- Può associarsi a una encefalopatia tipo PRESS (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome)
- Cercare feocromocitoma o altri tumori neuroendocrini ma anche una disriflessia autonoma (nelle lesioni midollari spinali o nelle SGB)
- Ancora controverso il ruolo dell'ipertensione cronica nel determinare dolore cefalico



Headache and pregnancy: a systematic review


A. Negro^{1*} , Z. Delaruelle², T. A. Ivanova³, S. Khan⁴, R. Ornello⁵, B. Raffaelli⁶, A. Terzin⁷, U. Reuter⁸, D. D. Mitsikostas^{8*} on behalf of the European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS)

Table 2 Red Flags for headache in pregnancy

1. Headache that peaks in severity in less than five minutes
2. New headache type versus a worsening of a previous headache
3. Change in previously stable headache pattern
4. Headache that changes with posture (e.g. Standing up)
5. Headache awakening the pregnant
6. Headache precipitated by physical activity or Valsalva manoeuvre (e.g. Coughing, laughing, straining)
7. Thrombophilia
8. Neurological symptoms or signs
9. Trauma
10. Fever
11. Seizures
12. History of malignancy
13. History of HIV or active infections
14. History of pituitary disorders
15. Elevated blood pressure
16. Recent travel at risk of infective disease

Modified from Mitsikostas et al. 2015 [38] (European Headache Federation consensus on technical investigation for primary headache disorders)

Table 3 Main causes of secondary headache in pregnant women

Secondary headaches during pregnancy

| | |
|--|--|
| Arterial dissection | Intracranial hypotension |
| Arteriovenous malformation | Ischemic stroke |
| Brain tumors | Meningitis/encephalitis |
| Cerebral venous thrombosis (CVT) | Pituitary adenoma |
| Choriocarcinoma | Pituitary apoplexy |
| Cranial neuralgias | Pituitary meningioma |
| Dehydration | Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome (PRES) |
| Eclampsia and pre-eclampsia | Reversible vasoconstriction syndrome (RCVS) |
| Head trauma | Sinusitis |
| Idiopathic intracranial hypertension (IIH) | Subarachnoid haemorrhage (SAH) |
| Intracranial haemorrhage (ICH) | Vasculitis |

CEFALEA DI TIPO TENSIVO

PRIMARIA: ANAMNESI + EON negativo

Esclusione di forme secondarie indagando sui segni /sintomi di allarme:

- Ematoma subdurale
- Patologie oculari
- Patologie cervicali
- Ipertensione intracranica benigna
- Ipotensione liquorale
- Tumori cerebrali

Abuso di analgesici come fattore confondente

Neuroimaging non sono giustificate routinariamente ma solo in presenza di segni o sintomi neurologici



CEFALEE SECONDARIE che mimano una CEFALEA TENSIVA
IPERTENSIONE ENDOCRANICA IDIOPATICA
(Pseudotumor cerebri)

Aumento della pressione endocranica senza causa evidente e senza evidenza neuroradiologica di lesioni intracraniche

Donne giovani obese con EON normale (papilledema può mancare):

- Cefalea gravativa cronica quotidiana, aggravata da tosse e da sforzi fisici
- Disturbi visivi (amaurosi transitoria, diplopia), tinnitus pulsante

RMN encefalo con sequenze angio venose (**esclusione di trombosi venosa**): i seni venosi possono essere stenotici per la compressione dell'ipertensione endocranica

