

Il medico dell'emergenza e il paziente con cefalea

Paola Caporaletti

Napoli 18 novembre 2016



Purtroppo la stragrande maggioranza dei medici di Pronto Soccorso non solo non è esperta di cefalee, ma è giustamente preoccupata del possibile risvolto medico - legale dell'eventuale mancato riconoscimento di una cefalea secondaria.

Il Pronto Soccorso è probabilmente **il luogo peggiore in assoluto** per la valutazione di un paziente cefalalgico: rumori, luci, presenza di pazienti con gravi patologie, assenza di privacy, tempo limitato sono solo alcuni dei fattori «disturbanti» che spesso impediscono l'approccio più corretto.

V. Gallai, L.A. Pini Trattato delle cefalee 2002

Dal 2% al 4,5% delle visite in Dipartimento d'Emergenza



Edlow et al, Ann Emerg Med, 2008

Vermeulen et al, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1990

Ramirez-Lassepas et al, Arch Neurol, 1997

Friedman Emerg Med Clin North Am 2009

Torelli et al, Neurol Sci, 2010

Quindi vengono.....perché?

Il primo attacco della sua vita

Un attacco più violento degli altri

Un attacco diverso dagli altri

Un attacco che non recede con la abituale terapia

Un attacco accompagnato da una crisi di panico

Rapoport e Sheftell 1999

il paziente con cefalea

Classificazione Internazionale delle Cefalee

Headache Classification Committee
of the International Headache Society (IHS)
The International Classification of Headache Disorders

3rd edition

3^a
EDIZIONE
VERSIONE BETA

Indice

Codici dell'ICHD-3BETA.....	7
Capitolo 1. Emicrania	17
Capitolo 2. Cefalea di tipo tensivo	31
Capitolo 3. Cefalea a grappolo e altre cefalee autonome-trigeminali.....	37
Capitolo 4. Altre cefalee primarie	45
Capitolo 5. Cefalea attribuita a traumatismo cranico e/o cervicale.....	55
Capitolo 6. Cefalea attribuita a disturbi vascolari cranici o cervicali.....	63
Capitolo 7. Cefalea attribuita a patologie intracraniche non vascolari	77
Capitolo 8. Cefalea attribuita all'uso di una sostanza o alla sua sospensione	87
Capitolo 9. Cefalea attribuita ad infezione	101
Capitolo 10. Cefalea attribuita a disturbo dell'omeostasi.....	109
Capitolo 11. Cefalea o dolori facciali attribuiti a disturbi di cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali o craniche.....	121
Capitolo 12. Cefalea attribuita a disturbo psichiatrico.....	131
Capitolo 13. Neuropatie dolorose craniche e altri dolori facciali	135
Capitolo 14. Altri disturbi cefalgici.....	147
Appendice.....	149
A1. Emicrania	151
A2. Cefalea di tipo tensivo (criteri alternativi)	154
A3. Cefalee autonome-trigeminali (TACs).....	154
A4. Altre cefalee primarie.....	154
A5. Cefalea attribuita a traumatismo cranico o cervicale.....	155
A6. Cefalea attribuita a disturbo vascolare cranico o cervicale.....	156
A7. Cefalea attribuita a disturbo intracranico non vascolare	157
A8. Cefalea attribuita ad uso o sospensione di una sostanza.....	157
A9. Cefalea attribuita ad infezione	157
A10. Cefalea attribuita a disturbi dell'omeostasi	158
A11. Cefalea o dolori facciali attribuiti a disturbi di cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali o craniche.....	159
A12. Cefalea attribuita a disturbo psichiatrico	160

© International Headache Society 2013

Cefalee primarie

1. Emicrania
2. Cefalea di tipo tensivo
3. Cefalea a grappolo e altre cefalee autonomico-trigeminali
4. Altre cefalee primarie

