COP MINMED S2 AL 1 2010 17-02-2010 15:51 Pagina 1

MINERVA MEDICA

VOL. 101 · SUPPL. 2 · N. 1 · FEBBRAIO 2010

LINEE GUIDA EUROPEE PER IL TRATTAMENTO DELLE FORME PIÙ COMUNI DI CEFALEA NELLA MEDICINA GENERALE

EDIZIONI · MINERVA · MEDICA

PUBBLICAZIONE PERIODICA BIMESTRALE - POSTE ITALIANE S.P.A. - SPED. IN A. P. D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N° 46) ART. 1, COMMA 1, DCB/CN - ISSN 0026-4849 TAXE PERÇUE

MINERVA MED 2010;101(Suppl. 2 al N. 1):1-19

Linee Guida Europee per il trattamento delle forme più comuni di cefalea nella medicina generale

F. ANTONACI [1, 2], M. ALLENA [1, 3], I. DE CILLIS [1, 2], P. MONTAGNA [4], L. SAVI [5]

[1]*University Centre for Adaptive Disorders and Headache (UCADH) Sezione di Pavia, Pavia*
[2]*Centro Medicina delle Cefalee Policlinico di Monza, Monza*
[3]*Centro Cefalee Fondazione IRCCS C. Mondino Pavia*
[4]*Dipartimento di Clinica Neurologica Università di Bologna, Bologna*
[5]*Centro Cefalee Essenziali Ospedale Molinette,Università di Torino Torino*

Scopo e proposito

Le varie forme di cefalea sono tra le prime 10 cause di disabilità in Europa. Quattro di esse sono importanti nella medicina generale perché molto frequenti e responsabili di quasi tutto l'impatto complessivo provocato da questa malattia. Il loro trattamento è per buona parte compito della medicina generale.

L'obiettivo di queste linee-guida è quello di aiutare i medici di medicina generale a diagnosticare correttamente dette forme, a trattarle nel modo migliore, a riconoscere i segni di allarme delle forme pericolose e, quando necessario, indirizzarle ad un centro specialistico. Il loro scopo è quindi quello di fornire una guida chiara e di facile applicazione per medici, che si presume non essere particolarmente esperti nel capitolo.

Il testo rappresenta la traduzione del testo originale in lingua inglese (a) effettuata secondo le direttive indicate dagli autori (b):

a) Steiner TJ, Paemeleire K, Jensen R, Valade D, Savi L, Lainez MJA, Diener HC, Martelletti P, Couturier EGM. European principles of management of common headache disorders in primary care. Guidelines. J. Headache Pain (2007) 8/S3-S39

b) Peters M. Translation protocols. Appendix 3, J Headache and Pain (2007) 8: S40-S47

Versione italiana on behalf of the European Headache Federation and *Lifting The Burden:* the Global Campaign to reduce the Burden of Headache Worldwide.

Autore di contatto: F. Antonaci, University Centre for Adaptive Disorders and Headache (UCADH), Sezione di Pavia, Pavia. E-mail: fabio.antonaci@unipv.it

Le linee guida tengono conto della disponibilità, delle regole di approvazione e della rimborsabilità dei vari farmaci, che variano da nazione a nazione. Per questo motivo, ove siano appropriate, sono previste eventuali differenti opzioni. In alternativa, l'importante è che l'informazione sia fornita nel modo più chiaro possibile.

Le indicazioni che seguono sono verosimilmente molto più utili se lette almeno una volta integralmente, anche se pubblicate in 12 schede autonome distinte in tre sezioni:

• *Guida alla diagnosi* (alcune parti dovranno essere assimilate nella pratica di routine, mentre altre potranno servire come liste di controllo e promemoria).

1) Cefalea come sintomo di esordio.
2) Diagnosi della cefalea.
3) Aspetti tipici delle forme di cefalea più comuni.
4) Diagnosi differenziale delle forme di cefalea più comuni.

• *Guida al trattamento* (informazioni a cui bisogna far riferimento dopo che è stata formulata la diagnosi; la scheda 6 è una guida sulle informazioni da fornire al paziente).

5) Aspetti generali del trattamento delle cefalee.
6) Informazione per il paziente.
7) Trattamento medico dell'attacco emicranico.
8) Trattamento di profilassi dell'emicrania.
9) Trattamento medico della cefalea di tipo tensivo.
10) Trattamento medico della cefalea a grappolo.
11) Trattamento della cefalea da uso eccessivo di analgesici.

• *Guida all'invio allo specialista* (riferimento e promemoria).

12) Trattamento della cefalea nella medicina generale: quando rivolgersi allo specialista.

Queste indicazioni sono integrate dall'indice HALT (*Headache-Attributed Lost Time* - Tempo perso a causa della cefalea), ossia la misura dell'impatto provocato dalla cefalea, e da una serie di opuscoli informativi in italiano per il paziente pubblicati da *Lifting The Burden* scaricabili alla pagina (http://www.cefalea.it/interna.cfm?idmenu=2&id=89&idpag=93).

Inoltre, vi sono un diario per la diagnosi sviluppato da EuroHead (con il supporto di European Brain Council), e l'indice HURT (Headache Under-Response to Treatment / valutazione della risposta terapeutica) realizzato da *Lifting the Burden*, da utilizzare come valutazione dei risultati ottenuti alla visite di controllo nella medicina generale.

Il testo rappresenta la traduzione di quello in lingua inglese ed è stata effettuata secondo le direttive indicate dagli autori.

Metodo di lavoro

Parti coinvolte

Il gruppo iniziale di lavoro, una collaborazione tra European Headache Federation (EHF) e *Lifting The Burden* (la campagna globale per ridurre l'impatto della cefalea nel Mondo), era costituito da specialisti nel capitolo delle cefalee di Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna e Gran Bretagna. Il gruppo pilota comprendeva medici di medicina generale degli stessi paesi. Del gruppo di consulenti facevano parte membri rappresentanti delle Società Nazionali delle Cefalee appartenenti alla Federazione Europea delle Cefalee (EHF): Albania, Austria, Belgio, Bielorussia, Bulgaria, Croazia, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Israele, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Romania, Russia, Serbia e Montenegro, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera e Gran Bretagna. Inoltre, attraverso il Consiglio dell'European Headache Alliance, sono stati consultati rappresentanti dei pazienti e avvocati.

Rigore procedurale

La metodologia seguita è consistita nella revisione di tutte le linee guida pubblicate in uso in Europa e la loro armonizzazione mediante selezione di tutte le indicazioni più rilevanti.

Le indicazioni basate sull'evidenza sono sempre state preferite a quelle senza un'esplicita base di evidenza. La discordanza tra di esse è stata risolta con il riferimento diretto all'evidenza originale o, dove questa era mancante, mediante il consenso delle opinioni degli esperti.

Chiarezza e presentazione

Lo spirito è stato di fornire ai medici di medicina generale, che si è presunto non essere particolarmente esperti nel capitolo, una guida semplice e di facile consultazione. È noto che disponibilità, riconoscimento e rimborsabilità dei farmaci variano da nazione a nazione. Per questo motivo, sono state

TABELLA I.—*Le forme di cefalea più comuni nella medicina generale.*

Emicrania	Generalmente episodica, presente nel 12-16% della popolazione generale, più frequente nelle donne rispetto agli uomini in un rapporto di 3:1
Cefalea di tipo tensivo	Generalmente episodica, colpisce sporadicamente >80% della popolazione; in almeno il 10% dei casi compare frequentemente, nel 2-3% degli adulti ed in alcuni bambini è cronica, cioè presente per la maggior parte del tempo
Cefalea a grappolo	Attacchi di cefalea intensi e frequenti, ma di breve durata, che colpiscono fino a 3 su 1000 uomini e fino a 1 su 2000 donne
Cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici	Cefalea cronica quotidiana che si manifesta fino al 3% degli adulti, con un rapporto femmine/maschi = 5:1, e 1% di bambini e adolescenti. È una cefalea secondaria, che compare solo come complicanza di una cefalea pre-esistente, usualmente emicrania o cefalea di tipo tensivo

previste possibili opzioni alternative quando richiesto; in ogni caso, è stata sottolineata la necessità di fornire informazioni più chiare possibili.

