

*SERVIZIO  
SANITARIO  
NAZIONALE*



*REGIONE  
ABRUZZO*

**AZIENDA SANITARIA LOCALE  
LANCIANO – VASTO – CHIETI**

**CORSO DI AGGIORNAMENTO PER  
MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

**ANNO 2018**

## **Le Cefalee nelle Urgenze**

**A CURA DI:**

**ANIMATORE DI FORMAZIONE PER LA ASL  
Dott. Ernesto Salerni**

**DOCENTE DI CONTENUTO  
Dott. Antonio Giusti  
U.O.C. NEUROLOGIA  
O.C. LANCIANO**

## LE CEFALEE NELLE URGENZE

Le cefalee sono un sintomo frequente di accesso in Pronto Soccorso. Spesso sono ad eziologia benigna, ma possono essere espressione di patologia grave che necessitano di pronta diagnosi e cura.

Compito del medico dell'urgenza è quello di

➤ **trattare il dolore**

➤ **fare diagnosi:**

Cefalee primitive o cefalee ad eziologia benigna.

Cefalee secondarie, possibile espressione di patologia grave per cui è necessario diagnosi e terapia tempestive.

Il ruolo del Medico dell'urgenza è di alleviare il disagio dei pazienti e di diagnosticare queste cefalee gravi per iniziare un trattamento eziologico precoce.

Per **mal di testa** o **cefalea** si intende il dolore provato in qualsiasi parte della testa o del collo. Può essere un sintomo di diverse patologie. Il tessuto cerebrale di per sè non è sensibile al dolore, poiché manca di recettori adatti, perciò il dolore è percepito per via della alterazione delle strutture sensibili che si trovano intorno al cervello. In particolare: il cranio (più esattamente, il periostio del cranio), muscoli, nervi, arterie e vene, tessuti sottocutanei, occhi, orecchie, seni paranasali, mucose.

Essa può essere primaria, vale a dire una malattia in sè, o secondaria, vale a dire un sintomo di una malattia.

Le cefalee primarie sono essenzialmente le emicranie, le cefalee tensive e le algie vascolari della faccia o le cefalee a grappolo. La maggior parte delle cefalee secondarie è benigna, ma alcune possono pregiudicare la prognosi vitale o funzionale.

Le cefalee sono molto frequenti. Globalmente, la prevalenza è pari al 52% nelle donne e al 37% negli uomini, con una netta riduzione dopo i 60 anni per i due sessi a seconda dei paesi. Per esempio, per l'emicrania, la prevalenza varia dall'1% in uno studio a Hong Kong al 27,5% in uno studio in Germania. In Europa, si riscontra una prevalenza delle cefalee negli adulti pari al 61% nelle donne e al 45% negli uomini.

**Sono una patologia molto frequente e un importante motivo di accesso in P.S. negli U.S.A. sono il quinto motivo di ricorso al P.S.**

**Un po' di statistica:**

Nella popolazione generale, il 90-95% delle cefalee risulta, dopo indagini, costituito da cefalee primarie, essenzialmente delle cefalee tensive o delle emicranie, mentre nei servizi di Pronto Soccorso, quasi un paziente su tre presenta dei segni di gravità che fanno temere una cefalea secondaria grave. Lo studio dei bambini presentatisi a un servizio di Pronto Soccorso in Italia durante un anno ha mostrato che le cefalee rappresentavano l'1% dei motivi di accettazione. Vi era un 56,7% di cefalee primarie (con il 9,6% di emicranie) e il 42% di cefalee secondarie (90% di infezioni virali). Due terzi dei pazienti presentatisi a un

servizio di Pronto Soccorso dedicato alle cefalee avevano un'emicrania e il 17% aveva delle cefalee secondarie.

### **Principi di gestione delle cefalee in urgenza:**

La gestione medica di un paziente che lamenta una cefalea deve essere standard:

- alleviare il dolore
- ricercare una causa grave di cefalea secondaria per instaurare un trattamento eziologico immediato.

**I° step, a domicilio:** cercare anche telefonicamente segni di emergenza neurochirurgica (cefalea a colpo di tuono; alterazione del sensorio) e segni di gravità: **disturbi della coscienza, deficit di lato, febbre, eruzione cutanea, cefalee insolite. Trattamento a domicilio: analgesici che non influiscono sulla coagulazione: preferire sempre Paracetamolo (se non controindicato). Evitare ASA (la cefalea può essere espressione di emorragia), come anche FANS.**

**Rilevare parametri vitali ed eventuale trattamento (es. crisi ipertensiva evitando peraltro farmaci drastici tipo Nifedipina s.l. ).**

**Inviare in P.S. le cefalee sospette (importante l' anamnesi).**

**Esame neurologico (insistere su segni di lato, alterazione del sensorio, ricerca di segni meningei).**

**In P.S.**

**L'infermiere di triage deve ricercare i segni di gravità e misurare i parametri vitali e l'intensità del dolore con una metodica adatta.** Un dolore valutato a più di 6/10 su una scala numerica è un segno di gravità. L'ordine di precedenza delle cure è determinato a partire da queste informazioni.

### **Scale del dolore:**

Scale:

Per Scale "unidimensionali" si intendono Scale che **valutano una sola dimensione del dolore**, ovvero la sua **intensità misurata dal paziente:**

- scala numerica, **NRS** (numerical rating scale)
- scala analogica visiva, **VAS** (visual analogic scale)
- scala quantitativa verbale, **VRS** (verbal rating scale)

### **Numerical Rating Scale - NRS (Downie - Grossi, 1983)**

Scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 11 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel preciso momento.