Rachicentesi: pressione liquorale in decubito laterale >200-250 mmH₂O

CEFALEE SECONDARIE che mimano una CEFALEA TENSIVA

SINDROME DA IPOTENSIONE LIQUORALE

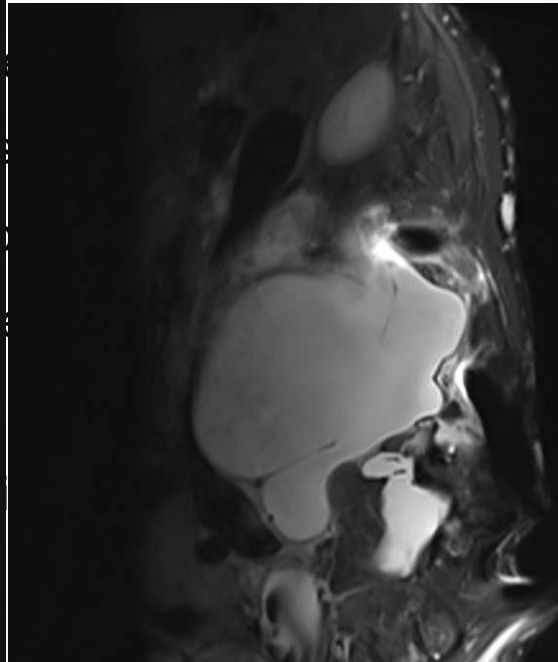
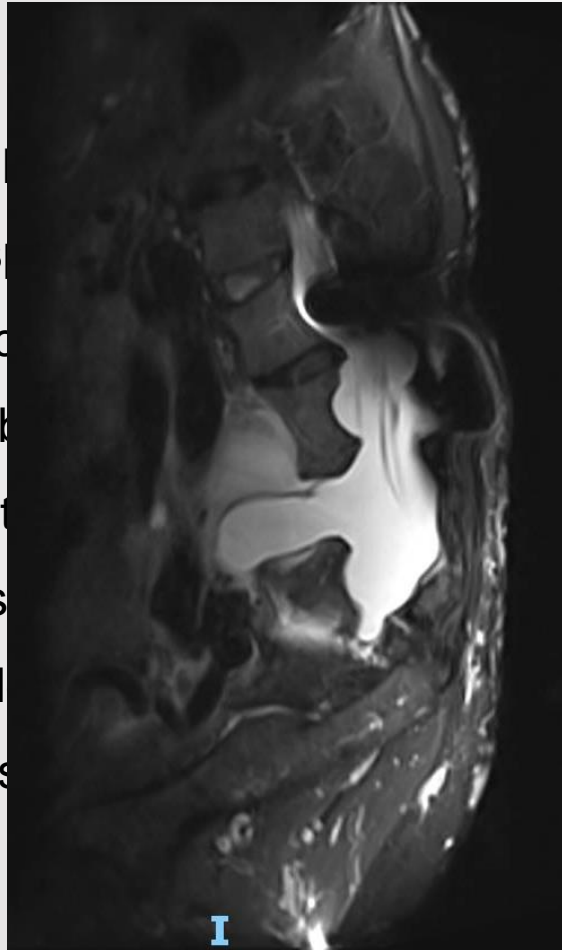
- Cefalea gravativa prevalentemente occipito-nucale ad esordio subacuto che compare o peggiora entro 15 minuti dall'assunzione della posizione seduta o eretta e recede o migliora entro 15 minuti riprendendo il clinostatismo
- Almeno uno dei seguenti sintomi di accompagnamento: rigidità nucale, tinnitus, ipoacusia, fotofobia, nausea
- Peggiora con tosse, starnuto, Valsalva, sforzo fisico, torchio addominale
- Idiopatica (patologie del connettivo)
- Postraumatica (30%)
- Postrachicentesi