Applicabilità

Le indicazioni menzionate all'inizio presuppongono l'esistenza in tutti i paesi europei di strutture per la cura delle cefalee dotate di risorse adeguate, cosa che per il momento rimane utopica.

Perciò, l'European Headache Federation e *Lifting The Burden* stanno organizzando differenti iniziative per promuovere in tutti i paesi d'Europa una maggiore efficienza delle strutture di cui sopra.

Queste linee guida verranno tenute controllate dal gruppo pilota e riviste annualmente dal gruppo di sviluppo.

Indipendenza editoriale

L'European Headache Federation è stata l'unica organizzazione a fornire fondi per sostenere lo sviluppo di queste indicazioni.

I membri del gruppo di lavoro hanno dichiarato come possibili conflitti d'interesse rapporti di collaborazione presenti o passati con, e/o fondi di ricerca ricevuti da:

ACRAF SpA, Addex Pharma, Allergan, Almirall, Alpharma, Astra Zeneca, Bayer Healthcare, Berlin Chemie, Böhringer Ingelhein, Bristol-Myers Squibb, CoLucid, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Grünenthal, Helsinn Healthcare, Hoffmann La Roche, Jansen-Cilag, Johnson & Johnson, Lusofarmaco, Menarini, Merck Sharpe and Dohme, 3M Medica, Novartis, Pfizer, Pierre Fabré, Solvay Pharma, SanofiAventis, Sanofi-Synthélabo, Schaper and Brümmer, Weber & Weber.

Queste indicazioni non forniscono raccomandazioni che possano favorire un farmaco a discapito di un altro che abbia effetti simili.

1. CEFALEA COME SINTOMO D'ESORDIO

La maggior parte delle persone soffre sporadicamente di cefalea e lo considera normale.

Per il 40% circa della popolazione europea in un certo momento della vita la cefalea diventa un problema. Nella medicina generale si possono riscontrare con una certa frequenza quattro diversi tipi di cefalea (Tabella I). Tutte hanno una base neurobiologica, provocano disabilità e riducono la qualità della vita di chi ne soffre.

Un paziente può avere contemporaneamente più di una di queste forme.

Oltre a queste esistono numerose *cefalee secondarie*. Alcune di queste ultime sono pericolose e devono essere riconosciute (vedere scheda 4: diagnosi differenziale delle forme più comuni di cefalea), ma nel complesso rappresentano <1% di tutte le cefalee.

TABELLA II.—*Domande da fare nella raccolta dell'anamnesi.*

Di quanti differenti tipi di cefalea soffre il paziente? Per ciascun tipo è necessaria una raccolta anamnestica separata.	
Andamento temporale	• Perché è venuto adesso alla visita? • Da quanto tempo è insorta la cefalea? • Quanto è frequente e quale è l'andamento temporale (episodica o quotidiana e/o senza remissione)? • Da quanto tempo dura?
Caratteristiche	• Intensità del dolore? • Tipo e qualità del dolore? • Localizzazione e irradiazione del dolore? • Sintomi associati?
Cause	• Fattori predisponenti e/o scatenanti? • Fattori aggravanti e/o allevianti? • Familiarità per cefalea simile?
Comportamento	• Cosa fa il paziente durante la cefalea? • Di quanto la sua attività (funzione) è limitata o impedita? • Quale farmaco è stato utilizzato, in che modo e con quale risultato?
Stato di salute tra gli attacchi	• Completamente bene, persistono sintomi o sono presenti sintomi residui? • Dubbi, ansietà, paura riguardo gli attacchi ricorrenti e/o la loro causa?

2. DIAGNOSI DELLA CEFALEA

La raccolta dell'anamnesi

L'anamnesi è fondamentale nella diagnosi di una cefalea primaria e della cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici (Tabella II).

Non esistono accertamenti utili per la diagnosi, l'anamnesi deve indagare ogni possibile aspetto indicativo di una cefalea secondaria.

Campanelli d'allarme all'anamnesi

Una cefalea di nuova insorgenza dovrebbe sempre essere valutata con attenzione in ciascun paziente. Aspetti particolari da valutare attentamente sono:

— cefalea a rombo di tuono (cefalea intensa con un'insorgenza "esplosiva" o improvvisa), che suggerisce un'emorragia subaracnoidea;

— cefalea con aura atipica (durata >1 ora, o con deficit motorio), che può essere sintomo di TIA o stroke;

— aura senza cefalea in assenza di una storia precedente di emicrania con aura, che può essere sintomo di TIA o stroke;

— aura che compare per la prima volta in una paziente durante l'assunzione di un'associazione di estroprogestinici orali, che costituisce un rischio di stroke;

— cefalea di nuova insorgenza in paziente di età superiore a 50 anni, che può essere sintomo di un'arterite temporale o di un tumore intracranico, o in bambino/a prepubere;

— cefalea progressiva che peggiora nell'arco di settimane o più, che può indicare una lesione intracranica occupante spazio;

— cefalea aggravata da posture o manovre che aumentano la pressione intracranica, che può indicare un tumore intracranico;

— cefalea di nuova insorgenza in paziente con una storia di cancro, infezione da HIV o immunodeficienza.

Diario della cefalea

Una volta esclusa una cefalea secondaria, il diario della cefalea tenuto per alcune settimane chiarisce l'andamento della cefalea stessa ed i sintomi associati, come pure l'uso corretto o eccessivo di farmaci sintomatici.

Esame obiettivo nei pazienti con cefalea

La diagnosi di emicrania, cefalea di tipo tensivo, cefalea a grappolo e cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici viene effettuata esclusivamente in base all'anamnesi.

Nei pazienti con cefalea a grappolo, se osservati durante gli attacchi, si possono notare segni caratteristici.

L'esame obiettivo è obbligatorio quando l'anamnesi è suggestiva per una cefalea secondaria.

Campanelli d'allarme all'esame obiettivo

— Ipertermia associata a cefalea;
— Segni neurologici focali associati alla cefalea.

Accertamenti nei pazienti con cefalea

Accertamenti, comprese le neuroimmagini, sono indicati quando l'anamnesi o l'esame obiettivo suggeriscono una possibile cefalea secondaria ad altra patologia.

3. ASPETTI TIPICI DELLE FORME DI CEFALEA PIÙ COMUNI

Emicrania

L'emicrania si manifesta in due sottotipi principali, emicrania senza aura e emicrania con aura. Un paziente può essere affetto da entrambe le forme.

Emicrania senza aura

Gli adulti con questo disturbo descrivono in genere:
— cefalee ricorrenti di intensità moderata o severa che:
- sono spesso unilaterali e/o pulsanti;
- durano da 4 ore a 3 giorni;
- sono spesso associate a nausea e/o vomito;
- sono aggravate dalle attività fisica di routine;

— durante gli attacchi limitazione delle attività e preferenza per il buio e il silenzio;
— assenza di sintomi tra gli attacchi.

