



**Sportello Giovani**  
organizza per i giovani professionisti un corso di  
formazione teorico pratico in emergenza e urgenza



## **CORSO DI FORMAZIONE TEORICO PRATICO DI EMERGENZA URGENZA E RUOLO DEL MEDICO DEL TERRITORIO**

# **Cefalea**

**Dott. Ferrari Giuliana**

Medico di Medicina Generale  
Specialista in Neurologia

**Modena, 12 maggio 2019**

La cefalea è , per frequenza, la nona causa di richiesta di visita medica in un ambulatorio di cure primarie

Si calcola che nelle sue diverse espressioni cliniche , questo sintomo abbia colpito almeno una volta nel corso della loro vita 80% dei nostri pazienti .

# La cefalea rappresenta:

- un sintomo di patologie neurologiche  
anche molto gravi,
- un sintomo di patologie sistemiche  
acute e croniche
- il sintomo di una patologia primaria  
molto importante

# Il Medico di Continuità Assistenziale

deve essere in grado di



Saper riconoscere i sintomi e i segni delle **cefalee secondarie** più gravi



Saper condurre un adeguato colloquio con il paziente che presenta una **cefalea psicosomatica**



Saper gestire la terapia delle crisi nelle **cefalee primarie**

# **CORRETTO INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO DELLA CEFALEA**

Buona **Anamnesi**:

raccolta con un adeguato colloquio medico/paziente

**Esame obiettivo generale e neurologico**

**Indagini strumentali:**

Invio in PS per eventuali approfondimenti diagnostici

**DIAGNOSI**

**Terapia :**

trattamento a domicilio, anche con consiglio telefonico,  
nei casi non complessi

- 1 **EMICRANIA**
- 2 **CEFALEA DI TIPO TENSIVO**
- 3 **CEFALEA A GRAPPOLO E ALTRE TACs**
- 4 **ALTRE CEFALEE PRIMARIE**

**ICHD-III 2018**

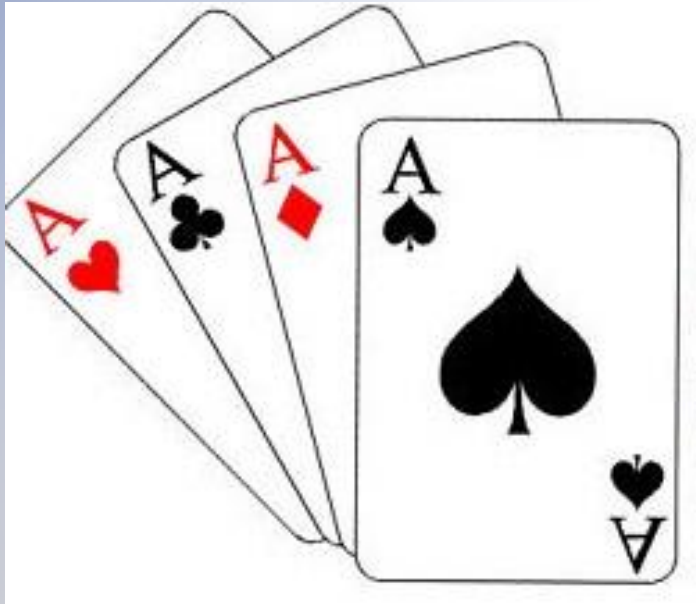


- 5 **CEFALEA ATTRIBUITA A MALATTIE VASCOLARI INTRACRANICHE O CERVICALI**
- 6 **CEFALEA ATTRIBUITA A TRAUMA CRANICO O DEL COLLO**
- 7 **CEFALEA ATTRIBUITA A MALATTIE INTRACRANICHE NON VASCOLARI**
- 8 **CEFALEA ATTRIBUITA ALL'UTILIZZO DI SOSTANZE O ALLA LORO SOSPENSIONE**
- 9 **CEFALEA ATTRIBUITA AD INFEZIONI**
- 10 **CEFALEA ATTRIBUITA AD ALTERAZIONI DELL'OMEOSTASI**
- 11 **CEFALEA O DOLORE FACCIALE ATTRIBUITO A PATOLOGIE DEL CRANIO, COLLO, OCCHI, ORECCHI, NASO, SENI PARANASALI, DENTI, BOCCA O ALTRE STRUTTURE CRANICHE O FACCIALI**
- 12 **CEFALEA ATTRIBUITA A PATOLOGIE PSICHIATRICHE**
- 13 **NEURALGIE CRANICHE E CAUSE CENTRALI DI DOLORE FACCIALE**
- 14 **ALTRI DISTURBI CEFALALGICI**