**"Se 0 significa nessun dolore e 10 indica il peggiore dolore possibile, qual è il dolore che prova ora?"**

**Ha la caratteristica di eliminare la necessità della coordinazione visiva e motoria quindi ha maggior possibilità di completamento.**

#### VANTAGGI:

- Praticità: uso verbale, nessun supporto cartaceo
- N. di intervalli maggiori della VRS
- Ottimo utilizzo per via telefonica (in assistenza domiciliare)

#### SVANTAGGI:

- Difficoltà a ridurre la sensazione dolorosa in numero
- N. di intervalli minori rispetto alla VAS

#### **Visual Analogical Scale – VAS (Scott Huskisson, 1976)**

È la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che il malato soggettivamente avverte. **La**

**VAS è rappresentata da una linea lunga 10 cm nella versione originale validata, con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro.**

Un'estremità indica l'assenza del dolore e corrisponde a 0, l'altra estremità indica il peggiore dolore immaginabile e corrisponde a 10.

La scala è compilata manualmente dal malato al quale è chiesto di tracciare sulla linea un segno che rappresenti il dolore percepito. La distanza misurata a partire dall'estremità 0 corrisponde alla misura soggettiva del dolore.

**Il malato indica sulla riga il punto che raffigura l'intensità del suo dolore in quel momento; l'esaminatore realizza il punteggio mediante una scala graduata posta sulla faccia posteriore del righello.**

Rispetto alla scala numerica verbale, questa scala presenta il limite di richiedere una certa coordinazione visiva e motoria e **non può essere utilizzata nel corso di un'intervista telefonica nel malato a domicilio.**

#### VANTAGGI:

- Alta sensibilità

#### SVANTAGGI:

- Necessita di un supporto cartaceo
- Non può essere utilizzata con pazienti con disturbi visivi, deficit cognitivi o fisici
- difficile per pazienti con stato avanzato di malattia

Si tratta di una scala di semplice utilizzo, ampiamente utilizzata e compresa dalla maggior parte dei pazienti. Facilmente ripetibile, viene utilizzata anche in bambini con età > 7 anni.

#### **Verbal Rating Scale - VRS (Keele, 1948; validazioni successive JPSM, 2002)**

Si basa sulla scelta da parte del malato di 6 indicatori verbali descrittivi del dolore

(nessun dolore - dolore molto lieve - dolore lieve - dolore moderato - dolore forte - dolore molto forte).

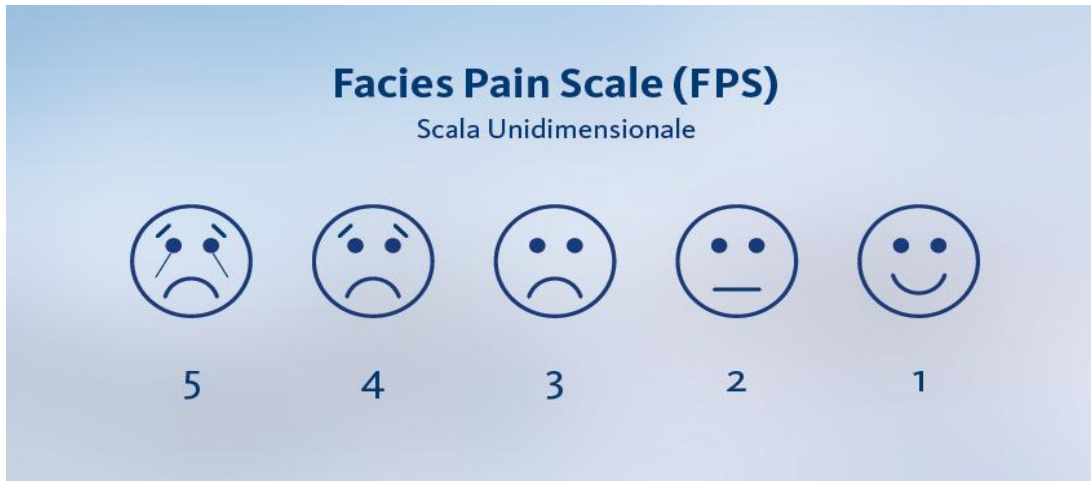
Il malato definisce il dolore verbalmente, utilizzando l'aggettivo che ritiene più appropriato su una serie proposta.

Questa scala è spesso utilizzata nelle persone anziane o con deficit cognitivo e al Pronto Soccorso.

**Facies Pain Scale (utilizzo di faccine stilizzate):**

Da 1 a 5:

1: assenza di dolore, benessere; 5 dolore intenso: sofferenza.



**Scale Multidimensionali:**

a)MPQ

b)BPI

c) PAINAD (si utilizza in paziente con deficit cognitivo severo e valutano 5 indicatori (respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggi del corpo, consolazione).

**Le Scale Multidimensionali valutano anche altre dimensioni come la sensoriale - discriminativa, motivazionale affettiva, cognitivo –valutativa.**

**Essendo molto complesse e di difficile testistica, soprattutto in situazioni di urgenza, ne è limitato l'uso nella pratica clinica.**

**Gestione medica:**

**Ricerca di segni d'allarme o RED FLAG, che possono far sospettare una cefalea secondaria grave.**

L'esame del paziente deve essere completo, seppur rapido, e comprendere un'anamnesi accurata (carattere e intensità del dolore, modalità di insorgenza, distribuzione, sintomi associati, come vomito, fotofobia o fonofobia, osmofobia), per vedere se la cefalea può rispondere a criteri di cefalea primaria (vedi classificazione) e comprendere un esame obiettivo completo (cardio-polmonare ed addominale), rilievo parametri vitali, esame neurologico completo.

### **L'esame neurologico:**

Deve essere completo: in particolare dovrà essere valutato lo stato di coscienza e la presenza di disturbi cognitivi (in particolare se esiste uno stato psichico alterato: confusione, agitazione, stupor, sonnolenza, coma);

Ricerca di segni meningei: rigidità nucale, segni classici come i segni di Brudzinski, Kernig, Lasegue, e altri minori come il segno di Binda, il dermografismo rosso ritardato e persistente)

Esame dei nervi cranici, escludere un deficit campimetrico, valutare l'eventuale presenza di sindrome di Horner (miosi, restringimento della rima palpebrale, enoftalmo), turbe della sudorazione facciale, escludere segni di lato, valutare ROT, Babinski, escludere segni cerebellari (disatria, dismetria, ma soprattutto disturbi dell'equilibrio e della deambulazione, se testabili).

