



PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA CEFALEA

REVISIONE FEBBRAIO 2007

SULLA BASE DELLA CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE CEFALIE, II EDIZIONE 2004

SOMMARIO

SOMMARIO	2
GRUPPO DI LAVORO	3
PREMESSA	4
Dimensioni del problema ed epidemiologia.....	4
Obiettivo generale.....	6
Obiettivi specifici.....	6
Metodologia.....	7
IMPORTANZA DELL'ANAMNESI	8
FLOW CHART DEL PDT CEFALEA.....	13
Note in calce alla flow chart.....	14
segnali d'allarme	14
SINTOMI D'ALLARME ANAMNESTICI.....	14
SINTOMI D'ALLARME ALLA VISITA MEDICA.....	14
indicazioni per indagini diagnostiche.....	14
complessità del quadro clinico	17
PDT DEL PAZIENTE AFFETTO DA CEFALEA: FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE.....	18
I fase.....	18
II fase	19
III fase.....	19
LA CEFALEA IN ETÀ EVOLUTIVA	21
Epidemiologia.....	21
Iter diagnostico differenziale.....	22
Anamnesi	22
Esame obiettivo.....	24
Accertamenti specialistici e strumentali.....	25
Processo decisionale	25
Bibliografia (cefalee in età evolutiva).....	26
ALLEGATO 1 - CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE CEFALIEE, 2004	27
Emicrania.....	27
Cefalea di tipo tensivo.....	31
Cefalea a grappolo e altre cefalalgie autonomico-trigeminali	34
Cefalea da uso eccessivo di farmaci	35
Bibliografia.....	36
ALLEGATO 2 - SCHEMA DI ANAMNESI	37
ALLEGATO 3 - DIAGNOSI DELLE PRINCIPALI FORME DI CEFALEA PRIMARIA	40
ALLEGATO 4 - DIARIO CEFALEA	42

GRUPPO DI LAVORO

IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino - Pavia

- prof. Giuseppe Nappi
- dr.ssa Antonietta Citterio
- dr.ssa Grazia Sances
- prof. Giorgio Sandrini

Azienda Ospedaliera della Provincia Di Pavia

- dr. Emilio Magrotti
- dr.ssa Silvia Zaverio

Medici di famiglia

- dr. Mario Calzavara, medico di medicina generale
- dr. Claudio Cravidi, medico specialista pediatra di libera scelta

ASL Pavia

Coordinamento: direzione medica del Distretto Oltrepo

- dr.ssa Tiziana Repossi
- dr.ssa Carla Martinotti

Ha collaborato il dr. Bruno Carugno.

Revisione del documento a febbraio 2007:

Dr.ssa G. Sances – IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino - Pavia

Dr.ssa T. Repossi – rag. M. Conti – ASL Pavia – Direzione Distretto Oltrepo

PREMESSA

Dimensioni del problema ed epidemiologia

- a. Il "mal di testa" è uno dei disturbi più comuni nella popolazione generale; si calcola, infatti, che tra il 60 e il 90% degli individui abbia almeno un attacco di cefalea all'anno.
 - aa. In alcuni casi il disturbo si manifesta occasionalmente, ma, spesso, è così frequente e severo da compromettere le capacità lavorative e la vita familiare e sociale di chi ne soffre.
 - ab. La cefalea colpisce prevalentemente le età adulte ed economicamente più produttive della vita (tra i 20 e i 50 anni), ma non risparmia neppure bambini, adolescenti, anziani.

- b. I disturbi cefalalgici comprendono varie condizioni che possono essere di intensità, frequenza e durata differenti e, pertanto, risulta difficile stabilire una prevalenza generale.
 - ba. L'emicrania e la cefalea di tipo tensivo rappresentano la fetta più rilevante e sono le forme potenzialmente più disabilitanti e con maggiore impatto sulla salute pubblica.
 - bb. Studi americani hanno calcolato che ogni anno vengono effettuate circa 18,3 milioni di visite ambulatoriali per cefalea.

- c. Anche i risvolti economici del problema sono rilevanti.
 - ca. I *costi diretti* sono legati all'impiego di risorse per la prevenzione, la diagnosi e la cura e comprendono la spesa per visite mediche, indagini diagnostiche, ricoveri, farmaci, terapie non farmacologiche.
 - cb. I *costi indiretti* riguardano, invece, la ridotta capacità lavorativa ed i giorni di lavoro persi a causa della malattia.
 - cc. Esistono, poi, dei costi non quantificabili, in quanto legati alla sfera psichica e sociale per l'impatto emotivo che la malattia causa al paziente e ai suoi familiari.
 - cd. La spesa sostenuta dai pazienti e dallo Stato italiano per costi diretti (solo farmaci) ammonta a circa 13 miliardi di vecchie lire nel 2001, per ben 12 milioni di pezzi prescritti per cefalea; a questa cifra va aggiunto il costo sostenuto dai pazienti per l'acquisto di far-

- maci da banco (senza prescrizione), non quantificabili con precisione.
- ce. Nei paesi europei è stato valutato che ogni nazione registra una perdita di giornate lavorative, a causa dell'emicrania, pari a circa 18 milioni/anno, con un danno economico stimato, per quanto riguarda l'Italia, intorno ai 2 mila miliardi di vecchie lire.
 - cf. Uno studio italiano ha calcolato un costo globale dell'emicrania per ogni anno di circa 3.260.000,00 €, di cui il 52,4% per costi diretti e il 47,6% per costi indiretti.
- d. Negli ultimi vent'anni vi è stato un crescente interesse per il problema cefalea.
- da. Dal punto di vista scientifico si è arrivati ad una migliore conoscenza dei meccanismi patogenetici ed allo sviluppo di nuovi approcci di studio (ad esempio, le indagini genetiche) e di nuovi trattamenti.
 - db. La diffusione delle informazioni, attraverso i media, ha prodotto poi una maggiore sensibilizzazione al problema ed una aumentata richiesta da parte dei pazienti per la risoluzione del disturbo e per una migliore qualità di vita.
 - dc. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si è adoperata per definire campagne di promozione e formazione nel campo delle cefalee al fine di garantire una corretta gestione della patologia, della disabilità e delle malattie correlate e comorbide.
- e. L'emicrania è la forma più studiata e, forse, meglio compresa.
- ea. La sua prevalenza annuale, secondo studi europei ed americani, è intorno al 10-15% negli adulti, con un rapporto donne/maschi di 2-3:1.
 - eb. In Italia la prevalenza media è stimata intorno al 12% (sono interessati circa 6.000.000 di soggetti).
 - ec. Gli attacchi possono manifestarsi con frequenza molto variabile, da 1-2/anno sino a più volte la settimana.
 - ed. In alcuni casi la forma diventa cronica e si complica con un consumo quotidiano di farmaci sintomatici.
 - ee. Sulla base di queste evidenze la Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF) 2001 dell'OMS ha inserito l'emicrania severa al 19° posto come causa di disabilità (al 12° posto se si considera solo il sesso femminile).

- f. La complessità e varietà di quadri clinici rendono ragione della necessità di un'attenta e corretta gestione del paziente con cefalea a causa delle implicazioni mediche, diagnostiche, terapeutiche e di follow-up che tale patologia comporta.
- g. La diagnosi di cefalea primaria è, nella maggior parte dei casi, basata sulla storia anamnestica e sui sintomi clinici.
 - ga. Pertanto, la conoscenza dei criteri diagnostici per ogni forma di cefalea, risulta il punto iniziale di fondamentale importanza.
 - gb. Rilevante è anche il riconoscimento di forme rare, genetiche, complicate, sintomatiche al fine di instaurare, il più precocemente possibile, indagini e cure appropriate per ogni caso.
- h. Nell'allegato 1 sono riportati:
 - la classificazione IHS delle cefalee
 - i criteri diagnostici.

Obiettivo generale

- a. miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente con cefalea
- b. appropriatezza dell'accesso alle strutture sanitarie

Obiettivi specifici

- a. diagnosi precoce di forme di cefalea primarie e secondarie e cure adeguate
- b. miglioramento delle conoscenze specifiche nel settore attraverso la collaborazione tra specialisti operanti in strutture sanitarie, medici di medicina generale e specialisti pediatri di libera scelta
- c. prevenzione delle complicanze a medio e lungo termine (comorbidità, abuso di farmaci)
- d. definizione dei criteri di appropriatezza delle procedure diagnosticoterapeutiche

Metodologia

- a. È stato costituito di un gruppo di lavoro
 - composto da:
 - neurologi appartenenti all'IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino, individuati come partners scientifici per quanto attiene la disciplina in questione
 - specialista neurologo dell'AO di Pavia
 - specialista pediatra dell'AO di Pavia
 - medico di medicina generale
 - specialista pediatra di libera scelta
 - con la collaborazione del responsabile del NOC dell'ASL della provincia di Pavia
 - coordinato dalla direzione del Distretto Oltrepo dell'ASL della provincia di Pavia

- b. Attività del gruppo di lavoro:
 - analisi della situazione esistente
 - definizione e condivisione del PDT
 - sperimentazione del PDT
 - analisi dei risultati della sperimentazione
 - individuazione di criticità registrate nella sperimentazione
 - definizione degli indicatori da monitorare
 - eventuali modifiche dei PDT in corso di attuazione

