

PDTA della Cefalea medici d'urgenza e neurologi

ovvero
“L'evoluzione della specie”

NAPOLI 07_07_2016



Giuseppe Lauria
MCAU - Cuneo

Cefalea in P.S.



65.000/pz/y

2.5%
(1100/44000)

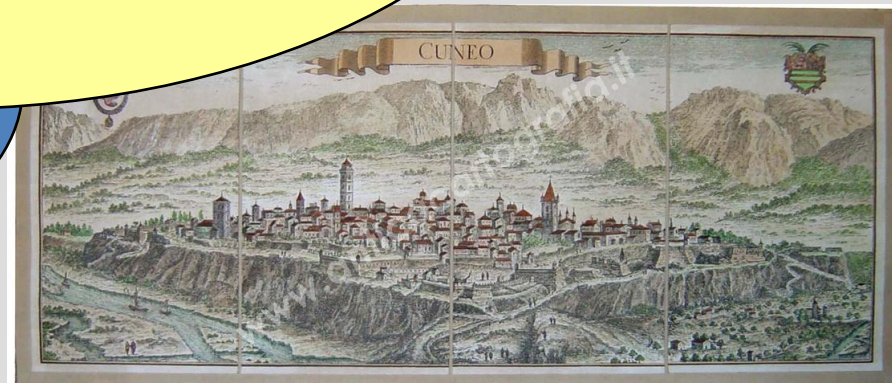
9.4%
M/F
46/54

4-17

Età media 56+/-19

3% cefalee secondarie maligne

61.2/38.8



Medico d'urgenza

3%

97%





**Dimissione
a rischio 0**

Diagnosi



Obiettivi

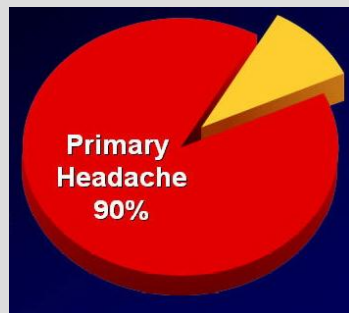


Rassicurazione e sollievo dal dolore

International Classification of Headache Disorders, seconda edizione (ICHD-II): primo livello

CEFALEE PRIMARIE

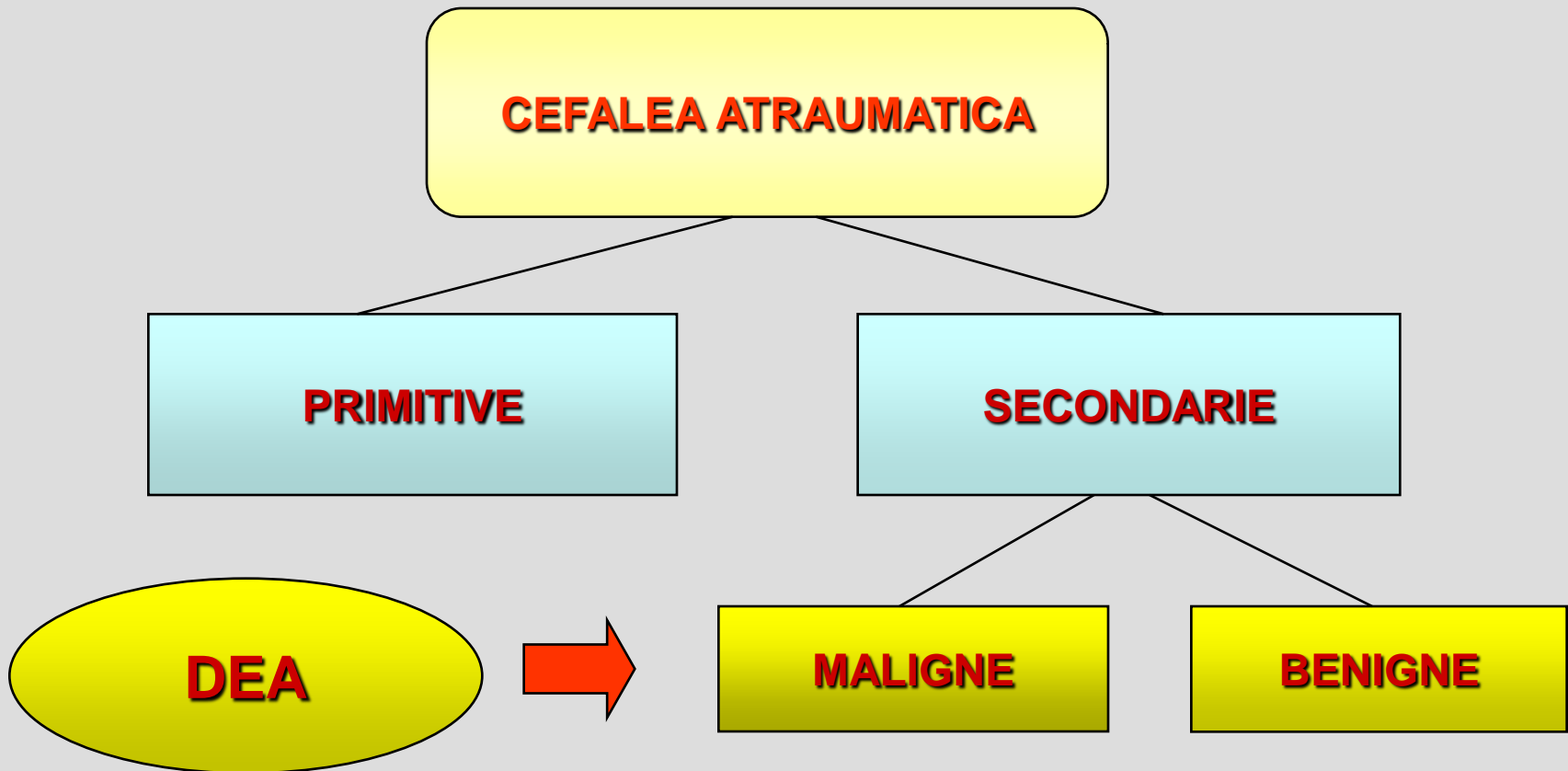
1. Eemicrania
2. Cefalea di tipo tensivo
3. Cefalea a grappolo e altre cefalee autonome trigeminali
4. Altre cefalee primarie



CEFALEE SECONDARIE

5. Cefalea secondaria a trauma della testa o del collo
6. Cefalea secondaria a disturbi vascolari cervicali e cerebrali
7. Cefalea secondaria a disturbi intracranici non vascolari
8. Cefalea secondaria all'assunzione o all'interruzione di alcune sostanze
9. Cefalea secondaria ad infezioni
10. Cefalea secondaria a disturbi dell'omeostasi
11. Cefalea o dolore del volto secondario a disturbi del cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni, denti, bocca o altre strutture craniali o facciali
12. Cefalea secondaria a disturbi psichiatrici

Classificazione cefalee ICHD 2nd edition



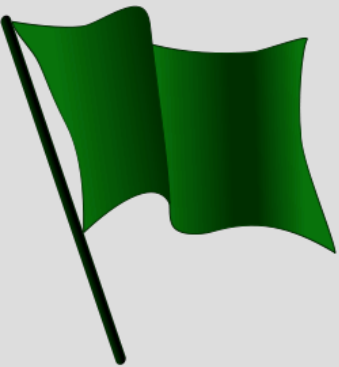
Fattori predittivi



Thunderclap/rigor/sincope/sforzo/deficit

Inizio > 40 anni

Vomito/recente comparsa/progressiva



- Cefalea con caratteristiche simili alle precedenti/lunga durata
- Pounding criteria (4/5 Lr+ 24)
 - Pulsatilità/durata 4-72h / unilaterale/nausea/disabilità