Cefalee secondarie

5. Cefalea attribuita a traumatismo cranico e/o cervicale
6. Cefalea attribuita a disturbi vascolari cranici o cervicali
7. Cefalea attribuita a patologie intracraniche non vascolari
8. Cefalea attribuita all'uso di una sostanza o alla sua sospensione
9. Cefalea attribuita ad infezione
10. Cefalea attribuita a disturbo della omeostasi
11. Cefalea o dolori facciali attribuiti a disturbi di cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali o craniche
12. Cefalea attribuita a disturbo psichiatrico
13. Neuropatie dolorose craniche e altri dolori facciali
14. Altri disturbi cefalalgici

1 EMICRANIA

1.1 Emicrania senza aura

1.2 Emicrania con aura

1.2.1 Emicrania con aura tipica

1.2.1.1 Aura tipica con cefalea

1.2.1.2 Aura tipica senza cefalea

1.2.2 Emicrania con aura troncoencefalica

1.2.3 Emicrania emiplegica

1.2.3.1 Emicrania emiplegica familiare (FHM)

1.2.3.1.1 Emicrania emiplegica familiare tipo 1 (FHM1)

1.2.3.1.2 Emicrania emiplegica familiare tipo 2 (FHM2)

1.2.3.1.3 Emicrania emiplegica familiare tipo 3 (FHM3)

1.2.3.1.4 Emicrania emiplegica familiare, altri loci

1.2.3.2 Emicrania emiplegica sporadica

1.2.4 Emicrania retinica

1.3 Emicrania cronica

1.4 Complicanze dell'emicrania

1.4.1 Stato emicranico

1.4.2 Aura persistente senza infarto

1.4.3 Infarto emicranico

1.4.4 Epilessia indotta dall'emicrania

1.5 Probabile emicrania

1.5.1 Probabile emicrania senza aura

1.5.2 Probabile emicrania con aura

1.6 Sindromi episodiche che possono essere associate all'emicrania

1.6.1 Disturbo gastrointestinale ricorrente

1.6.1.1 Sindrome del vomito ciclico

1.6.1.2 Emicrania addominale

1.6.2 Vertigine parossistica benigna

1.6.3 Torcicollo parossistico benigno

1.1 Emicrania senza aura

Almeno 5 attacchi che soddisfino i seguenti criteri

- Durata 4-72 ore
- Almeno 2 delle seguenti caratteristiche:
 - Localizzazione unilaterale
 - Dolore pulsante
 - Intensità medio-forte
 - Aggravata da o che limiti le attività fisiche di routine
- Associata almeno ad una tra :
 - Nausea e/o vomito
 - Foto e fonofobia

1.2 Emicrania con aura

Almeno 2 attacchi che soddisfino i seguenti criteri

Uno dei seguenti sintomi dell'aura completamente reversibili

- Visivi
- Sensitivi
- Parola / linguaggio
- Motori
- Del tronco encefalico
- Retinici

Almeno una della seguenti

- Aura si sviluppa in ≥ 5 minuti
- Ogni sintomo dura 5 – 60 minuti
- Almeno 1 sintomo è unilaterale
- Aura accompagnata o seguita entro 60 minuti da cefalea

2. Cefalea di tipo tensivo

Almeno 10 episodi di cefalea soddisfino i seguenti criteri

Durata da 30 minuti a 7 giorni

- Almeno 2 delle seguenti caratteristiche.
 - Localizzazione bilaterale
 - Dolore gravativo o costrittivo
 - Intensità lieve - media
 - Non aggravata da attività fisica
- NO nausea e vomito
- Foto o fonofobia

3. Cefalea a Grappolo

Almeno 5 crisi

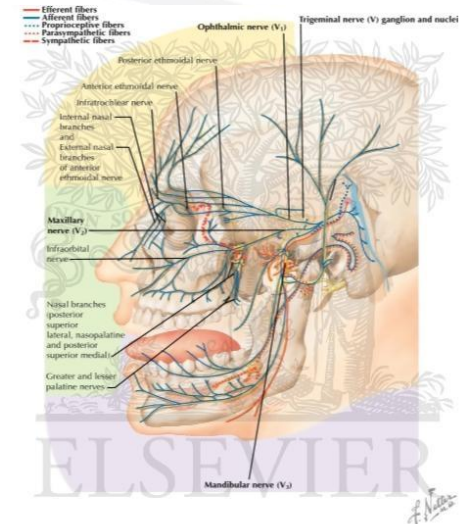
- dolore severo unilaterale orbitario o sovraorb. e/o temporale
- Durata 15 – 180 minuti
 - Almeno una
 - Iniezione congiuntivale e/o lacrimazione
 - Congestione nasale e/o rinorrea
 - Edema palpebrale
 - Sudorazione facciale e frontale
 - Arrossamento facciale e frontale
 - Miosi e/o ptosi
- Irrequietezza o agitazione
- Frequenza tra 1 ogni 2 gg e 5 al giorno per la metà della fase attiva