Nei bambini:
— gli attacchi possono essere di durata minore;
— la cefalea è più spesso bilaterale e meno frequentemente pulsante;
— i disturbi gastrointestinali sono più frequenti.

Emicrania con aura

Colpisce un terzo dei pazienti con emicrania e rappresenta il 10% di tutti gli attacchi emicranici.
Essa è:
— caratterizzata da un'aura che precede la cefalea, consiste in sintomi neurologici che si sviluppano gradualmente in >5 minuti e si risolvono entro 60 minuti:
- disturbi visivi emianoptici, o uno scotoma scintillante che si allarga (i pazienti se richiesto possono disegnare una semiluna con bordi a zig-zag);
- e/o parestesie unilaterali alla mano, braccio e/o faccia;
- e/o (raramente) disfasia;

— per il resto è simile all'emicrania senza aura.

Aura tipica senza cefalea può comparire in pazienti con anamnesi positiva per emicrania con aura.

Cefalea di tipo tensivo

Questa cefalea si può manifestare in tre diversi sottotipi. Soltanto due di questi sono importanti dal punto di vista medico: la cefalea di tipo tensivo episodica frequente e la cefalea di tipo tensivo cronico.

Cefalea di tipo tensivo episodica frequente

— Compare in episodi simil-attacchi, almeno una volta al mese, che durano da ore a più giorni

— Può essere unilaterale, ma più spesso è olocranica.

— È descritta tipicamente come una pressione od una costrizione, come una morsa o una fascia intorno alla testa, o è percepita a livello del collo.

— Assenza dei sintomi associati tipici dell'emicrania.

Cefalea di tipo tensivo cronico

— Si manifesta per definizione per >15 giorni al mese per >3 mesi e può essere quotidiana e senza remissione.

— Per il resto è simile alla cefalea di tipo tensivo episodica frequente.

Cefalea a grappolo

Questa situazione facilmente riconoscibile si manifesta in due sottotipi differenti: cefalea a grappolo episodica e cefalea a grappolo cronica

La cefalea a grappolo episodica compare in periodi (detti grappoli), della durata tipica di 6-12 settimane, una o due volte all'anno, e con un periodo di remissione fino al grappolo successivo.

La cefalea a grappolo cronica, forma che persiste senza remissioni, è meno comune. Può svilupparsi da e/o tornare ad essere una cefalea a grappolo episodica.

La cefalea a grappolo:

— colpisce più frequentemente gli uomini;

— si manifesta con un dolore strettamente unilaterale, molto intenso in sede perioculare;

— compare frequentemente, tipicamente una o più volte nelle 24 ore, comunemente di notte;

— è di breve durata, da 15 a 180 minuti (tipicamente 30-60 minuti);

— si associa a sintomi autonomici, molto caratteristici e localizzati nel lato sintomatico che comprendono:

- iperemia congiuntivale con lacrimazione,
- rinorrea od ostruzione nasale,
- ptosi palpebrale,

— provoca marcata agitazione (il paziente non è in grado di stare a letto, cammina avanti e indietro per la camera, addirittura esce all'aperto) (Tabella III).

Cefalea da uso eccessivo di farmaci

La cefalea da uso eccessivo di farmaci è una cefalea quotidiana cronica, che rappresenta il peggioramento di una cefalea preesistente (generalmente emicrania o cefalea di tipo tensivo), in seguito dall'assunzione cronica di farmaci utilizzati per trattare la cefalea o altri tipi di dolore.

Tutti i farmaci assunti per la terapia sintomatica della cefalea possono avere questo effetto. Frequenza, regolarità e durata dell'assunzione sono importanti fattori di rischio.

A livello anamnestico è possibile risalire ad un progressivo aumento di frequenza degli episodi di cefalea, con un aumento dell'assunzione di analgesici, che dura da mesi a molti anni.

La cefalea da uso eccessivo di farmaci è

— associata a:

- assunzione di analgesici comuni per >15 giorni al mese e/o;
- assunzione di oppioidi, ergotaminici o triptani, o qualunque combinazione di questi, per >10 giorni al mese;

— si manifesta quotidianamente o quasi quotidianamente;

— è presente - e spesso ha il suo acme - al mattino al risveglio;

— è inizialmente peggiorata dai tentativi di sospensione dei farmaci.

La diagnosi di cefalea da uso eccessivo è confermata se la sintomatologia migliora entro 2 mesi dalla sospensione del/dei farmaco/i di abuso.

4. DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE FORME PIÙ COMUNI DI CEFALEA

Tutte le forme di cefalee primarie devono essere differenziate tra loro.

La cefalea da uso eccessivo di analgesici deve essere differenziata dalla emicrania e dalla cefalea di tipo tensivo cronico.

D'altro canto è importante la diagnosi differenziale nei confronti di un piccolo nume-

TABELLA III.—*Riassunto delle caratteristiche che distinguono le cefalee più comuni. (NB: due o più tipi possono verificarsi contemporaneamente).*

	Emicrania	Cefalea di tipo tensivo	Cefalea a grappolo
Andamento temporale	Attacchi ricorrenti, della durata da 4 ore a 3 giorni Frequenza spesso di 1-2/mese ma variabile da 1/anno a /settimana Assenza di sintomi tra gli attacchi	Episodica: — attacchi ricorrenti della durata di ore o pochi giorni; — 1-14 giorni al mese; — assenza di sintomi tra gli attacchi; Cronica: — ≥15 giorni al mese (spesso quotidiana e senza remissioni)	Episodica: — attacchi di breve durata (15-180 minuti) ricorrenti frequentemente (tipicamente ≥1 al giorno) in grappoli della durata di 6-12 settimane una volta all'anno o ogni due anni, e poi remissione Cronica: — simile ma senza remissione tra i grappoli
Caratteristiche tipiche della cefalea	Spesso unilaterale e/o pulsante	Può essere unilaterale ma più spesso generalizzata; può essere avvertita alla regione cervicale descritta tipicamente come una pressione o una compressione	Strettamente unilaterale, periobitaria
Intensità della cefalea	Tipicamente da moderata a grave	Tipicamente da lieve a moderata	Molto intensa
Sintomi associati	Spesso nausea e/o vomito Spesso foto- e/o fono-fobia	Nessuno (una lieve nausea, ma non vomito, può essere presente nella forma cronica).	Sintomi autonomici strettamente ipsilaterali: uno tra occhio rosso e lacrimazione oculare, rinorrea o narice ostruita, ptosi.
Reazione comportamentale	Evita attività fisica (talora riposo a letto) Preferenza per buio e riposo	Nessun comportamento specifico	Agitazione marcata

ro di cefalee secondarie pericolose, che sono importanti da riconoscere.

Campanelli d'allarme all'anamnesi o all'esame obiettivo

— Cefalea nuova o inaspettata in un paziente o con nuove caratteristiche.

— Cefalea a rombo di tuono (cefalea intensa con insorgenza improvvisa o "esplosiva"), che può essere indicativa di un'emorragia subaracnoidea.

— Cefalea con aura atipica (durata >1 ora, o associata a un deficit motorio), che può essere sintomo di TIA o ictus.

— Aura senza cefalea in assenza di una storia precedente di emicrania con aura, che può essere sintomo di TIA o ictus.

— Aura che compare per la prima volta in una paziente durante l'assunzione di estroprogestinici orali, che rappresenta un rischio di ictus.

— Cefalea di nuova insorgenza in paziente di età superiore a 50 anni, che può essere sintomo di un'arterite temporale o di un tumore intracranico, o in bambino/a prepubere.