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

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



SCENARIO 1

“worst ever headache”

INSORTA TIPO FULMINE A CIEL SERENO

CON SEGNI NEUROL. FOCALI

CON VOMITO O SINCOPE ALL'ESORDIO

TAC cerebrale e/o Puntura lombare Val. neurologica urg

SCENARIO 2

Cefalea severa associata a febbre e/o rigor nucale

TAC CEREBRALE e PUNTURA LOMBARE

SCENARIO 3

No storia di cefalea Cefalea esordita recentemente progressivamente ingravescente

TAC CEREBRALE Val. indici di flogosi

Val. neurologica (7 gg) e successivo ev. follow up

SCENARIO 4

storia di cefalea Attacco simile ai precedenti come intensità, durata e sintomi associati

Val. parametri vitali Follow up presso ambulatorio cefalee

Clinical question

Recommendations

Insorgenza iperacuta

(acme in < 60 sec.)

“La peggior cefalea”

**Sintomi neurologici focali o
rigor**

Vomito all’esordio

Sincope all’esordio

Insorgenza sotto sforzo

**Cefalea ad insorgenza
recente (< 3 mesi)**

Cefalea in peggioramento

1^a cefalea in soggetto > 40 aa

**Cefalea con le
caratteristiche
abituali o con
minimi
scostamenti**

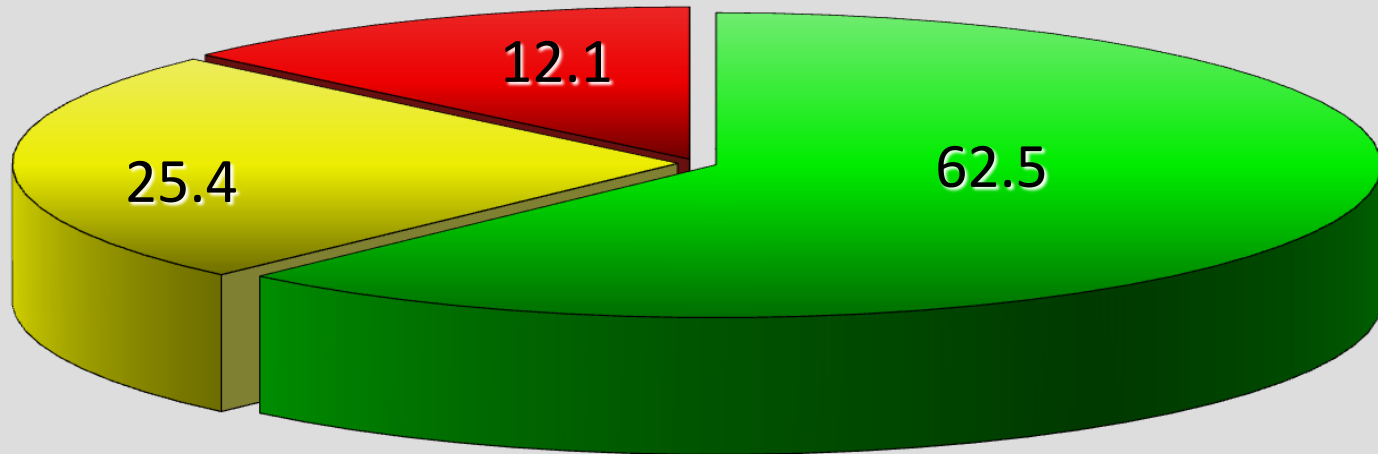


Modificato da Cortelli P et al. Evidence-Based Diagnosis of Nontraumatic Headache in the Emergency Department: A consensus Statement on Four clinical Scenarios. Headache 2004; 44:587-595



Nontraumatic Headaches in the Emergency Department: Evaluation of a Clinical Pathway

Dutto L, Meineri P, Tartaglino B, Lauria G et al. Headache 2009, 49(8): 1174-85



CEFALEA in DEA **NON DIMISSIBILI**

Emorragia subaracnoidea (ESA)

Meningo-encefaliti

Trombosi venosa cerebrale

Diss. carotidea/vertebro-basilare

Intossicazioni (CO)

Glaucoma acuto

Arterite temporale

Encefalopatia ipertensiva

Pre-eclampsia

Neurite ottica

Meningo-encefaliti

Ischemia cerebrale

Neoplasie / POS

CEFALEA in DEA

DIMISSIBILI

Eemicrania / cef. primitive

**Patologie ORL /
Odontostom.
(sinusopatia)**

Patologie internistiche

**Insorgenza iperacuta
(acme in < 60 sec.)**

“La peggior cefalea”

Sintomi neurologici focali o rigor

Vomito all’esordio

Sincope all’esordio

Insorgenza sotto sforzo

Papilledema

Stato mentale alterato

**Cefalea ad insorgenza
recente (< 3 mesi)**

Cefalea in peggioramento

1^a cefalea in soggetto > 40 anni

**Peggioramento evidente
della cefalea abituale**

TC ENCEFALO senza MDC

ACR. Atraumatic isolated headache

When to image 1999

Cefalea stabile
Di lunga durata
Monolaterale
(Pound+)