CEFALEE SECONDARIE che mimano una CEFALEA TENSIVA

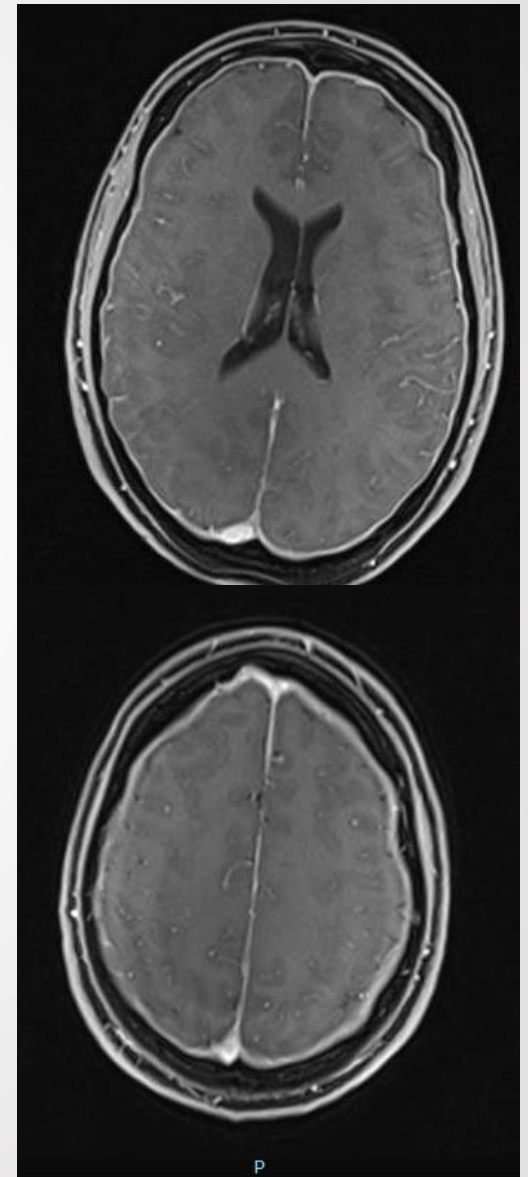
SINDROME DA IPOTENSIONE LIQUORALE

RMN

- Ins...
 - pac...
 - Abt...
 - dist...
 - Dis...
 - e d...
 - Pos...
- ...re con enhancement



RMN LOMBOSACRALE



11.5 Cefalea attribuita a disturbi del naso o dei seni paranasali

Termine usato in precedenza: Il termine “cefalea sinusale” (sinus headache) non è più in uso perché è stato utilizzato per indicare sia cefalee primarie sia cefalee che si riteneva fossero dovute a varie situazioni che coinvolgevano il naso o i seni paranasali.

Descrizione: Cefalea provocata da un disturbo del naso e/o dei seni paranasali e associata ad altri sintomi e/o segni clinici della malattia.

11.5.1 Cefalea attribuita a rinosinusite acuta

Descrizione: Cefalea provocata da una rinosinusite acuta e associata ad altri sintomi e/o segni clinici della malattia.

Criteri diagnostici:

A. Qualunque cefalea che soddisfi il criterio C

B. Segni clinici, endoscopici nasali e/o neuroradiologici di rinosinusite acuta

C. Evidenza del rapporto causa-effetto dimostrata da almeno due dei seguenti criteri:

1. la cefalea si è sviluppata in stretta relazione temporale con l'esordio della rinosinusite
2. uno od entrambi i seguenti criteri:
 - a) la cefalea è peggiorata in modo significativo parallelamente all'aggravarsi della rinosinusite
 - b) la cefalea è migliorata o scomparsa parallelamente al miglioramento o alla remissione della rinosinusite
3. la cefalea peggiora dopo applicazione di una

8.2 CEFALEA DA USO ECCESSIVO DI FARMACI

Criteri diagnostici:

- A. Cefalea presente per ≥ 15 giorni al mese in un soggetto con una cefalea preesistente
- B. Uso eccessivo regolare da >3 mesi di uno o più farmaci che possono essere utilizzati per il trattamento acuto o sintomatico della cefalea¹
- C. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