**Il colloquio col paziente  
affetto da “mal di testa”**

# Domande chiave del colloquio col paziente affetto da “mal di testa”

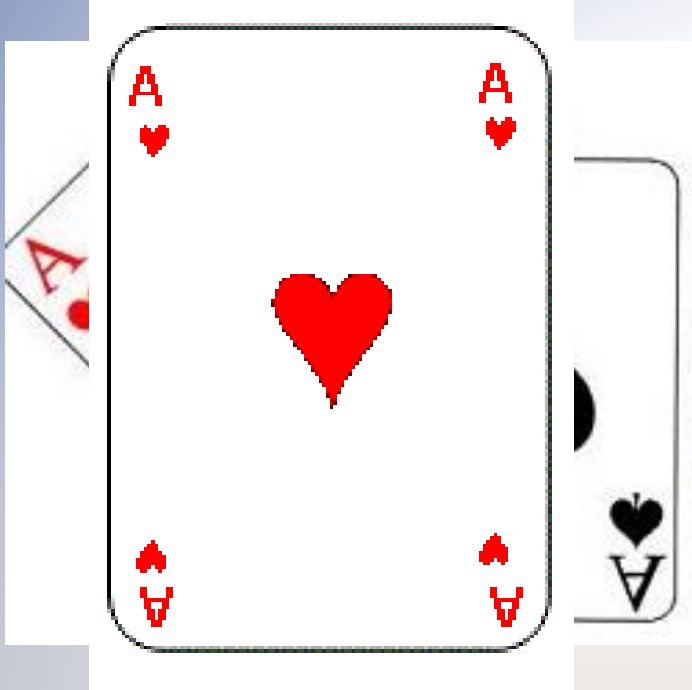


**Come**  
**Quando**  
**Funziona**  
**Perché**

**Cuori**  
**Quadri**  
**Fiori**  
**Picche**



# Domande chiave del colloquio col paziente affetto da “mal di testa”



**Come** **Cuori**  
**Caratteristiche del dolore**  
**e localizzazione**

**Come** : Il dolore prende tutta la testa o una parte della testa ?  
e' sempre localizzato nella medesima posizione?

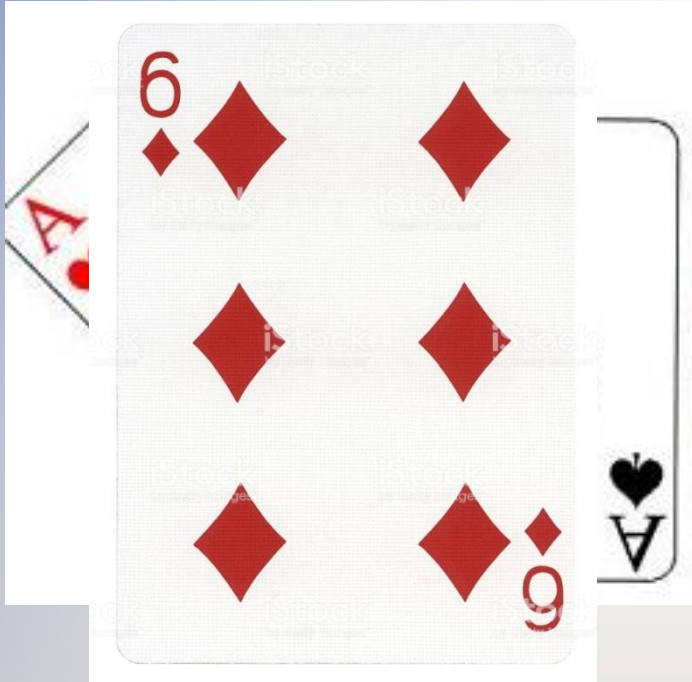
Pulsa (batte) o è un dolore continuo , come un peso sulla testa?

E' un dolore continuo o come una fitta violenta che arriva e se ne va ?

Ci sono dei sintomi che ti avvertono che sta per arrivare il mal di testa?

Ci sono dei sintomi che accompagnano il mal di testa?

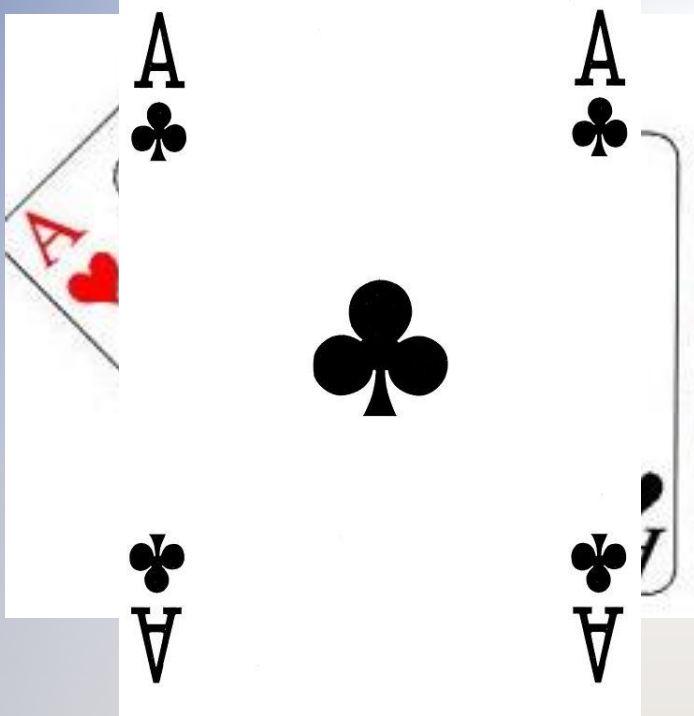
# Domande chiave del colloquio col paziente affetto da “mal di testa”



**Quando**                      **Quadri**  
**Caratteristiche temporali**

**Quando:** Quando è iniziato il mal di testa?  
Da quanto tempo soffre di mal di testa?  
Ogni quanto tempo viene il mal di testa?  
Il mal di testa è cambiato negli ultimi tempi: è più frequente?;  
è più forte?