Eemicrania

Non
Eemicrania

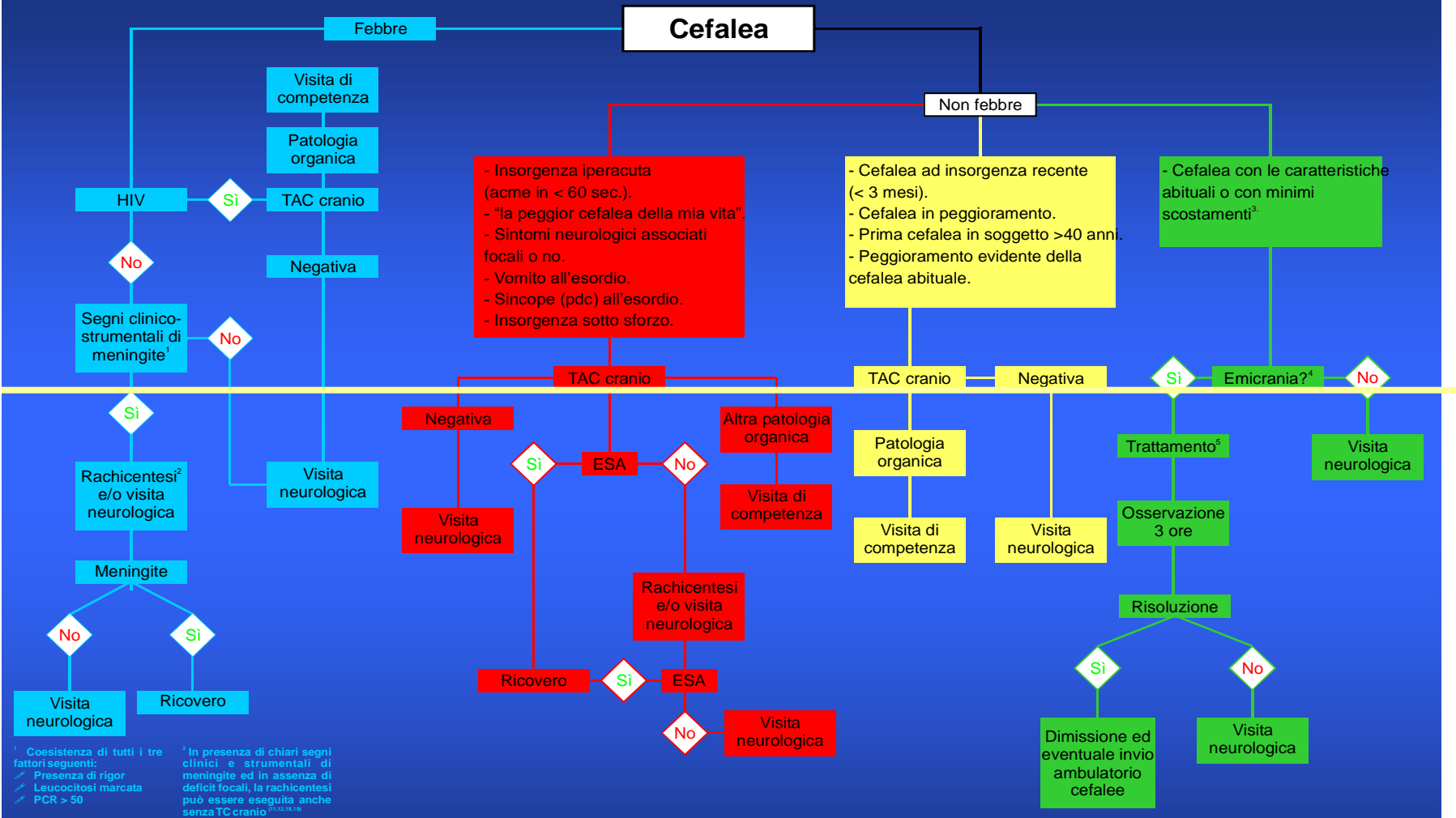
trattamento
farmacologico
osservazione

Valutazione
Neurologica in PS

valutazione neurologica
o
Follow up neurologico

CEFALEA NON TRAUMATICA NELL'ADULTO

linee guida per la diagnosi in DEA



¹ Coesistenza di tutti i tre fattori seguenti:
 ✓ Presenza di rigori
 ✓ Leucocitosi marcata
 ✓ PCR > 50

² In presenza di chiari segni clinici e strumentali di meningite ed in assenza di deficit focali, la rachicentesi può essere eseguita anche senza TC cranio^(1,12,14,19)

Etiologia

- Mogensen LB et al. Headaches in the emergency department. *Headache* 2001; 41:525-541
- Ramirez-Lassepas M et al. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. *Arch Neurol* 1997; 54:1506-1509
- Stevenson RJ et al. The management of acute headache in adults in an acute admission unit
- Cerbo R et al. Primary headache in emergency department: prevalence, clinical features and therapeutic approach. *J Headache Pain* 2005; 6:287-293
- Rajta G et al. Nontraumatic Headache in the emergency department: survey in the province of Trieste. *J Headache Pain* 2005; 6:288-300
- Comitato ad hoc della Società Italiana per lo Studio della Cefalea. Linee guida italiane per la diagnosi e la terapia differenziale e della cefalea a grappolo. Consultabili al sito
- American College of Radiology - ACR appropriateness criteria. A traumatic

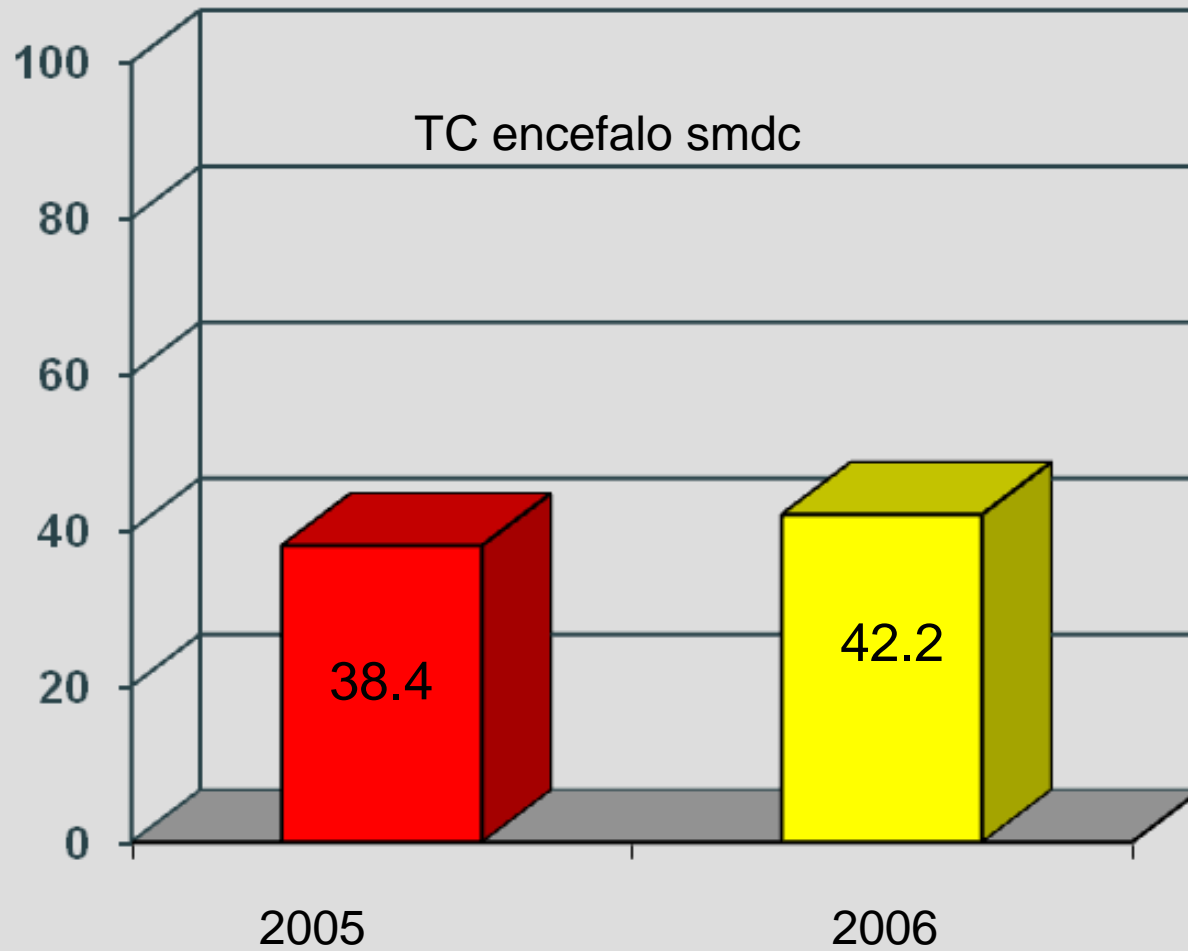
- isolated headache. When to image. Disponibile al sito
- Guidelines for the management of headache. Danish neurological society and Danish headache society. *Cephalalgia* 1998; 18:9-22
- Phye-Phillips WEM et al. Guidelines for the diagnosis and the management of migraine in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1997; 156:1273-1287
- Multispecialty consensus on the diagnosis and treatment of headache. Disponibile sul sito
- American college of emergency physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting to the emergency department with acute headache. *Ann Emerg Med* 2002; 38:1181-122
- Corbelli P et al. Evidence-based Diagnosis of nontraumatic headache in the emergency department: a consensus statement on four clinical scenarios. *Headache* 2004; 44:587-595
- Godwin SA et al. Villa J. Cefalea in DEA: valutazione e opzioni terapeutiche basate sulle evidenze. *Emerg Med Pract* 2001; 9:1-32