### **Attenzione:**

#### **SENSIBILITÀ AGLI ANALGESICI:**

- Un dolore che regredisce può sottendere una patologia grave.
- Una crisi di emicrania può essere più violenta di una cefalea di tipo vascolare.

Nella pratica comune peraltro è difficile contrastare una cefalea da ESA o meningite, mentre crisi emicraniche sono più dominabili con farmaci adatti.

### **SEGNII DI ALLARME O RED FLAG**

**I segni di allarme o RED FLAG sono i segni che fanno sospettare una cefalea secondaria grave che richiede un trattamento specifico urgente:**

#### **Cefalea a colpo di tuono o esplosiva (Thunderclap headache): cefalea drammatica.**

I sintomi includono un dolore che inizia improvvisamente e con severità. Picco in genere entro 60'' (max 30'); può associarsi a nausea e vomito. Può inoltre essere accompagnato da alterato stato mentale, febbre, convulsioni. Come dice il nome, evocativo, inizia improvvisante come un colpo di tuono.

Cefalea febbrile senza focolaio infettivo conclamato

Cefalea nuova o insolita

Cefalea provocata dalle variazioni di posizione, dallo sforzo, dal coito o dalla manovra di Valsalva

Cefalea, sindrome di Horner, deficit focali (possibile dissecazione carotidea nei giovani).

Cefalea che risveglia il paziente

Sindrome meningea

Cefalea con sintomi neurologici (focali o meno) recenti

Prima cefalea dopo i 50 anni

Precedenti particolari (immunosoppressione: AIDS, cirrosi epatica, diabete, trapianto d'organo, ecc.), gravidanza, post-partum, cancro, anticoagulanti, manipolazioni cervicali o trauma cranico a distanza), mialgie o sensibilità temporale (arterie temporali superficiali: valutare pulsatilità, turgore, dolorabilità, comprimibilità) o dolori reumatici dei cingoli o claudicatio della mandibola.

Circostanze ambientali favorenti:

Periodo invernale, per intossicazione da CO, ambienti e sistemi di riscaldamento inadeguati (stufe, camini, bracieri ecc).

L'intensità del dolore non è sempre un segno di allarme e non permette spesso di distinguere una cefalea primaria da una cefalea secondaria. La localizzazione del dolore spesso non è specifica.

**N.B. Se vi è comparsa brutale di una cefalea, vale a dire cefalea di intensità massima immediata o al massimo in 30', è un'emorragia meningea (SA) fino a prova contraria (cefalea a colpo di tuono).**

La cefalea è violenta, molto intensa e improvvisa; è spesso descritta dai pazienti come "una pugnalata o un'esplosione".

Possono associarsi intolleranza alla luce (fotofobia), nausea o vomito nel 60% dei casi.

Talvolta l'emorragia si manifesta anche con una crisi epilettica, che può mascherare altri segni quali perdita di coscienza e coma.

**Riporto la definizione della cefalea a colpo (o rombo) di tuono secondo la classificazione internazionale delle cefalee (che in via teorica, escluse cause organiche, potrebbe essere anche PRIMARIA):**

4.4 Cefalea primaria "a rombo di tuono" (o "a ciel sereno")

Criteri diagnostici:

A. Cefalea intensa che soddisfi i criteri B e C

B. Esordio improvviso, con raggiungimento del picco di massima intensità in < 1 minuto

C. Durata  $\geq$  5 minuti

D. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3

N.B. Poiché sono scarse le evidenze della forma primaria, la ricerca di una causa organica deve essere completa e di esclusione (normalità del neuroimaging, dell'esame liquorale e quant'altro sia necessario).

Cause più comuni: emorragia subaracnoidea, emorragia cerebrale, trombosi venosa cerebrale, malformazioni vascolari non rotte, dissecazioni arteriose, sindrome da vasocostrizione cerebrale reversibile ed apoplezia ipofisaria.

Altre cause organiche: meningite, cisti colloide del terzo ventricolo, ipotensione liquorale e sinusite acuta (particolarmente da barotrauma).

Quindi la diagnosi di forma primaria deve essere una diagnosi di esclusione con normalità del neuroimaging e dell'esame liquorale.

## Se il sintomo è solo cefalea, il rischio è di sottovalutare il problema.

Quindi va sospettata un'emorragia subaracnoidea ogni volta che:

- paziente non emicranico: cefalea improvvisa e violenta con sensazione di malessere;
- paziente emicranico: episodio di cefalea a insorgenza acuta diversa da quella usuale;
- paziente che presenta insorgenza di apparente emicrania oltre i 40 anni di età;
- paziente che presenta cefalea intensa dopo una perdita di coscienza anche molto breve;
- paziente che presenta emicrania oftalmoplegica o comitata (associata a segni neurologici).

### ESA:

#### Secondo linee guida SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion)

##### Sintesi 4.8

L'emorragia subaracnoidea è responsabile del 5% circa di tutti gli ictus. La principale causa di emorragia subaracnoidea è la rottura di un aneurisma intracranico, responsabile dell'80% circa dei casi. L'età media all'esordio è pari a 50 anni. L'incidenza di emorragia subaracnoidea è maggiore nelle femmine e l'appartenenza a razze diverse da quella bianca sembra costituire un fattore di rischio. In Italia i tassi grezzi annui di incidenza dell'emorragia subaracnoidea oscillano tra 4 e 17/100.000/anno. Il tasso di mortalità è pari a 33% a 48 ore dall'esordio dei sintomi ed a 40-50% a 30 giorni. 12% circa dei pazienti decede prima di aver ricevuto attenzione medica. 50% dei sopravvissuti è affetto da disabilità permanenti.

Tra i **fattori di rischio** ci sono il fumo, l'alcool, l'ipertensione arteriosa, l'abuso di sostanze simpaticomimentiche (anfetamine, cocaina). Presenza di aneurismi unici o multipli.