# Domande chiave del colloquio col paziente affetto da “mal di testa”



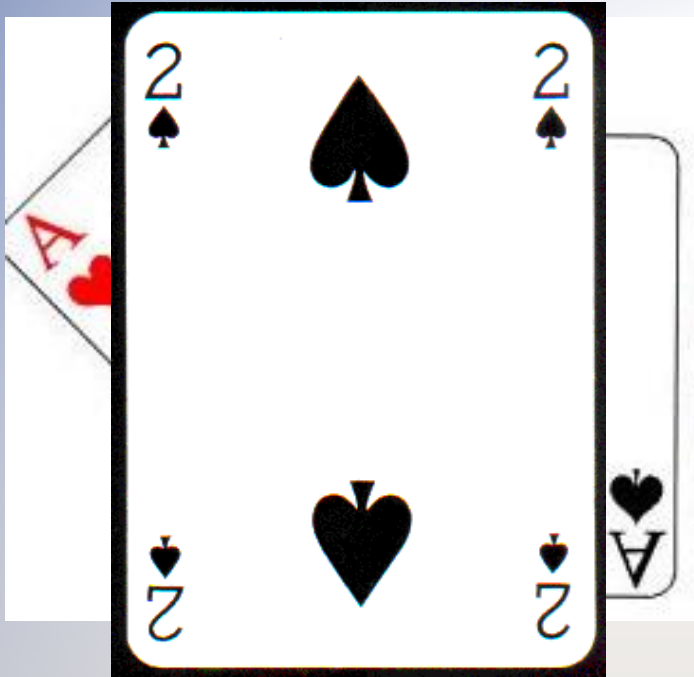
**Funziona** **Fiori**  
**Risposta ad una  
possibile terapia**

## **Funziona:**

Quanto dura il mal di testa?

Se assume farmaci, il dolore regredisce? Che farmaci utilizza?

# Domande chiave del colloquio col paziente affetto da “mal di testa”



**Perché** **Picche**  
**Fattori favorenti**  
**e/o scatenanti**

**Perché:** cosa ha fatto o stava facendo quando le è venuto il mal di testa?  
Vi sono degli eventi in corso o pregressi o delle posture che lo scatenano?

Vi sono dei comportamenti che alleviano il mal di testa?

# Domande chiave del colloquio col paziente affetto da “mal di testa”



**Domanda indimenticabile**

Il dolore alla testa di oggi è uguale alle sue solite crisi di mal di testa, oppure è diverso, è cambiato qualche cosa?



# Consulto telefonico



# Consulto telefonico



Gli psicologi consigliano :

**1) Fate parlare la persona che telefona fino alla fine**

di solito non parlerà per più di pochi secondi e vi fornirà spontaneamente tante informazioni :

- a) è il paziente che vi chiama o un familiare  
( forse il paziente sta così male da non poter venire al telefono)
- b) colui che vi sta chiamando è agitato  
( il paziente potrebbe essersi sentito male in modo iperacuto)
- c) che linguaggio sta utilizzando nel parlarvi  
( io dovrò esprimermi coi termini che l'interpellante possa comprendere)

NB se parla a lungo difficilmente sarà un problema acuto!!!



# Consulto telefonico



Gli psicologi consigliano :

**2) Se pensate che sia un problema acuto,  
fate domande semplici a risposta chiusa:**

vi servono le informazioni essenziali e aiutano a calmare l'interlocutore

- a) chi è il paziente
- b) quanti anni ha
- c) dove si trova

**3) Chiedete cosa sta succedendo**

domanda aperta che permette all'interlocutore, il paziente stesso, possibilmente,  
di raccontare ciò che sta accadendo

**4) Fate le domande del colloquio COME QUANDO FUNZIONA PERCHE'**

e, al paziente, ponete sempre alla fine **la domanda indimenticabile**

# Paziente con cefalea

Dolore insorto in modo iperacuto

Dolore insorto in alcuni minuti e in peggioramento rapido

Dolore insorto lentamente, sordo, costante nel volgere di ore, giorni o settimane, ma in aumento

Dolore frontale

gravativo

Dolore nucale e/o generalizzato

febbre

Eemicranio

vomito

pulsante

trafittivo

Molto intenso

Poco intenso



Qualità del dolore?  
Localizzazione?  
Intensità?  
Tempo di insorgenza e durata?