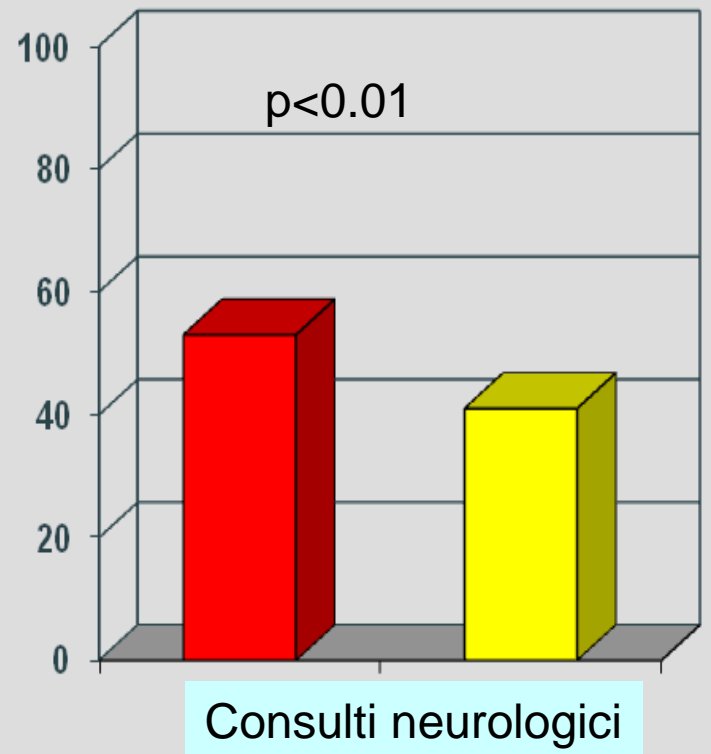
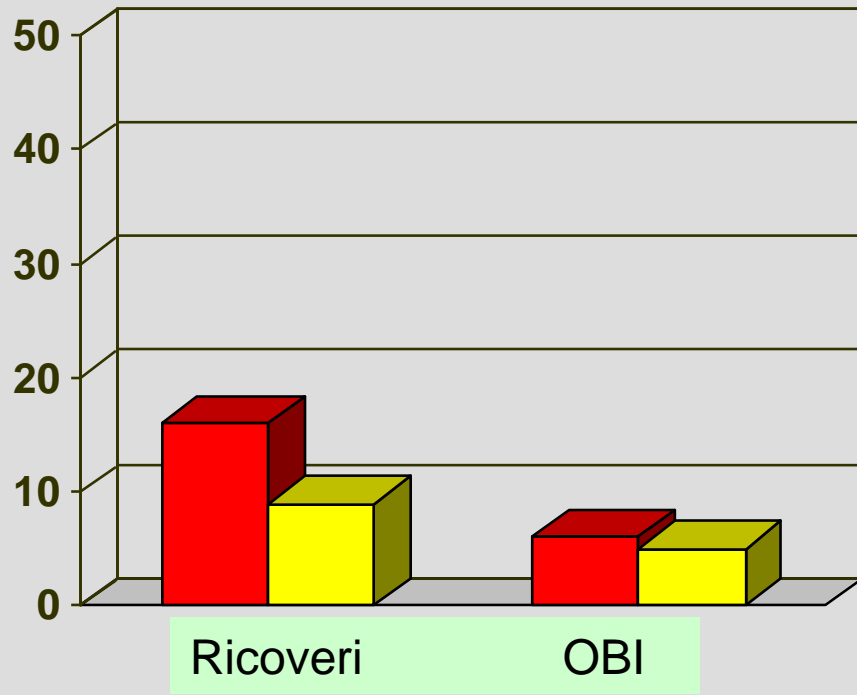
- The International classification of headache disorders - II edition. *Cephalalgia* 2004; 24:1-160
- Rasmussen EK et al. Epidemiology of headache - a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44:1147-1157
- Jimenez-Caballero RE. Analisis de las cefaleas atendidas en las guardias de Neurologia. *Rev Neurol* 2005; 40:468-469
- Valade D. Headache presenting in a casualty service - four years experience at an Emergency Headache Center. *Rev Neurol (Paris)* 2005; 161:729-731
- Edlow JA et al. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *NEJM* 2000; 342:29-36
- Wesseling J et al. Lumbar puncture still has an important role in diagnosing subarachnoid hemorrhage. *Br Med J* 1997; 315:1598-1599
- Lubin RB et al. A self-administered screening for migraine in primary care. The ID Migraine validation study. *Neurology* 2003; 375-382

³ Cefalea abituale ma con una delle seguenti caratteristiche:
 ✓ Durata superiore
 ✓ Intensità superiore
 ✓ Mancata risposta ai farmaci in uso

⁵ ID MigraineTM:
 ✓ Completa inabilità a causa del dolore
 ✓ Fotofobia
 ✓ Nausea
 Se la risposta è positiva a tutte le domande, accuratezza diagnostica di emicrania del 93%

⁴ Preferire l'uso di FANS ev. eventualmente associati a metoclopramide. Sconsigliato l'uso di triptani e di tramadolo