L'80% dell'emorragie subaracnoidee sono causate dalla rottura di aneurismi cerebrali, il 5% da malformazioni artero-venose (MAV). Quando non si riscontra, invece, una causa malformativa a livello dei vasi cerebrali (15% dei casi), l'emorragia è detta sine materia. L'episodio di sanguinamento talvolta può essere scatenato da un aumento della pressione arteriosa che si verifica durante: forti emozioni (10%); sforzi fisici (24%); sonno (36%); rapporti sessuali (4%).

La diagnosi è basata sulla storia clinica del paziente e sulle caratteristiche della cefalea. Il sospetto di emorragia si approfondisce con tomografia computerizzata cerebrale e, in casi dubbi, con puntura lombare per evidenziare la presenza di sangue nel liquido cerebro-spinale.

La causa dell'emorragia va diagnosticata con **Angio-TAC e/o angiografia cerebrale**, un esame che indaga nel dettaglio i vasi arteriosi cerebrali.

### N.B. Anche l'età è una Red Flag.

Cosa può celare una cefalea nell'anziano:

emorragia intracerebrale

malattia di Horton

tumore intracerebrale

una vasculopatia cerebrale acuta (ischemica)

un glaucoma acuto

una infezione cerebrale o meningea



un ematoma (eventualmente subdurale cronico) da pregresso trauma.

Diagnosi:

**Ogni cefalea con Red Flag deve essere sottoposta a TAC cranio.**

La TAC cranio ha una ottima sensibilità per emorragia cerebro-meningea (vicino al 100%). Diagnosi mancate ridotte a meno del 5%. **In relazione alla gravità della patologia e i rischi legati al ritardo o la mancata diagnosi, questa percentuale seppur bassa è inaccettabile.**

Nei casi dubbi si deve effettuare rachicentesi diagnostica (escludere presenza di sangue, che peraltro può essere accidentale, da traumatismo. In tal caso effettuare prova delle 3 provette per vedere se tende a schiarirsi, oppure rilevare xantocromia:

Per differenziare sangue accidentale da ESA, test 3 provette. In caso di ESA c'è sempre sangue uniformemente presente nelle 3 provette, in caso contrario tende a schiarirsi. La centrifugazione lascia un supernatante xantocromico (pigmenti): il supernatante è chiaro nelle prime 2-4 ore. Il liquor è xantocromico per presenza di ossiemoglobina da lisi dei GR dopo 2 ore da ESA, significativo dopo 12 ore.

In caso di Sindrome Meningea:

Cefalea e febbre senza focolai extracerebrali, immunosoppressione: TAC cranio e rachicentesi.

Sospetta intossicazione da CO: EGA.

Se si può aspettare, l'EEG può dare indicazioni.

Caso particolare del bambino:

**Red Flag:**

- età inferiore a 3 anni
- una prima cefalea
- la peggiore cefalea
- un esordio recente delle cefalee
- un aumento della loro intensità o della loro frequenza
- cefalee occipitali
- risveglio per cefalea
- cefalee esclusivamente mattutine accompagnate da vomito
- cefalee con tensione.

In caso di sospetto di meningite, in assenza di segni di localizzazione, è necessaria puntura lombare, associata a esami ematici (emocromo con formula, PCR).

In generale è sempre bene effettuare una TAC per escludere ipertensione endocranica (pericolo di incuneamento in caso di ipertensione endocranica): in passato si indicava di eseguire un fundus oculi, ma attualmente in pratica è auspicabile TAC cranio.

Vomito a digiuno, senza nausea, che non migliorano la cefalea, oppure una diplopia, sono dei segni di ipertensione intracranica e devono far sospettare un tumore cerebrale.

### **Anamnesi descrittiva per il sintomo dolore-cefalea:**

#### **Descrizione della cefalea: (criteri di diagnosi differenziale con cefalea primaria):**

Come è esordita la cefalea? Brutalmente o progressivamente?

Quando è iniziata? In qualsiasi momento, nella notte o al risveglio?

Vi sono dei segni neurologici associati o precursori focali e transitori? Dei disturbi visivi o sensitivi o disturbi del linguaggio?

In che modo è evoluta? È diminuita, si è aggravata o è stabile?

Qual è la sua durata in assenza di trattamento?

E' mono- o bilaterale?

Di che natura è la cefalea? Sensazione di morsa, pressione, schiacciamento, pulsante?

Ha delle irradiazioni?

Qual è la sua intensità?

È aggravata dall'attività fisica, dai movimenti della testa, dalla luce (fotofobia), dal rumore (fonofobia) o dagli odori (osmofobia)?

E' preceduta da prodromi? Disturbi dell'umore, astenia, irritabilità, sbadigli?

Esistono dei segni di accompagnamento? Pallore, ostruzione nasale o rinorrea, lacrimazione, ptosi omolaterale, vomiti?

Esistono dei sintomi di accompagnamento? Sonnolenza, astenia intensa, irritabilità, instabilità tipo vertigine, visione sfocata, nausea?

Qual è la frequenza delle cefalee?

Queste cefalee sono apparse verso quale età?

Esiste un fattore scatenante o favorente? Sforzo, videogiochi, assenza di sonno, lavoro eccessivo, ecc.?

Esistono dei precedenti familiari di cefalee primarie?

In sintesi:

### **TAC cranio se:**

Esame neurologico anormale.

### **Almeno una Red Flag:**

- cefalea a colpo di tuono o esplosiva
- cefalea febbrile senza focolaio infettivo conclamato
- cefalea nuova o insolita
- cefalea provocata dalle variazioni di posizione (**La sindrome ventricolare parossistica è evocatrice di cisti colloide del III ventricolo**):

Si tratta di un'ipertensione endocranica acuta che evolve per poussée. La cefalea dà inizio alla malattia nell'80% dei casi. Variabile per intensità e sede, viene precipitata da determinati movimenti e alcune posizioni del capo, carattere considerato come il più specifico e alla base dalla teoria della «valvola» o *ball valve syndrome* secondo gli anglosassoni (occlusione intermittente del flusso liquorale).

