Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB di Perugia

GIORNALE delle CEFALEE

ANNO VII - N. 2 - DICEMBRE 2011

PERIODICO SCIENTIFICO E DI INFORMAZIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELLE CEFALEE

IN QUESTO NUMERO

2 Editoriale

4 Eventi Sezioni Regionali

11 Novità dalla Letteratura

13 Novità dai Congressi

17 Calendario Congressi

19 Siti Internet

EDITORIALE

Elettromagnetismo ed emicrania: un'attrazione irresistibile

Filippo Brighina

Clinica Neurologica, Università degli Studi di Palermo

Era il 1985 quando Anthony Barker et al. (1) dimostravano che posizionando sul capo una bobina (coil) capace di erogare impulsi magnetici si poteva elicitare un movimento della mano, senza generare dolore. Era nata la Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS). La tecnica si basa sul principio dell'elettromagnetismo di Faraday (2) per il quale una corrente elettrica genera un campo magnetico perpendicolare e quest'ultimo a sua volta induce una corrente elettrica sempre perpendicolare e quindi parallela al primo campo elettrico generatore. Cosi una corrente elettrica che passa all'interno di un coil posto sul capo genera campi magnetici rapidi che attraversano lo scalpo senza essere influenzati dai tessuti frapposti e generano una corrente elettrica perpendicolare in corrispondenza della corteccia. Quest'ultima, grazie alla brusca variazione di potenziale, è in grado di attivare le strutture neurali generando potenziali d'azione. Inizialmente usata per lo studio delle vie motorie, la tecnica si dimostrò presto in grado di fornire preziose informazioni anche sulle funzioni cognitive in appositi protocolli sperimentali. Nel 1989, Amassian et al. (3) dimostrarono che erogando singoli impulsi magnetici sulla corteccia occipitale in soggetti normali durante la presentazione di lettere su uno schermo era possibile interferire con la percezione visiva (i soggetti facevano più errori) quando l'impulso era erogato a tempi precisi cioè tra 80-120 ms dopo l'inizio dello stimolo visivo: esattamente lo stesso tempo impiegato dall'impulso lungo la via visiva per raggiungere la corteccia! Era così possibile studiare il ruolo e la tempistica di attivazione di specifiche aree cerebrali nell'elaborazione degli stimoli. Un'ulteriore opportunità era offerta dalla successiva evoluzione della tecnica con l'introduzione di apparecchiature in grado di erogare stimoli ripetuti: stimolazione magnetica ripetitiva: rTMS. La rTMS si dimostrava infatti in grado di ridurre o potenziare l'attività delle aree corticali in ragione delle frequenze di stimolo impiegate; le basse frequenze (≤1 stimolo per secondo: 1Hz) inibivano mentre quelle superiori ad 1Hz facilitavano le aree stimolate. Inoltre, la rTMS si dimostrava anche in grado di indurre effetti plastici che perduravano per qualche tempo dopo la fine della stimolazione. Si gettavano cosi le basi per uno studio più approfondito delle funzioni corticali valutando gli effetti dell'attivazione/inibizione delle stesse e si apriva la strada per un possibile uso terapeutico. Se era infatti possibile con la rTMS ottenere effetti plastici, allora era possibile ipotizzare che sedute ripetute di rTMS potessero in qualche modo stabilizzare tali effetti rendendoli più duraturi. E' quanto fu provato per la prima volta da George et al. 1995 (4) che usò la rTMS per potenziare l'attività dell'area dorso laterale prefrontale (DLPFC), un'area importante per il controllo dell'umore e dell'emotività, che si era dimostrata meno attiva in studi PET ed fMRI nei soggetti affetti da depressione resistente. La tecnica si dimostrò in grado di migliorare in modo consistente la depressione nei soggetti trattati e le conferme di studi successivi su casistiche numerose hanno portato la rTMS dell'area prefrontale a ricevere negli USA l'approvazione da parte della FDA, come trattamento codificato per la depressione resistente. L'rTMS è stata studiata come possibile approccio terapeutico alternativo in diverse patologie neurologiche e psichiatriche (5).

Più recentemente un'altra tecnica di stimolazione cerebrale non invasiva si è aggiunta all'armamentario del "neuro stimolatore": la stimolazione transcranica con correnti dirette (tDCS). La tDCS si basa su correnti elettriche continue erogate da una batteria in cui l'intensità della corrente viene mantenuta costante. La tecnica è semplice, sicura e non dolorosa poiché impiega correnti a basso amperaggio: 1-2mA. Inoltre richiede un apparecchiatura poco ingombrante (portatile) ed abbastanza economica. Diversamente dalla rTMS, la tDCS non è in grado di stimolare direttamente i neuroni inducendo potenziali d'azione, ma ha piuttosto effetti di modulazione. Le correnti erogate agiscono sul potenziale trasmembrana in relazione alla polarità: le correnti catodiche iperpolarizzano e riducono l'eccitabilità, mentre quelle anodiche hanno effetto opposto. La tDCS in analogia all'rTMS è stata impiegata per lo studio delle funzioni corticali e più recentemente, per i suoi effetti di modulazione plastica, anche in protocolli terapeutici, dimostrando in alcuni casi di potere rappresentare una valida alternativa alla rTMS soprattutto per i bassi costi e la semplicità di impiego (5). Un'importante applicazione per entrambe le tecniche riguarda il campo del dolore cronico. Qui la stimolazione di aree come la corteccia motoria e più recentemente anche della DLPFC, che sono in grado di esercitare un controllo sulle vie del dolore, è riuscita a ridurre l'intensità del disturbo algico migliorando la qualità di vita dei pazienti in diverse condizioni che spaziano dal dolore neuropatico a quello viscerale ed a quello cronico sine-materia come la fibromi algia (6).

E nell'emicrania? Qui, le tecniche di neuro stimolazione sono state utilmente impiegate per accrescere le conoscenze sui meccanismi di base della malattia, valutando in particolare l'ipotesi di un'alterata eccitabilità corticale che potesse rappresentare il substrato della maggiore reattività a stimoli ambientali e la base dei fenomeni di alterazione dell'attività corticale che sottendono l'aura. Più recentemente le stesse tecniche sono anche state impiegate come possibili alternative terapeutiche.