— Cefalea progressivamente ingravescente nell'arco di settimane o più, che può indicare la presenza di una lesione intracranica occupante spazio.

— Cefalea associata o aggravata da cambiamenti posturali o altre manovre che aumentano la pressione intracranica, che può indicare un tumore intracranico.

— Cefalea di nuova insorgenza in paziente affetto/a da cancro, infezione da HIV o immunodeficienza.

— Ipertermia non altrimenti specificabile associata a cefalea, che può indicare una meningite.

— Segni neurologici focali associati a cefalea.

5. ASPETTI GENERALI DEL TRATTAMENTO DELLE CEFALEE

Le seguenti indicazioni sono in genere importanti per il trattamento di tutti i tipi di cefalea nella medicina generale.

Riconoscere l'impatto

— Una cefalea ricorrente disabilitante ha un impatto sia sulla persona che ne soffre che sugli altri (famiglia, colleghi e datore di lavoro).

— Una cefalea ricorrente disabilitante, può portare a modifiche dello stile di vita, sia in conseguenza degli attacchi, sia nelle strategie di evitamento. In questo modo anche una cefalea episodica può finire per avere un impatto continuo.

Lifting The Burden ha pubblicato uno strumento (indice HALT) per valutare l'impatto provocato dalla cefalea in termini di tempo perduto a causa della cefalea stessa attualmente disponibile in olandese, tedesco, inglese, francese, italiano, portoghese e spagnolo.

Obiettivi realistici del trattamento

— Le cefalee non possono essere guarite, ma possono essere efficacemente gestite nella maggior parte dei casi.

— In genere regrediscono con l'avanzare dell'età.

Rassicurazioni e spiegazioni

— Molte persone con cefalea ricorrente temono erroneamente che la loro cefalea sia il sintomo di qualche altra malattia. È necessario non dimenticare di rassicurare adeguatamente il paziente.

— La spiegazione rappresenta un elemento cruciale nel trattamento preventivo nei pazienti con emicrania o cefalea di tipo tensivo episodico frequente che sono a rischio di un progressivo aumento del consumo di farmaci sintomatici.

Lifting The Burden ha pubblicato una serie di opuscoli informativi per i pazienti, attualmente disponibili in danese, olandese, tedesco, inglese, francese, italiano (http://www.cefalea.it/interna.cfm?idmenu=2&id=89&idpag=93), portoghese e spagnolo. Forniscono le informazioni di base su emicrania, cefalea di tipo tensivo, cefalea a grappolo e cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici ed il loro trattamento.

Cause e fattori scatenanti

— Nonostante i pazienti vogliano conoscere la causa della loro cefalea, questo può non essere possibile. Sia fattori genetici che ambientali contribuiscono a processi che non sono ancora ben chiariti.

— Molti pazienti cercano aiuto per identificare i fattori scatenanti. L'importanza dei fattori scatenanti nell'emicrania è sopravvalutata. Quando sono rilevanti per il singolo paziente sono usualmente ben evidenti. I fattori scatenanti possono essere identificati meno facilmente quando i loro effetti si sommano, contribuendo insieme ad arrivare ad una "soglia" oltre la quale si scatena l'attacco. I fattori scatenanti, anche quando vengono identificati, non sono sempre evitabili.

— Contrariamente alla credenza popolare, non esiste una "dieta emicranica". Gli unici fattori scatenanti alimentari su cui sono disponibili dati certi sono alcool e monosodio glutammato.

Controlli clinici

Tutti i pazienti sottoposti a trattamento o il cui trattamento viene modificato, devono essere seguiti nel tempo, in modo da essere certi che sia stato instaurato il trattamento migliore.

Si raccomanda l'uso di un indice di valu-

tazione dei risultati ottenuti mediante il trattamento. *Lifting The Burden* ha messo a punto uno strumento al fine di guidare specificatamente il controllo clinico di questi pazienti nella medicina generale (indice HURT).

Diari e calendari

L'uso di un apposito diario è raccomandato per:

— registrare sintomi e andamento temporale della cefalea che contribuiscono a formulare una diagnosi corretta;

— registrare l'uso e il consumo eccessivo di farmaci;

— rilevare associazioni con il ciclo mestruale e altri fattori scatenanti.

EuroHead in collaborazione con *Lifting The Burden* ha sviluppato uno specifico diario diagnostico.

L'uso di appositi calendari è raccomandato per:

— incoraggiare l'adesione alle terapie di prevenzione;

— valutare l'effetto del trattamento;

— monitorare l'uso o l'uso eccessivo di farmaci sintomatici durante il controlli;

— valutare i risultati ottenuti.

6. CONSIGLI PER I PAZIENTI

Generalmente i pazienti con cefalea richiedono ulteriori informazioni. Molti trovano o hanno trovato informazioni fuorvianti su internet.

Trattamenti non farmacologici

Ai pazienti che richiedono informazioni riguardo i seguenti trattamenti possono essere forniti questi suggerimenti:

— *Biofeedback e terapie di rilassamento* possono essere di aiuto e sono alternative potenzialmente utili quando si devono evitare i trattamenti farmacologici. Per la loro effettuazione occorrono solo terapisti qualificati, ma nella maggior parte dei paesi ve ne sono molto pochi disponibili.

— *Fisioterapia:* si è rivelata efficace in alcuni pazienti con cefalea di tipo tensivo. Richiede però una terapia qualificata ed individualizzata che in molti paesi non è spesso disponibile.

— *Agopuntura:* dà beneficio ad alcune persone con cefalea di tipo tensivo o emicrania, anche se studi clinici su ampie casistiche non hanno trovato differenze di efficacia tra agopuntura e placebo. Richiede una terapia qualificata ed individualizzata.

— *Stimolazione nervosa elettrica transcutanea* (TENS): può aiutare nel dolore cronico, ma la sua efficacia non è stata dimostrata nel trattamento delle cefalee.

— *Trattamento dentale*, comprendente splint e placche di svincolo, non ha un'efficacia dimostrata nel trattamento delle cefalee e deve essere sconsigliato.

— *Occhiali:* dovrebbero essere prescritti da specialisti ed utilizzati quando necessario, ma i vizi di rifrazione sono raramente causa di una cefalea fastidiosa.

— *Prodotti erboristici:* nella maggior parte dei casi, non sono raccomandabili. Il Petaside, secondo alcuni studi clinici ha qualche efficacia e in alcuni paesi ha l'indicazione per il trattamento delle cefalee, ma altrove i preparati in commercio ne contengono quantitativi molto variabili e hanno una tossicità non ben nota. Le preparazioni a base di Tanaceto Partenio in vendita in varie nazioni contengono quantitativi della sostanza estremamente variabili ed hanno una tossicità non ben conosciuta.

— *Omeopatia:* efficacia non dimostrata. La vendita di rimedi omeopatici come preparati da banco non trova una ragione accettabile.

— *Riflessologia:* non ha basi scientifiche.

— *Dispositivi:* molti in commercio, alcuni molto costosi e propagandati con pretese di efficacia non convalidata. Le dimostrazioni di efficacia possono essere attribuite all'effetto placebo e non devono essere prese in considerazione.

— *Chiusura del forame ovale pervio* (PFO): l'ipotesi che la frequenza dell'emicrania sia migliorata dalla chiusura del PFO non è sufficientemente dimostrata. Questa procedura ha un piccolo, ma rilevante rischio di gravi

eventi avversi come ictus, tamponamento pericardico, fibrillazione atriale e morte. Attualmente sono in corso ulteriori studi prospettici e la chiusura del PFO per la profilassi dell'emicrania non deve essere presa in considerazione al di fuori di questi studi.