IMPORTANZA DELL'ANAMNESI

- a. Nell'iter diagnostico del paziente con cefalea l'anamnesi è la fase di maggiore importanza, comprendendo non solo i segni ed i sintomi dei singoli attacchi, ma anche la storia clinica di malattie precedenti e concomitanti o comorbide, l'uso di farmaci specifici per cefalea o per altre malattie (alcune sostanze possono scatenare o peggiorare la cefalea), la presenza di patologie familiari.
- b. La diagnosi di cefalea primaria è quasi esclusivamente clinica.
- c. Nella grande maggioranza dei casi la raccolta di una storia dettagliata e corretta permette di porre una diagnosi del tipo di cefalea di cui il paziente soffre o di porsi il dubbio di una forma secondaria.
 - ca. Nell'approccio al paziente con cefalea, l'elemento principale è la descrizione dei sintomi.
 - cb. In alcuni casi il racconto può essere impreciso o incompleto perché il paziente non ricorda tutto della sua storia clinica; alcune domande specifiche, da parte del medico, possono far emergere dei dettagli di rilievo.
 - cc. L'orientamento diagnostico può, inoltre, essere reso difficile dalla coesistenza di più forme di cefalea e dalla sovrapposizione di malattie comorbide.
- d. *L'anamnesi familiare* comprende informazioni riguardanti la presenza di cefalea in uno o entrambi i genitori e in altri congiunti e la presenza di altre patologie di rilievo nella famiglia, poiché è noto che la cefalea e altre patologie ad essa associate sono frequentemente un disordine familiare.
- e. *L'anamnesi patologica remota* riguarda eventuali
 - pregressi traumi cranici
 - manifestazioni epilettiche
 - malattie sistemiche/metaboliche croniche o ad andamento recidivante
 - pregressi disturbi d'ansia e/o dell'umore
 - allergie
 - neoplasie

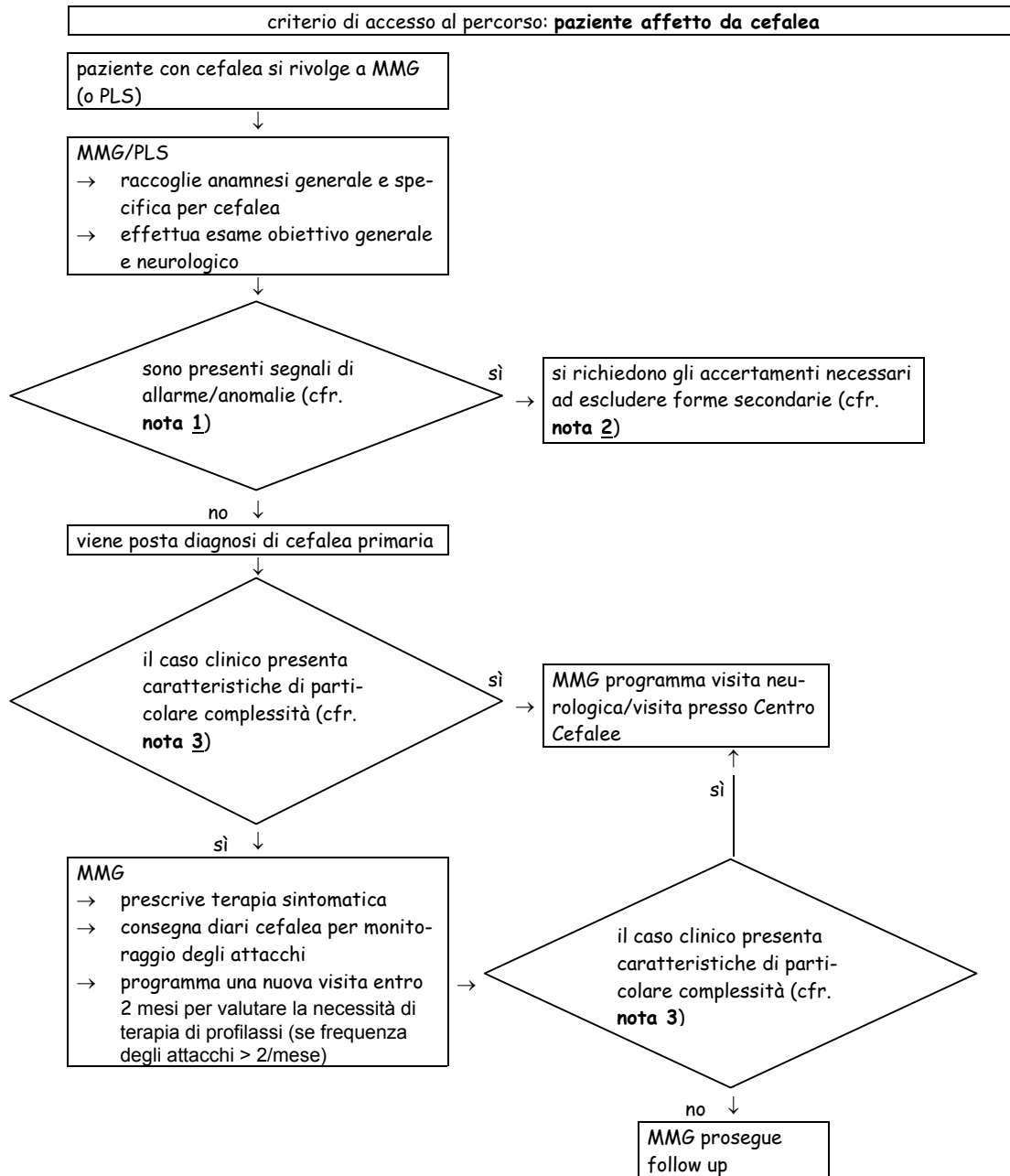
- patologie/interventi a sede cervico-cranio-facciale
- f. *L'anamnesi fisiologica* prende in considerazione una serie di aspetti, quali
 - la nascita
 - il successivo sviluppo fisico e del linguaggio
 - il livello di istruzione
 - il tipo di attività e i suoi ritmi
 - lo stato civile
 - le abitudini e gli stili di vita
 - le funzioni fisiologiche (alvo, diuresi)
 - il peso corporeo
 - la dieta alimentare
 - le caratteristiche del sonno
 - i valori di pressione arteriosa abituali
- g. Grande importanza rivestono poi le notizie riguardanti la vita riproduttiva, in considerazione del fatto che la cefalea, in particolare l'emigrania, ha notevoli relazioni con questi eventi:
 - epoca della prima mestruazione
 - andamento dei cicli mestruali
 - gravidanze
 - menopausa
- h. *Per l'anamnesi propria della cefalea*
 - ha. è rilevante registrare il periodo e le circostanze di esordio della cefalea, allo scopo di definirne la durata e il suo andamento successivo nel tempo;
 - hb. sono importanti, quindi, le modificazioni, in relazione a particolari momenti della vita, dei disturbi come
 - l'attenuazione
 - la scomparsa
 - l'accentuazione
 - la cronicizzazione
 - hc. vanno indagate le caratteristiche degli attacchi:
 - frequenza
 - stagionalità
 - giorni particolari di insorgenza
 - orario e circostanze di comparsa

- presenza di sintomi prodromici, di aura
- caratteristiche del dolore:
 - sede
 - lato
 - durata
 - qualità
 - intensità
 - fattori scatenanti
 - fattori di peggioramento
 - fattori allevianti
 - accentuazione con l'attività fisica
- segni e sintomi in relazione temporale con il dolore
- sintomi post-attacco.

- i. Grande importanza riveste l'*anamnesi farmacologica*, in riferimento alla quale vanno considerati
 - ia. i trattamenti utilizzati per la cefalea
 - tipo
 - durata
 - dosaggi
 - risposta clinica
 - ib. ma anche i trattamenti utilizzati per altri motivi (ad esempio: contraccettivi orali, terapie ormonali sostitutive in menopausa) nell'eventualità che alcune sostanze possano scatenare gli attacchi;
 - ic. oltre che la quantità mensile di farmaci sintomatici assunti per cefalea.
- j. La compilazione di carte-diario ad hoc permetterà al paziente e al medico di ricostruire vari aspetti della cefalea.
 - ja. Sarà possibile, infatti, evidenziare una periodicità degli attacchi legata alla mestruazione o al fine settimana, un'insorgenza notturna del dolore, una durata prolungata delle crisi, la loro severità, il consumo di sintomatici e la loro efficacia.
 - jb. Il quadro clinico può risultare, a volte, differente quando si confrontino la descrizione della cefalea basata sul ricordo e quella evidenziabile con un monitoraggio prospettico sui diari.