Sono del 1998 le prime evidenze con la TMS sull'eccitabilità della corteccia visiva tramite la tecnica dell'induzione di fosfeni (piccoli rapidi spot luminosi percepiti nel campo visivo da attivazione della corteccia visiva). L'idea era che se la corteccia visiva degli emicranici con aura fosse più eccitabile allora doveva essere più facile indurre la percezione di fosfeni nei pazienti. I risultati tuttavia non furono univoci poiché alcuni autori dimostrarono una maggiore facilità (ipereccitabilità) mentre altri al contrario

una maggiore difficoltà nell'induzione dei fosfeni (ipoeccitabilità). Tale diatriba, non è mai giunta a soluzione negli studi successivi che hanno esplorato altri parametri di eccitabilità, tuttavia, nel complesso, le evidenze convergono su una condizione di alterata eccitabilità della corteccia cerebrale sostenuta da disfunzioni neuronali (canalopatia, alterazione dei meccanismi sinaptici) o dei meccanismi di attivazione talamo-corticale (7). Inoltre, gli studi più recenti, compiuti con rTMS e tDCS hanno evidenziato disfunzioni dei meccanismi che mantengono l'attivazione neurale entro i limiti di sicurezza (plasticità omeostatica) che potrebbero rendere conto dei reperti contraddittori osservati (8). Infatti, secondo le regole di tale plasticità, in condizioni di iperattivazione un'ulteriore stimolo facilitatorio non attiva ulteriormente ma induce una risposta inibitoria per riequilibrare il sistema.

La capacità delle tecniche di neuro stimolazione di interagire con l'attività corticale è stata anche sfruttata nel tentativo di ottenere effetti terapeutici sia in acuto, per l'attacco che per i trattamenti preventivi. In un recente studio randomizzato, controllato, Lipton et al. 2010 (9) hanno dimostrato l'efficacia della stimolazione occipitale nel trattamento dell'attacco in pazienti affetti da emicrania con aura. Il razionale si basava sulla capacità, che la TMS ha dimostrato nell'animale da esperimento, di interrompere la cortical spreading depression, un'alterazione dell'attività elettrica corticale che rappresenta il substrato dell'aura. I pazienti ricevevano degli stimolatori portatili appositamente disegnati per potere essere usati a domicilio, all'inizio dell'aura: il trattamento era efficace con una maggiore percentuale di pazienti liberi dal dolore a 2 ore dall'inizio dell'attacco. Per quanto riguarda i trattamenti di prevenzione, nel 2004 il nostro gruppo ha ottenuto effetti terapeutici significativi (riduzione degli attacchi e del consumo di anlgesici) in un piccolo studio controllato su un gruppo di pazienti affetti da emicrania cronica stimolando la DLPFC sin (10). Il razionale era quello di ottenere un migliore controllo nocicettivo, per interferire con i meccanismi che mantengono il dolore. Diversamente, nello studio di Teepker et al. (2010) effettuando stimolazioni inibitorie al vertice (con il razionale di ridurre l'ipereccitabilità corticale) in pazienti con emicrania senz'aura, non si osservavano effetti significativi rispetto al gruppo di controllo (11). In un altro studio, con lo stesso razionale Antal et al. (2011) hanno impiegato la tDCS con correnti catodiche inibitorie per ridurre l'eccitabilità della corteccia visiva in pazienti affetti da emicrania. I risultati dimostravano un effetto significativo solo sulla severità degli attacchi e non sulla durata né sulla frequenza (12).

In conclusione, la neuro stimolazione cerebrale non invasiva appare essere un'utilissima risorsa per lo studio dei meccanismi di base e per possibili protocolli di trattamento non farmacologico per l'emicrania. In particolare, su quest'ultimo punto, il tempo appare più che maturo per la conduzione di studi multicentrici, controllati per valutare gli effetti della rTMS e della tDCS nel trattamento di profilassi dell'emicrania e soprattutto delle forme croniche.

Bibliografia

1. Barker AT, Jalinous R, Freeston I (1985) Non-invasive magnetic stimulation of the human motor cortex. *Lancet* 1:1106-7.
2. Faraday M (1839, 1844). Experimental Researches in Electricity, vols. I. and II. Richard and John Edward Taylor. vol. III. Richard Taylor and William Francis, 1855.
3. Amassian VE, Cracco RQ, Maccabee PJ et al. (1989) Suppression of visual perception by magnetic coil stimulation of human occipital cortex. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 74:458-62.
4. George MS, Wassermann EM, Williams WA et al. (1995) Daily repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) improves mood in depression. *Neuroreport* 6:1853-6.
5. Najib U, Bashir S, Edwards D et al. (2011) Transcranial brain stimulation: clinical applications and future directions. *Neurosurg Clin N Am* 22:233-51.
6. O'Connell NE, Wand BM, Marston L et al. (2011) Non-invasive brain stimulation techniques for chronic pain. A report of a Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Phys Rehabil Med* 47:309-26.
7. Brighina F, Palermo A, Fierro B (2009) Cortical inhibition and habituation to evoked potentials: relevance for pathophysiology of migraine. *J Headache Pain* 10:77-84.
8. Brighina F, Cosentino G, Vigneri S et al. (2011) Abnormal facilitatory mechanisms in motor cortex of migraine with aura. *Eur J Pain* 15:928-35.
9. Lipton RB, Dodick DW, Silberstein SD et al. (2010) Single-pulse transcranial magnetic stimulation for acute treatment of migraine with aura: randomized, double-blind, parallel-group, sham-controlled trial. *Lancet Neurol* 9:373-80.
10. Brighina F, Piazza A, Vitello G et al. (2004) rTMS of the prefrontal cortex in the treatment of chronic migraine: a pilot study. *J Neurol Sci* 227:67-71.
11. Teepker M, Hötzel J, Timmesfeld N et al. (2010) Low-frequency rtms of the vertex in the prophylactic treatment of migraine. *Cephalalgia* 30:137-44.
12. Antal A, Kriener N, Lang N et al. (2011) Cathodal transcranial direct current stimulation of the visual cortex in the prophylactic treatment of migraine. *Cephalalgia* 31:820-8.