8.2.1 Cefalea da uso eccessivo di ergotaminici

8.2.2 Cefalea da uso eccessivo di triptani

8.2.3 Cefalea da uso eccessivo di analgesici semplici

8.2.3.1 Cefalea da uso eccessivo di paracetamolo (acetaminofene)

8.2.3.2 Cefalea da uso eccessivo di acido acetilsalicilico

8.2.3.3 Cefalea da uso eccessivo di altri farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS)


8.2.4 Cefalea da uso eccessivo di oppioidi

8.2.5 Cefalea da uso eccessivo di prodotti di combinazione di analgesici

8.2.6 Cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici in combinazione

8.2.7 Cefalea da uso eccessivo non verificabile di più classi farmacologiche

8.2.8 Cefalea da uso eccessivo di altri farmaci



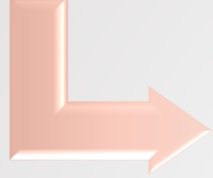
"Il problema
è che le persone
intelligenti sono
piene di dubbi
mentre le persone
stupide sono piene
di sicurezza."

-Charles Bukowski

GRAZIE

ALGORITMO CEFALEA NON ACUTA

Segni neurologici • Si



No

Peggiora con Valsalva • Si



No

Risveglia il paziente • Si



No

Nuova cefalea in paziente anziano • Si



No

Peggioramento progressivo • Si



No

Altri segni di allarme Si

ESEGUIRE
NEUROIMMAGINI

NEUROIMMAGINI NON
INDICATE

Evidence-Based Diagnosis of Nontraumatic Headache in the Emergency Department: A Consensus Statement on Four Clinical Scenarios

P. Cortelli, et al. (*Headache* 2004;44:1-9)



| | SCENARIO 1 | SCENARIO 2 | SCENARIO 3 | SCENARIO 4 |
|--------------------------|--|---|--|---|
| Clinical question | <p>"worst ever headache"</p> <p>INSORTA TIPO FULMINE A CIEL SERENO</p> <p>CON SEGNI NEUROL. FOCALI</p> <p>CON VOMITO O SINCOPE ALL'ESORDIO</p> | <p>Cefalea severa associata a febbre e/o rigor nucale</p> | <p>No storia di cefalea</p> <p>Cefalea esordita recentemente</p> <p>progressivamente ingravescente</p> | <p>storia di cefalea</p> <p>Attacco simile ai precedenti come intensità, durata e sintomi associati</p> |
| Recommendations | <p>TAC cerebrale e/o Puntura lombare Val. neurologica urg</p> | <p>TAC CEREBRALE e PUNTURA LOMBARE</p> | <p>TAC CEREBRALE</p> <p>Val. indici di flogosi</p> <p>Val. neurologica (7 gg) e successivo ev. follow up</p> | <p>Val. parametri vitali</p> <p>Follow up presso ambulatorio cefalee</p> |

PERCHE' DOBBIAMO INDAGARE UNA CEFALEA NON ACUTA

- La maggior parte dei pazienti è affetto da una cefalea primaria
 - Anamnesi + esame obiettivo generale e neurologico
 - Uso routinario di neuroimmagini non è raccomandato (AAN, SISC, Scottish Guidelines)
- Nei pazienti con cefalea da >4 settimane che si sottopongono a TC/RMN anomalie significative si riscontrano in: (Scottish Guidelines,2008)
 - 0.4% di pazienti con emicrania
 - 0.8% di pazienti con cefalea di tipo tensivo
 - 5% di pazienti con cefalea a grappolo
 - 3.7% di pazienti con cefalea non definita
- La prevalenza di significative anomalie intracraniche nei pazienti con emicrania e EON normale è 0.2% (US Headache Consortium, 2008)
- In pazienti con sintomi suggestivi per una cefalea trigeminale autonoma l'uso delle neuroimmagini deve essere attentamente considerato (EFNS Guidelines, 2011)
- In pazienti con pattern atipici di cefalea, storia di crisi epilettiche, presenza di segni o sintomi neurologici o di malattie internistiche (HIV, tumori, neurofibromatosi) l'esecuzione della RMN deve essere attentamente considerata