# **Altri fattori che identificano la natura e la gravità della cefalea**

- 🧠 La presenza di fattori scatenanti**
- 🧠 La presenza di sintomi prodromici**
- 🧠 La sintomatologia che accompagna la cefalea**
- 🧠 Il comportamento del paziente durante la crisi**
- 🧠 La risposta all'assunzione dei farmaci analgesici**

# L'identificazione di fattori che possono scatenare la cefalea

## ► fattori alimentari

**alcool** =vino rosso,

**feniletilamina** =cioccolata,

**nitrati** = insaccati, hot dog ,peperoni

**tiramina** =formaggi stagionati, patè, fichi, banane, yogurt, fegato, pane appena sfornato,

**glutammato** = carni e zuppe in scatola sughì di carne industriali, condimenti per insalate e spezie (cefalea da ristorante cinese)

**aspartame**

**agrumi**

**aceto**

## ► **Fattori posturali e/o comportamentali**

- **attività fisica intensa**
- **il fumo di sigaretta**
- **il digiuno**
- **cambiamenti di posizione del capo**
- **il mantenere posture per molte ore al lavoro**
- **il ponzamento**
- **il mancato riposo, i lunghi viaggi , viaggi aerei**
- **eccesso di sonno e la mancanza di sonno**
- **l'atto sessuale**

## ► **Fattori climatici**

- **vento**
- **il caldo /freddo eccessivi**
- **variazioni del tempo e delle stagioni (pioggia)**
- **l'altitudine**
- **esposizione prolungata al sole**

## ▶ **Fattori olfattori**

- odori forti come profumi , detergenti

## ▶ **Fattori ormonali**

- mestruazioni
- terapie con estro-progestinici contraccettivi o terapia sostitutiva

## ▶ **Fattori psicologici**

- emozioni
- stress
- rilassamento dopo un periodo stressante
- modificazioni del tono dell'umore

## ▶ **Fattori farmacologici**

- abuso di farmaci analgesici
- effetto collaterale di farmaci (es. calcio-antagonisti e nitroderivati)

# I criteri diagnostici della **EMICRANIA 1.1 e 1.2** **aura**

**I sintomi che accompagnano la cefalea**  
nausea vomito fotofobia fonofobia

**I comportamenti del paziente**

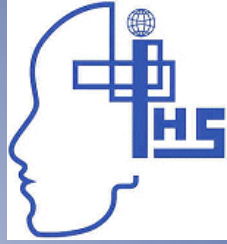
**durante la crisi di cefalea**  
interrompe quello che sta facendo  
si sdraia in una stanza al buio in silenzio

**L'assunzione di farmaci per il dolore**

**La frequenza delle crisi di cefalea**



## CRITERI DIAGNOSTICI:



- A. Almeno 10 episodi di cefalea che si verificano in media  $<1$  giorno al mese e che soddisfino i criteri B-D
- B. Durata da 30 minuti a 7 giorni
- C. Almeno due delle seguenti quattro caratteristiche:
  - 1. localizzazione bilaterale
  - 2. qualità gravativa o costrittiva (non pulsante)
  - 3. intensità lieve o media
  - 4. non aggravata dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale
- D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:
  - 1. assenza di nausea e vomito
  - 2. può essere presente fotofobia oppure fonofobia, ma non entrambe
- E. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3

## 2.1 CEFALEA DI TIPO TENSIVO





## **CRITERI DIAGNOSTICI:**

- A.** Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B.** Dolore di intensità severa o molto severa, unilaterale, in sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale, della durata di 15-180 minuti (senza trattamento)
- C.** La cefalea è associata ad una o entrambi le seguenti condizioni:
  - 1. almeno uno dei seguenti sintomi o segni omolaterali al dolore
    - a) iniezione congiuntivale e/o lacrimazione
    - b) congestione nasale e/o rinorrea
    - c) edema palpebrale
    - d) sudorazione facciale e frontale
    - e) arrossamento facciale e frontale
    - f) sensazione di orecchio pieno
    - g) miosi e/o ptosi
  - 2. sensazione di irrequietezza o agitazione.
- D.** La frequenza degli attacchi è compresa tra 1 ogni due giorni e 8 al giorno per più della metà del periodo di tempo in cui la patologia è in fase attiva
- E.** Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

## **3.CEFALEA A GRAPPOLO**

# CRITERI DIAGNOSTICI:

- A.** Almeno 3 attacchi di dolore facciale unilaterale  
che soddisfino i criteri B e C
- B.** Interessamento di una o più divisioni del nervo trigemino, senza irradiazione oltre la distribuzione trigeminale
- C.** Il dolore ha almeno 3 delle seguenti quattro caratteristiche:
1. ricorrente, in attacchi parossistici  
che durano da frazioni di secondo a 2 minuti
  2. intensità severa
  3. a scossa elettrica, lancinante, trafittivo o puntorio
  4. precipitato da stimoli facciali innocui sul lato affetto
- D.** Nessun deficit neurologico evidente
- E.** Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3



## 13.1 NEVRALGIA TRIGEMINALE



**La Nevralgia trigeminale classica (13.1.1)** interessa generalmente la seconda o la terza divisione del nervo trigemino.

Il dolore non diffonde mai controlateralmente, ma, raramente, può essere bilaterale.

Subito dopo un parossismo doloroso c'è di solito un periodo refrattario, in cui il dolore non può essere scatenato. Se molto intenso, il dolore spesso provoca una contrazione dei muscoli ipsilaterali del volto (**tic doloroso**).