— *Altre procedure chirurgiche a livello della faccia o del collo* non determinano alcun beneficio e sono potenzialmente dannose.

Contraccettivi orali e terapia ormonale sostitutiva

La cefalea è sovente un effetto collaterale dei contraccettivi orali in associazione e molte donne riferiscono la comparsa o il peggioramento di un'emicrania pre-esistente dopo averne iniziato l'assunzione.

Alle pazienti affette da emicrania si possono fornire i seguenti suggerimenti sulla contraccezione ormonale:

— nelle giovani donne sia l'emicrania con aura che l'etinilestradiolo, componente dei contraccettivi orali, sono fattori di rischio indipendenti per l'ictus;

— alle donne affette da emicrania con aura e con ulteriori fattori di rischio per l'ictus (compreso il fumo), occorre raccomandare alternative ai contraccettivi orali;

— la contraccezione esclusivamente progestinica è accettabile in presenza di qualunque sottotipo di emicrania.

La terapia ormonale sostitutiva per la menopausa non è controindicata nell'emicrania. Le decisioni riguardo l'inizio od il proseguimento di questa terapia dovrebbero essere prese in accordo con i criteri generali di applicabilità.

Risorse per i pazienti

Lifting The Burden ha pubblicato una serie di opuscoli informativi per i pazienti sui disturbi cefalalgici più comuni ed il loro trattamento, e uno su ormoni sessuali femminili e cefalea. Questi sono attualmente disponibili in danese, olandese, inglese, francese,tedesco,italiano (http://www.cefalea.it/interna.cfm?idmenu=2&id=89&idpag=93), portoghese e spagnolo.

World Headache Alliance

WHA è un'organizzazione onlus. Il suo sito web riporta molte informazioni utili ai pazienti con cefalea e diversi links a molti altri siti utili, compresi quelli delle organizzazioni affiliate alla WHA in 26 nazioni diverse.

Website: www.w-h-a.org

7. TRATTAMENTO MEDICO DELL'ATTACCO EMICRANICO

Tutti gli *adulti* con emicrania dovrebbero avere accesso alla terapia dell'attacco.

I *bambini* con attacchi di breve durata possono rispondere bene al riposo a letto, senza necessità di trattamento medico.

Sia negli adulti che nei bambini l'assunzione *regolare* di farmaci sintomatici ad alta frequenza (> 2 giorni/settimana) rischia di provocare una cefalea da uso eccessivo di farmaci.

Trattamento farmacologico

A tutti i pazienti dovrebbe essere proposto un approccio "a gradini" trattando tre attacchi per ogni gradino prima di passare al successivo.

Questa strategia, se seguita correttamente, permette di ottenere una cura individualizzata più efficace e con miglior rapporto costo-beneficio.

Primo gradino: terapia sintomatica

— Semplice analgesico.

— Se è necessario, aggiungere un antiemetico (Tabella IV).

Alcune linee guida possono raccomandare di provare più di un analgesico del primo gradino prima di procedere al livello successivo.

Il paracetamolo ha una scarsa evidenza di efficacia e non è comunque il trattamento di prima scelta.

TABELLA IV. — *Primo gradino del trattamento farmacologico: terapia sintomatica.*

Analgesici		Antiemetici	
— Acido acetilsalicilico 900-1000 mg (solo adulti)	*oppure*	— Domperidone 20 mg	*oppure*
— Ibuprofene 400-800 mg	*oppure*	—Metoclopramide 10 mg	
— Diclofenac 50-100 mg	*oppure*		
— Ketoprofene 100 mg	*oppure*		
— Naprossene 500-1000 mg	*oppure*		
(quando questi sono controindicati)			
— Paracetamolo 1000 mg			

TABELLA VI. — *Farmaci anti-emicranici specifici, formulazione e dosi disponibili per il secondo gradino. (La disponibilità varia da nazione a nazione).*

Almotriptan	— compresse 12.5 mg
Eletriptan	— compresse 20 mg e 40 mg (80 mg possono essere efficaci quando non lo è il 40 mg)
Frovatriptan	— compresse 2.5 mg
Naratriptan	— compresse 2.5 mg
Rizatriptan	— compresse 10 mg (5 mg da usare soltanto quando assunto contemporaneamente al propranololo); cialde oro-dispersibili da 10 mg
Sumatriptan	— compresse e compresse a rapida dissoluzione 50 mg e 100 mg, supposte 25 mg, spray nasale 10 mg (con indicazione negli adolescenti) e 20 mg; fiala sottocutanea 6 mg
Zolmitriptan	— compresse 2.5 e 5 mg; compresse oro dispersibili 2.5 e 5 mg; spray nasale 5 mg
Ergotamina tartrato	— compresse 1 mg e 2 mg; supposte 2 mg

Regole del primo gradino

— Utilizzare analgesici solubili, o formulazioni orosolubili.

— Assumere l'analgesico il più precocemente possibile all'inizio dell'attacco, a dose adeguata.

— Un antiemetico procinetico inibisce la stasi gastrica, manifestazione precoce dell'emicrania, che riduce la biodisponibilità dei farmaci assunti per via orale.

— In presenza di vomito può essere preferibile la somministrazione per via rettale:

- analgesici in supposte (diclofenac 100 mg, ibuprofene 400 mg, ketoprofene 100-200 mg o naprossene 500-1000 mg),
- se necessario antiemetici in supposte (domperidone 30 mg o metoclopramide 20 mg).

Primo gradino per i bambini (quando necessario)

— Analgesici: ibuprofene 200-400 mg in base all'età ed al peso corporeo.

— Antiemetici: domperidone 10-20 mg in base all'età ed al peso corporeo.

Secondo gradino: terapia specifica

Farmaci anti-emicranici specifici, formulazione e dosi disponibili per il secondo gradino (la disponibilità varia da nazione a nazione) (Tabella V).

Regole del secondo gradino

— Quando disponibili, a meno che non siano controindicati, a tutti i pazienti con inefficacia del primo gradino, devono essere suggeriti i triptani.

— L'ergotamina ha una biodisponibilità molto bassa ed imprevedibile che limita la sua efficacia, una farmacologia complessa ed una lunga durata d'azione, che portano ad una scarsa tollerabilità.

— I triptani non dovrebbero essere assunti regolarmente più di 10 giorni al mese per evitare il rischio di una cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici.

— I triptani differiscono lievemente fra di loro, ma esistono ampie ed imprevedibili variazioni della risposta individuale; uno può funzionare dove un altro non ha funzionato; i pazienti dovrebbero provarne alcuni in formulazioni diverse e poi scegliere.

— La dose iniziale di tutti triptani orali (eccetto, in qualche caso, eletriptan) è di una compressa.

— Una seconda dose, in caso di mancata risposta alla prima, non è raccomandata da molte case produttrici di triptani, ma assunta non meno di 2 ore dopo la prima dose, in alcuni casi può essere efficace.

— I triptani sono più efficaci quando assunti mentre la cefalea è ancora lieve (questa indicazione dovrebbe essere fornita soltanto ai pazienti che sono realmente in grado di distinguere l'emicrania dalla cefalea di tipo tensivo).

— In presenza di nausea, possono essere aggiunti domperidone 20 mg o metoclopramide 10 mg.

— In presenza di vomito, possono essere preferibili sumatriptan in supposte, zolmitriptan spray nasale (che viene assorbito attraverso la mucosa nasale) o sumatriptan in fiala sottocute.

— Quando tutti i triptani risultano inefficaci, deve essere preso in considerazione il sumatriptan in fiala sottocute 6 mg.

