

# CEFALEE

[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)

- Le cefalee vanno distinte dal punto di vista eziopatogenetico in **primarie**, ad eziopatogenesi non definita, non associate ad altre patologie (la cefalea rappresenta l'unico sintomo di malattia) e **secondarie**, cioè dovute a ben identificate condizioni morbose

# CEFALEE PRIMARIE

# EMICRANIA

- L'emicrania colpisce il **10 % della popolazione adulta**, ed è più frequente nel **sexso femminile**
- La prevalenza è più bassa nell'età infantile e nella terza età

# EMICRANIA SENZ' AURA

- E' caratterizzata da **attacchi di cefalea**, che, se non vengono trattati, **durano da 4 a 72 ore**
- Una localizzazione **strettamente unilaterale** dell'attacco è presente **nella metà dei casi**
- La **sede** del dolore **può variare** da un attacco all'altro, e durante lo stesso attacco

- Il dolore è **pulsante**, associato a **nausea e vomito, fotofobia, fonofobia**, e la sua **intensità** è frequentemente **severa**
- Gli attacchi dolorosi possono insorgere in qualsiasi ora del giorno o della notte, ma più spesso compaiono nelle **prime ore del mattino o al risveglio**

- Le crisi emicraniche possono essere **scatenate da numerosi fattori**: psicologici (depressione, ansia, stress), turbe del ritmo sonno-veglia (perdita di sonno, sonno prolungato, insonnia), digiuno, febbre, ipertensione arteriosa, cibi particolari (cioccolato, formaggi, vino rosso, cibi grassi fritti, insaccati, cipolle, frutta secca, cibi affumicati, caffè, tè), uso di farmaci (estroprogestinici, nitroderivati), attività fisica sostenuta

- E' frequente la comparsa di attacchi in **periodo perimestruale**, mentre gli attacchi **si riducono durante la gravidanza**



# EMICRANIA CON AURA

- Gli **attacchi di cefalea seguono** la comparsa di **manifestazioni neurologiche reversibili (aura)** con un intervallo libero inferiore a 60 minuti
- In alcuni casi la **cefalea può esordire prima dell'aura, o contemporaneamente** ad essa

- Il **dolore** ha una **durata di 4 – 12 ore**, e, rispetto all'emicrania senz'aura, è di **intensità inferiore**, e meno frequentemente associato a fotofobia, fonofobia, nausea o vomito
- **Esordisce** solitamente in età giovanile, nella maggioranza dei casi **prima dei 20 anni**, per scomparire spontaneamente dopo i 30 – 35 anni, e ricomparire in alcuni casi (a volte con la sola aura, senza cefalea) dopo i 50 anni

- Fra i **fattori scatenanti** vi sono quelli psicologici e lo sforzo fisico, mentre i fattori alimentari o farmacologici non sembrano avere la stessa importanza che hanno per l'emicrania senz'aura
- Il 50 % delle donne affette da emicrania con aura **continua** a soffrirne **durante la gravidanza**, e **non** vi sono sostanziali **variazioni della frequenza** degli attacchi durante il **periodo perimestruale**

- L'aura emicranica è solitamente associata ad una **sensazione di ansia o paura**
- L'aura è caratterizzata da uno o più **sintomi riferibili a disfunzione focale emisferica e/o troncoencefalica**, che si sviluppano gradualmente **in più di 4 minuti**, ed hanno una **durata abitualmente inferiore a 60 minuti**
- La **breve durata** e lo **sviluppo graduale** dell'aura sono due caratteristiche importanti dell'**emicrania con aura tipica**

- Quando i sintomi neurologici che precedono la cefalea **si instaurano rapidamente** (entro 4 minuti), e **rimangono immutati** per tutta la durata dell'aura (**“emicrania con aura ad esordio acuto”**), ovvero quando **l'aura ha una lunga durata** (da un'ora ad una settimana, **“emicrania con aura protratta”**) occorre sempre **escludere** la presenza di **attacchi ischemici transitori** o di **altre lesioni intracraniche**