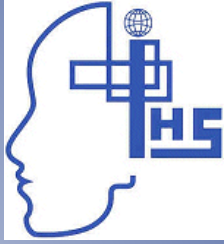
Possono anche essere presenti dei lievi sintomi autonomici, come lacrimazione e/o arrossamento dell'occhio.

La durata degli attacchi di dolore può cambiare nel corso del tempo e diventare più lunga e più severa.

Tali episodi possono determinare impaccio psicosociale, peggioramento significativo della qualità di vita e, spesso, perdita di peso corporeo.

La maggior parte dei pazienti è asintomatica negli intervalli fra i parossismi.

## 13.1 NEVRALGIA TRIGEMINALE



# Il dolore delle **CEFALEE SECONDARIE** è generalmente

- ✓ un dolore diffuso, terebrante , bilaterale,
- ✓ continuo o subcontinuo,
- ✓ che può risentire dei cambiamenti posturali
- ✓ che insorge con tempi diversi  
a seconda delle varie possibili cause
- ✓ che tende a peggiorare nel tempo
- ✓ Nelle forme sintomo di patologie gravi....  
poco o nulla responsivo alle terapie con paracetamolo e FANS

# L'Esame Obiettivo del paziente cefalalgico

- ★Valutiamo le condizioni generali del paziente
- ★Valutiamo la temperatura corporea
- ★La frequenza respiratoria
- ★La pressione arteriosa e la frequenza cardiaca
- ★La glicemia

# Ispezione del capo e del collo

## ★La cute

infezioni cutanee

escoriazioni o ferite

lesioni herpetiche

angiomi al volto

macchie cutanee

distensione e nodularità dolorose

dell'arteria temporale

# **Esame della zona ove è localizzato il dolore**

## **★Occhio**

valuteremo la presenza di **miosi, midriasi,ptosi,enoftalmo  
anidrosi, rinorrea, diplopia**

## **★Seni paranasali**

**dolore alla digitopressione dei seni paranasali**

## **★ Regione temporale**

**dolore da compressione dell'art. temporale**

## **★Zona mascellare e/o mandibolare**

**dolore scatenato dalla masticazione e/o dalla palpazione  
dell'articolazione temporo-mandibolare e/o dolore scatenato  
dalla massima apertura o dalla chiusura dell'articolazione**

## ★Zona cervicale

- rigidità nucale (segni di Kernig e Brudzinsky)
- rigidità ai movimenti di lateralità del collo
- contrattura dei muscoli latero-cervicali
- spinalgia cervicale
- masse e/o adenopatie laterocervicali
- soffi carotidei





# Segno di Brudzinski di Tipo I



Posizione durante  
la manovra in caso  
di segno positivo



Posizione Supina  
Normale

# Segno di Brudzinski di Tipo II



Posizione durante  
la manovra in caso  
di segno positivo



Posizione Supina  
Normale

# Esame obiettivo neurologico

a paziente seduto

## ★Capacità mentali ed eloquio

## ★Nervi cranici:

campo visivo e

motilità estrinseca ed intrinseca degli occhi e delle pupille

riflesso corneale e la sensibilità grossolana del volto

la capacità acustica del paziente

la motilità del volto ,del collo ,della lingua e del palato

molle

# Esame obiettivo neurologico

a paziente supino

## ★Il sistema motorio

ispezione e palpazione delle masse muscolari

presenza di fascicolazioni

prove di forza globale e segmentarie ai 4 arti

riflessi osteo-tendinei e cutaneo-plantare (Babinsky)

## ★La coordinazione motoria

prova Indice-Naso

prova Calcagno-Ginocchio

## ★La sensibilità

tattile

tatto-puntoria

somatochinestesica

# **Esame obiettivo neurologico**

**paziente in ortostatismo**

## **★La postura e la deambulazione**

prova del saltellamento

## **★La coordinazione del tronco**

prova di Romberg

prova di Fournier

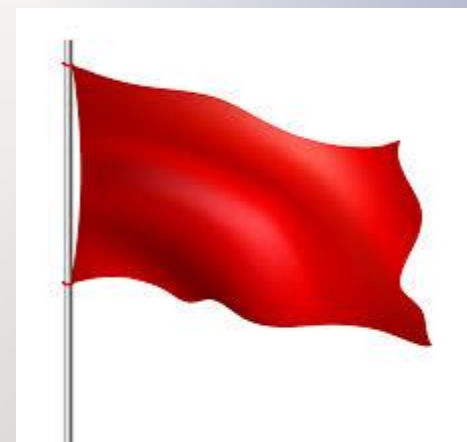
## **★Le prove vestibolari**

prova di Hunterberger

prova della “marcia a stella

**Qualunque segno focale emerga  
dall'Esame Obiettivo Neurologico**

**è da considerarsi  
un sintomo d'allarme**



# Esami diagnostici nel paziente con cefalea

## ★ Esami biumorali

esame emocromocitometrico completo

sideremia ferritina

**glicemia**

funzionalità tiroidea

## ★ Radiografia del rachide cervicale

## ★ Radiografia dei seni paranasali

## ★ Radiografia delle articolazioni temporo- mandibolari

## ★ Risonanza magnetica encefalo e/ rachide cervicale

**Terapia della cefalea secondaria  
è la terapia della causa  
che ha determinato il mal di testa**



# **Terapia della crisi cefalalgica nelle cefalee primarie**

***Il farmaco va scelto e  
proposto seguendo questi principi generali:***

**→ il farmaco deve essere assunto prima possibile**

**→ a dosi adeguate**

**→ la via orale è possibilmente da evitare**

**→ sono preferiti farmaci con un solo principio attivo**

**→ sono da adottare misure complementari**

*( riposo in letto, al buio in silenzio...tranquillizzare il paziente ed i suoi  
parenti sulla benignità della crisi , specie se sono bambini )*