S.I.S.C. Consiglio Direttivo

PRESIDENTE:
Luigi Alberto Pini

VICE PRESIDENTE:
Giorgio Bono

PAST PRESIDENT:
Vincenzo Guidetti

SEGRETARIO:
Maria Pia Prudenzano

TESORIERE:
Paola Sarchielli

CONSIGLIERI:
Maria Gabriella Buzzi
Paolo Calabresi
Pierangelo Geppetti
Rosario Iannacchero
Federico Mainardi
Innocenzo Rainero

PRESIDENTI ONORARI:
Marcello Fanciullacci
Mario Giacovazzo
Giuseppe Nappi
Lorenzo Pinessi
Emilio Sternieri
Giorgio Zanchin

PROBIVIRI:
Enrico Del Bene
Flavio Devetag
Anna Ferrari
Davide Moscato
Marco Trucco

REVISORI DEI CONTI:
Giovanni Rossini
Elisabetta Tozzi
Leonardo Triggiani

Comitato di redazione: Redattore Capo: Carlo Lisotto **Delegato S.I.S.C.:** Rosario Iannacchero **Membri:** Franco Granella, Federico Mainardi, Maria Pia Prudenzano, Innocenzo Rainero, Grazia Sances, Marco Trucco.

Redazione Giornale delle Cefalee: **giornalecefalee@sisc.it**

Ufficio di Segreteria S.I.S.C.: **sisc@sisc.it**
Casella postale 17 succ. 3 - 06123 Perugia
www.sisc.it

ANNO VII - N. 2 - 2011 - GIORNALE QUADRIMESTRALE • Direttore responsabile: G. Giordano • **Spedizione** in A.P. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, comma 2, DCB Perugia • **Autorizzazione** n. 10/05 del Tribunale di Perugia del 1/4/2005 • **Stampa:** SETTEMBRE 2011 - Tip. GIOSTRELLI s.n.c. - Ponte S. Giovanni - Perugia • Tel. e Fax 075 5990492 • E-mail: giostrelli1@virgilio.it

EVENTI DELLE SEZIONI REGIONALI

SIMPOSIO

"La galassia delle cefalee: oltre i confini dell'emicrania"

Venezia, Ospedale SS. Giovanni e Paolo, 29 ottobre 2011

In data sabato 29 ottobre 2011 si è svolto il simposio *"La galassia delle cefalee: oltre i confini dell'emicrania"* nella splendida Sala di San Domenico dell'Ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia. L'attuale ingresso dell'Ospedale costituisce l'ex-Scuola Grande di San Marco, edificio rinascimentale fondato dall'omonima Scuola, che si affaccia sul Campo Santi Giovanni e Paolo, a fianco della celeberrima Basilica, vero e proprio pantheon della città lagunare. La Scuola era la sede di una confraternita di battuti, soppressa in età napoleonica, venendo successivamente trasformata in ospedale, inizialmente militare. Al piano superiore si trova la Sala di San Domenico, nota per il magnifico soffitto a cassettoni a finiture dorate. L'organizzatore è stato F. Mainardi, veneziano purosangue, Responsabile del Centro Cefalee del locale Ospedale e membro del Consiglio Direttivo Nazionale della SISC. Il simposio era rivolto a medici specialisti e medici di Medicina Generale, con la finalità di coinvolgere diverse branche specialistiche e poter fornire un approccio multidisciplinare alla problematica delle cefalee, come nel più autentico spirito della SISC. Il simposio, la cui introduzione è stata tenuta dal Direttore della SOC di Neurologia di Venezia, F. Paladin, si è articolato in 3 sessioni, di cui 2 mattutine. I lavori sono stati presentati dal Delegato SISC della Sezione Triveneta G. Zanchin e dal Coordinatore della Sezione P.A. Battistella. La prima sessione è stata dedicata alle comorbidità e dei possibili fattori di rischio associati all'emicrania. G. Dalla Volta ha parlato sul rischio cardio-vascolare associato, come ormai noto da tempo, all'emicrania con aura. Ha indi analizzato criticamente lo stato dell'arte sulla chiusura della pervietà del forame ovale, che al momento attuale non appare proponibile come trattamento patogenetico. F. Dainese ha invece dissertato sulla comorbidità emicrania-epilessia, enfatizzando come l'associazione tra le due patologie sia ben descritto sulla Classificazione dell'IHS (epilessia indotta dall'emicrania, hemicrania epileptica e cefalea post-ictale). Nella Classificazione ILAE non vi è invece menzione, neppure nelle proposte di aggiornamento del 2001 e del 2006, della possibilità di classificare quadri clinici in cui crisi epilettiche, focali o generalizzate, insorgano unicamente in corso di attacco di emicrania, con o senza aura. F. Cutrone ha discusso della comorbidità emicrania-disturbi dell'umore, evidenziando come l'emicrania sia la cefalea più frequentemente associata al disturbo depressivo. Ha indi illustrato l'epidemiologia, i meccanismi fisiopatologici e il trattamento farmacologico dei due disturbi diagnosticati in comorbidità. La prima sessione è stata chiusa dall'intervento di F. Devetag, precedente Coordinatore della Sezione Triveneta della SISC, che ha discusso della controversa correlazione tra emicrania e disturbi dell'equilibrio. A tutt'oggi non è stata validata l'esistenza della cosiddetta "emicrania vestibolare", di cui tuttavia alcuni autori hanno già proposto criteri classificativi. Tale cefalea sembra comunque particolarmente rara, di non univoca definizione diagnostica e peraltro scarsamente rispondente ai trattamenti antiemicranici sintomatici. Tra la prima e la seconda sessione è stata tenuta la lettura magistrale da parte di J. Pascual, attualmente Direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Oviedo, presentato da G. Zanchin. Il noto specialista spagnolo ha illustrato i dati più recenti sulle cosiddette cefalee provocate, inserite nel Capitolo IV della Classificazione dell'IHS, vale a dire le cefalee da tosse, da attività fisica e da attività sessuale. Il lavoro originale, pubblicato su *The Journal of Headache and Pain* nel 2008, gli è valso il Premio Greppi, conferitogli a Londra, in occasione dell'European Headache and Migraine Trust International Congress 2008. Le cefalee provocate comprendono il 2% delle richieste per visita neurologica per cefalea. La cefalea da tosse rappresenta l'entità più frequente; nel 50% circa dei pazienti viene riscontrata una causa organica, nella maggior parte dei casi una malformazioni di Chiari di tipo I. La forma secondaria esordisce in genere in età più precoce rispetto alla forma primaria e non risponde, diversamente da quest'ultima, al trattamento con indometacina. Le cefalee da attività fisica e da attività sessuale presentano caratteristiche cliniche comuni e rispondono generalmente ad una terapia preventiva con beta-bloccanti. In oltre il 90% dei casi,