- k. Si forniscono in allegato
- *Classificazione Internazionale delle Cefalee*, II Edizione 2004
 - un esempio di schema di anamnesi (allegato 2)
 - un esempio di schema di diagnosi assistita delle tre principali forme di cefalea (allegato 3)
 - un esempio di diario della cefalea (allegato 4)

FLOW CHART DEL PDT CEFALEA



Note in calce alla flow chart

Nota 1

SEGNALI D'ALLARME

SINTOMI D'ALLARME ANAMNESTICI

- improvvisa insorgenza di una nuova cefalea di intensità elevata
- primo esordio di cefalea dopo i 50 anni d'età
- cefalea con andamento (rapidamente o gradualmente) ingravescente
- cefalea con caratteristiche differenti da quelle abituali
- cefalea non responsiva ai farmaci
- insorgenza di cefalea di notte, durante sforzi fisici, colpi di tosse, attività sessuale
- cefalea associata a:
 - confusione mentale, amnesia, torpore psichico
 - malessere cronico, dolori muscolari e alle articolazioni
 - febbre
 - disturbi progressivi della visione
 - astenia, vertigini, perdita dell'equilibrio

SINTOMI D'ALLARME ALLA VISITA MEDICA

- alterazioni dei parametri vitali, in particolare febbre e pressione arteriosa
- dolore evocato dalla palpazione delle arterie temporali
- alterazioni dello stato di coscienza o delle capacità cognitive
- rigidità nucale
- edema della papilla o emorragie retiniche al fondo oculare
- anisocoria o iporeflessia pupillare
- deficit sensitivi
- segni neurologici focali
- sbandamento nella deambulazione e/o difficoltà nel mantenere la stazione eretta

Nota 2

INDICAZIONI PER INDAGINI DIAGNOSTICHE

- a. Non esistono esami standard che debbano essere effettuati da tutti i pazienti con cefalea; la richiesta di indagini strumentali è motivata, in

genere, dal sospetto di una forma sintomatica o dall'approfondimento di particolari situazioni cliniche e comorbidità.

- b. Qualora dall'anamnesi e/o dall'esame obiettivo e neurologico emergano elementi che pongono il sospetto di una cefalea sintomatica, è necessario il ricorso ad appropriati esami strumentali e/o di laboratorio.
- c. Nel dubbio di una patologia organica, gli esami di prima scelta sono la tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o la risonanza magnetica nucleare (RMN)
- d. Nel sospetto di un microsanguiamento o di un processo infettivo intracranico, il paziente dovrà essere sottoposto ad esame del liquido cefalorachidiano.
- e. L'ecodoppler sonografia dei tronchi sovraortici e il doppler transcranico sono indicati nello studio delle patologie a carico dei vasi precerebrali e cerebrali e vanno sempre effettuati prima di un'eventuale esame angiografico. Il doppler transcranico con microbolle è indicato per indagare la possibile pervietà del forame ovale cardiaco (tale indagine può essere utile, in particolare per le forme di emicrania con aura).
- f. La rachicentesi (o "puntura lombare") per l'esame del liquor
 - fa. con l'avvento delle indagini neuroradiologiche, ha ormai delle indicazioni molto limitate:
 - primo attacco di cefalea di intensità severa
 - attacchi subentranti di cefalea intensa di recente insorgenza
 - cefalea ad esordio recente progressivamente più intensa, in assenza di segni di ipertensione endocranica (vomito a digiuno, papilla da stasi, ecc.)
 - cefalea atipica, cronica, resistente al trattamento
 - cefalea associata a febbre
 - fb. è, invece, necessario nel sospetto di
 - infezioni delle meningi e dell'encefalo
 - emorragia subaracnoidea
- g. Le radiografie del cranio e del collo (o la TC cervicale)
 - ga. vanno riservate ai casi in cui ci sia il sospetto di alterazioni
 - della colonna cervicale

- dei seni paranasali e/o dell'articolazione temporomandibolare
- gb. in particolare, le proiezioni per lo studio dell'articolazione temporomandibolare sono indicate nei soggetti con cefalea di tipo tensivo, in cui l'obiettività clinica è suggestiva per una patologia a carico di questa articolazione
- h. L'elettroencefalogramma non rappresenta, nella routine, un'indagine utile nella diagnosi di cefalea.
- ha. L'EEG trova un'indicazione
- haa. nei pazienti che abbiano presentato sintomi di tipo epilettico (come, ad esempio, nel caso di un'aura emicranica atipica)
- hab. se nell'anamnesi vi siano episodi di perdita di coscienza
- hb. La possibilità di disporre di esami neuroradiologici, rende meno utili, al giorno d'oggi, il ricorso all'EEG anche nella diagnosi di cefalea da lesione organica.
- hc. In ogni caso, l'eventuale comorbidità con epilessia può essere importante da documentare approfonditamente soprattutto ai fini del trattamento farmacologico.
- i. Indagini più specifiche di tipo neurofisiologico elettroencefalografico sono riservate a casi particolari di cefalee notturne con associazione di disturbi del sonno e del respiro (russamento, apnee notturne).
- j. In casi molto particolari, può essere utile far ricorso ad accertamenti quali, ad esempio,
- ja. l'algometria (valutazione della soglia nocicettiva) e l'EMG-miomonitor, quando si voglia documentare la concomitanza di un fattore muscolare a livello pericranico (ad esempio nella diagnosi di terzo livello di una cefalea di tipo tensivo che si associa all'emicrania)
- jb. l'analisi cinematica del rachide cervicale, se si sospetta un coinvolgimento del rachide cervicale nella genesi del dolore (ad esempio in pazienti con precedenti traumatismi del rachide cervicale)
- k. Vi sono alcuni test di induzione farmacologica della cefalea che possono essere di ausilio nella diagnostica differenziale tra forme primarie (emicrania versus cefalea tensiva) e nelle forme che clinicamente non corrispondono perfettamente ad una diagnosi di cefalea essenziale.
- ka. Il test con nitroderivati consiste nella somministrazione di gliceriltrinitrato per via sublinguale:

- durante la prova e nelle successive 24 ore, vengono monitorati la comparsa e le caratteristiche cliniche della cefalea
- il test è in grado di riprodurre un attacco di cefalea con caratteristiche vascolari, simil-spontaneo, nella maggior parte dei soggetti con emicrania o cefalea a grappolo

Nota 3

COMPLESSITÀ DEL QUADRO CLINICO

- a. In alcuni casi, il quadro clinico può risultare complesso:
 - cefalea con diagnosi non perfettamente aderente ad una forma primaria
 - casi rari tipo emicrania emiplegica familiare o CADASIL, in cui sono opportune anche indagini genetiche
 - casi con scarsa o nulla risposta ai trattamenti sintomatici e di profilassi
 - presenza di comorbilità (vascolari, psichiatriche, ecc.), che vanno indagate con esami specialistici specifici
 - concomitanza di elevato consumo di analgesici (necessità di trattamento di disintossicazione)
 - necessità di instaurare tempestivamente un trattamento adeguato, ad esempio cefalea a grappolo in fase attiva di malattia

- b. In queste situazioni, il ricorso al Centro Cefalee sarà utile per definire ed attuare strategie diagnostico-terapeutiche adeguate ed opportune per ogni caso.

PDT DEL PAZIENTE AFFETTO DA CEFALEA: FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

I fase

- a. Il paziente affetto da cefalea si reca dal Medico di famiglia e viene sottoposto a prima visita.
- b. Durante la prima visita
 - ba. vengono raccolte dettagliate notizie in relazione alla cefalea ed alla storia clinica e familiare e personale
 - bb. viene effettuato un esame obiettivo generale e neurologico
- c. Se dall'anamnesi, che costituisce un momento molto importante per la diagnosi di cefalea, o dall'esame clinico emergono segnali d'allarme (cfr. **nota 1** in calce alla flow chart), che orientano il sospetto diagnostico verso forme secondarie, è necessario programmare accertamenti adeguati (cfr. **nota 2** in calce alla flow chart).
- d. La raccolta dei dati anamnestici più significativi può essere facilitata attraverso l'uso di uno schema di anamnesi (a titolo di esempio, cfr. allegato 2).
- e. Se viene posta diagnosi di cefalea primaria ed il caso clinico non si presenta complesso, viene chiesto al paziente di compilare un diario della cefalea (a titolo di esempio, cfr. allegato 4), che contribuisce a ricostruire
 - frequenza
 - durata
 - severità
 - sintomi associati
 - consumo di farmaci sintomatici
 - eventuali fattori scatenanti/favorenti gli attacchi
- f. In caso di cefalea essenziale con diagnosi certa (emicrania, cefalea di tipo tensivo), in forma episodica, non complicata,

- fa. viene prescritto un farmaco sintomatico
- fb. viene effettuato il monitoraggio clinico sui diari per almeno 2 mesi
- fc. a distanza di 2-3 mesi, il paziente è sottoposto a controllo per valutare
 - fca. la risposta al trattamento
 - fcb. la frequenza degli attacchi
 - fcc. la necessità di associare una terapia di profilassi
- g. Il follow-up può essere gestito dal Medico di famiglia avvalendosi della consulenza dello specialista.

II fase

- a. Criteri di accesso alla visita neurologica o presso un Centro Cefalee:
 - aa. forme non responsive al trattamento
 - ab. forme di cefalea a grappolo in cui è necessario instaurare tempestivamente un trattamento specifico di profilassi all'inizio dei sintomi
 - ac. cefalee essenziali con possibili comorbidità associate (cardio-cerebrovascolari, psichiatriche, endocrine, ecc.)
 - ad. forma atipiche o rare
 - ae. cefalea di esordio recente progressivamente ingravescente o persistente
 - af. cefalea già nota con peggioramento repentino e/o dubbio di forma secondaria

NB In questo caso, è necessario un accesso tempestivo ad una struttura specialistica o in grado di ricevere urgenze.