**è opportuno fornire al paziente almeno una alternativa terapeutica in caso di crisi con dolore intenso:**

**Solitamente si usa una terapia cosiddetta stratificata:**

- per le crisi medio-lievi **analgesici e FANS**
- per le crisi medio-forti **triptani**



**Ricordatevi sempre di consigliare al paziente  
in caso di mancata risposta alla terapia indicata  
di rivolgersi nuovamente  
o a voi  
o al Pronto Soccorso**

**FANS** sono sempre molto usati

perché di basso costo

perché spesso preferiti dal medico di base

perché spesso autoprescritti

**spesso sono associati a**

ansiolitici

antiemetici im.

*farmaci di elevata efficacia supportata da una notevole  
significatività statistica e ottimo beneficio clinico*

*Livello di evidenza A*

**GRUPPO I**

- ac. acetilsalicilico per os  
( 500-1000 mg ..dose massima giornaliera 2000mg)
- ac. acetilsalicilato di lisina per os o e.v. (in ambito ospedaliero)  
(500 -1000mg ----dose massima giornaliera 3600mg)
- ibuprofene per os  
( 400-1200mg—dose massima giornaliera 2400 mg)
- naproxene sodico per os  
(500-550-1500mg—dose massima giornaliera 1500 mg)

( In ordine alfabetico )

**Linee guida 2011**



**SISC**  
Società Italiana per lo Studio delle Cefalee

Dott.Ferrari Giuliana

*farmaci di elevata efficacia supportata da una notevole  
significatività statistica e ottimo beneficio clinico*

## *Livello di evidenza B*

## **GRUPPO II**

- **diclofenac** per os (100 mg dose massima giornaliera 200 mg)  
im (75 mg dose massima giornaliera 150mg)
- **flurbiprofene** per os (100-300 mg dose massima giornaliera 300mg)
- **ketoprofene** im (100 mg dose massima giornaliera 200 mg)
- **ketorolac** im ( 30-60 mg dose massima giornaliera 60 mg)
- **paracetamolo** ( 1000 mg dose massima giornaliera 3000mg.)
- **metamizolo** e.v o per os (1000 mg dose massima giornaliera 3000mg)  
(Novalgina)
- **acido mefenamico** per os (500 mg dose massima giornaliera 1000mg)  
(Lysalgo)

NB –**nimesulide** 100 mg

è solo nel gruppo IV con un livello di evidenza C

**Linee guida 2011**



SISC  
Società Italiana per lo Studio delle Cefalee

Dott.Ferrari Giuliana

# *farmaci in associazione*

-paracetamolo+ acido acetilsalicyco + caffeina per os

**livello di evidenza A** (Antireuma-Exedril-Neonevral)

(500+500+130 mg-- dose massima giornaliera 1000+1000+260mg)

-indometacina + proclorperazina+ caffeina per os

**livello di evidenza A** (Difmetre)

(25 mg +2mg+75mg--dose massima giornaliera100mg+8mg+300mg)

-indometacina + proclorperazina+ caffeina vie rettale

**livello di evidenza B**

(25-50 mg+4-8mg+75-150mg— dose massima giornaliera  
100mg+16mg+300mg)

- paracetamolo + propifenazone + caffeina

**livello di evidenza D** (Veramon-Neoptalidon-Saridon)

**Questi farmaci hanno un forte rischio di abuso**



Linee guida 2011

SISC  
Società Italiana per lo Studio delle Cefalee

Dott.Ferrari Giuliana

# Farmaci analgesici maggiori

-paracetamolo e codeina per os

***livello di evidenza B***

(500mg+30mg –dose massima giornaliera 2000mg+120mg)

-tramadolo per os

***livello di evidenza B***

(100 mg --dose massima giornaliera 300 mg)

**Questi farmaci hanno un forte rischio di abuso**

Linee guida 2011



SISC  
Società Italiana per lo Studio delle Cefalee

Dott.Ferrari Giuliana



*farmaci di elevata efficacia supportata da una notevole  
significatività statistica e ottimo beneficio clinico*