- dallo sforzo, dal coito o dalla manovra di Valsalva (tutto ciò che può aumentare la pressione endocranica)
- cefalea che risveglia il paziente
- sindrome meningea
- CEFALEA con sintomi neurologici (focali o meno) recenti
- prima cefalea dopo i 50 anni
- precedenti particolari (immunosoppressione [AIDS, cirrosi epatica, diabete, trapianto d'organo, ecc.], gravidanza, post-partum, cancro, anticoagulanti, manipolazioni cervicali o trauma cranico a distanza), mialgie o sensibilità temporale o dolori reumatici dei cingoli o claudicatio della mandibola

### **Nessuna Red Flag**

Esame neurologico normale:

Applicare i criteri delle cefalee primarie:

Emicrania, cefalea tensiva

Cefalea a grappolo.

Se non vi è concordanza:

Esame specifici, Emocromo, VES, PCR, TAC.

### **Trattamento non farmacologico del dolore:**

I pazienti che soffrono di cefalee tanto intense da essere portati al Pronto Soccorso devono essere sistemati comodamente, sdraiati, in un ambiente calmo e riposante.

Essi non devono essere esposti alla luce (vietare le luci al soffitto) né al rumore (box chiuso, evitare affollamento, entrare continuamente nella stanza).

### **Trattamento farmacologico:**

**Esso non è specifico rispetto agli altri dolori.**

**In assenza di diagnosi, l'acido acetilsalicilico (ASA) e gli antinfiammatori non steroidei (FANS) non sono indicati a causa del loro effetto antiaggregante piastrinico.**

**Il paracetamolo per via endovenosa è l'analgésico di prima intenzione, efficace per i dolori da lievi a moderati e con un effetto additivo per i dolori intensi.**

Esso è prescritto sistematicamente, salvo in caso di controindicazioni (allergia documentata, insufficienza epatica) o di assunzione precedente. Gli analgesici di livello II sono indicati in caso di dolore moderato ( $\geq 4/10$ ) associati a Paracetamolo o associati ad esso in caso di precedente automedicazione. 60 mg Codeina o 50 mg di Tramadolo equivalgono a 10 mg di Morfina orale.

Cefalea intensa ( $\geq 6/10$ ) si ricorre ad **oppioidi** (sostanze derivate direttamente dal papavero da oppio: OPPIO, EROINA, MORFINA), o di sintesi.

Es. Morfina nelle varie formulazioni o di sintesi, come Tramadolo

Indicazioni della morfina: **trattamento del dolore da moderato a grave e/o resistente agli altri antidolorifici, in particolare dolore associato a neoplasie, a infarto del miocardio e dopo gli interventi chirurgici.**

Si usa inoltre per edema polmonare acuto. La morfina inoltre è indicata in anestesia generale e loco regionale e nella parto- analgesia epidurale.

Può essere somministrata per via sottocutanea, intramuscolare nonché per via endovenosa ed epidurale nel caso in cui il medicinale non contenga conservanti.

Ricordo visto l'uso frequente: Tramadolo (Fortradol, Contramal):

CONTRAMAL 50 mg capsule rigide

CONTRAMAL 100 mg/ml gocce orali soluzione con contagocce CONTRAMAL 100 mg compresse a rilascio prolungato CONTRAMAL 50 mg/ml soluzione iniettabile; CONTRAMAL 100 mg/2 ml soluzione iniettabile.

20 gocce contengono 50 mg di tramadolo cloridrato)

Classificazione delle cefalee:

Si fa riferimento a:

## **CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE CEFALEE III Edizione, 2013 (ICHD-3 beta) I° livello diagnostico**

**Esiste una versione del 2018 (ICDH-3) peraltro si fa ancora riferimento alla versione 2013.**

➤ **CEFALEE PRIMARIE O ESSENZIALI O IDIOPATICHE** cioè cefalee-malattia, che non sono dovute ad altre cause patologiche organiche o funzionali sottostanti

➤ **CEFALEE SECONDARIE O SINTOMATICHE** che sono dovute ad altre patologie, spesso banali e non pericolose, ma talora possono essere la spia di una condizione morbosa grave o gravissima che deve essere tempestivamente riconosciuta e se possibile corretta

### ➤ **Cefalee primarie**

1. Emicrania
2. Cefalea di tipo tensivo
3. Cefalalgie autonomico-trigeminali (TACs): Trigeminal Autonomic Cephalalgia es. cefalea a grappolo
4. Altre Cefalee Primarie

### ➤ **Cefalee secondarie**

- 5. Cefalee da trauma cranico e/o cervicale +**
- 6. Cefalee da patologia vascolare cranica o cervicale +**
- 7. Cefalee da patologia intracranica non vascolare +**
- 8. Cefalee da assunzione o sospensione di sostanze +**
- 9. Cefalee da infezioni +**

10. Cefalee da alterazione dell'omeostasi
11. Cefalee o dolore facciale da patologie del cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali o craniche
12. Cefalee da patologie psichiatriche
13. Nevralgie Craniche e cause centrali di dolori facciali
14. Altre Cefalee, nevralgie craniche o dolori facciali centrali o primari

### **L'obiettivo della gestione delle cefalee in Pronto Soccorso:**

➤ calmare il dolore

➤ escludere una cefalea secondaria pericolosa:

- causa neurovascolare (emorragia meningea, Accidente cerebro-vascolare ischemico o emorragico, dissecazione arteriosa),
- causa infettiva (encefalite, meningite),
- causa infiammatoria (malattia di Horton) e altre arteriti
- causa oftalmologica (glaucoma acuto),

## **Quindi qualsiasi causa che metta in gioco la prognosi vitale o funzionale del paziente.**

4 Fasi:

- Trattamento del dolore.
- Anamnesi accurata, esame fisico generale, esame neurologico
- Esami specifici (TAC cranio, rachicentesi, Rx torace, esami ematochimici specifici)
- Diagnosi finale - trattamento specifico eziologico.