- b. Il follow-up può essere gestito dal medico di famiglia con l'ausilio dello specialista.

III fase

- a. Criteri di accesso al ricovero (day hospital/ordinario):

- aa. necessità di osservazione clinica continua del paziente per cefalea intrattabile, non responsiva, progressivamente ingravescente o persistente, con peggioramento repentino

NB	In questo caso, sono necessarie indagini appropriate in tempi brevi per diagnosi eziologica (dubbio di forma secondaria).
----	---

- ab. effettuazione di test di induzione/estinzione della cefalea (DH)
 - ac. accertamenti di comorbidità rilevanti dal punto di vista diagnostico e terapeutico con necessità di indagini specifiche (preferenzialmente DH)
 - ad. somministrazione di terapie infusive/locali che necessitano di controllo clinico nelle prime fasi di trattamento, quali trattamenti con cortisonici, con tossina botulinica (ove possibile, DH)
 - ae. blocchi antalgici di nervi periferici e punti trigger per cefalee con coinvolgimento delle strutture del collo o dolori cranio-cervicali; tali procedure necessitano di controllo medico nelle ore successive al trattamento (DH) per eventuali eventi avversi
 - af. cefalea cronica con uso eccessivo da farmaci sintomatici, necessità di trattamento infusivo di disintossicazione e riabilitazione (ricovero ordinario)
- b. La successiva fase di follow-up, potrà essere gestita dal Medico di famiglia con l'ausilio dello specialista. Per i pazienti con uso eccessivo di farmaci, già ricoverati per disintossicazione e riabilitazione, i controlli di follow-up in tempi brevi (2-6-12 mesi) saranno a cura dello specialista del Centro Cefalee per prevenire le ricadute precoci (ambulatorio dedicato "percorso CARE").

LA CEFALEA IN ETÀ EVOLUTIVA

- a. La cefalea rappresenta un disturbo ad elevata incidenza in età evolutiva.
- b. La prevalenza delle cefalee ricorrenti nella popolazione ha un trend crescente dall'età scolare (10%) all'adolescenza (15-20%).
- c. Le cefalee ricorrenti si distinguono in
 - forme primarie, essenziali o idiopatiche ("nocipatie")
 - forme sintomatiche, cioè secondarie a processi organici di diversa natura, sede e gravità
- d. Il rapporto fra cefalee primarie e secondarie è di almeno 9:1 e solo in una minoranza dei casi è dimostrabile un'eziologia organica, per lo più non grave.
- e. La cefalea nel bambino rappresenta un frequente motivo di consultazione del pediatra di base e richiede un accurato processo diagnostico differenziale basato essenzialmente
 - sull'anamnesi generale e specifica del pattern cefalalgico
 - su un accurato esame generale e neurologico
- f. Tale approccio consente per lo più al pediatra di formulare un'ipotesi diagnostica coerente già in sede di prima visita, limitando così il ricorso ad inutili e costosi accertamenti strumentali.

Epidemiologia

DISTRIBUZIONE DELLA FREQUENZA DELLE FORME PRIMARIE E SECONDARIE DI CEFALEA

GRUPPO	TIPO DI CEFALEA	FREQUENZA (%)
CEFALEE PRIMARIE	EMICRANIA	20-40
	CEFALEA DI TIPO TENSIVO	50-70
	CEFALEA A GRAPPOLO	< 1
CEFALEE SECONDARIE	DA PATOLOGIE GRAVI	1-2
	DA PATOLOGIE MINORI	8-10

- a. È importante affrontare il problema del paziente cefalalgico con una rigorosa metodologia diagnostica, volta innanzitutto a differenziare
 - aa. il raggruppamento delle cefalee primarie
 - ab. il raggruppamento delle più rare forme secondarie

- b. Tale approccio si basa sui seguenti strumenti:
 - ba. una dettagliata anamnesi mirata
 - bb. un attento esame obiettivo e neurologico
 - bc. il ricorso ad eventuali indagini strumentali

- c. Oggi si richiede, quindi, che il pediatra acquisisca sempre più dimestichezza con questa patologia e sappia riconoscere:
 - ca. il quadro clinico delle cefalee primarie che costituiscono il gruppo più rappresentativo
 - cb. i sintomi ed i segni obiettivi più comuni delle cefalee secondarie a patologie organiche
 - cc. la procedura dell'iter diagnostico sia clinico-anamnestico sia obiettivo e le corrette indicazioni ad accertamenti specialistici e/o strumentali
 - cd. la terapia indicata nelle diverse forme di cefalea primaria

Iter diagnostico differenziale

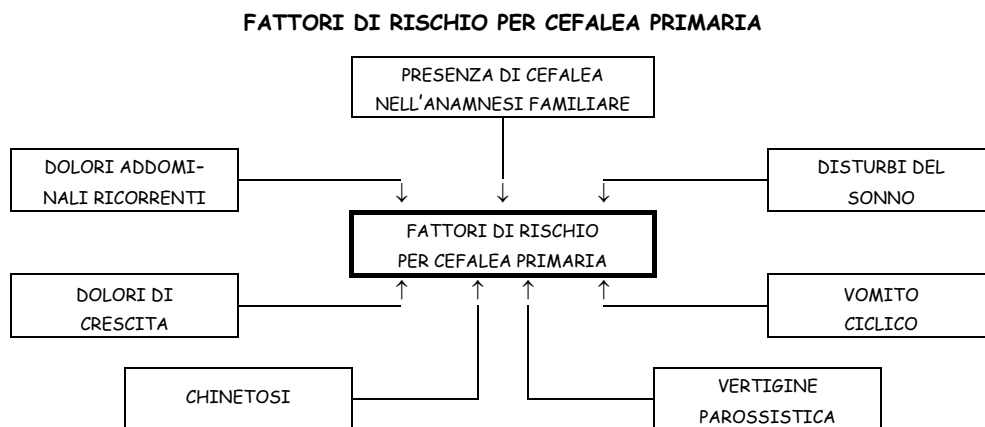
- a. Un corretto percorso anamnestico-clinico ed un rigoroso esame obiettivo sono in grado di condurre ad un'ipotesi diagnostica corretta già in sede di prima visita, in oltre 2/3 dei giovani pazienti.

- b. Solo in una minoranza di questi soggetti sarà necessario ricorrere ad indagini di laboratorio e/o strumentali.

Anamnesi

- a. Specie nell'emicrania è piuttosto comune riconoscere altri familiari affetti dalla stessa forma clinica, in particolare la madre.

- b. Il riscontro di una familiarità positiva per emicrania non deve, tuttavia, indurre a conclusioni affrettate, in quanto oltre il 10% della popolazione adulta è affetta da tale patologia.
- c. Relativamente all'anamnesi, è stato più volte sottolineato il frequente riscontro, specie in soggetti emicranici, di sintomi "periodici" ricorrenti durante l'infanzia e la prima giovinezza, quali
- i vomiti ciclici
 - il mal d'auto
 - i dolori addominali ricorrenti
 - i dolori di crescita
 - la vertigine parossistica benigna dell'infanzia
 - alcuni disturbi del sonno



- d. È, inoltre, importante definire qualitativamente e quantitativamente alcuni parametri relativi al corteo sintomatologico dell'attacco per poter costruire il pattern cefalalgico caratteristico per quel dato paziente.
- e. I principali parametri sono:
- ea. l'età di esordio della cefalea
 - eb. la frequenza degli attacchi
 - ec. la durata ed intensità degli stessi
 - ed. le caratteristiche del dolore
 - gravativo-costrittivo
 - pulsante-martellante
 - lancinante
 - ee. la sede di origine e l'eventuale irradiazione del dolore
 - ef. la presenza di eventuali prodromi

- efa. sia di tipo aspecifico
 - irritabilità
 - turbe dell'umore
 - scarsa concentrazione
 - sonnolenza
 - efb. sia di tipo specifico ("aura")
 - turbe visive
 - deficit sensitivi-motori
 - eg. i sintomi di tipo disautonomico che accompagnano l'attacco
 - pallore
 - anoressia
 - nausea
 - vomito
 - ipertermia
 - eh. analisi della presenza o meno di fattori predisponenti e/o scatenanti l'attacco, per lo più costituiti da
 - stress psichico o fisico
 - fattori climatici
 - fattori alimentari
 - più di rado, fattori farmacologici
 - modificazioni di tipo biologico
 - digiuno
 - variazioni del ritmo sonno-veglia
 - ciclo mestruale
 - ei. indagine se la cefalea si sia modificata nel tempo
- f. Da uno studio italiano molto recente emerge che, rispetto ai soggetti con cefalea primaria, quelli affetti da forme secondarie a neoplasie cerebrali erano caratterizzati dalla presenza di una cefalea con le seguenti caratteristiche cliniche:
- esordio notturno o già presente al risveglio
 - associazione con vomito a getto
 - assenza di fattori scatenanti e/o allevianti