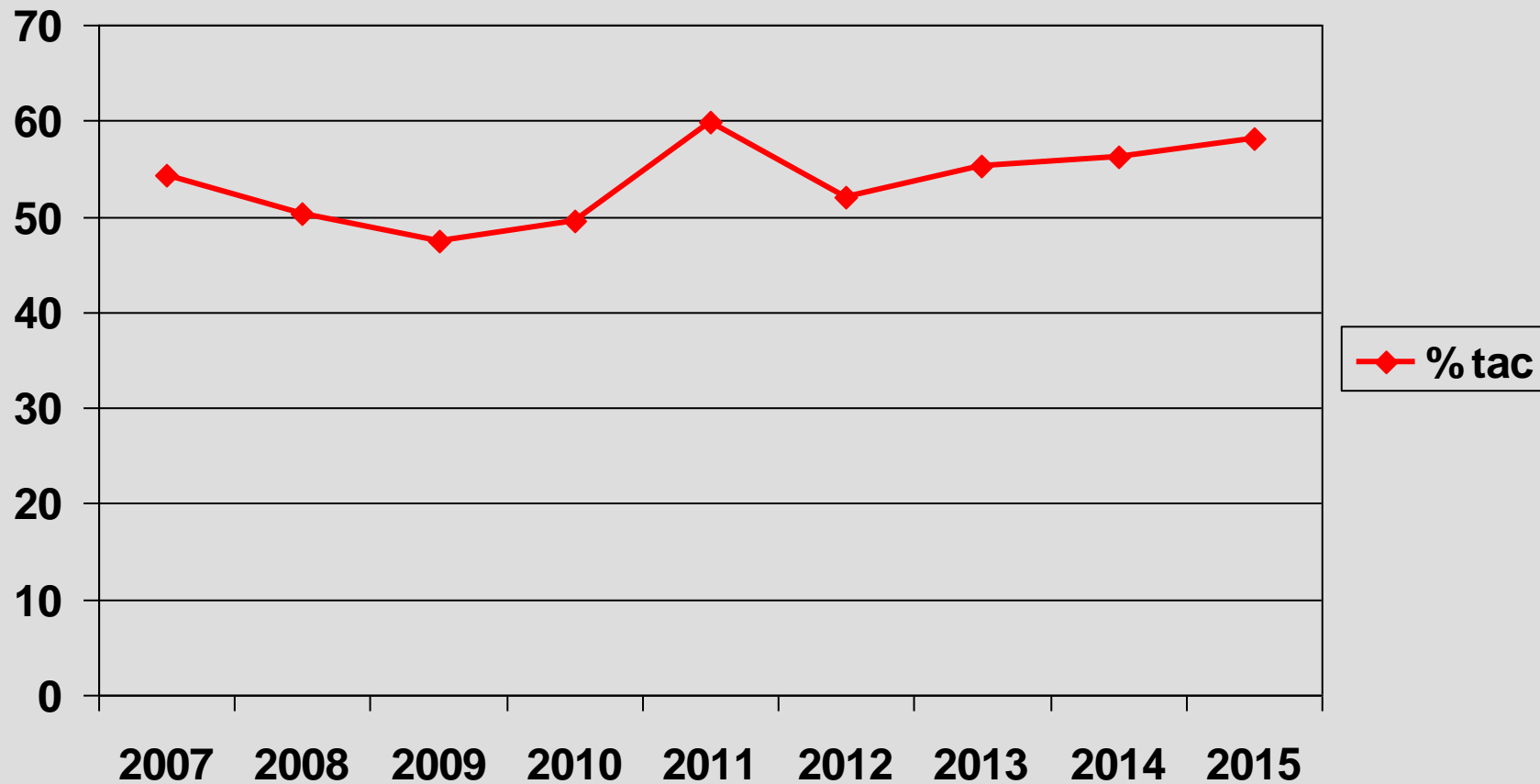
	Headache 2006	Headache 2008	Emerg med J 2004	Cephalagia 2006	Cuneo 2006
Pazienti	558	100	353	5198	376
TC scan	26.7%	51%	21.8%	14.5%	42.2%
Neur. cons	?	17%	?	?	41.2%
LP	9.9%	9%	6.5%	2.4%	0.7%
Ricoveri	30.1%	18%	?		9.0%

CEFALEA non TRAUMATICA Diagnosi

	N = 702	N=911
CEFALEE SECONDARIE MALIGNNE	30/702 (4.3%)	31/1033 (3,4%)
CEFALEE PRIMITIVE	496/702 (70.6%%)	614/911 (67.3%)
CEFALEE SECONDARIE BENIGNE	176/702 (25.1%)	266/911 (29.1%)

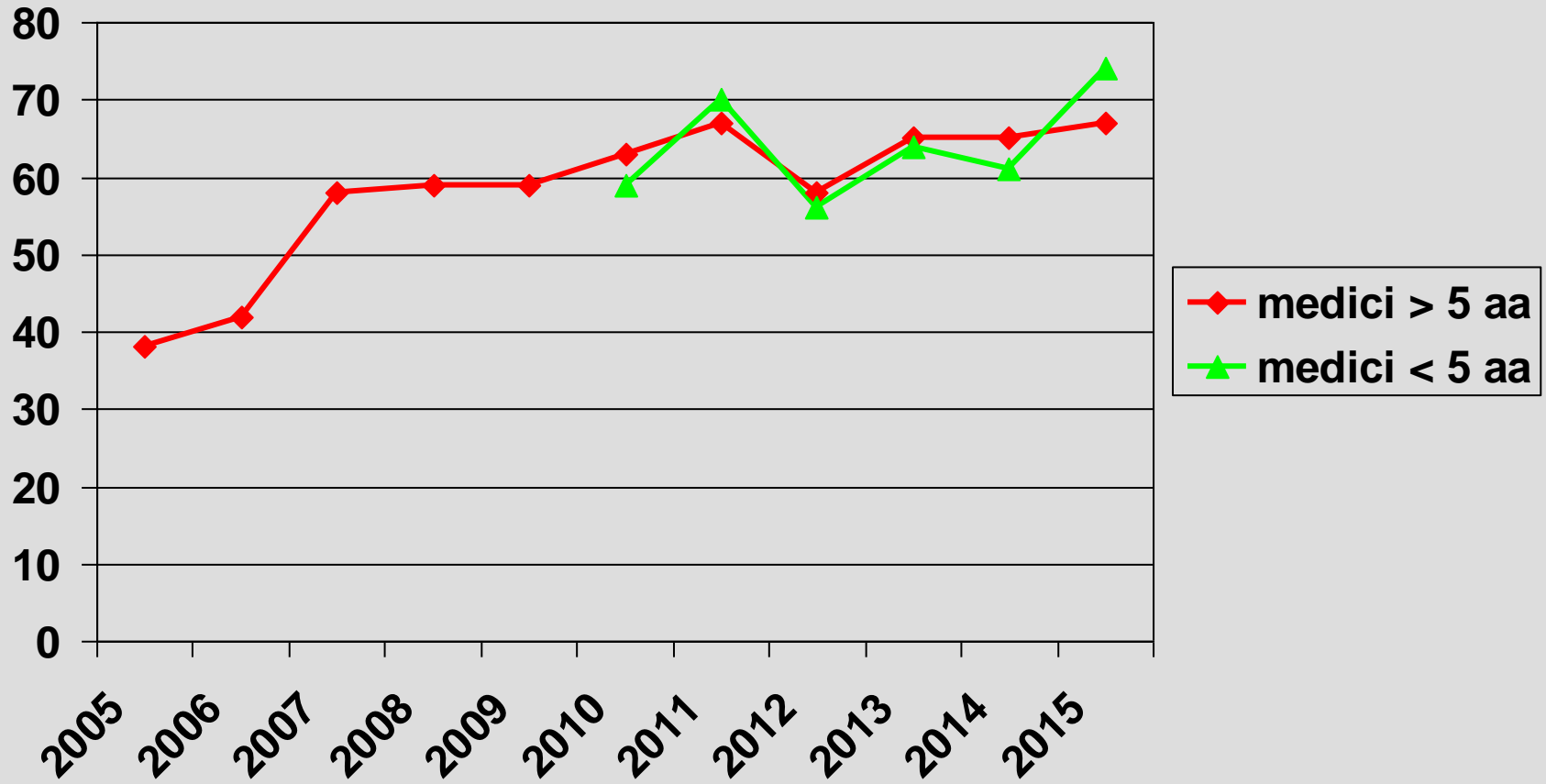
Dati 2006 / 2015 DEA S. Croce e Carle Cuneo

Cefalea: % pazienti con TC cranio totalità dei pazienti (2007/2015: 10729pz)