- In alcuni pazienti l'aura **non è costantemente seguita o accompagnata da cefalea** (“aura emicranica senza cefalea”)
- L'aura più frequente è quella **visiva**, con sintomi positivi e/o negativi, che tendono a spostarsi da una parte all'altra del campo visivo, pur rimanendo confinati ad un emicampo
- Il disturbo visivo più comune è lo **scotoma scintillante** a zig-zag, che assume l'aspetto del cosiddetto “spettro di fortificazione”

- Più raramente l'aura visiva è associata ad altre manifestazioni neurologiche focali, che suggeriscono un'estensione della disfunzione cerebrale al di fuori della corteccia visiva verso aree adiacenti: **parestesie** (che interessano frequentemente la regione periorale, e successivamente le dita, poi la mano e l'avambraccio omolaterale, e più raramente si diffondono all'intero arto superiore e poi all'inferiore), **ipostenia, disturbi del linguaggio**

# CEFALEA A GRAPPOLO

- E' caratterizzata da **attacchi dolorosi ricorrenti per settimane o mesi** (cosiddetti "grappoli"), separati da **periodi di remissione di mesi o anni**
- I "grappoli" durano generalmente **1 – 2 mesi** (da un minimo di una settimana ad un massimo di un anno)



- Gli **attacchi dolorosi** tendono a ricorrere **1 – 2 volte al giorno** (da uno ogni due giorni a 8 al giorno), **ad orari generalmente fissi** (13 – 15, 21, 1 – 2 di notte, provocando il risveglio)
- Il **dolore** è sempre **unilaterale**, localizzato solitamente in sede **orbitaria**, con frequente irradiazione verso la tempia o la fronte, ed è particolarmente **intenso**

- E' associato a **manifestazioni vegetative omolaterali** alla sede del dolore, quali lacrimazione, iniezione congiuntivale, miosi e ptosi (sindrome di Horner), rinorrea

- Mentre il paziente con attacco emicranico preferisce stare al buio, lontano dai rumori, il paziente con cefalea a grappolo è **agitato**, in continuo movimento, **irritabile ed aggressivo**
- Il **dolore** raggiunge l'**acme dopo pochi minuti**, e **termina**, più o meno bruscamente, **dopo 30 – 120 minuti** (minimo 15, massimo 180 minuti)

- Nei periodi attivi le crisi dolorose sono facilmente **scatenate dall'ingestione di alcool**
- Accanto alla **forma episodica** esiste una **forma cronica** nella quale **non vi sono fasi di remissione di durata superiore a 14 giorni in un anno**

# CEFALEA TENSIVA

- E' più frequente nel **sexso femminile**
- L'**età media** di insorgenza è intorno ai **30 anni**
- E' poco frequente nell'età infantile e nella terza età

- E' caratterizzata da **dolore di tipo gravativo-costrittivo, bilaterale, "a casco" o "a fascia"**, di **intensità lieve o media**, non aggravato dall'attività fisica, e **non** accompagnato da **nausea, vomito, fotofobia o fonofobia**

# CEFALEE SECONDARIE

- La cefalea può essere la conseguenza dell'attivazione di fibre sensitive da parte di un processo patologico, e può costituire in alcuni casi l'unico elemento semeiologico rilevatore di una patologia endocranica



- La cefalea della **sindrome meningitica** deriva dall'ipertensione endocranica, che determina un'azione meccanica sulle strutture sensibili della base
- E' intensa, continua, esacerbata dalla tosse e dalla flessione della nuca, e si attenua con la puntura lombare
- Nella sua genesi gioca anche un ruolo l'infiammazione delle strutture della base

- L'**emorragia subaracnoidea** può determinare una cefalea inizialmente circoscritta, e deve essere ipotizzata di fronte ad ogni cefalea acuta, eseguendo una TC cerebrale ad ogni minimo dubbio