Esame obiettivo

- a. L'esame obiettivo comprende
 - un accurato esame fisico generale

→ un esame neurologico completo

b. In tutti i casi di cefalea è opportuno fornire al paziente, fin dalla prima visita, un diario clinico per poter registrare i futuri attacchi, specificandone, volta per volta, le principali caratteristiche

→ data e orario di insorgenza

→ intensità

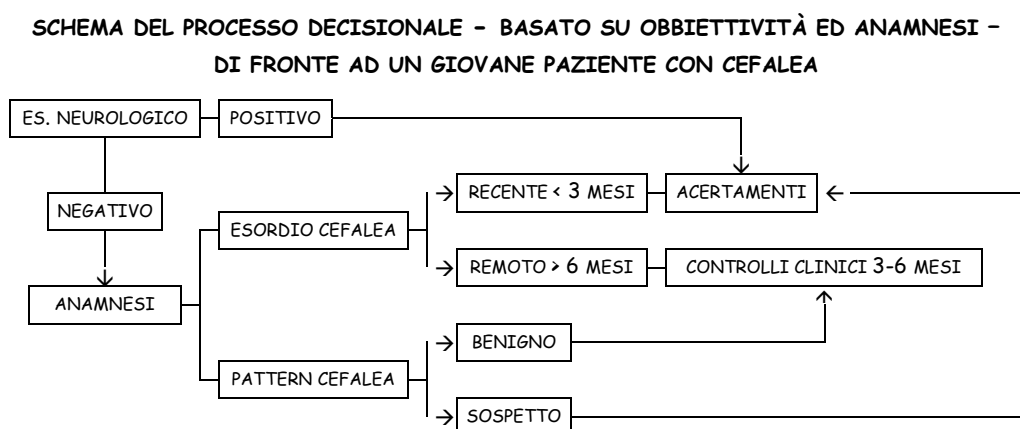
→ durata

→ prodromi e/o sintomi di accompagnamento

Accertamenti specialistici e strumentali

Al fine di evitare costose e spesso inutili "diagnosi in negativo", il ricorso ad esami di laboratorio, a visite specialistiche o ad indagini strumentali va considerato solo in casi specifici, caratterizzati da elementi anamnestici (età di insorgenza, andamento del pattern temporale) o con rilievi obbiettivi (neurologici, oftalmologici, endocrinologici, ecc.) tali da indurre un sospetto di patologia organica.

Processo decisionale



Bibliografia (cefalee in età evolutiva)

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society.
2. Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and facial Pain. *Cephalalgia* 8 (suppl. 7): 1-96, 1988
3. Bille B. A 40-year follow-up of school children with migraine. *Cephalalgia* 17: 488-491, 1997
4. Metsahonkala L, Sillampaa M., Tuominen J. Use of health care services in childhood migraine. *Headache* 36: 423-428, 1996
5. Mortimer m. J., Kay J, Jaron A. Childhood migraine in general practice: clinical features and characteristics. *Cephalalgia* 12: 238-243, 1992
6. Sillanpaa M., Anttila P. Increasing prevalence of headache in 7 years old schoolchildren. *Headache*, 36: 466-470, 1996
7. Aysun S., Yetuk M. Clinical experience on headache in children: analysis of 92 cases. *J. Child Neurol* 13: 202-210, 1998
8. Burton L.J., Quinn B., Pratt-Cheney J.L., Pourani M. Headache etiology in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care* 13: 1-4, 1997
9. Maytal J., Bienkowski R.S., Patel M., Eviatar L. The value of brain imagining in children with headache. *Pediatrics* 96: 413-416, 1995
10. Maytal J., Young M., Shechter A., Lipton R.B. Pediatric migraine and the International Headache Society (IHS) criteria. *Neurology* 48: 602-607, 1997
11. Kan L., Nagelberg J., Maytal J. Headaches in a pediatric emergency department: etiology, imaging and treatment. *Headache* 40: 25-29, 2000
12. Lewis D.W., Qureshi F. Acute headache in children and adolescents presenting to the emergency department. *Headache* 40: 200-203, 2000
13. Lewis D.W., Dorbad D. The utility of neuroimaging in the evaluation of children with migraine or chronic daily headache who have normal neurological examinations. *Headache* 40: 629-632, 2000
14. Battistella P.A., Naccarella C., Soriani S., Perilongo G. Headache and brain tumors: different features versus primary forms in juvenile patients. *Quarterly Headache* 9:245-248, 1998
15. Lanzi G., Zambrino C.A., Balottin U., Tagliasacchi M., Vercelli P., Termine C. Periodic syndrome and migraine in children and adolescents. *Ital J. Neurol Sci* 18: 283-288, 1987
16. Aromaa M., Rautava P., Helenius H. Factors of early life as predictors of headache in children at school entry. *Headache* 38: 23-30, 1998

Allegato 1

Classificazione Internazionale delle Cefalee, 2004

Questa versione abbreviata è stata tratta dalla traduzione italiana della Classificazione Internazionale realizzata dal Comitato Linguistico Italiano della *International Headache Society*. (Coordinatore: Prof. G. Nappi)

1. Emicrania

1.1 Emicrania senza aura

1.2 Emicrania con aura

- 1.2.1 Aura tipica con cefalea emicranica
- 1.2.2 Aura tipica con cefalea non emicranica
- 1.2.3 Aura tipica senza cefalea
- 1.2.4 Emicrania emiplegica familiare (FHM)1
- 1.2.5 Emicrania emiplegica sporadica
- 1.2.6 Emicrania di tipo basilare

1.3 Sindromi periodiche dell'infanzia possibili precursori comuni dell'emicrania

- 1.3.1 Vomito ciclico
- 1.3.2 Emicrania addominale
- 1.3.3 Vertigine parossistica benigna dell'infanzia

1.4 Emicrania retinica

1.5 Complicanze dell'emicrania

- 1.5.1 Emicrania cronica
- 1.5.2 Stato emicranico
- 1.5.3 Aura persistente senza infarto
- 1.5.4 Infarto emicranico
- 1.5.5 Epilessia indotta dall'emicrania

1.6 Probabile emicrania

- 1.6.1 Probabile emicrania senza aura
- 1.6.2 Probabile emicrania con aura
- 1.6.5 Probabile emicrania cronica

1.1 Criteri diagnostici dell'emicrania senza aura

A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D

B. La cefalea dura 4-72 ore (non trattata o trattata senza successo)

C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:

- 1. localizzazione unilaterale
- 2. tipo pulsante
- 3. dolore con intensità media o forte
- 4. aggravata da o che limiti le attività fisiche di routine (per es., camminare, salire le scale)

D. Alla cefalea si associa almeno una delle seguenti condizioni:

- 1. presenza di nausea e/o vomito
- 2. presenza di fotofobia e fonofobia

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2 Criteri diagnostici dell'emicrania con aura tipica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino il criterio B
- B. Aura emicranica che soddisfi i criteri B e C per una delle sottoforme 1.2.1-1.2.6
- C. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.1 Criteri diagnostici dell'aura tipica con cefalea emicranica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti, in assenza di deficit motori:
 - 1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
 - 2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., "punture di spilli") e/o negativi (per es., ipoestesia)
 - 3. disturbi del linguaggio completamente reversibili
- C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. disturbi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali
 - 2. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti e/o diversi sintomi si susseguono in ≥ 5 minuti
 - 3. ogni sintomo dura ≥ 5 minuti e ≤ 60 minuti
- D. Una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.2 Criteri diagnostici dell'aura tipica con cefalea non emicranica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti, in assenza di deficit motori:
 - 1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
 - 2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., "punture di spilli") e/o negativi (per es., ipoestesia)
 - 3. disturbi del linguaggio completamente reversibili
- C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. disturbi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali
 - 2. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti e/o diversi sintomi si susseguono in ≥ 5 minuti
 - 3. ogni sintomo dura ≥ 5 minuti e ≤ 60 minuti
- D. Una cefalea, che non soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.3 Criteri diagnostici dell'aura tipica senza cefalea

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti, in assenza di deficit motori:
 - 1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
 - 2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., "punture di spilli") e/o negativi (per es., ipoestesia)
- C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. disturbi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali
 - 2. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti e/o diversi sintomi si susseguono in ≥ 5 minuti
 - 3. ogni sintomo dura ≥ 5 minuti e ≤ 60 minuti
- D. Non si manifesta cefalea durante l'aura, né nei successivi 60 minuti
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.4 Criteri diagnostici dell'emicrania emiplegica familiare

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C

- B. L'aura comporta un deficit motorio completamente reversibile e almeno uno dei seguenti:
1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
 2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., "punture di spilli") e/o negativi (per es., ipoestesia)
 3. disturbo del linguaggio di tipo disfasico completamente reversibile
- C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
1. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in >5 minuti e/o vari sintomi si susseguono in >5 minuti
 2. ogni sintomo dell'aura ha una durata >5 minuti e <24 ore
 3. una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti
- D. Almeno un parente di primo o di secondo grado ha avuto attacchi con aura che soddisfino questi criteri A-E
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.5 Criteri diagnostici dell'emicrania emiplegica sporadica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C
- B. L'aura comprende deficit motori completamente reversibili e almeno uno dei seguenti:
1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
 2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., "punture di spilli") e/o negativi (per es., ipoestesia)
 3. disturbo del linguaggio di tipo disfasico completamente reversibile
- C. La presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
1. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in >5 minuti e/o vari sintomi si susseguono in >5 minuti
 2. ogni sintomo dell'aura ha una durata >5 minuti e <24 ore
 3. una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti
- D. Nessun congiunto di primo o secondo grado soffre di attacchi che soddisfino questi criteri A-E
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.6 Criteri diagnostici dell'emicrania di tipo basilare