3. Cefalea a grappolo

- Estensione anche altre aree del capo
- Segni di accompagnamento
- da 15 a 180 min
- Pattern a Grappolo
- Stesso orario
- Ereditarietà
- III decade

13. 1. 1. Nevralgia trigeminale classica

- Solo territorio del V nc
- frazioni di sec a 2 min
- spesso scossa elettrica
- Evocato da stimoli faciali innocui sul lato affetto
- VI decade
- Tic doloroso



4. Altre cefalee primarie

- 4.1 da tosse
- 4.2 da attività fisica
- 4.3 associata ad attività sessuale
- 4.4 «a rombo di tuono»
- 4.5 da stimolo freddo
- 4.6 da pressione esterna
- 4.7 primaria trafittiva
- 4.8 nummulare
- 4,9 ipnica
- 4.10 New Daily Persistent Headache

Cefalea da tosse

malformazione di Arnold-Chiari tipo 1

Ipotensione liquorale

Stenosi del collo carotideo e vertebrobasilare

Idrocefalo cranica posteriore

Emicrania

Impressione

Platibasi

Ematoma subdurale

Aneurismi cerebrali

sindrome da vasocostrizione cerebrale reversibile

**La sindrome della cefalea da tosse è
Sintomatica nel 40% dei casi**

Cefalea «rombo di tuono»

- 6.2.1 emorragia intracranica non traumatica
- 6.2.2 emorragia subaracnoidea non traumatica
- 6.2.3 ematoma subdurale acuto non traumatico
- 6.3.1 aneurisma sacculare che non ha sanguinato
- 6.7.3 Sindrome da Vasocostrizione
Cerebrale Reversibile

IHS 3ed vers beta



O' tuono 'e marzo.
Vesuviolive.it

.....l'eventuale mancato riconoscimento di una cefalea secondaria.

- **Emorragie cerebrali**
(subaracnoidea, intraparenchimale, ematoma subdurale acuto)
- **Infezioni del SNC** *(meningiti, encefaliti, ascessi)*
- **Neoplasie cerebrali**
- **Dissecazione carotidea**
- **Trombosi venosa dei seni cerebrali**
- **Arterite di Horton**
- **Emergenza ipertensiva**
- **Intossicazioni da CO**
- **Glaucoma acuto**

Anamnesi

Una accurata anamnesi è molto difficile in un paziente molto sofferente

- Caratteristiche del dolore (sede, tipo, qualità, durata)
- Esordio
- Sintomi di accompagnamento
- Fattori scatenanti
- Precedenti indagini e/o ricoveri
- Febbre
- Farmaci (terapia abituale o terapia analgesica)

Anamnesi

Una accurata anamnesi è molto difficile in un paziente molto sofferente

E' la prima volta che soffri di cefalea? E' la peggiore della tua vita?

Quale è la intensità del dolore da 1 a 10?

Ci sono sintomi che avverti prima della insorgenza di cefalea?

Quali sintomi si accompagnano alla cefalea e quali sintomi hai ora?

Quando è insorta la cefalea?

E' iniziata piano e poi è diventata forte?

Dove è localizzato il dolore?

Come è il dolore? (trafittivo, pulsante, lancinante, a casco?)

Soffri di qualche patologia?

Assumi farmaci? Quali?

Hai recentemente avuto un trauma cranico o febbre o un altro problema medico?