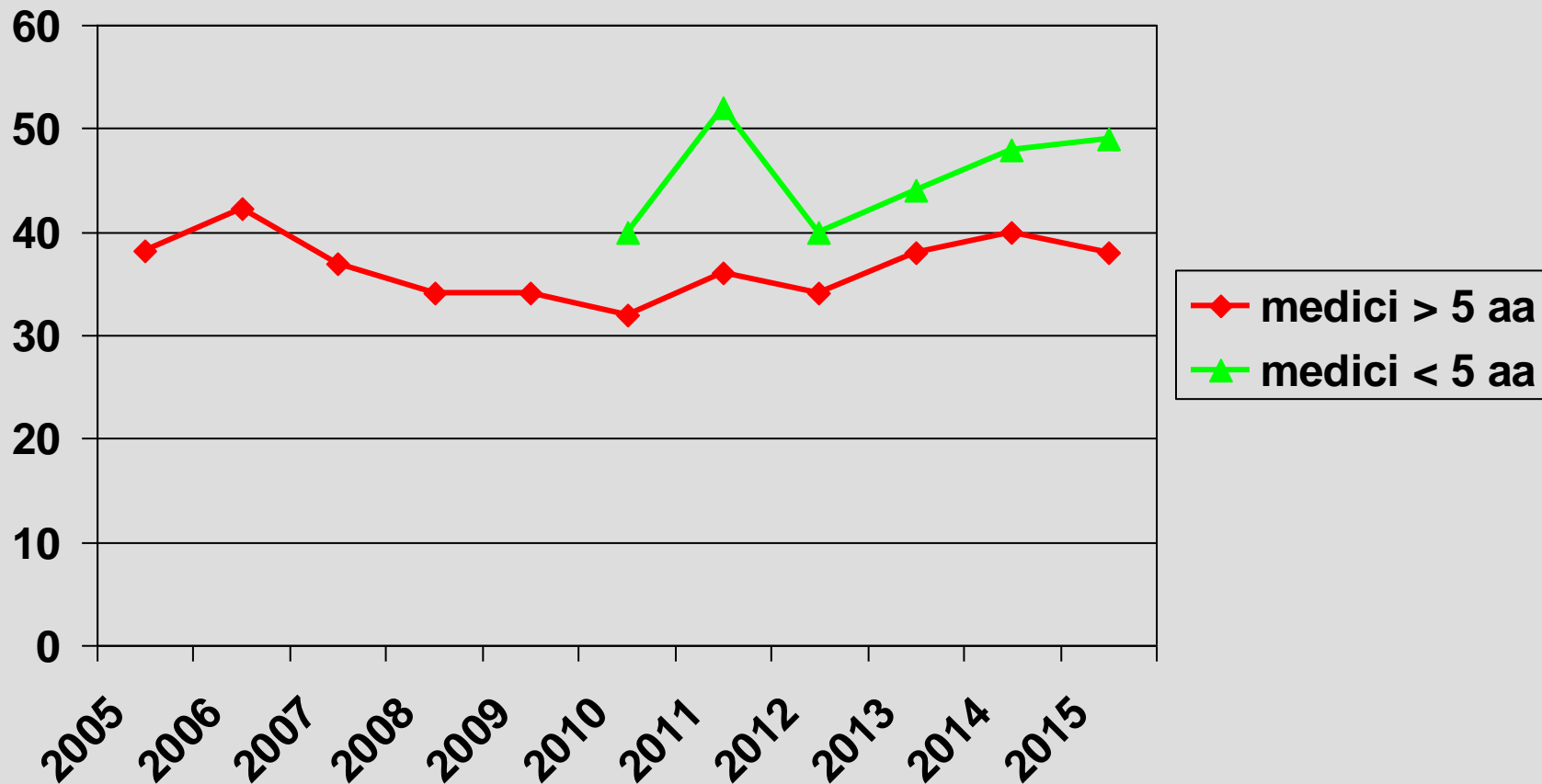


Richieste tc cranio 2007-2012

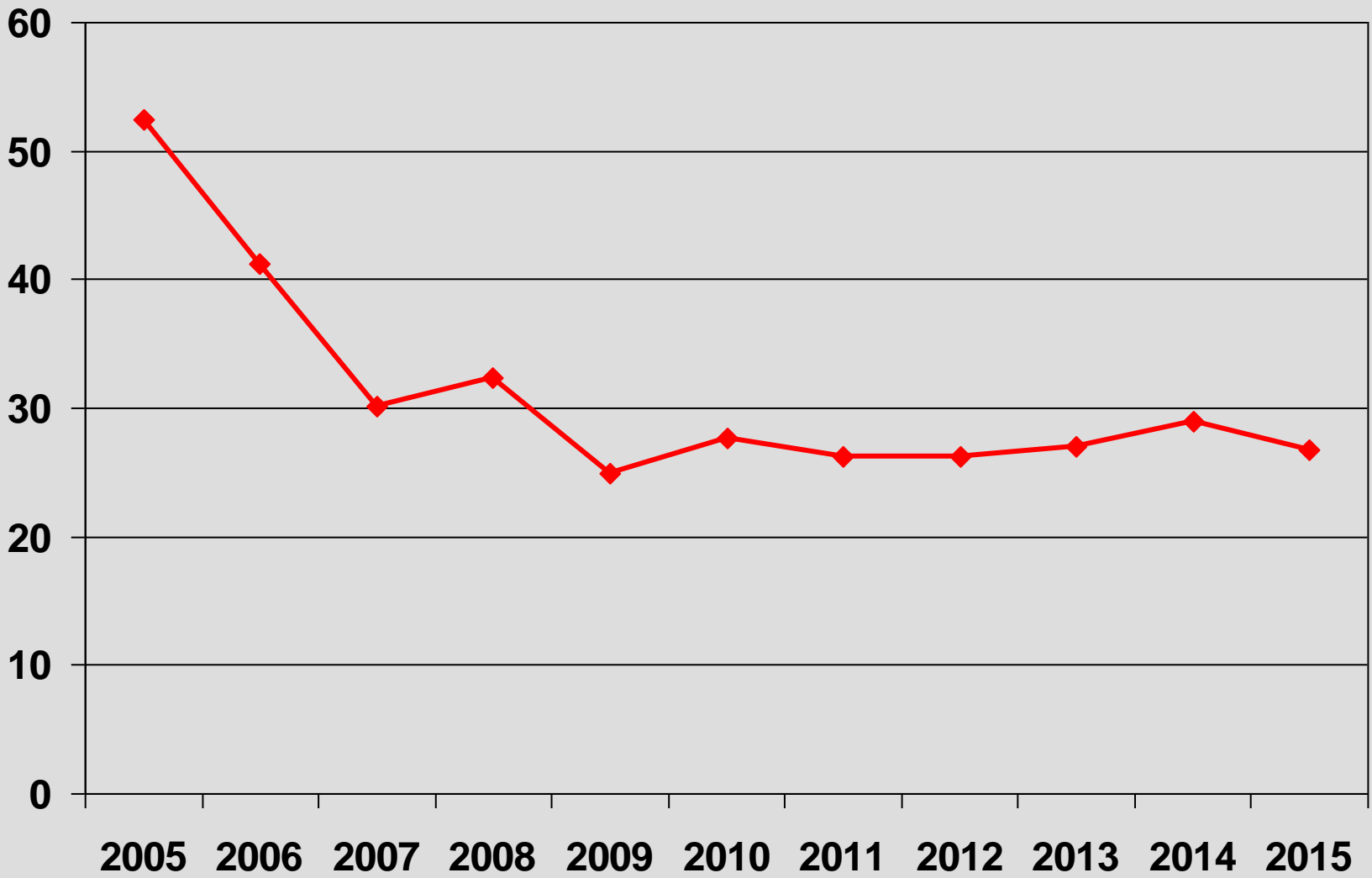
codice giallo