### **Trattamento urgente in P.S.**

Tutte le cefalee secondarie urgenti richiedono un trattamento specifico in Pronto Soccorso

In caso di emorragia meningea, Nimodipina con siringa elettrica alla dose di 1 mg/h per 2 ore, poi 2 mg/ora, con monitoraggio soprattutto della PA. Iniziare con dosi più basse in caso di labilità pressoria o peso corporeo molto inferiore a 70 Kg (0.5 mg/ora). per ridurre il rischio di spasmo vascolare.

In caso di emorragia cerebrale o evento acuto vascolare ischemico terapia specifica o valutazione di neurochirurgo (emorragia cerebrale), avvio a rivascolarizzazione (trombolisi sistemica) e/o trombolisi loco regionale o trombectomia (Stroke Unit di II livello e radiologo Interventista).

Meningite purulenta o porpora fulminante iniettare Ceftriaxone alla dose di 2 mg e.v. adulto o 50 mg/Kg nel bambino, max 80 mg/Kg).

Sospetto di encefalite virale, erpetica: Aciclovir 10 mg/Kg, ogni 8 ore, prima ancora di confermare la diagnosi (TAC cranio, eventualmente RMN, rachicentesi, ricerca diretta dei virus in biologia molecolare).

Sospetto di malattia di Horton: infusione precoce di Metilprednisolone (Urbason) alla dose di 1 mg/Kg, per ridurre la possibilità di cecità.

Glaucoma acuto: urgenza oculistica, che causa cefalea, da trattare prontamente con Acetazolamide e.v. mannitolo e.v., betabloccanti, prostaglandine, pilocarpina per via locale (colliri).

Encefalopatia ipertensiva: trattamento in acuto della cefalea e soprattutto dell'ipertensione con farmaci delle emergenze ipertensive:

In particolare usiamo farmaci tipo Urapidil (Ebrantil), Trandate (se esclusi Blocchi AV e BPCO o sindrome asmatiforme), Clonidina i.m. o e.v, Nitroprussiato e.v.

Per la sindrome meningea:

**Segni neurologici di meningite:**

Cefalea, nausea, vomito, alterazione della deambulazione, foto-fonofobia, rigidità nucale, febbre, alterazione dello stato mentale. Atteggiamento (decubito a cane di fucile).

Dal punto di vista clinico il quadro patologico si manifesta generalmente in modo rapido con **febbre elevata, cefalea intensa, vomito a getto** (vomito cerebrale, indipendente dall'assunzione di cibo e non preceduto da nausea), **rigidità nucale** (sintomo clinico patognomonico), ipersensibilità agli stimoli luminosi, **letargia e confusione mentale**, con manifestazioni di alterazione del sensorio fino al coma.

Il paziente assume un atteggiamento caratteristico "a cane di fucile", a scopo antalgico, per ridurre il dolore indotto dall'infiammazione delle meningi: immobile, in decubito laterale, con il capo esteso, il dorso curvo in avanti, i muscoli addominali contratti, le cosce flesse sul bacino e le gambe flesse sulle cosce.

Non raro, inoltre, l'opistotono totale (iperestensione del tronco, oltre che del capo). Si può osservare un rash cutaneo diffuso (petecchie o porpora) e possono anche manifestarsi crisi convulsive.

## Semeiotica:

### Segno di Brudzinski tipo I:

Detto anche "Segno della nuca". Il paziente deve stendersi supino, con le dita incrociate dietro la nuca e le gambe allineate, deve rilassare i muscoli; si flette con una mano la nuca del paziente mentre con l'altra, poggiata sul torace, si impedisce l'alzarsi del dorso.

Questo movimento causa lo stiramento delle meningi. Se il paziente reagirà cercando di flettere le ginocchia e/o le anche, il segno si dirà positivo; se ciò non avviene, sarà negativo.

### Segno di Brudzinski tipo II:

Detto anche "Riflesso controlaterale". Dopo aver fatto stendere il paziente supino si effettua una flessione passiva di uno degli arti inferiori. Se tale flessione provoca un movimento riflesso analogo nell'altro arto allora il segno è da considerarsi positivo.

### Il segno di Binda

è un riflesso tonico che si ottiene dalla rotazione passiva del capo di un soggetto con irritazione meningea. Alla mobilitazione del capo corrispondono la rotazione ed il sollevamento della spalla controlaterale al verso della rotazione del capo.

Il segno di Binda è indicativo di un processo infiammatorio della base cranica ed in particolare di infezione tubercolare delle meningi.

### Segno di Lasègue :

Viene messo in evidenza con la flessione della coscia sul bacino a gamba estesa: il malato avverte un dolore vivo provocato dallo stiramento del nervo sciatico che si irradia alla colonna vertebrale. Esso può essere indicativo anche di irritazione meningea.

**Il segno Kernig** viene valutato con la persona sdraiata supina, con l'anca e il ginocchio flessi a 90 gradi: in una persona con un segno di Kernig positivo, il dolore limita l'estensione passiva del ginocchio.

**Segno di Amoss (o del tripode):** la rigidità del dorso impedisce al paziente di sollevarsi dalla posizione supina senza l'appoggio delle mani all'indietro;

### Casi particolari di cefalea:

#### 3 Cefalea a grappolo e altre cefalee autonomico-trigeminali

##### ➤ 3.1 Cefalea a grappolo

- **3.1.1 Cefalea a grappolo episodica**

- **3.1.2 Cefalea a grappolo cronica**

##### ➤ 3.2 Eemicrania parossistica

- 3.2.1 Eemicrania parossistica episodica

- 3.2.2 Eemicrania parossistica cronica

##### ➤ 3.3 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks

- 3.3.1 Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)

- 3.3.1.1 SUNCT episodica

- 3.3.1.2 SUNCT cronica



- 3.3.2 Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with cranial Autonomic symptoms (SUNA)
  - 3.3.2.1 SUNA episodica
  - 3.3.2.2 SUNA cronica
- 3.4 Eemicrania continua
  - 3.4.1 Eemicrania continua, forma remittente
  - 3.4.2 Eemicrania continua, forma non remittente
- 3.5 Probabile cefalea autonomico-trigeminala
  - 3.5.1 Probabile cefalea a grappolo
  - 3.5.2 Probabile emicrania parossistica
  - 3.5.3 Probabile SUNCT
  - 3.5.4 Probabile emicrania continua

### 3.1 Cefalea a grappolo

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:
  - a. 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
  - b. 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. (*L'anamnesi, l'esame obiettivo generale e neurologico non suggeriscono alcuna altra patologia e/o viene esclusa da appropriate indagini strumentali*).