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. L'aura è costituita da almeno due dei seguenti sintomi completamente reversibili, in assenza di deficit motori:
1. disartria
 2. vertigini
 3. acufeni
 4. ipoacusia
 5. diplopia
 6. sintomi visivi bilaterali presenti simultaneamente nel campo sia temporale che nasale di entrambi gli occhi
 7. atassia
 8. riduzione del livello di coscienza
 9. parestesie bilaterali simultanee
- C. Almeno una delle seguenti caratteristiche:
1. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in >5 minuti e/o vari sintomi si susseguono in >5 minuti
 2. ogni sintomo dell'aura ha una durata compresa fra 5 e 60 minuti
- D. Una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.3.1 Criteri diagnostici del vomito ciclico

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B e C

- B. Attacchi episodici, stereotipati nel singolo paziente, di nausea intensa e vomito che perdurano da 1 ora a 5 giorni
- C. Il vomito durante l'attacco si verifica come minimo 4 volte all'ora per almeno un'ora
- D. Assenza di sintomi tra gli attacchi
- E. Non attribuito ad altra condizione o patologia

1.3.2 Criteri diagnostici dell'emicrania addominale

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Attacchi di dolore addominale della durata di 1-72 ore (senza trattamento o con trattamento inefficace)
- C. Il dolore addominale presenta tutte le seguenti caratteristiche:
 - 1. localizzazione a livello della linea mediana, periombelicale o non ben definita
 - 2. qualità sorda o "semplicemente dolente"
 - 3. intensità media o forte
- D. Durante la fase algica sono presenti almeno due dei seguenti sintomi:
 - 1. anoressia
 - 2. nausea
 - 3. vomito
 - 4. pallore
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.3.3 Criteri diagnostici della vertigine parossistica benigna dell'infanzia

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino il criterio B
- B. Episodi multipli con vertigini intense¹, che si verificano senza alcun sintomo premonitore e si risolvono spontaneamente nell'arco di minuti o ore
- C. L'esame neurologico, le funzioni audiometriche e quelle vestibolari risultano normali nel periodo intercritico
- D. L'EEG è normale

1.4 Criteri diagnostici dell'emicrania retinica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C
- B. Disturbi visivi monoculari, positivi o negativi (fosfeni, scotomi o cecità), completamente reversibili, confermati da un esaminatore durante l'attacco o da un disegno del deficit visivo durante l'attacco eseguito dal paziente stesso, dopo adeguate istruzioni
- C. Una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura* esordisce durante i Sintomi visivi o li segue entro 60 minuti
- D. Esame oftalmologico normale al di fuori dell'attacco
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.1 Criteri diagnostici dell'emicrania cronica (v. anche revisione allegata)

- A. Cefalea che soddisfa i criteri C e D per 1.1 *Emicrania senza aura* per >15 giorni/mese da >3 mesi
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.2 Criteri diagnostici dello stato emicranico

- A. Attacco emicranico in soggetto che soffre di 1.1 *Emicrania senza aura* con caratteristiche tipiche, ad eccezione della durata
- B. La cefalea presenta entrambe le seguenti caratteristiche:
 - 1. persistenza da >72 ore
 - 2. intensità forte
- C. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.3 Criteri diagnostici dell'aura persistente senza infarto

- A. Attacco emicranico in soggetto che soffre di 1.2 *Emicrania con aura* con caratteristiche tipiche, ad eccezione della durata di uno o più sintomi dell'aura, che persistono per >1 settimana
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.4 Criteri diagnostici dell'infarto emicranico

- A. Attacco emicranico in soggetto che soffre di 1.2 *Emicrania con aura* con caratteristiche tipiche, ad eccezione della durata di uno o più sintomi dell'aura, che persistono per >60 minuti
- B. Le indagini neuroradiologiche mostrano una lesione ischemica in un'area congrua
- C. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.5 Criteri diagnostici dell'epilessia indotta dall'emicrania

- A. Emicrania che soddisfi i criteri per 1.2 *Emicrania con aura*
- B. Una crisi convulsiva che soddisfa i criteri diagnostici per un tipo epilessia si manifesta durante un'aura emicranica o entro l'ora successiva

1.6.1 Criteri diagnostici della probabile emicrania senza aura

- A. Gli attacchi soddisfano tutti i criteri A-D per 1.1 *Emicrania senza aura* tranne uno
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.6.2 Criteri diagnostici della probabile emicrania con aura

- A. Gli attacchi soddisfano tutti i criteri A-D per 1.2 *Emicrania con aura* o qualsiasi sua sottoforma, tranne uno
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.6.5 Criteri diagnostici della probabile emicrania cronica

- A. Cefalea che soddisfi i criteri C e D per 1.1 *Emicrania senza aura* per >15 giorni/mese da >3 mesi
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia, ma è presente o è stato presente nei 2 mesi precedenti un uso eccessivo di farmaci che soddisfa il criterio B per qualsiasi sottoforma di 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*

2. Cefalea di tipo tensivo

2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica

- 2.1.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
- 2.1.2 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente

- 2.2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
- 2.2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

2.3 Cefalea di tipo tensivo cronica

- 2.3.1 Cefalea di tipo tensivo cronica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
- 2.3.2 Cefalea di tipo tensivo cronica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

2.4 Probabile cefalea di tipo tensivo

- 2.4.1 Probabile cefalea di tipo tensivo episodica sporadica
- 2.4.2 Probabile cefalea di tipo tensivo episodica frequente

2.4.3 Probabile cefalea di tipo tensivo cronica

2.1 Criteri diagnostici della cefalea di tipo tensivo episodica sporadica

- A. Almeno 10 episodi che si verificano in media <1 giorno al mese (<12 giorni all'anno) e che soddisfino i criteri B-D
- B. La cefalea dura da 30 minuti a 7 giorni
- C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. localizzazione bilaterale
 - 2. qualità gravativo-costrittiva (non pulsante)
 - 3. intensità lieve o media
 - 4. non è 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 (può manifestarsi anoressia)
 - 2. può essere presente fotofobia oppure fonofobia, ma non entrambe
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

2.1.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

- A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.1 *Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica*
- B. Aumentata dolorabilità dei muscoli pericranici alla palpazione manuale

2.1.2 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

- A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.1 *Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica*
- B. Nessun aumento di dolorabilità dei muscoli pericranici

2.2 Criteri diagnostici della cefalea di tipo tensivo episodica frequente

- A. Almeno 10 episodi che si verificano ≥ 1 , ma <15 giorni al mese per almeno 3 mesi (≥ 12 e <180 giorni all'anno) e che soddisfino i criteri B-D
- B. La cefalea ha una durata compresa fra 30 minuti e 7 giorni
- C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. localizzazione bilaterale
 - 2. qualità gravativo-costrittiva (non pulsante)
 - 3. intensità lieve o media
 - 4. non è 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 (può manifestarsi anoressia)
 - 2. può essere presente fotofobia oppure fonofobia, ma non entrambe
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

2.2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

- A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.2 *Cefalea di tipo tensivo episodica frequente*
- B. Aumentata dolorabilità dei muscoli pericranici alla palpazione manuale

2.2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

- A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.2 *Cefalea di tipo tensivo episodica frequente*
- B. Nessun aumento della dolorabilità dei muscoli pericranici

2.3 Criteri diagnostici della cefalea di tipo tensivo cronica

- A. La cefalea è presente ≥ 15 giorni al mese da >3 mesi (≥ 180 giorni all'anno) e soddisfa i criteri B-D
- B. La cefalea dura ore o può essere continua
- C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. localizzazione bilaterale
 - 2. qualità gravativo-costrittiva (non pulsante)
 - 3. intensità lieve o media

- 4. non è aggravata dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale
- D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:
 - 1. non più di uno tra i seguenti sintomi: fotofobia, fotofobia e nausea lieve
 - 2. assenza di nausea moderata o forte e di vomito
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

2.3.1 Cefalea di tipo tensivo cronica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

- A. Cefalea che soddisfi i criteri A-E per 2.3 *Cefalea di tipo tensivo cronica*
- B. Aumentata dolorabilità dei muscoli pericranici alla palpazione manuale

2.3.2 Cefalea di tipo tensivo cronica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

- A. Cefalea che soddisfi i criteri A-E per 2.3 *Cefalea di tipo tensivo cronica*
- B. Nessun aumento di dolorabilità dei muscoli pericranici