tali cefalee risultano primarie. Le forme secondarie risultano significativamente più rare rispetto a quelle provocate dalla tosse, venendo riscontrate in meno del 10% dei casi; l'emorragia subaracnoidea costituisce in questi casi la causa più frequente. La seconda sessione è stata dedicata alle nuove Linee Guida terapeutiche SISC, ufficialmente presentate in occasione del XXV Congresso Nazionale della SISC, tenutosi a Riccione dal 7 al 9 ottobre 2011 e in particolare al trattamento farmacologico sintomatico e preventivo dell'emicrania attualmente disponibile e alle nuove frontiere farmacologiche. Per quanto concerne la terapia sintomatica, G. Zanchin ha presentato i dati più recenti sui triptani, sul loro utilizzo, le varie possibili scelte di singole molecole, i vantaggi del trattamento precoce e i dati riguardanti la loro efficacia e la sicurezza di impiego. Tutti i triptani sono stati inseriti ad un livello I di raccomandazione secondo le Linee Guida. Tra i FANS analogo livello di raccomandazione è stato assegnato ad ASA, ibuprofene, naprossene e all'associazione indometacina + proclorperazina + caffeina. A seguire C. Lisotto ha illustrato le nuove tendenze nel trattamento di profilassi, che nell'ultimo decennio si è focalizzato in particolare sui farmaci neuromodulatori. Il topiramato e il valproato sono stati ritenuti come farmaci di I livello di raccomandazione. Il valproato tuttavia, almeno nei paesi europei, non ha in scheda tecnica l'indicazione specifica per la prevenzione dell'emicrania e pertanto la sua prescrizione per i pazienti cefalalgici è *off-label*. L'impiego del topiramato è supportato da numerosi studi randomizzati e controllati che ne hanno dimostrato l'efficacia, non solo nell'emicrania episodica, ma anche nell'emicrania cronica. Tale sostanza ha dimostrato un'efficacia analoga a quella della tossina botulinica di tipo A nel trattamento dell'emicrania cronica, in due recenti studi. Risultati preliminari sembrano indicare che anche la zonisamide possa svolgere un ruolo nel trattamento preventivo dell'emicrania episodica, in attesa di nuovi studi conferma.

G. Zanchin, J. Pascual, F. Mainardi, L.A. Pini

Successivamente L.A. Pini, Presidente della SISC, ha dissertato sulle terapie di profilassi non farmacologiche. La sua relazione si è incentrata in particolare sulla tossina botulinica di tipo A e sulla neurostimolazione. La tossina botulinica ha ottenuto l'approvazione per il trattamento dell'emicrania cronica da parte dell'FDA a fine 2010. Uno studio condotto presso il Centro Cefalee di Modena ha confermato che il numero di giorni di cefalea ed il numero di farmaci analgesici consumati appare significativamente ridotto a distanza di 2 anni dall'inizio del trattamento. In un recente studio che si è basato sulla neurostimolazione dei nervi occipitali, condotto su 66 pazienti, una riduzione dei giorni di cefalea di almeno il 50% è stata ottenuta nel 39% dei casi, mentre solo il 6% dei pazienti ha risposto alla procedura *sham*. La neurostimolazione dei nervi occipitali sembra comunque ancor più promettente nel trattamento della cefalea a grappolo refrattaria alla terapia medica. L'ultima relazione della seconda sessione è stata tenuta da F. Granella, avente come tema le nuove frontiere nella terapia dell'emicrania. I risultati molto promettenti in studi di fase III ottenuti con gli antagonisti recettoriali CGRP, i cosiddetti "gepanti" (telcagepant in particolare) nel trattamento sintomatico dell'emicrania sono stati purtroppo vanificati dall'evidenza di eventi avversi a livello epatico (aumento delle transaminasi) legati al loro impiego, osservati specie nei pazienti trattati più a lungo. La notevole efficacia clinica, con il grande vantaggio della mancanza di effetti vascolari si è associata ad una basso profilo di sicurezza e pertanto la ricerca in questo ambito si è praticamente completamente arrestata. In futuro nuove, diverse sostanze, tra cui anche terapie biologiche (anticorpi monoclonali), in grado di inibire i recettori CGRP, potrebbero svolgere un ruolo preminente nel trattamento dell'emicrania. Per quanto concerne la terapia di profilassi, i discreti risultati ottenuti in singoli studi con ACE-inibitori (lisinopril) e con sartani (candesartan, telmisartan) non sono stati ancora confermati da ulteriori trials clinici randomizzanti e controllati. La terza sessione, svoltasi nel pomeriggio, si è focalizzata su alcune novità dal punto di vista clinico e su associazioni con altri disturbi, oltre a quelli già discussi in mattinata. F. Mainardi ha anticipato i suoi dati, di imminente pubblicazione, sulla cosiddetta "cefalea attribuita a viaggio aereo". Tale cefalea potrebbe comparire come nuova entità clinica nella III edizione della Classificazione Internazionale delle Cefalee, nell'ambito del capitolo X della Classificazione, riguardante le "Cefalee attribuite a disturbi dell'omeostasi". Tale peculiare cefalea si presenta esclusivamente durante un viaggio aereo; raramente gli stessi soggetti hanno riportato una analoga cefalea anche in corso di immersione subacquea. Il dolore, quasi sempre unilaterale, si presenta in particolare nella fase di atterraggio, la sua intensità è spesso severa e la sua durata è quasi sempre inferiore a 30 minuti. Nei