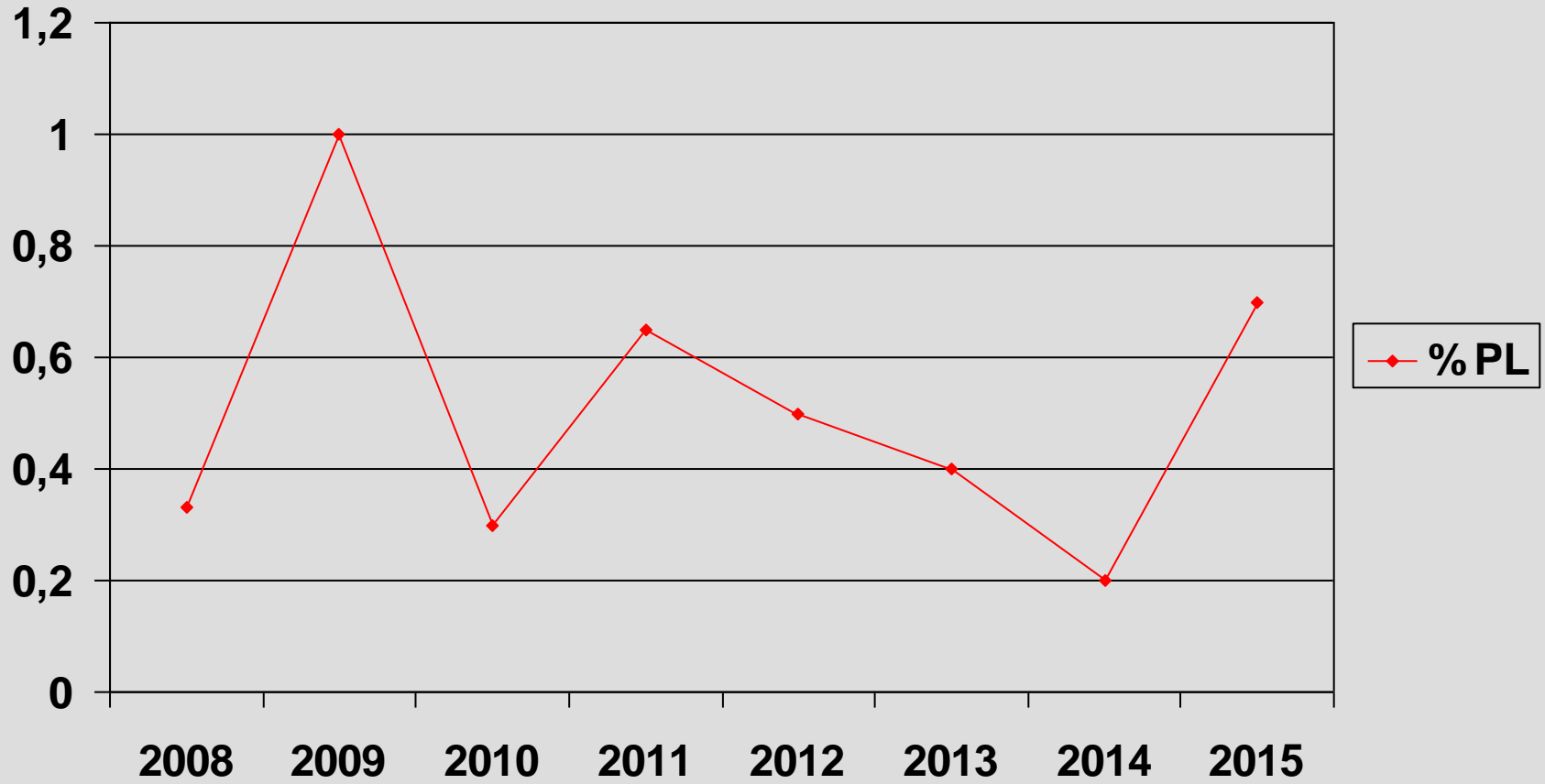
Richieste tc cranio cod. verde



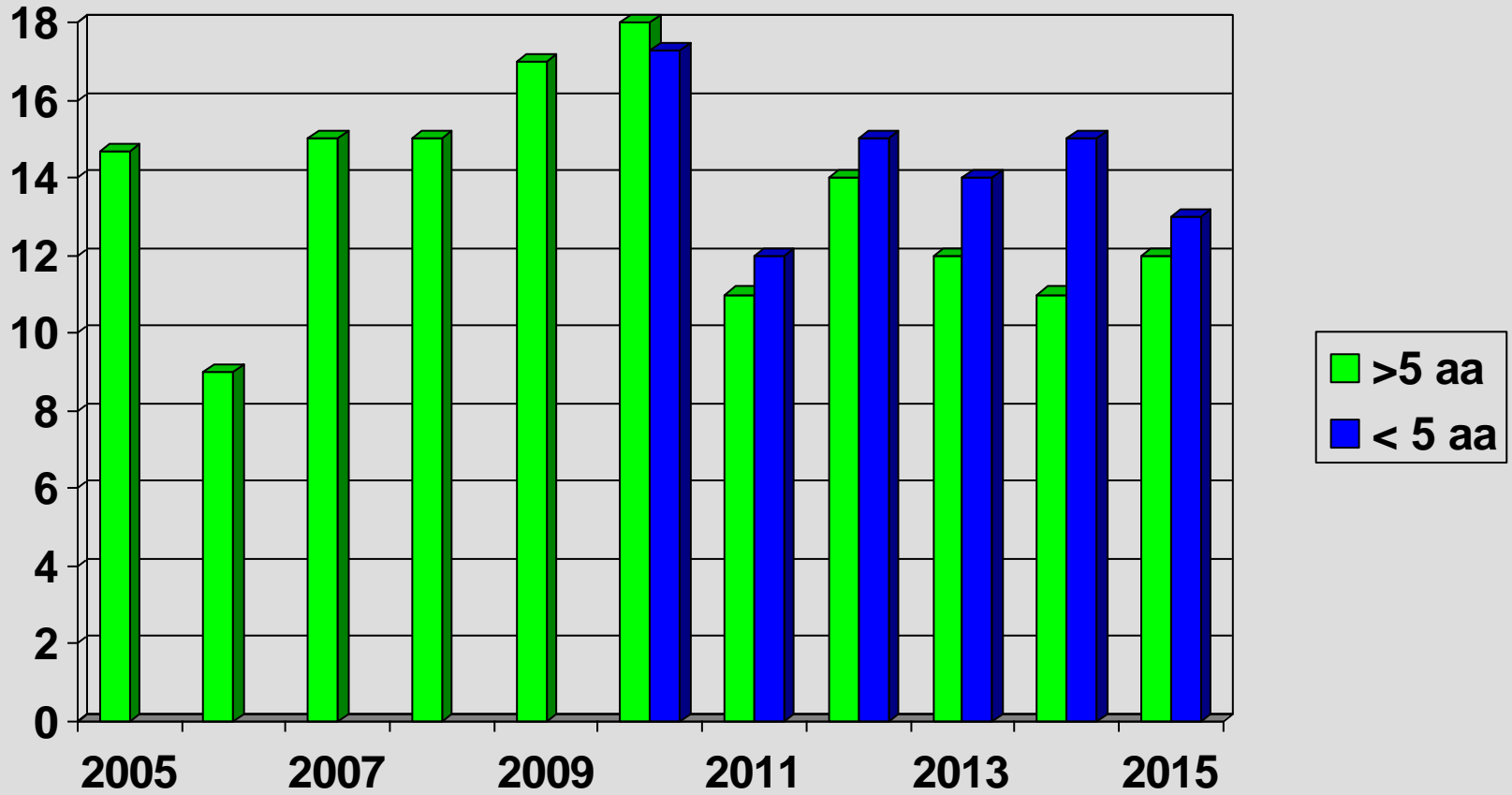
cons.neurol.