3. Cefalea a grappolo e altre cefalalgie autonomico-trigeminali

- 3.1 Cefalea a grappolo
 - 3.1.1 Cefalea a grappolo episodica
 - 3.1.2 Cefalea a grappolo cronica
- 3.2 Hemicrania parossistica
 - 3.2.1 Hemicrania parossistica episodica
 - 3.2.2 Hemicrania parossistica cronica
- 3.3 Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)
- 3.4 Probabile cefalalgia autonomico-trigeminaliale
 - 3.4.1 Probabile cefalea a grappolo
 - 3.4.2 Probabile hemicrania parossistica
 - 3.4.3 Probabile SUNCT

3.1 Criteri diagnostici della cefalea a grappolo

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Dolore di intensità forte o molto forte, unilaterale, in sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale, della durata di 15-180 minuti (senza trattamento)
- C. La cefalea è associata ad almeno uno dei seguenti sintomi o segni:
 - 1. iniezione congiuntivale e/o lacrimazione omolaterali
 - 2. ostruzione nasale e/o rinorrea omolaterali
 - 3. edema palpebrale omolaterale
 - 4. sudorazione facciale e frontale omolaterale
 - 5. miosi e/o ptosi omolaterali
 - 6. irrequietezza o agitazione
- D. La frequenza degli attacchi è compresa tra uno ogni due giorni e 8 al giorno
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

3.1.1 Criteri diagnostici della cefalea a grappolo episodica

- A. Attacchi che soddisfino i criteri A-E per 3.1 *Cefalea a grappolo*
- B. Almeno due periodi di cefalea (“grappoli”) che durano da 7 a 365 giorni¹ intervallati da periodi di remissione che durano ≥ 1 mese

3.1.2 Criteri diagnostici della cefalea a grappolo cronica

- A. Attacchi che soddisfino i criteri A-E per 3.1 *Cefalea a grappolo*
- B. Attacchi presenti da >1 anno, in assenza di fasi di remissione o con periodi di remissione che durano <1 mese

8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

8.2 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di farmaci

- A. Cefalea presente per >15 giorni al mese e che soddisfi i criteri C e D
- B. Uso eccessivo regolare da > 3 mesi di uno o più farmaci che possono essere assunti per la terapia acuta e/o sintomatica della cefalea
- C. La cefalea si è manifestata o è peggiorata nettamente durante l'*overuse* del(i) farmaco(i)
- D. La cefalea si risolve o ritorna al quadro sintomatologico iniziale entro 2 mesi dalla sospensione del farmaco utilizzato in maniera eccessiva

8.2.1 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di ergotamina

- A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*
- B. Assunzione regolare di ergotamina per >10 giorni al mese da >3 mesi

8.2.2 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di triptani

- A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*
- B. Assunzione regolare di (qualsiasi formulazione di) triptani per >10 giorni al mese da >3 mesi

8.2.3 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di analgesici

- A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*
- B. Assunzione regolare di analgesici comuni per >15 giorni al mese da >3 mesi

8.2.4 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di oppioidi

- A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*
- B. Assunzione regolare di oppioidi per >10 giorni al mese da >3 mesi

8.2.5 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di prodotti di combinazione di analgesici

- A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*
- B. Assunzione regolare di prodotti di combinazione di analgesici per >10 giorni al mese da >3 mesi

8.2.6 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici in combinazione

- A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*
- B. Assunzione regolare di qualsiasi combinazione di ergotamina, triptani, analgesici o oppioidi per >10 giorni al mese da >3 mesi, in assenza di uso eccessivo per le singole classi

8.2.7 Cefalea da uso eccessivo di altri farmaci

- A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*
- B. Uso eccessivo regolare da >3 mesi di un farmaco diverso da quelli elencati sopra

Bibliografia

1. *Classificazione Internazionale delle Cefalee, II Edizione. Cephalalgia* 24 (suppl. 1), 2004.
2. *Emicrania ed altre cefalee. Guida pratica di terapia. A cura di G. Nappi. Percorsi editoriali di Carrocci editore, 2000, Roma.*
3. *G. Nappi, G.C. Manzoni. Manuale delle Cefalee. Ed. Masson S.p.A. 2005, Milano.*
4. *G. Sances, G. Sandrini, A. Costa, F. Antonaci, A. Citterio, G. Nappi. Headache in the diagnosis-related groups (DRG) era: management and appropriateness of admission. Functional Neurology XV, suppl. 3, 224-229, 2000.*
5. *Sances G, Ghiotto N, Loi M, Guaschino E, Marchioni E, Catarci T, Nappi G. A CARE pathway in medication-overuse headache: the experience of the Headache Centre in Pavia. J Headache Pain 2005; 6: 307-9*
6. *Sances G, Tassorelli C, Pucci E, Ghiotto N, Sandrini G, Nappi G. Reliability of the nitroglycerin provocative test in the diagnosis of neurovascular headaches. Cephalalgia 2004; 24 (2): 110-9*
7. *Nappi G, Jensen R, Nappi RE, Sances G, Torelli P, Olesen J. Diaries and calendars for migraine. A review. Cephalalgia. 2006 Aug, 26: 905-916.*

Allegato 2

SCHEMA DI ANAMNESI

ANAMNESI FAMILIARE (notizie rilevanti)

FAMILIARITÀ PER CEFALEA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

ANAMNESI FISIOLÓGICA

NASCITA	_____			
SVILUPPO	_____			
DOMINANZA EMISFERICA	<input type="checkbox"/> destrimanee	<input type="checkbox"/> mancino	<input type="checkbox"/> mancino corretto	<input type="checkbox"/> ambidestro
SCOLARITÀ	<input type="checkbox"/> ELEMENTARE	<input type="checkbox"/> MEDIA INFERIORE	<input type="checkbox"/> DIPLOMA	<input type="checkbox"/> LAUREA _____
ATTIVITÀ	_____			
MATRIMONIO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	SEPARAZIONE/DIVORZIO	_____
FIGLI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	N°/ETÀ	_____
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> REGOLARE	<input type="checkbox"/> ALTRO _____		
ALCOLICI/VINO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONSUMO SALTUARIO/RARO	<input type="checkbox"/> SÌ _____	
CAFFÈ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ (N°/DIE _____)		
FUMO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ (N° SIGARETTE/DIE _____)		<input type="checkbox"/> HA SMESSO (DA QUANTO? _____)
DIURESI E MINZIONE	<input type="checkbox"/> REGOLARI	<input type="checkbox"/> ALTRO _____		
ALVO	<input type="checkbox"/> REGOLARE	<input type="checkbox"/> ALTRO _____		
RITMO SONNO-VEGLIA	<input type="checkbox"/> REGOLARE	<input type="checkbox"/> ALTRO _____		
ALLERGIE/INTOLLERANZE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ _____		

ALTEZZA CM _____	PESO kg _____
PRESSIONE ARTERIOSA <input type="checkbox"/> NORMOTESO <input type="checkbox"/> IPOTESO <input type="checkbox"/> IPERTESO _____	

ANAMNESI GINECOLOGICA ED OSTETRICA

ETÀ MENARCA _____	cicli mestruali <input type="checkbox"/> regolari _____ <input type="checkbox"/> irregolari _____
PILLOLA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì _____	
DISMENORREA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì _____	sindrome premenstruale <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì _____
GRAVIDANZE <input type="checkbox"/> regolari <input type="checkbox"/> altro _____	
PARTI <input type="checkbox"/> regolari <input type="checkbox"/> altro _____	
ALLATTAMENTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
ABORTI <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì n° _____	ivg <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì n° _____
MENOPAUSA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> spontanea <input type="checkbox"/> chirurgica età _____	
trattamenti ormonali sostitutivi _____	

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

MALATTIE INFANTILI <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non ricorda <input type="checkbox"/> sì
INTERVENTI <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì _____
PATOLOGIE DI RILIEVO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA PER CEFALEA

storia (esordio, frequenza, andamento) _____ _____ _____
AURA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì _____
_____ sede _____ tipo _____

CARATTERISTICHE DEL DOLORE sede _____ tipo _____						
CARATTERISTICHE DEL DOLORE severità/disabilità _____						
orari preferenziali di insorgenza _____						
DOLORE						
	nausea	vomito	fotofobia	fonofobia	osmofobia	locali
	altri _____					
VARIAZIONI CON ATTIVITÀ FISICA O MOVIMENTI DEL CAPO <input type="checkbox"/> peggiora <input type="checkbox"/> migliora <input type="checkbox"/> non varia						
DURATA CRISI _____		raggruppamenti crisi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		FREQUENZA/ANNO _____		durata periodi _____
crisi/giorno,orari _____						
FATTORI INFLUENZANTI LA CEFALEA <input type="checkbox"/> non individuati <input type="checkbox"/> individuati _____						
andamento in gravidanza _____						
andamento con pillola/terapie ormonali _____						
trattamenti sintomatici: tipo, efficacia, effetti collaterali – consumo n°/mese _____ _____						
trattamenti di profilassi _____ _____						
accertamenti eseguiti _____ _____						