— I triptani sono associati ad una recidiva di crisi emicranica entro 48 ore fino al 40% dei pazienti che hanno risposto inizialmente al trattamento.

Trattamento delle recidive

— Una seconda dose del triptano è di solito efficace.

— Questa seconda dose può portare ad un'ulteriore recidiva (quando ciò si verifica ripetutamente si deve cambiare triptano).

— FANS possono essere un'alternativa efficace.

Evitare la recidiva

Vi sono delle evidenze che ciascuna delle seguenti strategie possono prevenire le recidive in certi casi:

— uso contemporaneo di un triptano e di un FANS;

— uso di un triptano seguito da un FANS dopo 6-12 ore.

Controindicazioni al secondo gradino

La gravidanza è una controindicazione generale all'ergotamina e a tutti i triptani.

Ci sono specifiche precauzioni legate ad alcuni triptani (vedere farmacopea).

Tutti i triptani e gli ergotaminici devono essere evitati in pazienti con:

— ipertensione arteriosa non controllata;

— malattia coronarica, malattia cerebrovascolare e malattia vascolare periferica;

— multipli fattori di rischio per malattia coronarica o cerebrovascolare.

Secondo gradino per i bambini

Nessun farmaco specifico antiemicranico si è dimostrato efficace nei bambini sotto i 12 anni. Il fallimento del primo gradino è un'indicazione per rivolgersi allo specialista.

Controllo clinico

Tutti i pazienti in trattamento, o il cui trattamento è stato modificato, devono essere sottoposti a controlli clinici periodici, in modo da essere sicuri che sia stato instaurato il trattamento migliore.

Si raccomanda l'uso di un calendario per monitorare l'uso e l'uso eccessivo di farmaci assunti per l'attacco e per valutare l'effetto del trattamento.

Si raccomanda l'uso di una misura di valutazione dei risultati ottenuti mediante il trattamento. *Lifting The Burden* ha messo a punto uno strumento al fine di guidare specificatamente il follow-up di questi pazienti nella medicina generale (indice HURT).

Informazioni per i pazienti

Lifting The Burden ha pubblicato un opuscolo sull'emicrania ed i suoi trattamenti. Questo è attualmente disponibile in danese,

TABELLA VI. — *Farmaci di prevenzione con buona dimostrazione di efficacia (disponibilità e approvazioni variano da nazione a nazione; l'uso di farmaci fuori indicazione è una responsabilità clinica individuale).*

Betabloccanti adrenergici senza agonismo parziale	—	atenololo 25-100 mg due volte al di
	—	bisoprololo 5-10 mg una volta al di
	—	metoprololo 50-100 mg due volte al di
	—	propranololo rilascio programmato 80 mg od - 160 mg due volte al di
Topiramato	—	25 mg od - 50 mg due volte al di
Flunarizina	—	5-10 mg una volta al di
Valproato di sodio	—	600-1500 mg al giorno
Amitriptilina	—	10-100 mg alla sera

olandese, inglese, francese, tedesco, italiano (http://www.cefalea.it/interna.cfm?idmenu=2&id=89&idpag=93), portoghese e spagnolo.

8. TRATTAMENTO DI PREVENZIONE DELL'EMICRANIA

Ogni paziente la cui qualità di vita è limitata dall'emicrania, sia adulto che bambino, può aver bisogno oltre alla terapia sintomatica di una terapia di prevenzione.

Indicazioni per la prevenzione

La terapia di prevenzione può essere *aggiunta* quando:

— gli attacchi provocano disabilità per due o più giorni al mese *e*

— la terapia dell'attacco, anche se ottimale, non riesce a prevenirla *e*

— il paziente è disponibile ad assumere una terapia giornaliera.

Altre indicazioni per la prevenzione sono:

— rischio di assunzione di farmaci sintomatici troppo frequente, anche quando efficaci (ma i farmaci di prevenzione sono inadatti per la cefalea da uso eccessivo di farmaci);

— bambini con frequenti assenze da scuola.

Farmaci efficaci

Tutti questi farmaci hanno controindicazioni ed effetti collaterali (riferimento alla farmacopea) (Tabella VI).

Principi della terapia di prevenzione

— Ogni paziente in terapia di prevenzione dovrebbe tenere un calendario per valutare l'efficacia della terapia e favorire l'adesione al trattamento.

— La scarsa adesione al trattamento è uno dei principali fattori che vanifica l'efficacia delle profilassi dell'emicrania; l'assunzione dei farmaci una volta al giorno è associata ad una migliore compliance.

— La dose di ogni farmaco dovrebbe all'inizio essere bassa nell'ambito del range posologico suggerito e aumentata progressivamente in assenza di effetti collaterali fastidiosi.

— I farmaci che appaiono inefficaci non dovrebbero essere sospesi troppo precocemente; 2-3 mesi possono essere il periodo di tempo minimo per raggiungere e valutarne l'efficacia.

— La sospensione con riduzione graduale può essere presa in considerazione dopo 6 mesi di buon controllo clinico e dovrebbe essere considerata non più tardi di un 1 anno di trattamento.

— L'amitriptilina può essere preferita quando l'emicrania coesiste con la cefalea di tipo tensivo, depressione o disturbi del sonno.

— Il propranololo ha la maggiore evidenza di sicurezza durante la gravidanza.

Profilassi nei bambini

Possono essere utilizzati betabloccanti (dose in base al peso) o flunarizina (dose in base all'età).

Controllo clinico

Tutti i pazienti in trattamento di profilassi, o il cui trattamento è stato modificato, devono essere sottoposti ad un controllo clinico, in modo da essere sicuri che sia stato instaurato il trattamento migliore.

Si raccomanda l'uso di un calendario per stimolare l'adesione al trattamento di profilassi e registrare l'effetto del trattamento.

Si raccomanda l'uso di un indice di valutazione dei risultati ottenuti con il trattamento. *Lifting The Burden* ha messo a punto uno strumento al fine di guidare specificatamente il follow-up di questi pazienti nella medicina generale (indice HURT).

Se la prevenzione fallisce

— Il fallimento può essere dovuto ad un dosaggio sub terapeutico o ad una insufficiente durata del trattamento;
— rivalutare la diagnosi;
— rivalutare la compliance;
— controllare l'assunzione di altri farmaci, specialmente per il rischio di uso eccessivo;
— sospendere la terapia di profilassi quando, nonostante tutto, non vi è evidenza di un chiaro miglioramento.

Informazioni per i pazienti

Lifting The Burden ha pubblicato un opuscolo informativo sull'emicrania ed il suo trattamento. Questo è attualmente disponibile in danese, olandese, inglese, francese, tedesco, italiano (http://www.cefalea.it/interna.cfm?idmenu=2&id=89&idpag=93), portoghese e spagnolo.

Contraccettivi orali e terapia ormonale sostitutiva

La cefalea è sovente un effetto collaterale dei contraccettivi orali in associazione e molte donne riferiscono la comparsa o il peggioramento di un'emicrania pre-esistente dopo averne iniziato l'assunzione.

Alle pazienti affette da emicrania si possono fornire i seguenti suggerimenti sulla contraccezione ormonale:

— nelle giovani donne sia l'emicrania con aura che l'etinilestradiolo, componente dei contraccettivi orali, sono fattori di rischio indipendenti per l'ictus;
— alle donne affette da emicrania con aura e con ulteriori fattori di rischio per l'ictus (compreso il fumo), occorre raccomandare alternative ai contraccettivi orali;
— la contraccezione esclusivamente progestinica è accettabile in presenza di qualunque sottotipo di emicrania.