*Livello di evidenza A*

**GRUPPO I**

- almotriptan per OS** compresse 12,5 mg  
(dose massima giornaliera 25mg)
- eletriptan per OS** compresse 20-40 mg  
(dose massima giornaliera 80 mg)
- frovatriptan per OS** compresse 2,5 mg  
(dose massima giornaliera 5 mg)
- rizatriptan per OS** compresse 5-10 mg anche orodispersibili  
(dose massima giornaliera 20 mg)
- sumatriptan per OS** compresse 50-100 mg (dose massima giornaliera 300 mg)
  - sottocute** fiale 6 mg (dose massima giornaliera 12mg)
  - supposte** da 25 mg (dose massima giornaliera 50 mg)
  - spray nasale** monodose 20 mg (dose massima giornaliera 40 mg)
- zolmitriptan per OS** compresse 2,5 mg anche orodispersibili  
(dose massima giornaliera 10 mg)

**Linee guida 2011**



SISC  
Società Italiana per lo Studio delle Cefalee

Dott. Ferrari Giuliana

# I triptani

La serotonina è un neurotrasmettitore del sistema antinocicettivo con un controllo inibitorio sulle afferenze dolorifiche

Ha un ruolo importante sul tono dell'umore , sul sonno, sul vomito , fenomeni spesso associati alla emicrania

L'ipotesi piu' recente spiega l'attacco emicranico come "deficit funzionale" del sistema serotoninergico a livello del S.N.C.

# I triptani per via orale nel trattamento acuto dell'emicrania: una meta-analisi di 53 studi

M.Ferrari e altri The Lancet novembre 2001

	risposta a 2 h.	Assenza dolore	costanza	tollerabilità
sumatrip. 50mg	=	=	=\-	=
sumatrip. 25mg	-	=\-	-	+
zolmitrip. 2,5mg	=	=	=	=
zolmitrip. 5 mg	=	=	=	=
naratrip. 2,5mg	-	-	-	++
rizatrip. 5mg	=	=	=	=
rizatrip. 10mg	+	+	++	=
eletrip. 20mg	-	-	-	=
eletrip. 40mg	=\+	=\+	=	=
eletrip. 80mg	+(+)	+	=	-
almotrip.12.5mg	=	+	+	++