Esame obiettivo

Prakash and Rathore *The Journal of Headache and Pain* (2016) 17:95
DOI 10.1186/s10194-016-0687-9

The Journal of Headache
and Pain

REVIEW ARTICLE

Open Access



Side-locked headaches: an algorithm-based approach

Sanjay Prakash^{1,2*} and Chaturbhui Rathore¹

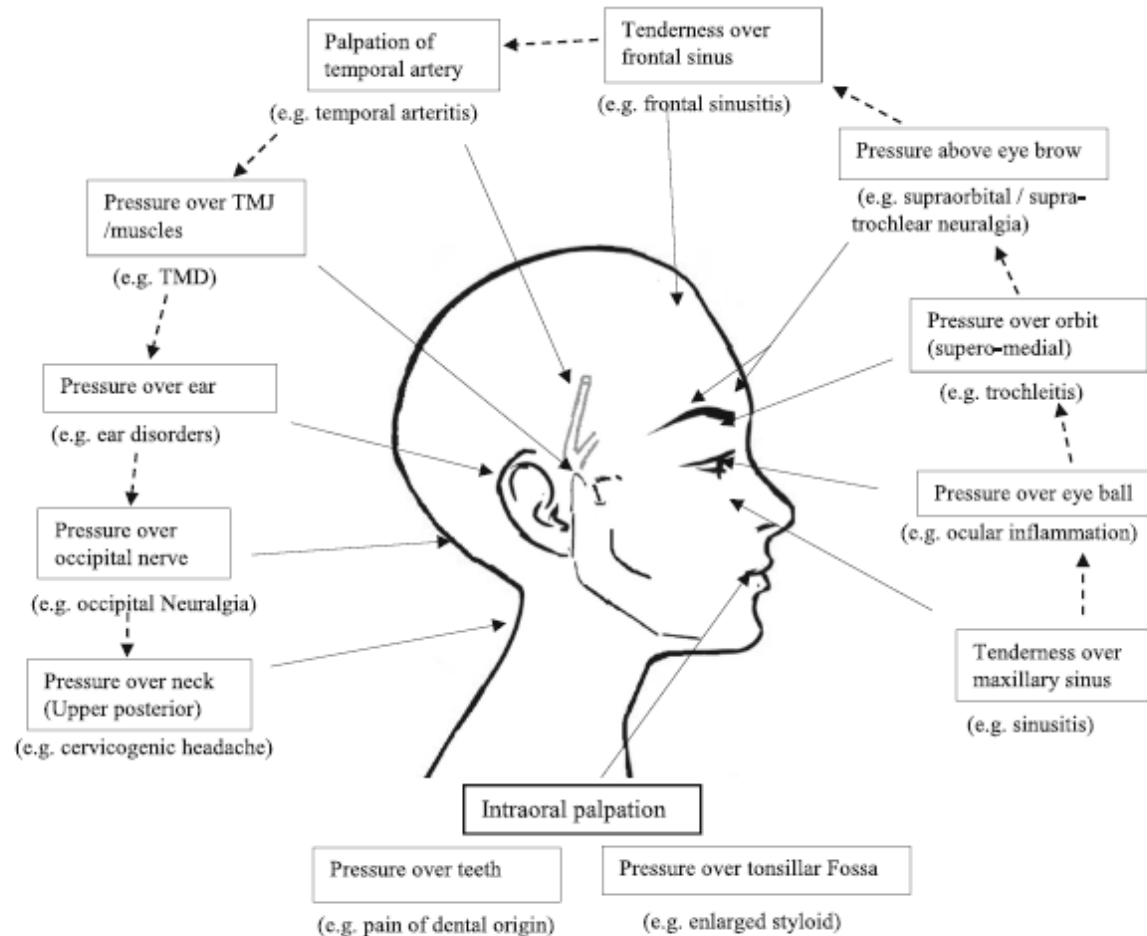


Fig. 4 Provocative procedures to reproduce pain in various secondary headaches and Neuralgia

SNOOP⁴



- **SYSTEMIC SYMPTOMS** (fever, weight loss) Or **SECONDARY RISK FACTORS** (HIV, systemic cancer)
- **NEUROLOGICAL** symptoms / signs (confusion, impaired alertness or consciousness)
- **ONSET** sudden, abrupt or split second
- **OLDER** new onset or progressive headache especially > 50 aa
- **PREVIOUS HEADACHE HISTORY** (First headache or different; change in attack frequency, severity or clinical features)
- **POSTURAL, POSITIONAL**
- **PRECIPITATED** by Valsalva, exercise.....
- **PAPILLEDEMA**