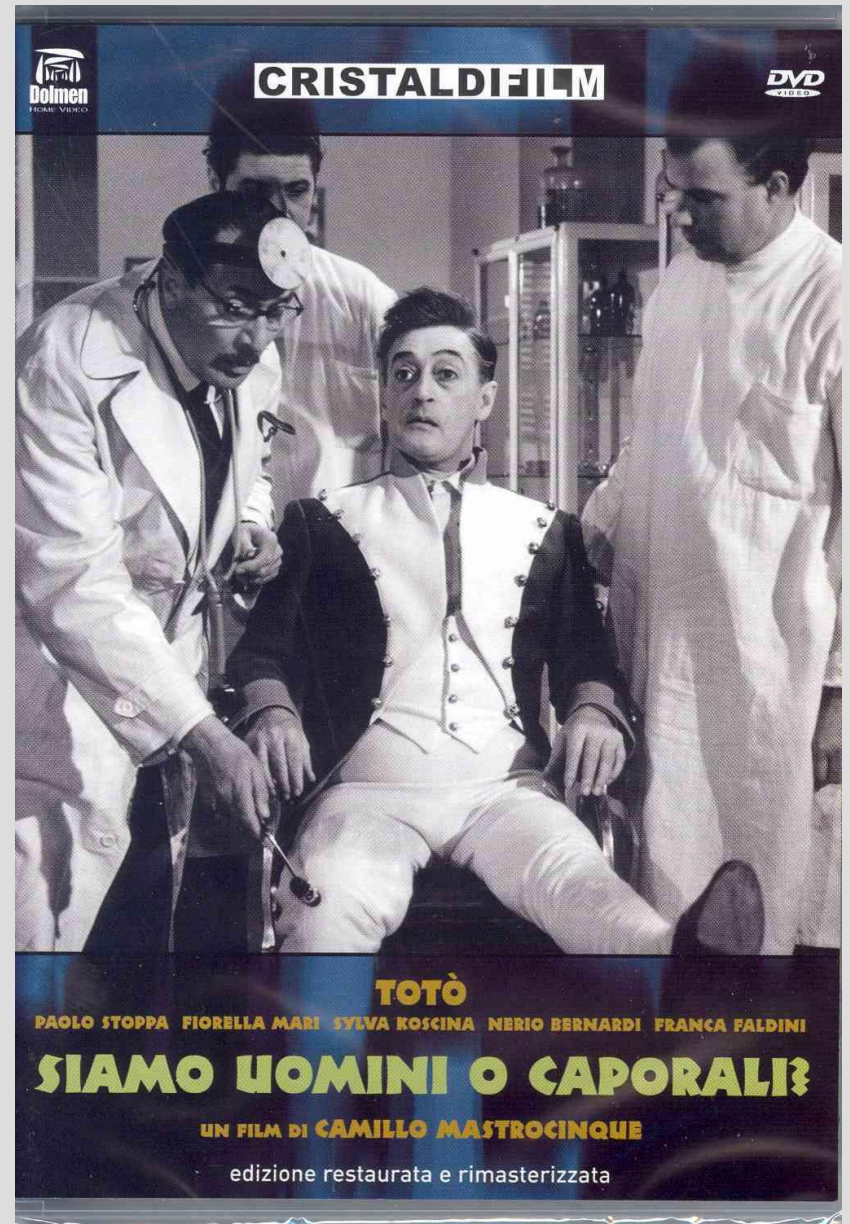


% PL



ricoverati





PREVEDIBILMENTE
IRRAZIONALE
DAN ARIELY
LE FORZE NASCOSTE
CHE INFLUENZANO
LE NOSTRE DECISIONI

Rizzoli

Emergency Physician Perceptions of Medically
Unnecessary Advanced Diagnostic Imaging

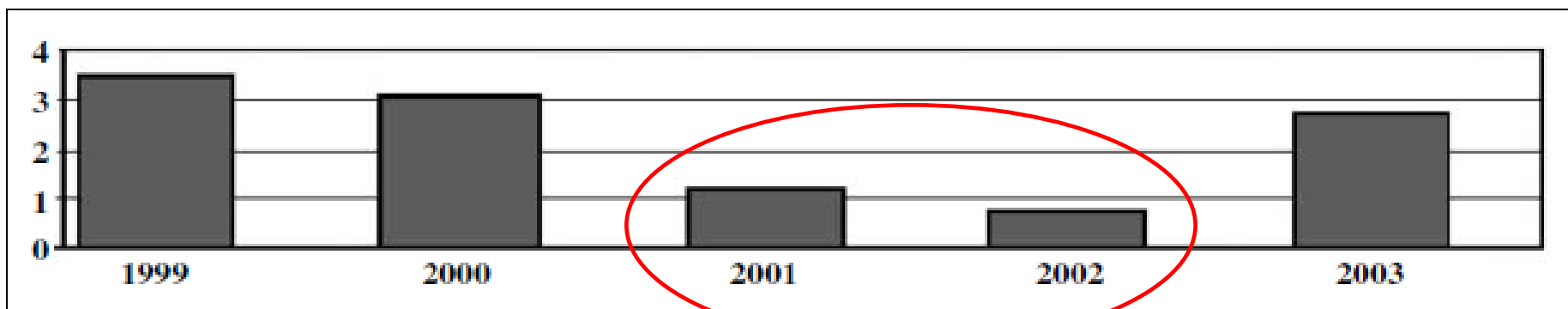
80% dei tests sono in eccesso
70% timore di “missing diagnosis”
65% contenzioso medico legale

- Pressioni “esterne”
- Turn over degli operatori
- Minor “visibilità” del percorso

CLINICAL GOVERNANCE OF HEADACHE RELATED PROBLEMS

P. Querzani • D. Grimaldi • S. Cevoli • C. Begliardi • F. Rasi • P. Cortelli

Headache: clinical governance in health care management in the Emergency Department



Ricoveri LEA DRG 25

“(.....) a monitoring system **MUST** be set up.....”

- strumento EBM per gestire condizioni comuni a elevato rischio;
- Potenziale miglioramento dell'impiego delle risorse
- Fruibilità nel Dipartimento di Emergenza
- Efficacia condizionata dal contesto
- Necessita di feed back e monitoraggio
- Limitata capacità di influenzare comportamenti consolidati





se **Totò** era un "Uomo di Mondo
perchè aveva fatto il militare a Cuneo",
allora tutti coloro che hanno fatto
il militare a Cuneo sono **Uomini di Mondo**

(Aristotele)



Grazie per l'attenzione
Dott. Giuseppe Lauria