pazienti affetti da tali disturbi gli accertamenti effettuati hanno escluso lesioni strutturali, in particolare di pertinenza otorinolaringoiatrica. F. Maggioni ha analizzato la relazione tra cefalee e disturbi del sonno, in realtà nota da oltre un secolo. È noto come un'insufficiente quantità di sonno possa costituire uno dei più tipici fattori scatenanti gli attacchi di emicrania e come cefalee primarie si associno all'insonnia, con un rapporto patogenetico ancora non ben definito. La cefalea ipnica è per antonomasia e per definizione l'unica cefalea primaria che si manifesta esclusivamente durante il sonno. Anche l'emicrania, la cefalea a grappolo, meno frequentemente la cefalea di tipo tensivo, possono verificarsi nel corso del sonno, che di conseguenza viene frammentato e disturbato, con marcate ripercussioni sulla qualità di vita. Non va dimenticato, inoltre, come cefalee e disturbi del sonno possano essere sintomi di altre patologie concomitanti. M. Mucchiut ha parlato di cefalee e disturbi del movimento. Non è infrequente che pazienti affetti da m. di Parkinson lamentino cefalea, la cui genesi in genere risulta nella maggior parte dei casi plurifattoriale. Infine M. Ballarin ha discusso, in qualità di specialista in Radiologia, del ruolo della risonanza magnetica in ambito di cefalee. Se tale indagine risulta il gold *standard* nelle sue diverse metodiche per lo studio delle cefalee secondarie, è stato analizzato il significato delle iperintensità spesso riscontrabili, specie nelle scansioni T-2 pesate, nei soggetti emicranici. Il loro significato a tutt'oggi risulta di ardua definizione patogenetica, ma una loro origine di tipo vascolare appare improbabile. Il loro valore prognostico a tutt'oggi risulta limitato e non è possibile assegnare loro un chiaro significato predittivo; il loro riscontro richiede un *follow-up* nel tempo, non certo l'instaurazione di determinate terapie (antiaggreganti etc). Al termine della terza sessione, si è tenuta una vivace a fattiva discussione, cui sono seguiti la chiusura dei lavori, la verifica del questionari ECM e l'arrivederci all'VIII Convegno della Sezione Triveneta della SISC, che si terrà il 26 maggio 2012 a Padova, presso il Palazzo del Bo e che si focalizzerà sulla presentazione delle nuove Linee Guida per la terapia delle cefalee primarie, appena redatte dalla SISC.

Carlo Lisotto

ABSTRACTS

LETTURA MAGISTRALE

Exertional headache, headache attributed to cough and sexual activity

J. Pascual
University Hospital Central de Asturias - Oviedo, Spain

Headaches provoked by cough, prolonged physical exercise and sexual activity account for 2% of the consultations due to headache. Cough headache is the most frequent in terms of consultation. About half of patients consulting due to cough headache are diagnosed as primary cough headache, while the remaining patients have secondary cough headache, always due to structural lesions in the posterior fossa, which in most cases is a Chiari type I malformation. As compared to the primary variety, secondary cough headache begins earlier (average 40 vs. 60 years old) and does not respond to indomethacin. Primary headaches provoked by physical exercise and sexual activity start at the same age (40 years old), share clinical characteristics (bilateral, pulsating) and usually respond to beta-blockers. Contrary to cough headache, secondary cases are rare, the most frequent etiology being subarachnoid bleeding. In conclusion, these conditions account for a low proportion of headache consultations.
Current data show the total separation between cough headache vs. headache due to physical exercise and sexual activity, confirm that these two latter headaches are clinical variants of the same entity and illustrate the clinical differences between the primary and secondary provoked headaches.

Emicrania e rischio cerebro-vascolare

G. Dalla Volta
U.O. Neurologia Istituto Clinico Città di Brescia, Brescia

In base ai risultati di recenti studi epidemiologici i quali hanno permesso di dimostrare una prevalenza di PFO nei soggetti affetti da emicrania con aura (MA) pari ad almeno 3 volte quella comunemente riscontrata in soggetti non emicranici, è stata ipotizzata una correlazione patogenetica tra anomalie del setto interatriale ed emicrania.
Queste osservazioni hanno permesso di avanzare l'ipotesi secondo la quale la chiusura del PFO possa rappresentare una alternative terapeutica nel trattamento dell'emicrania. Ciò è oltremodo supportato dall'evidenza di una diminuzione nella frequenza delle crisi emicraniche dopo intervento di chiusura. Questi dati tuttavia dovrebbero essere interpretati con cautela, in considerazione dei numerosi limiti metodologici insiti in tali studi, tra i quali il rischio di recall bias, l'effetto anti-emicranico dei farmaci antiaggreganti piastrinici utilizzati nella fase immediatamente successiva alla procedura di chiusura, nonché il noto effetto placebo attribuibile a qualunque trattamento applicato all'emicrania, in particolare se invasivo. Nel Regno Unito è attualmente in corso un trial clinico randomizzato, doppio-cieco, di chiusura del PFO nella profilassi di MA (MIST). Allo stato attua-

le delle conoscenze, non è possibile tuttavia stabilire con certezza se l'associazione MA-PFO rappresenti una mera coincidenza o se esista una correlazione patogenetica tra le due entità. Inoltre, non è possibile escludere a priori che l'emicrania correlata a PFO non sia altro che un ulteriore esempio di emicrania sintomatica, anziché un disordine primario del sistema nervoso. In base alle evidenze l'idea che la chiusura del PFO rappresenti un trattamento efficace per un disordine complesso quale l'emicrania sembra essere una eccessiva semplificazione.

Emicrania ed epilessia

F. Dainese
Centro Epilessia, UOC Neurologia, Venezia

Il rapporto tra cefalee ed epilessia è contemplato nella Classificazione Internazionale delle Cefalee nel capitolo 1, dove con la revisione del 2004 sono stati formulati i criteri diagnostici della epilessia indotta dall'emicrania (1.5.5), e nel capitolo 7 dove sono presenti i criteri dell' hemicrania epileptica (7.6.1) e della ben più frequente cefalea post-ictale (7.6.2); nella Classificazione ILAE non vi è invece menzione, neppure nelle proposte di aggiornamento del 2001 e del 2006, della possibilità di classificare quadri clinici in cui crisi epilettiche, focali o generalizzate, insorgano unicamente in corso di attacco di emicrania, con o senza aura. La comorbidità con l'epilessia ha effetto prognostico negativo nei pazienti emicranici, e viceversa l'alta frequenza di crisi emicraniche risulta essere un fattore prognostico negativo in pazienti epilettici. Epilessia ed emicrania possono essere considerate in relazione per una possibile patogenesi comune che si basa su il concetto di ipereccitabilità neuronale, secondario a disfunzione di canali ionici, come dimostrato in alcuni casi di disturbi genetici con fenotipo clinico che presenta l'associazione delle due patologie: ad esempio sono stati descritti casi di crisi epilettiche nell'emicrania emiplegica familiare, forma di emicrania con aura in cui l'aura è caratterizzata da deficit motorio, geneticamente correlata a mutazioni del gene CACNA1A sul cromosoma 19, del gene ATP1A2 sul cromosoma 1 e del gene SCN1A sul cromosoma 2. Tali dati sembrano suggerire di focalizzare successive ricerche genetiche su famiglie di pazienti con epilessia indotta da emicrania, puntualizzando il concetto che nella valutazione clinica vanno rispettati i criteri diagnostici non sempre considerati in precedenti studi che hanno valutato la comorbidità di queste due patologie.