Storie di pronto soccorso

Uomo 59 anni, fumatore, lieve ipercolesterolemia, da «sempre» soffre di crisi di emicrania con terapia analgesica della crisi (nimesulide)

Ore 12,30 dolore trafittivo in temporo-parietale sinistra di intensità molto severa ad esordio brusco, improvviso, come un «tuono» con sensazione di ottundimento auricolare omolaterale e successivamente irradiatosi al collo.

«Mai provato niente di simile»

PA 150/90, esame obiettivo generale e neurologico negativo

Soggettiva sensazione di «tirare» nella regione del collo.

Accesso venoso, prelievo ematico per esami di laboratorio, e.....

TC !!

TC in urgenza senza mdc negativa

Il paziente assume spontaneamente nimesulide con scomparsa completa del sintomo

Consiglio a ricovero in neurologia con Osservazione clinica ed approfondimento diagnostico.



T A C : l i m i t i

- Fattore ***tempo***: riduzione della sensibilità per diluizione ed eliminazione del sangue con la circolazione continua del liquido cefalorachidiano
- Fattore **Volume**
- ***Anemia*** : ***Hct < 30%*** ***Hb < 10 mg/dl***
- ***Esperienza*** del medico refertante
- ***Tecnologia***

RESEARCH

Sensitivity of computed tomography performed within six hours of onset of headache for diagnosis of subarachnoid haemorrhage: prospective cohort study

Perry et al, BMJ, 2011

In oltre 3000 paz
entro le 6 ore dall'evento:

Sensibilità 100%

Specificità 100%

Conclude che la puntura lombare non aggiunge nulla al processo decisionale

Ann Emerg Med. 2013 Jul;62(1):1-10.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.09.003. Epub 2012 Sep 29.

Nontraumatic subarachnoid hemorrhage in the setting of negative cranial computed tomography results: external validation of a clinical and imaging prediction rule.

Mark DG¹, Hung YY, Offerman SR, Rauchwerger AS, Reed ME, Chettipally U, Vinson DR, Ballard DW; Kaiser Permanente CREST Network Investigators.

Results: Fifty-five cases of subarachnoid hemorrhage meeting inclusion criteria were identified, 34 (62%) of which were attributed to cerebral aneurysms. External validation of the clinical rule demonstrated a sensitivity of 97.1% (95% confidence interval [CI] 88.6% to 99.7%), a specificity of 22.7% (95% CI 16.6% to 29.8%), and a negative likelihood ratio of 0.13 (95% CI 0.03 to 0.61) for a diagnosis of subarachnoid hemorrhage. External validation of the imaging rule revealed that 11 of 55 subarachnoid hemorrhage cases (20%) had negative cranial CT results for tests performed within 6 hours of headache onset.

**Il 20% mancate diagnosi di ESA con TC
eseguita entro le 6 ore dall'esordio.....**

Rachicentesi?



Dr G Pepe

Ore 4 del mattino risveglio per cefalea molto intensa, a tutto il capo con vomito ripetuto e instabilità nella deambulazione.

118 mike : non segni focali neurologici PA 140/90 vede documentazione del ps e propone terapia analgesica al domicilio.....

Il paziente insiste e viene condotto in PS.....
ricovero in neurologia

Ore 8 RMN encefalo con evidenza di emorragia perimesencefalica.....

Da portare a casa

- **La maggior parte delle cefalee che giunge in ps sono forme primarie**
- **anamnesi quanto più accurata possibile**
- **Esame obiettivo anche con ricerca dei punti trigger**
- **SNOOP⁴**
- **Miglioramento dopo terapia non è diagnostico**
- **Il 75% delle emorragie subaracnoidee non hanno alterazione della coscienza**
- **Limiti della TC**



Grazie

Paola Caporaletti

Segretario.nazionale@simeu.it