La terapia ormonale sostitutiva per la menopausa non è controindicata nell'emicrania. Le decisioni riguardo l'inizio od il proseguimento di questa terapia dovrebbero essere prese in accordo con i criteri generali di applicabilità

Lifting The Burden ha pubblicato un opuscolo informativo su ormoni femminili e cefalea.

Tossina botulinica (Botox)

I pazienti potrebbero chiedere informazioni su questo trattamento.

L'efficacia del Botox nella prevenzione dell'emicrania non è sufficientemente dimostrata, per cui questo trattamento non è raccomandato.

Forame ovale pervio (PFO) ed emicrania

I pazienti potrebbero chiedere informazioni su questo trattamento.

L'ipotesi che la frequenza dell'emicrania sia migliorata dalla chiusura del PFO non è sufficientemente dimostrata. Questa procedura ha un piccolo, ma rilevante rischio di eventi avversi gravi come ictus, tamponamento pericardico, fibrillazione atriale e morte. Attualmente sono in corso ulteriori studi prospettici e la chiusura del PFO per la profilassi dell'emicrania non deve essere presa in considerazione al di fuori di questi studi.

9. TRATTAMENTO MEDICO DELLA CEFALEA DI TIPO TENSIVO

Nella cefalea di tipo tensivo la terapia farmacologica ha un'utilità limitata, ma nonostante tutto in molti pazienti è efficace.

La terapia dell'attacco come quella di profilassi possono essere entrambe indicate.

La terapia dell'attacco dovrebbe essere utilizzata con attenzione quando la cefalea è frequente, per il rischio di sviluppare una cefalea da uso eccessivo di farmaci.

Terapia sintomatica

Il trattamento sintomatico con farmaci da banco è appropriato per la cefalea di tipo tensivo episodica che compaia <2 giorni alla settimana:

— acido acetilsalicilico 600-1000 mg (solo adulti);

— ibuprofene 400-800 mg;

— paracetamolo 1000 mg (meno efficace).

La presenza di cefalea di tipo tensivo episodica > 2 giorni alla settimana rappresenta un'indicazione per la terapia di profilassi in alternativa, piuttosto che in aggiunta alla terapia dell'attacco.

Questi trattamenti sono verosimilmente poco efficaci nella cefalea di tipo tensivo cronica e mettono il paziente a rischio di cefalea da uso eccessivo di farmaci.

Regole della terapia sintomatica

Gli oppioidi dovrebbero essere evitati; in particolare:

— codeina ed idrocodeina;

— destropropossifene;

— analgesici di combinazione contenenti qualcuno di questi farmaci.

I barbiturici non devono essere usati nel trattamento della cefalea di tipo tensivo.

Con l'aumento della frequenza della cefalea, aumenta il rischio di sviluppare una cefalea da uso di farmaci.

Terapia di profilassi

— Amitriptilina, 10-100 mg alla sera, è il farmaco di scelta per la cefalea di tipo tensivo episodica frequente o cronica.

— La nortriptilina provoca minori effetti collaterali anticolinergici, ma ha una evidenza di efficacia minore (l'amitriptilina può essere sostituita dalla nortriptilina allo stesso dosaggio).

Principi della terapia di prevenzione

— L'intolleranza è ridotta iniziando con una dose bassa (10 mg) e aumentando di 10-25 mg ogni 1-2 settimane.

— Far tenere un calendario per valutare l'efficacia della terapia e favorire l'adesione del paziente alla terapia.

— La profilassi che appare inefficace non dovrebbe essere sospesa troppo precocemente; 2-3 mesi possono essere il periodo minimo per ottenere un beneficio clinico.

— La sospensione della terapia con riduzione graduale si può prendere in considerazione dopo 6 mesi di buon controllo, ma talvolta è indicato un trattamento prolungato.

Controllo clinico

Tutti i pazienti in trattamento o il cui trattamento è stato modificato, devono essere sottoposti ad un controllo clinico in modo da essere sicuri che sia stato instaurato il miglior trattamento possibile.

Si raccomanda l'uso di un calendario per monitorare l'uso o l'uso eccessivo di farmaci, per verificare la compliance con la terapia di profilassi, e per valutare l'efficacia del trattamento.

Si raccomanda l'uso di un indice prognostico per la valutazione dei risultati ottenuti con il trattamento. *Lifting The Burden* ha messo a punto l'indice di HURT al fine di guidare specificatamente il controllo clinico dei pazienti nella medicina generale.

Se la prevenzione fallisce

— Il fallimento può essere dovuto ad un sotto dosaggio o ad un'insufficiente durata del trattamento.

— Rivedere la diagnosi.

— Verificare la compliance (pazienti non informati sul fatto che assumono farmaci spesso usati come antidepressivi, senza spiegar loro il motivo, possono interrompere la terapia quando se ne accorgono).

— Rivedere l'assunzione di altri farmaci, specialmente per l'uso eccessivo.

— Sospendere la terapia di prevenzione quando, nonostante tutto, non vi è evidenza di un chiaro miglioramento.

Trattamento del dolore

Nonostante tutti i tentativi terapeutici, la cefalea di tipo tensivo cronica è spesso refrattaria alla terapia medica.

Il paziente in questa situazione necessita di un programma di trattamento del dolore che ponga particolare attenzione all'approccio psicologico.

Informazioni per i pazienti

Lifting The Burden ha pubblicato un opuscolo informativo sulla cefalea di tipo tensivo ed il suo trattamento. Questo è attualmente disponibile in danese, olandese, inglese, francese, tedesco, italiano (http://www.cefalea.it/interna.cfm?idmenu=2&id=89&idpag=93), portoghese e spagnolo.

Tossina botulinica (Botox)

I pazienti potrebbero chiedere informazioni su questo trattamento.

L'efficacia del Botox nella prevenzione della cefalea di tipo tensivo non è sufficientemente dimostrata, per cui questo trattamento non è raccomandato.

10. TRATTAMENTO MEDICO DELLA CEFALEA A GRAPPOLO

Il trattamento della cefalea a grappolo è generalmente di pertinenza di specialisti con comprovata esperienza, che vedono questa malattia frequentemente.

L'obiettivo, sia nella cefalea a grappolo episodica, che in quella cronica, è la soppressione totale degli attacchi, ma non è sempre ottenibile.

Sia la terapia sintomatica che quella di prevenzione hanno un ruolo nel trattamento, ma i farmaci per la prevenzione rappresentano in moltissimi casi la via preferenziale del trattamento.

Terapia sintomatica

— Sumatriptan 6 mg sottocute è l'unico farmaco per l'attacco con elevata efficacia dimostrata, ma non può essere raccomandato più di 2 volte al giorno.

— L'Ossigeno al 100% a 7 L/min fino a 15 min (richiede una maschera auto-respirante ed un regolatore) aiuta alcuni pazienti e può essere usato tutte le volte che è necessario.

— Gli analgesici, oppiacei compresi, non hanno alcuna efficacia nel trattamento della cefalea a grappolo.

Terapia di prevenzione

Principi

— I farmaci riportati in tabella sono utilizzati dagli specialisti, bilanciando efficacia e tossicità.

— La prevenzione della cefalea a grappolo episodica dovrebbe iniziare il prima possibile dopo l'inizio di un nuovo grappolo e dovrebbe essere sospesa, con riduzione graduale, 2 settimane dopo la completa remissione degli attacchi (fa eccezione il prednisolone, che è usato soltanto per brevi cicli).

— Nella cefalea a grappolo cronica potrebbe essere indicato un trattamento a lungo termine.