Gli attacchi si manifestano in periodi attivi, denominati “grappoli”, della durata di settimane o mesi e sono intervallati da fasi di remissione della durata di mesi o anni.

Il periodo di “grappolo” dura abitualmente da 2 settimane a 3 mesi.

#### 3.1.1 Cefalea a grappolo episodica

Criteri diagnostici:

- A. Attacchi che soddisfino i criteri per 3.1 Cefalea a grappolo e che si verificano in periodi (“grappoli”)
- B. Almeno due “grappoli” che durano da 7 giorni ad 1 anno (senza trattamento) e intervallati da periodi di remissione che durano  $\geq 1$  mese

Commento: Il periodo di “grappolo” dura abitualmente da 2 settimane a 3 mesi.

#### 3.1.2 Cefalea a grappolo cronica

Criteri diagnostici:

- A. Attacchi che soddisfino i criteri per 3.1 Cefalea a grappolo e il seguente criterio B
- B. Attacchi senza fasi di remissione o con periodi di remissione che durano < un mese per almeno un anno.

Classificazione internazionale delle cefalee terza edizione versione Beta

### **Cefalea a grappolo in PS.**

(e a domicilio: inquadramento, trattamento e eventuale invio in P.S.).

Inquadramento: in genere il paziente ha già una diagnosi che risponde ai criteri della classificazione (N.B. è più frequente nel sesso maschile).

- Dolore di intensità severa o molto severa, unilaterale, in sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale, della durata di 15-180 minuti (senza trattamento).
- 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.

#### **Cosa fare:**

A domicilio: Sumatriptan s.c. o altri triptani, per os o per via inalatoria. Analgesici generici.

In P.S.

- Il trattamento della CG non deve essere ritardato.
- Il paziente deve essere valutato il più presto possibile per iniziare un appropriato trattamento
- Ambiente tranquillo, luci basse, poco rumoroso, non affollato.
- Avere a disposizione farmaci per uso parenterale o sottocute.
- Il trattamento è maggiormente efficace se iniziato all'insorgenza.
- Trattare il dolore e i sintomi vegetativi.
- Ottenere il risultato nel più breve tempo possibile (possibilmente entro 15' dall'attacco)
- Limitare gli effetti collaterali.
- Il paziente va informato sul tipo di trattamento, sui possibili eventi avversi, sulle finalità e sui tempi in cui il farmaco raggiunge l'efficacia.
- Va richiesto al paziente un aggiornamento sulla remissione del dolore.

## Farmaci Sintomatici

### AGONISTI 5HT<sub>1B/1D</sub> (TRIPTANI):

Sono farmaci di prima scelta per il trattamento di crisi emicraniche di intensità grave o moderata (Livello di raccomandazione I per tutti i triptani).

Tutti i triptani si sono dimostrati efficaci non solo sul dolore ma anche sui sintomi di accompagnamento (foto- e fonofobia, nausea e vomito) e sulla disabilità correlata all'attacco.

L'efficacia è stata confermata nel trattamento di più attacchi (costanza dell'effetto) e a lungo termine (assenza di tachifilassi) nonché nel trattamento degli attacchi correlati al ciclo mestruale.

Gli studi di confronto tra le formulazioni orali dei vari triptani non consentono di stabilire con certezza la superiorità di un triptano rispetto all'altro nella pratica clinica.

### **Sumatriptan:**

Disponibilità:

IMIGRAN 6 mg/0,5 ml Soluzione iniettabile per uso sottocutaneo

IMIGRAN 100 mg Compresse rivestite con film

IMIGRAN 50 mg Compresse rivestite con film

IMIGRAN iniettabile e compresse è indicato per il trattamento dell'attacco acuto di emicrania con o senza aura, inclusi gli attacchi acuti di emicrania associati al periodo mestruale.

IMIGRAN iniettabile è anche indicato per il trattamento della cefalea a grappolo.

### **Compresse rivestite con film**

Imigran 10 mg Spray Nasale: erogatore spray di dosi unitarie per somministrazione intranasale. L'erogatore rilascia 10 mg di Sumatriptan in 0,1 ml di soluzione acquosa tamponata.

Imigran 20 mg Spray Nasale: erogatore spray di dosi unitarie per somministrazione intranasale. L'erogatore rilascia 20 mg di Sumatriptan in 0,1 ml di soluzione acquosa tamponata.

Imigran Spray Nasale è indicato per il trattamento dell'attacco acuto di emicrania con o senza aura.

Imigran 25 mg Supposte è indicato per il trattamento dell'attacco acuto di emicrania con o senza aura.

E' particolarmente idoneo per il trattamento di pazienti che, durante l'attacco, soffrano di nausea e vomito.

### **Adulti**

La dose raccomandata di Sumatriptan per via orale è di una compressa da 50 mg. Alcuni pazienti possono richiedere 25 mg o 100 mg.

Se il paziente non risponde alla prima dose di Sumatriptan, non deve essere assunta una seconda dose per lo stesso attacco. In questi casi l'attacco può essere trattato con **paracetamolo, acido**

**acetilsalicilico o farmaci antiinfiammatori non steroidei.** Le compresse di Sumatriptan possono essere assunte per gli attacchi successivi.