Terapia di profilassi

C. Lisotto
Ospedale Civile S. Vito al Tagliamento, Servizio di Neurologia
S. Vito al Tagliamento

Il trattamento preventivo o di profilassi dell'emicrania va proposto quando: 1) Gli attacchi si manifestano in modo ricorrente, interferendo in modo significativo con la qualità di vita dei pazienti. Le linee guida italiane redatte dalla Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC) raccomandano una terapia preventiva quando si verificano 3 o più crisi disabilitanti al mese, per una durata complessiva di almeno 4 giorni. 2) I farmaci sintomatici sono controindicati, inefficaci, non tollerati o abusati. 3) I pazienti presentano cefalee rare potenzialmente pericolose, come l'emicrania emiplegica, l'emicrania basilare e l'emicrania con aura prolungata, al fine di prevenire un eventuale rischio di danno neurologico permanente, in particolare l'infarto emicranico.
Spesso è necessario effettuare un periodo di monitoraggio della cefalea su appositi diari per almeno 3 mesi, per definire con esattezza la frequenza, la durata e la gravità degli attacchi. Tale sistema di monitoraggio sarà utile anche dopo l'inizio della terapia di profilassi, per valutarne l'efficacia.
Una volta scelto il farmaco di profilassi è opportuno: 1) Iniziare la terapia con una bassa dose, aumentando progressivamente la posologia fino a raggiungere il massimo beneficio clinico, possibilmente con i minori effetti collaterali. 2) Protrarre il trattamento per un tempo sufficiente affinché possano manifestarsi i benefici clinici, che talora si verificano solo 2-3 mesi dopo l'inizio del trattamento. 3) Mantenere cicli a lungo termine, anche per 6 o più mesi. 4) Evitare altri farmaci che possano interferire con il trattamento di profilassi (ad esempio derivati dell'ergot). 5) Ricorrere, quando possibile, a formulazioni a lento rilascio, per ottimizzare la compliance del paziente.
I farmaci per il trattamento preventivo dell'emicrania, per i quali esistono convincenti prove scientifiche di efficacia (primi due livelli di evidenza o di raccomandazione delle Linee Guida italiane pubblicate dalla SISC), sono i seguenti: beta-bloccanti, calcio-antagonisti, antidepressivi (triciclici e inibitori della ricaptazione della serotonina), antiepilettici e antagonisti serotoninergici. Tra i beta-bloccanti le molecole più impiegate sono il propranololo, il metoprololo e l'atenololo; in sporadici studi clinici è stata segnalata l'efficacia anche del nadololo, del timololo e più recentemente del bisoprololo, che tuttavia non risulta ancora inserito nelle Linee Guida italiane. Pressoché inefficaci si sono rivelati i beta-bloccanti provvisti di attività simpaticomimetica intrinseca. Tra i calcio-antagonisti la classe che ha dimostrato la maggiore efficacia nella prevenzione dell'emicrania è costituita dalle difenilpiperazine (cinnarizina e soprattutto flunarizina), mentre le altre tre classi, le fenilachilamine (verapamil), le benzotiazepine (diltiazem) e le diidropiridine (nifedipina, nimodipina e nitrendipina) non hanno fornito prove convincenti di efficacia. I calcio-antagonisti diidropiridinici, anzi, talvolta possono determinare un peggioramento dell'emicrania in virtù della loro azione di vasodilatazione, mediata dal blocco dei canali del calcio di tipo L. Tra gli anti-

depressivi, i triciclici si sono rivelati efficaci nella profilassi dell'emicrania in numerosi studi clinici, in particolare l'amitriptilina. Tale farmaco si è dimostrato superiore al propranololo in soggetti affetti da emicrania associata a cefalea di tipo tensivo. Gli inibitori della ricaptazione della serotonina sono stati finora studiati in pochi trials clinici controllati. La fluoxetina si è dimostrata superiore al placebo in 2 studi, mentre per gli altri farmaci appartenenti a tale classe non vi sono evidenze definitive che supportino la loro efficacia nella prevenzione degli attacchi emicranici. Recentemente è stato impiegato con successo un farmaco inibitore della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina, la venlafaxina. Tra gli antiepilettici, il valproato e il topiramato hanno dimostrato risultati eccellenti nella profilassi dell'emicrania in numerosi studi clinici randomizzati e stanno divenendo farmaci di prima scelta nelle Linee Guida redatte dalle varie società scientifiche internazionali concernenti lo studio delle cefalee. Segnalazioni molto più sporadiche riguardano il gabapentin e la lamotrigina, quest'ultima nella prevenzione dell'emicrania con aura ad elevata frequenza di crisi. Nell'ambito degli antagonisti serotoninergici, il pizotifene rappresenta l'unico farmaco attualmente disponibile, non essendo più in commercio in Italia la metisergide.
Oltre alle suddette classi di farmaci, presenti da tempo nelle Linee Guida di tutte le società internazionali per lo studio delle cefalee, anche altre sostanze sono state impiegate in studi clinici controllati, i cui risultati sono tuttora in fase di valutazione. Tra tali sostanze si segnalano in particolare la tossina botulinica, ma anche il magnesio, la riboflavina e il partenio (Tanacetum Parthenium). Di particolare interesse, infine, risulta la segnalazione, anche se in un solo trial clinico controllato, dell'efficacia rispettivamente di un ACE-inibitore, il lisinopril e di un antagonista del recettore AT1 dell'angiotensina II, il candesartan.