Allegato 3

DIAGNOSI DELLE PRINCIPALI FORME DI CEFALEA PRIMARIA

	A	B	C
1. SEDE DEL DOLORE	UN SOLO LATO CAMBIA DI LATO <input type="radio"/>	TUTTA LA TESTA <input type="radio"/>	OCCHIO E TEMPPIA DA UN SOLO LATO <input type="radio"/>
2. TIPO DI DOLORE	PULSANTE MARTELLANTE <input type="radio"/>	COSTRITTIVO/GRAVATIVO <input type="radio"/>	LANCINANTE <input type="radio"/> TRAFITTIVO <input type="radio"/> PULSANTE <input type="radio"/>
3. INTENSITÀ DEL DOLORE	MODERATA/FORTE <input type="radio"/>	LIEVE/MODERATA <input type="radio"/>	MOLTO FORTE <input type="radio"/>
4. ANDAMENTO DEL DOLORE	AUMENTA GRADUALMENTE E POI RAGGIUNGE IL MASSIMO <input type="radio"/>	RIMANE COSTANTE SENZA VARIAZIONI DI RILIEVO <input type="radio"/>	RAGGIUNGE IL MASSIMO IN BREVE TEMPO <input type="radio"/>
5. DURATA DEL DOLORE (SENZA TRATTAMENTO)	4-72 ORE <input type="radio"/>	DA 30 MINUTI A PIÙ GIORNI <input type="radio"/>	30-180 MINUTI <input type="radio"/>
6. SINTOMI ASSOCIATI AL DOLORE	NAUSEA <input type="radio"/> VOMITO <input type="radio"/> FOTOFOBIA <input type="radio"/> FONOFOBIA <input type="radio"/> OSMOFOBIA <input type="radio"/>	NESSUNO IN GENERE (A VOLTE LIEVE NAUSEA E/O FASTIDIO ALLA LUCE) <input type="radio"/>	LACRIMAZIONE <input type="radio"/> OCCHIO ROSSO <input type="radio"/> PTOSI PALPEBRALE <input type="radio"/> CONGESTIONE E/O SECREZIONE NASALE (TUTTI DAL LATO DEL DOLORE) <input type="radio"/>
7. FREQUENZA DEGLI ATTACCHI	EPISODI VARIABILI NEL MESE <input type="radio"/>	NON COSTANTE O GIORNALIERA <input type="radio"/>	ATTACCHI TUTTI I GIORNI O QUASI (ANCHE PIÙ DI UNO AL GIORNO), AD ORARI FISSI, PER UN PERIODO DI SETTIMANE O MESI, CON INTERVALLI LIBERI <input type="radio"/> ANCHE DI MESI NO INTERVALLI LIBERI (ANDAMENTO CRONICO) <input type="radio"/>
8. COMPORTAMENTO DURANTE GLI ATTACCHI	DEVE STARE A LETTO, AL BUIO O IN AMBIENTE TRANQUILLO; SOSPENDE O RIDUCE L'ATTIVITÀ <input type="radio"/>	NULLA DI PARTICOLARE, LE ATTIVITÀ SONO POSSIBILI <input type="radio"/>	AGITATO NON RIESCE A STARE FERMO <input type="radio"/>
9. SINTOMO PRESENTI PRIMA DELL'ATTACCO (PER UN TEMPO TRA 10 E 60 MINUTI)	DISTURBI DELLA VISTA PARESTESIE A DISTRIBUZIONE FACIO- BRACHIALE UNILATERALI <input type="radio"/> DISTURBI DELLA PAROLA <input type="radio"/>	NESSUNO <input type="radio"/>	NESSUNO <input type="radio"/>
TOTALE RISPOSTE POSITIVE			

- Indicare quante dosi di farmaci sintomatici vengono assunte nel mese ____

- Indicare per quanti giorni al mese vengono assunti farmaci sintomatici ____

1. Se la maggior parte di risposte positive è nella colonna A, probabilmente si tratta di emicrania.
2. Se la maggior parte di risposte positive è nella colonna B, probabilmente si tratta di cefalea tensiva.
3. Se la maggior parte di risposte positive è nella colonna C, probabilmente si tratta di cefalea a grappolo.

Allegato 4
DIARIO CEFALEA

cfr. alle pagine seguenti



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

**U.O. CENTRO REGIONALE DI DIAGNOSI E CURA DELLE CEFALIE
IRCCS FONDAZIONE "ISTITUTO NEUROLOGICO C. MONDINO" DI PAVIA
(Responsabile Dott.ssa G. Sances)**

**CENTRO INTERUNIVERSITARIO CEFALIE E DISORDINI ADATTATIVI
(UCADH)
Sezione di Pavia
(Responsabile Prof. Giorgio Sandrini)**

Diario della Cefalea

Cognome e Nome _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

Giorno della settimana

Indicare le iniziali del giorno della settimana (L=Lunedì, M=Martedì, etc.) nelle caselle della prima riga del diario sopra la data.

Segnare nello schema a riquadri l'intensità del mal di testa per tutta la sua durata e le ore di sonno (1 quadrato = 1 ora):

Forte (totale incapacità di svolgere qualsiasi attività/necessità di riposo a letto o di isolarsi)

Medio (notevole limitazione di qualsiasi attività - lavoro, studio, faccende di casa - senza necessità di riposo a letto)

Lieve (nessuna limitazione delle normali attività)

Segnare con **S** le ore di sonno

Se si manifesta il fenomeno dell'Aura (sintomi visivi, formicolii ad un braccio o al volto, disturbi della parola, che si manifestano prima della cefalea e che scompaiono alla sua insorgenza o poco dopo) scrivere: **A** prima di segnare la cefalea nello schema a riquadri e segnare la durata dei sintomi

Sintomi associati: segnare una X nella casella apposita se sono presenti sintomi che si manifestano durante l'attacco: nausea, vomito, intolleranza a luce, rumore, odori

Segnare nell'apposita casella se il dolore è da un solo lato:

D per destra, **S** per sinistra, **B** se il dolore è bilaterale

Segnare nelle apposite caselle dello schema:

P se il dolore è pulsante; **C** se il dolore è costrittivo/pressante; **A** se il dolore è di altro tipo

Segnare X se il dolore peggiora con il movimento (es. piegare la testa, fare le scale, chinarsi)

Segnalare (qui) i farmaci che si assumono al bisogno (nome per esteso):

Iniziale del nome per il tipo _____

Numero totale nella giornata _____

Orari di assunzione _____

Fattori scatenanti: segnare se il mal di testa è scatenato da alcuni fattori quali cibo, stress, cambiamenti climatici, etc.

Segnare nelle apposite caselle dello schema:

M i giorni in cui si verifica la mestruazione

P i giorni di eventuale assunzione della "pillola anticoncezionale" o di terapie ormonali



DIARIO DELLA CEFALEA

Cognome	xxxxx	Data di nascita											xxxx	Mese											xxxx	Anno					xxx					
		1	2	3	4	5	D	7	8	9	10	11		12	D	14	15	16	17	18	19	D	21	22		23	24	25	26	D		28	29	30	31	
Ore	Giorno	1	2	3	4	5	D	7	8	9	10	11	12	D	14	15	16	17	18	19	D	21	22	23	24	25	26	D	28	29	30	31				
1							S																											1		
	S = ore sonno						S																											2		
							S																											3		
							S																											4		
	A = aura						S																											5		
	15 = minuti (durata)						S																											6		
	= cefalea lieve						A 15																											7		
							=																											8		
							=																												9	
	10						=																											10		
	/// cefalea media						////																											11		
							////																												12	
	13						////																												13	
	■ cefalea forte						EMPIO																												14	
							EMPIO																												15	
							EMPIO																													16
							EMPIO																													17
							EMPIO																													18
	17						EMPIO																													19
	18						EMPIO																													20
	Lasciare i riquadri in bianco se non ha nessun dolore																																			21
							=																													22
							=																													23
							S																													24
							S																													24

Sintomi associati

Nausea							+																												
Vomito							+																												
Int. luce							+																												
Int. rumori							+																												
Int. odori							+																												

Caratteristiche del dolore

Lato del dolore D / S / B							D																											
P = pulsante C = costrittivo A = altro							P																											
Peggiora con il movimento							X																											

Farmaci al bisogno

Tipo farmaco iniziale nome							X																											
Orari assunzione							15																											
N°/ 24 ore							1																											

Indicare i possibili fattori scatenanti

Fattori scatenanti							Cibo																											
--------------------	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni in cui assume la pillola

Mestruazione						M	M	M	M																										
Pillola																																			



DIARIO DELLA CEFALEA

Cognome	Giorno	Data di nascita							Mese							Anno																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Ore																																	
1																																	1
2																																	2
3																																	3
4																																	4
5																																	5
6																																	6
7																																	7
8																																	8
9																																	9
10																																	10
11																																	11
12																																	12
13																																	13
14																																	14
15																																	15
16																																	16
17																																	17
18																																	18
19																																	19
20																																	20
21																																	21
22																																	22
23																																	23
24																																	24

Sintomi associati

Nausea																																
Vomito																																
Int. luce																																
Int. rumori																																
Int. odori																																

Caratteristiche del dolore

Lato del dolore D / S / B																															
P = pulsante C = costrittivo A = altro																															
Peggiora con il movimento																															

Farmaci al bisogno

Tipo farmaco Iniziale nome																															
Orari assunzione																															
N°/ 24 ore																															

Indicare i possibili fattori scatenanti

Fattori scatenanti																															
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni in cui assume la pillola

Mestruazione																															
Pillola																															