- Un'azione meccanica può anche essere provocata da un'**ipotensione del liquor**, ad esempio nelle cefalee che seguono alla puntura lombare, in conseguenza dello stillicidio liquorale nel tragitto dell'ago

- La cefalea diffusa dei **tumori cerebrali** è determinata dall'ipertensione endocranica, ed è esacerbata dalla tosse e dal movimento
- Quando il tumore provoca una cefalea localizzata, questa è causata dall'azione meccanica diretta della neoformazione sulle strutture vicine
- Qualsiasi cefalea di recente comparsa può rilevare la presenza di un tumore endocranico

- In assenza di segni anormali nell'esame neurologico e di alterazioni del fondo dell'occhio, la probabilità che la cefalea sia in rapporto con la presenza di un tumore è scarsa
- Tuttavia, in certe localizzazioni (lobo temporale destro, linea mediana, loggia ipofisaria, fossa posteriore) la cefalea può essere a lungo un segno isolato, per cui, di fronte ad una cefalea le cui caratteristiche non consentono una diagnosi, è legittimo eseguire una TC

- Occorre pensare all'**arterite di Horton** in ogni cefalea che si manifesta in un soggetto adulto, in particolare nell'anziano, poiché l'età preferenziale è intorno ai 70 anni
- La cefalea è spesso preceduta da una fase prodromica di qualche giorno o qualche settimana, caratterizzata da stato febbrile e dolori diffusi

- E' spesso violenta, persistente, con recrudescenze parossistiche, localizzata in sede temporale, ma talvolta in sede atipica, specialmente occipitale
- Si accompagna a segni locali, quali dolore alla palpazione dell'arteria temporale, che appare ispessita e rigida

- Si riscontra un aumento notevole della VES (80 - 100 mm), della proteina C reattiva e delle  $\alpha_2$  globuline
- La biopsia dell'arteria temporale mostra lesioni di tipo panarteritico con cellule giganti



- Il processo infiammatorio deborda dall'arteria temporale e dagli altri rami della carotide esterna, rendendo conto del polimorfismo della malattia
- La diagnosi deve essere precoce, per il rischio di cecità da trombosi dell'arteria oftalmica o dei suoi rami
- Si possono osservare disturbi ischemici cerebrali e manifestazioni coronariche

- L'eziologia della malattia è sconosciuta
- I cortisonici costituiscono un trattamento notevolmente efficace, che fa scomparire rapidamente la cefalea, e riduce il rischio di complicazioni, in particolare oculari
- La durata del trattamento deve essere prolungata, per evitare una recidiva

- Le **cefalee post-traumatiche** sono estremamente frequenti, senza che vi sia concordanza fra la gravità del trauma e l'importanza della cefalea
- Eccezionalmente la cefalea è in rapporto con un **ematoma subdurale**, che determina una cefalea localizzata, associata ad un dolore provocato dalla pressione sulla fossa temporale, e a segni e sintomi neurologici, anche fluttuanti

- A volte la cefalea post-traumatica evolve in crisi molto simili a quelle della cefalea vasomotoria
- Più frequentemente ha le caratteristiche di una cefalea muscolo-tensiva

- Una cefalea può rivelare un'**anemia** o una **poliglobulia**, o può essere indizio di **anossia** (cefalea da altitudine, da intossicazione da monossido di carbonio) o di **ipercapnia** (insufficienza respiratoria)

- I soggetti con **ipertensione arteriosa** lamentano spesso cefalea
- Può trattarsi di crisi emicraniche aggravate dall'ipertensione

- Più specifica dell'ipertensione è la cefalea occipitale, presente al risveglio al mattino, e tendente ad attenuarsi nel corso della giornata
- Nell'iperteso la cefalea può anche essere il sintomo di un'emorragia cerebrale, o di un edema cerebrale che complica un'ipertensione maligna

- I processi patologici che si sviluppano a livello dei seni paranasali (soprattutto le **sinusiti** etmoidali e sfenoidali) o nella cavità orbitaria (**glaucoma**) possono produrre sia cefalee che algie facciali

[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)