# Terapia della crisi emicranica

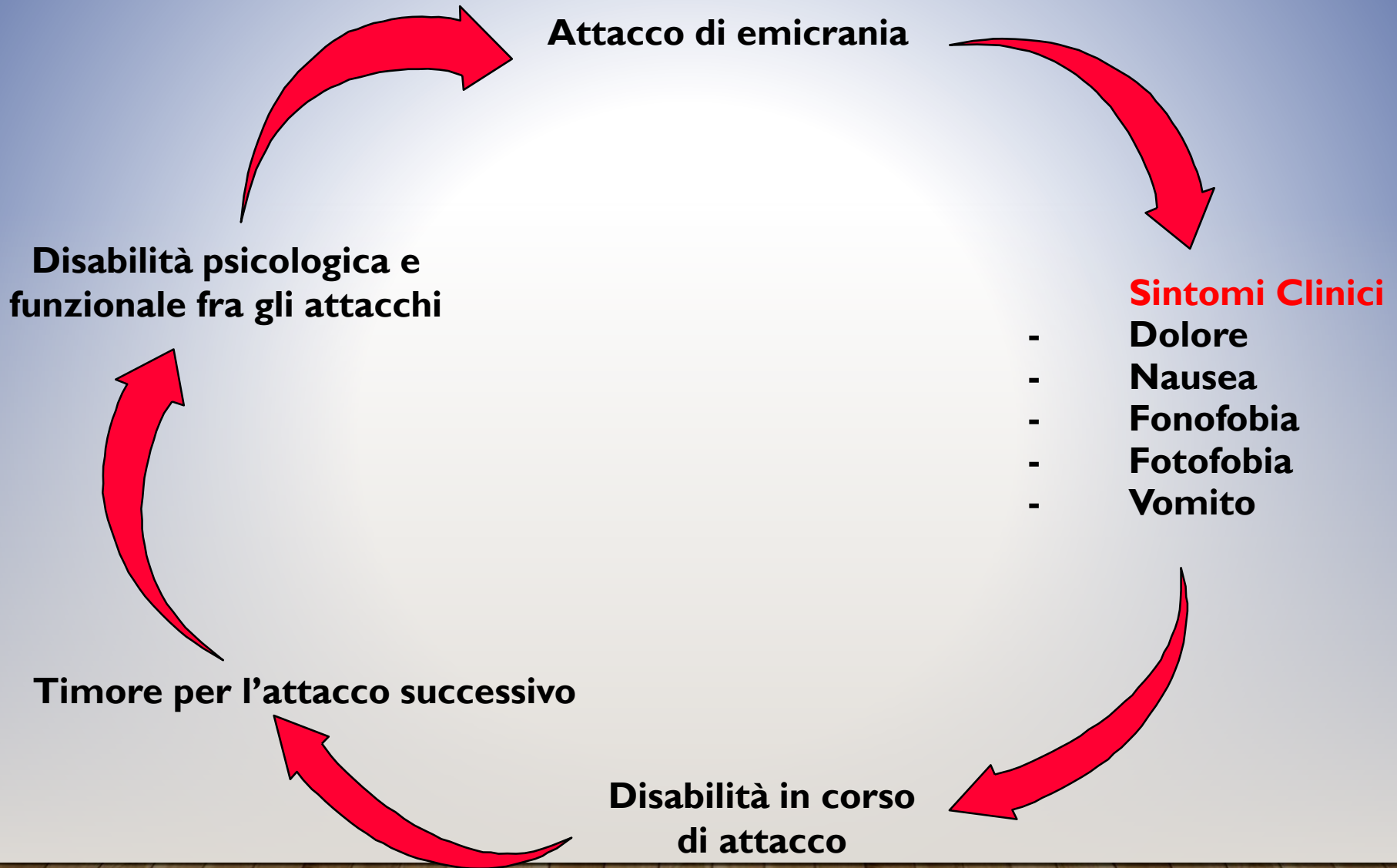


**Triptani : rizatriptan o eletriptan**

**Ketoprofene o Ketorolac i.m.  
Farmaci di associazione**

**Paracetamolo - FANS abituale  
+ antiemetici**

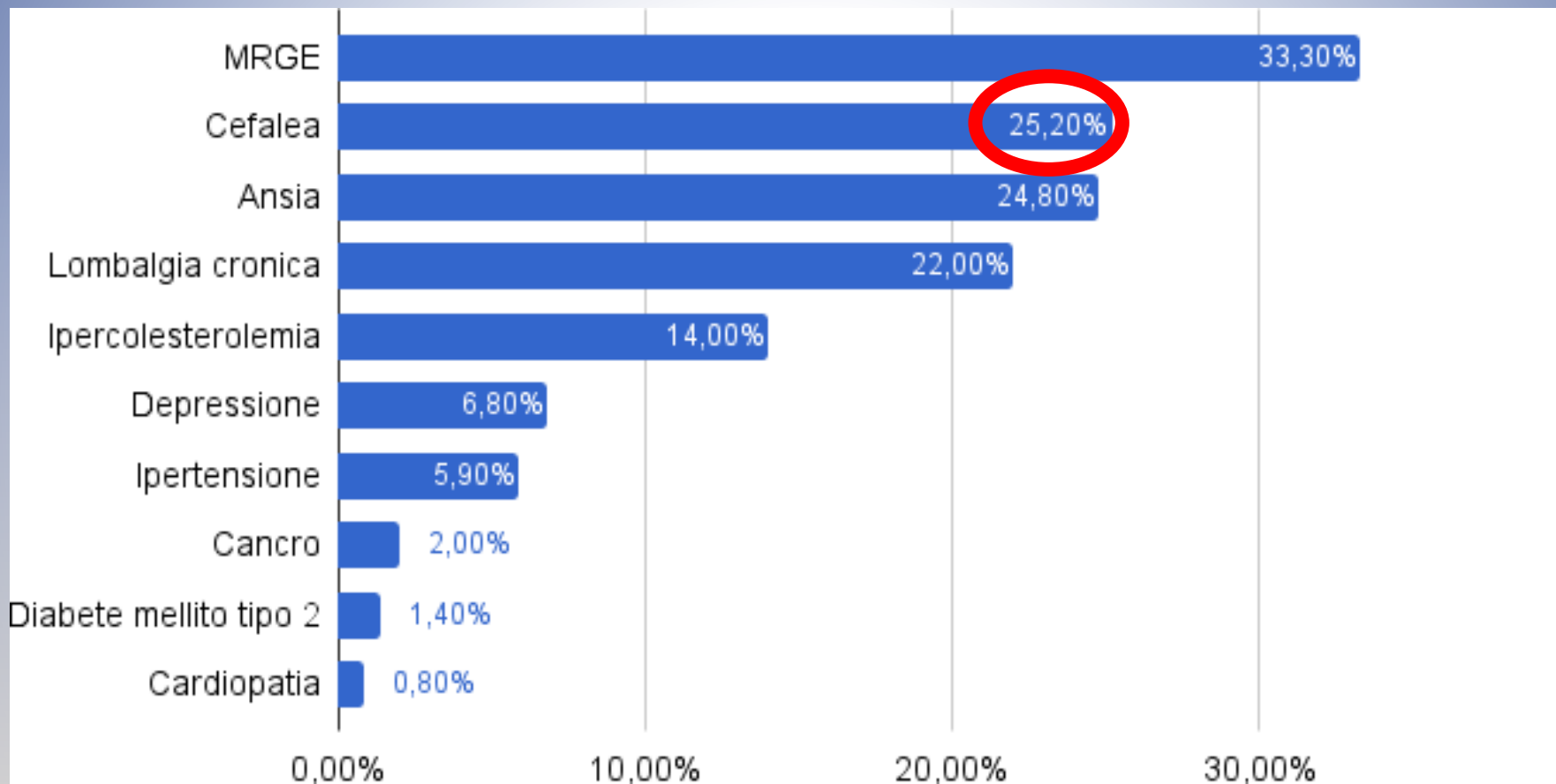
# IL CIRCOLO VIZIOSO DELL'EMICRANIA



# «Gli effetti sulla salute della deprivazione di sonno»

di Alessandro Alberati CFSMG 2014-2017 Piemonte

**Grafico 13.** Patologie croniche nei medici di continuità assistenziale.





*Buon lavoro a tutti!!!!*