La terapia dell'emicrania: le terapie del futuro

F. Granella
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma, Parma

Nell'ultimo decennio la ricerca sulle terapie dell'emicrania, sia per l'attacco acuto che di profilassi, ha subito un certo rallentamento dopo l'effervescenza del periodo precedente, dominata dall'introduzione dei triptani, indubbiamente la più rilevante innovazione terapeutica mai avvenuta nel campo delle cefalee. Qualche novità di rilievo tuttavia si sta affacciando sulla scena. Per quanto riguarda i farmaci sintomatici, è stata sviluppata una nuova categoria di farmaci, i "gepanti", basata su un principio fisiopatologico completamente nuovo, l'antagonismo dei recettori del peptide correlato al gene della calcitonina (CGRP), un neuropeptide localizzato nel sistema trigeminovascolare, potente vasodilatatore i cui livelli plasmatici risultano elevati nel sistema venoso giugulare durante gli attacchi di emicrania e quelli di cefalea a grappolo. Il telcagepant, primo farmaco di questa classe utilizzabile per os, alla dose di 300 mg si è dimostrato altrettanto efficace di un triptano (zolmitriptan 5 mg), con effetti collaterali sovrapponibili a quelli del placebo. In studi animali il telcagepant si è dimostrato privo di effetti vasocostrittori e recentemente, in un studio condotto su una casistica limitata, non ha provocato anomalie elettrocardiografiche né sintomi anginosi quando somministrato a pazienti con cardiopatia ischemica.
Altre novità riguardano la forma di cefalea primaria forse più difficile da trattare, l'emicrania cronica, spesso accompagnata (o sostenuta) da un uso eccessivo di farmaci sintomatici. In questa indicazione ha recentemente mostrato una certa efficacia l'iniezione di tossina botulinica di tipo A, praticata ogni 3 mesi, anche se l'effetto, pur statisticamente significativo, si è rivelato clinicamente modesto. Per le forme di emicrania più disabilitanti e intrattabili, una speranza viene dalla stimolazione dei nervi occipitali. Secondo i dati preliminari dello studio ONSTIM, condotto su 66 pazienti, una riduzione dei giorni mensili con cefalea di almeno il 50% oppure un miglioramento di almeno 3 punti nella scala di intensità del dolore si sono verificati nel 39% dei pazienti sottoposti all'intervento contro appena il 6% dei pazienti che avevano subito una procedura sham. Si tratta di dati molto incoraggianti, che necessitano tuttavia di conferme su casistiche più ampie.

Una forma inusuale di cefalea: cefalea attribuita a viaggio aereo

F. Mainardi
U.O. Neurologia, Ospedale Civile SS. Giovanni e Paolo,Venezia

La cefalea attribuita a viaggio aereo risulta essere una evenienza più frequente di quanto supposto, e influenza negativamente l'atteggiamento verso il viaggio aereo di chi ne ha sperimentato l'intensità. In considerazione dell'esponenziale utilizzo dell'aeero come mezzo di trasporto e dei milioni di passeggeri che annualmente viaggiano, la frequenza di questa forma è sicuramente rilevante e sorprendentemente non è stata oggetto di discussione in ambito specialistico. Pertanto, la cefalea attribuita a viaggio aereo dovrebbe essere inserita quantomeno in sede di appendice nella prossima International Classification of Headache Disorders 3rd edition, in modo tale da consentirne una sempre maggior definizione clinica e, di conseguenza, terapeutica.

III Meeting Regionale della SISC Campania "L'errore di cartesio"

Vietri sul Mare, 2-3 dicembre 2011

Si è svolto a Vietri sul Mare, dal 2 al 3 dicembre 2011, il III Meeting Regionale della Sezione Campania della SISC, organizzato con la consueta originalità e creatività dal Coordinatore della Sezione Domenico Cassano. Il Meeting si è articolato in ben 8 sessioni, con la presenza di 57 moderatori e relatori. Nel corso della prima giornata si sono tenute 5 sessioni. La prima "Cefalee e comunicazione: elogio della parola" si è incentrata sulla relazione di S. Griso. La seconda "Alla ricerca dell'Anima: un percorso tra Antropologia e Neuroscienze" ha incluso la relazione di D. Cassano e ben 2 letture magistrali, rispettivamente di F. Salerno ("Alla ricerca dell'Anima persa") e di D. Grossi ("Le basi neurocognitive della rappresentazione del Sé tra mente, corpo e cervello"). Nell'ambito della terza "I più comuni errori diagnostico-terapeutici nel campo delle cefalee e nevralgie" sono intervenuti diversi relatori: F. Pellegrino, G. Capo, G. D'Agostino Fiorenza, C. Gallo, G. Tramontano, N. Pugliese, V. Pizza, V. Busillo e M. Carotenuto. In tale sessione ha tenuto una lettura magistrale V. Guidetti, Past-President della SISC, su "La cefalea nell'adolescenza". Nella quarta sessione F. Mongini ha tenuto una lettura magistrale dal titolo "Storie di ordinaria cefalea". La quinta e ultima sessione della giornata è consistita in realtà in una Tavola rotonda, incentrata su "Il ruolo dello specialista ambulatoriale nell'integrazione ospedale-territorio". La seconda giornata ha incluso 3 sessioni. La prima è stata dedicata ad uno dei temi di maggiore attualità dal punto di vista organizzativo e gestionale "Cefalee in rete: novità normative". Hanno relazionato A. Crisci, R. Cerbo ("La rete del dolore nella regione Lazio e il ruolo del medico di Medicina Generale"), R. Galano e G. Mastroroberto. La seconda ha compreso una lettura magistrale di C. Lisotto ("La cefalea ipnica: dalla storia alla terapia"). La terza e ultima sessione si è focalizzata su "Nuove Linee Guida e ultime frontiere terapeutiche, includendo gli interventi di A. Leo, A. Russo, A. D'Alessio, G. Liguori, A. Galdi e G. Carella. Ai lavori hanno partecipato oltre 100 specialisti che hanno ottenuto i crediti ECM, impegnati in diverse branche mediche: Cardiologia, Fisiatria, Medicina Legale, Medicina Generale, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Oculistica, Otorinolaringoiatria. Erano presenti anche psicologi. Gli eventi culturali paralleli al Meeting, organizzati magistralmente da D. Cassano, hanno offerto una cornice indimenticabile, basata su Arte, Poesia, Musica e Teatro, quasi a ricordare le origini umanistiche della Medicina,