— L'inefficacia di un farmaco non è predittiva dell'insuccesso di altri.

— Si possono tentare varie associazioni, ma il potenziale di tossicità è ovviamente più elevato.

TABELLA VII.—*Farmaci usati dagli specialisti nella profilassi della cefalea a grappolo. (Tutti sono potenzialmente tossici: far riferimento alla farmacopea).*

Verapamil 240-960 mg al giorno	— raccomandato controllo ECG
Prednisolone 60-80 mg al giorno per 2-4 giorni, sospeso riducendo la dose progressivamente in 2-3 settimane	— può essere necessaria la ripetizione del ciclo per comparsa di ricadute durante la riduzione della dose
Litio carbonato 600-1600 mg al giorno	— monitorare la litiemia
Ergotamina tartrato 2-4 mg al giorno per via rettale	— usualmente sospendere un giorno ogni 7 — non può essere usata contemporaneamente al Sumatriptan
Metisergide 1-2 mg 3 volte al giorno (ove in commercio)	— assunzione interrotta per almeno 1 mese ogni 6 mesi — non raccomandata l'assunzione concomitante al Sumatriptan

Controlli clinici

Tutti i pazienti con cefalea a grappolo in fase algica devono essere sottoposti a frequenti controlli clinici, sia per assicurare della continuazione di un trattamento ottimale sia per monitorare la tossicità del trattamento.

Informazioni per i pazienti

Lifting The Burden ha pubblicato un opuscolo informativo sulla cefalea a grappolo ed il suo trattamento. Questo è attualmente disponibile in danese, olandese, inglese, francese, tedesco, italiano (http://www.cefalea.it/interna.cfm?idmenu=2&id=89&idpag=93), portoghese e spagnolo.

11. CEFALEA DA USO ECCESSIVO DI FARMACI

La cefalea da uso eccessivo di farmaci rappresenta il peggioramento di una precedente cefalea primaria, dovuto all'uso cronico di farmaci sintomatici assunti.

Quando si è instaurata questa condizione, è importante intervenire precocemente. La prognosi a lungo termine dipende dalla durata dell'uso eccessivo di farmaci.

Trattamento

— La prevenzione attraverso l'educazione è meglio della cura.

— L'unico trattamento efficace per la cefalea da uso di farmaci conclamata è la sospensione del farmaco/i implicato/i

Obiettivi

Nel trattamento completo della cefalea da uso di farmaci ci sono quattro diversi obiettivi, e tutti sono importanti.

1) Ottenere la sospensione dal farmaco abusato.

2) Conseguente regressione della cefalea da abuso di analgesici.

3) Rivalutare e ritrattare la sottostante cefalea primaria (emicrania o cefalea di tipo tensivo).

4) Prevenire la ricaduta.

Principi

— Il punto cruciale per il successo è una spiegazione chiara del fatto che "il farmaco" sintomatico che il paziente sta assumendo per la cefalea è al momento anche la *causa* di essa.

— I pazienti devono essere rassicurati che il risultato della sospensione è generalmente buono.

— Previo preavviso, la sospensione del farmaco ha più successo quando viene fatta bruscamente; il ricovero in ospedale è raramente necessario.

— La sospensione del farmaco porta ini-

zialmente ad un peggioramento della cefalea, così dovrebbe essere pianificata in modo da evitare ripercussioni negative sulle attività quotidiane (possono essere necessarie 1-2 settimane di riposo a casa).

— La cefalea generalmente comincia a migliorare dopo 1-2 settimane.

— Il miglioramento continua lentamente per settimane o mesi.

Controlli clinici

— Tutti i pazienti che sospendono i farmaci devono essere sottoposti a controlli clinici per ricevere sostegno e osservare l'andamento.

— Il primo controllo è consigliabile dopo 2-3 settimane per assicurarsi che si sia ottenuta la sospensione del farmaco di abuso.

— Si raccomanda fortemente l'uso di un calendario per registrare i sintomi e l'uso di farmaci durante la sospensione e per registrare i cambiamenti nell'andamento della cefalea.

— La maggioranza dei pazienti ritorna alla cefalea primaria originaria (emicrania o cefalea di tipo tensivo) in 2 mesi; questo richiederà una rivalutazione e impostazione di un trattamento appropriato.

— Ulteriori controlli clinici sono importanti per evitare ricadute e la maggior parte dei pazienti richiede un sostegno prolungato: la percentuale di ricaduta è attorno al 40% in 5 anni.

Reintroduzione dei farmaci sospesi

— I farmaci sospesi dovrebbero essere successivamente evitati il più a lungo possibile.

— Quando necessario, possono essere cautamente reintrodotti dopo 2 mesi.

— La frequenza di assunzione regolare non dovrebbe mai superare i 2 giorni alla settimana.

Informazioni per i pazienti

Lifting The Burden ha pubblicato un opuscolo informativo sulla cefalea da uso eccessivo di analgesici ed il suo trattamento. Questo è attualmente disponibile in danese, olandese, inglese, francese, tedesco, italiano (http://www.cefalea.it/interna.cfm?idmenu=2&id=89&idpag=93), portoghese e spagnolo.

12. TRATTAMENTO DELLA CEFALEA NELLA MEDICINA GENERALE: QUANDO RIVOLGERSI ALLO SPECIALISTA

La maggior parte delle cefalee primarie e la cefalea da uso eccessivo di farmaci, possono essere gestite dalla medicina generale.

Motivi per l'invio allo specialista

1) Incertezza diagnostica dopo gli accertamenti effettuati.

2) Diagnosi di cefalea a grappolo (la maggior parte dei casi è gestita meglio dallo specialista).

3) Sospetto di una cefalea secondaria pericolosa, o casi in cui possono essere necessari accertamenti per escludere una patologia pericolosa (può essere necessario un invio immediato):

qualunque cefalea nuova o inaspettata in uno specifico paziente, in particolare:

— una cefalea a rombo di tuono di nuova comparsa (cefalea intensa con insorgenza improvvisa o "esplosiva");

— esordio di una cefalea in paziente di età superiore ai 50 anni;

— esordio di una cefalea in bambino/a prepubere;

— esordio di una cefalea in paziente affetto/a da cancro, infezione da HIV o immunodeficienza;

— aura emicranica insolita, in particolare:

- aura con durata >di 1 ora,
- aura con segni di deficit motorio,
- aura senza cefalea in assenza di una precedente storia di emicrania con aura,
- aura che compare per la prima volta in concomitanza con l'assunzione di estro-progestinici orali,

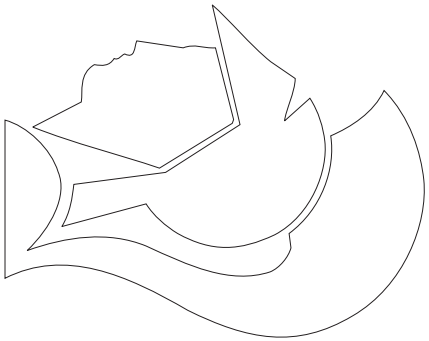
— progressivo peggioramento di una cefalea nell'arco di settimane o mesi;

— cefalea associata a cambiamenti di postura, indicativa di alta o bassa pressione intracranica;

— cefalea associata a febbre non determinata da altra causa;

— cefalea associata a segni clinici non determinati da altra causa.

4) Persistente insuccesso del trattamento.

5) Presenza di comorbilità che richiedono un trattamento specialistico.

6) Presenza di fattori di rischio per malattia coronarica (può richiedere una consulenza cardiologica prima dell'uso dei triptani).