Se il paziente ha risposto alla prima dose, ma i sintomi si ripresentano, una seconda dose può essere somministrata, purché sia trascorso un intervallo **di almeno 2 ore tra le due dosi**. Non devono essere assunti più di 300 mg durante le 24 ore.

**La dose di Sumatriptan iniettabile raccomandata è di una singola iniezione sottocutanea da 6 mg.**

**Se il paziente non risponde alla prima dose di Sumatriptan, non può essere assunta una seconda dose per lo stesso attacco.**

In questi casi l'attacco può essere trattato con paracetamolo, acido acetilsalicilico o farmaci antiinfiammatori non steroidei.

Sumatriptan iniettabile può essere assunto per attacchi successivi.

Se il paziente ha risposto alla prima dose, ma i sintomi si ripresentano, **una seconda dose** può essere somministrata nell'arco delle successive 24 ore, **a condizione che vi sia un intervallo minimo di un'ora tra le due dosi**.

**La dose massima nelle 24 ore è di due iniezioni da 6 mg (12 mg).**

## **CEFALEA A GRAPPOLO**

La dose di Sumatriptan iniettabile raccomandata è di una singola iniezione sottocutanea da 6 mg per ogni attacco di cefalea a grappolo. **La dose massima nelle 24 ore è di due iniezioni da 6 mg (12 mg), con un intervallo minimo di un'ora tra le due dosi.**

Controindicazioni: Cardiopatia ischemica (pregresso IMA, angina di Prinzmetal), vasculopatie periferiche.

Anamnesi di accidenti cerebrovascolari (CVA) o attacchi ischemici transitori (TIA).

Emicrania di tipo basilare o emiplegica. Grave compromissione della funzionalità epatica.

**Ipertensione arteriosa grave e moderata, Ipertensione arteriosa lieve non controllata.**

Non somministrare in caso di gravidanza, allattamento, età < 18 e > 65 anni.

Il dosaggio di 12 mg non si è dimostrato più efficace del dosaggio di 6 mg, accompagnandosi, invece, a una più alta incidenza di effetti collaterali.

I più comuni, per la formulazione sottocutanea, sono reazioni nel sito di iniezione, quali dolore, tumefazione, bruciore, eritema, formicolio e eventi avversi più propriamente neurologici quali capogiro, ipoestesia delle mani, parestesie, sensazione di caldo o di freddo. Nella maggior parte dei casi (90%) si tratta di eventi avversi di lieve o moderata entità.

**Ossigenoterapia: ossigeno al flusso di 7 l/min per 15 min determinava un beneficio nelle crisi di CG, sia nella forma episodica sia in quella cronica.**

Possono essere usati dosaggi più alti (10-12 l/min).  
Altri FANS, paracetamolo.

### **In sintesi:**

Terapia specifica per cefalea a grappolo - Sumatriptan (**Imigran 6 mg/0,5 ml soluz.** ) sottocute (1 f 6mg)  
- Ossigeno-terapia 7l/min x 15min con mascherina - Terapia antidolorifica aspecifica - Paracetamolo - Paracetamolo + codeina - FANS - Oppioidi deboli (tramadolo).

La via di assunzione dipende dalle condizioni del paziente. Terapia antiemcranica specifica - I triptani sono farmaci di prima scelta con efficacia di grado A. - Se il paziente ha già assunto un triptano attendere almeno 1-2 ore dalla precedente assunzione (non > 2 assunzioni al dì). - Non somministrare in caso di gravidanza, allattamento, età < 18 e > 65 anni, patologia coronarica pregressa (trattamento in corso). - Prudenza in caso di TIA ictus, coronaropatie.

Altri farmaci:

#### **DERIVATI DELL'ERGOT:**

Indicazioni: Trattamento di attacchi invalidanti che non rispondono ad altri farmaci sintomatici e a bassa frequenza (1-2 mese) per il potenziale rischio di abuso.

Cafergot compresse: 1 mg (100 mg caffeina)

Cafergot supposte: 2 mg (caffeine 100 mg).

Indicazioni: Trattamento dell'attacco acuto di emicrania con o senza aura. Cefalea di tipo emicranico (es. cefalea istaminica). Cefalea vasomotoria.

Cefalea da tensione nervosa: in caso di tensione emotiva ("tension headache").

DIIDERGOT: soluzione orale: Come antiemcranico: emicrania, anche di origine mestruale (terapia sintomatica dell'attacco); cefalee vasomotorie, cefalee da commozione cerebrale.

### **Conclusioni:**

#### **Trattare il dolore**

#### **Identificare forme di cefalea secondaria pericolose.**

Non vi è nessuna giustificazione a non trattare il dolore (nel senso: prima la diagnosi).

Il paziente che chiede aiuto o che viene portato in P.S. ha dolore, e alleviare o risolvere il dolore è intanto la priorità del Medico per il paziente che soffre.

**Contestualmente è necessario formulare la diagnosi eziologica per rapida terapia specifica in urgenza.**

Bibliografia:

**P. Leveau: Centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres, 79103 Thouars, France**

**Urgentologue:** Cefalee in urgenza – 2014: 18(2) 1-9 Articolo 1-24-001-A-20)

**CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE CEFALEE  
III Edizione, 2013 (ICHD-3 beta) I° livello diagnostico**

**Italian guidelines for primary headaches: 2012 revised version** Paola Sarchielli, Franco Granella, Maria Pia Prudenzano, Luigi Alberto Pini, Vincenzo Guidetti, Giorgio Bono, Lorenzo Pinessi, Massimo Alessandri, Fabio Antonaci, Marcello Fanciullacci, Anna Ferrari, Mario Guazzelli, Giuseppe Nappi, Grazia Sances, Giorgio Sandrini, Lidia Savi, Cristina Tassorelli, Giorgio Zanchin:

J Headache Pain (2012) 13 (Suppl 2):S31–S70 DOI 10.1007/s10194-012-0437-6

Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion), VIII edizione 21 luglio 2016