tuttora inscindibile dagli altri rami del Sapere e delle Arti. Nell'ambito della cena sociale sono state eseguite canzoni del poeta Salvatore Di Giacomo e sono stati letti brani poetici dello stesso Di Giacomo e di Luca Postiglione, di cui sono stati illustrati anche alcuni dipinti. Gli abstracts di tutte le relazioni possono essere consultati sul sito www.cefaleecampania.it. Come ospite proveniente da un'altra Sezione Regionale della SISC non posso che congratularmi con D. Cassano per l'entusiasmo dimostrato e caldamente trasmesso a tutti i partecipanti e per la sua totale dedizione alla Società, espressa con grande calore e fervida passione. La sua commistione Medicina-Arte arreca uno stimolo unico alla nostra professione, esaltandone gli aspetti profondamente umanistici. Tutto il lavoro svolto da Domenico da quando è divenuto Coordinatore della Sezione Campania è stato notato e grandemente apprezzato da tutti i soci SISC. Il sito web cefaleecampania, per la cui gestione Domenico sta profondendo enormi sforzi, va ad arricchire ulteriormente, costituendone un "partner" ideale, il sito ufficiale della Società. Il rigore scientifico e al contempo la stupefacente creatività del sito creato da Mimmo esprimono pienamente lo spirito dell'intera SISC. Con tale forza ed entusiasmo la nostra Società non può altro che progredire, arricchirsi, crescere di continuo.

Carlo Lisotto

Convegno della Sezione Siciliana SISC
"Le cefalee fra i dolori del corpo e della mente"

Partinico, 2-3 dicembre 2011

"Le cefalee fra i dolori del corpo e della mente" era il titolo scelto per il congresso della Sezione Siciliana della SISC, tenutosi il 2 e 3 Dicembre 2011 nella superba cornice della Real Cantina Borbonica di Partinico (Palermo). Nell'ottica di una visione multidisciplinare dell'universo delle cefalee tale evento ha ospitato, oltre ad esperti di patologie nervose e mentali, anche relatori e partecipanti di diversa provenienza. Hanno partecipato infatti anche reumatologi, terapisti del dolore, ginecologi, medici di Medicina Generale e pediatri.

Il titolo del Convegno scaturiva dall'osservazione clinica ed epidemiologica che la coesistenza di disturbi fisici o psichici indubbiamente tende a giocare un ruolo decisivo nell'influenzamento negativo di storie cliniche, prognosi e approccio terapeutico delle cefalee primarie, rappresentando una sorta di fattore di rischio bidirezionale.

A tal proposito tutta la prima mattinata di congresso è stata dedicata ad approfondire gli intrecci relativi ai meccanismi di cronicizzazione del dolore e delle cefalee in particolare. Di ciò si è occupato nella sua relazione il Coordinatore della Sezione siciliana della SISC F. Brighina, che alla luce degli studi degli ultimi anni ha trattato tutti quei fenomeni fisiopatoologici che dal dolore focale portano ai fenomeni di sensitization dapprima periferica e poi centrale, d'interesse primario in tema di cronicizzazione del dolore. Brighina ha evidenziato come l'instaurarsi di tali situazioni sia correlato da una parte a input dolorosi ripetuti e persistenti che costituiscono la base per i cosiddetti fenomeni di wind-up, ma soprattutto a disordini nella processazione del dolore sia a livello del sistema ascendente che di quello inibitorio discendente.

Strettamente correlata alla prima è stata la relazione successiva di G. Calagna, Responsabile del locale Ambulatorio Cefalee e co-organizzatore dell'evento, che ha focalizzato la propria presentazione sulla robusta mole di dati epidemiologici che testimoniano le alte prevalenze dei principali disturbi psichici (GAD, DAP, disturbi depressivi e bipolari ecc.) nelle cefalee. Evidenze che divengono ancor più significative quando si prendono in considerazione i dati delle forme croniche, nelle quali appare acclarata la frequente coesistenza di fenomeni di sensibilizzazione e di allodinia (corrispettivo clinico della sensitization centrale). Inoltre in maniera sempre più significativa dagli studi di neuroimaging emergono disordini endogeni nell'elaborazione del dolore spesso correlati con anomalie in quei network limbici (amigdala, corteccia prefrontale orbito-mediale, corteccia cingolata anteriore ecc.) deputati ad elaborare emozionalmente tutti gli stimoli in entrata "minacciosi", quindi anche e soprattutto gli stimoli dolorosi. Se teniamo conto che queste anomalie dei centri nervosi sono spesso presenti nei principali disturbi psichici, appare palese come i cefalalgici affetti da turbe psicopatologiche appaiono candidati ad una prognosi indubbiamente negativa.

Nella sezione successiva invece, in tema di rapporti fra cefalee, depressione e disturbi psichici, si è preso come esempio emblematico la fibromialgia, la quale costituisce quasi un modello di disturbo con processi fisiopatologici di sensibilizzazione diffusa del SNC. A tal proposito si è tenuta una sorta di face-to-face fra G. Provenzano, specialista reumatologo, che ha presentato il disturbo fibromialgico da un punto di vista prettamente clinico, e G. Calagna che invece ha provato a rendere esplicito il recente concetto di Central Sensitivity Syndromes, insieme di disturbi di origine pluridisciplinare (fra cui fibromialgia, colon irritabile, disordini temporo-mandibolari, cefalee, low back pain ecc.) ma che, come si evince da sempre maggiori evidenze di neuroimaging e di dati sperimentali animali, condividonoun unico meccanismo fisiopatologico di Central Sensitization. Le medesime sindromi però presentano mediamente una significativa sintomatologia psichiatrica, la qual cosa nell'ipotesi di alcuni studiosi favorirebbe il progredire dei disturbi da dolorosi focali a diffusi e addirittura forse potrebbe essere effetto di sensitization a livello del network amigdaloideo.

F. Lanaia ha poi concluso i lavori della mattinata trattando dell'uso degli antidepressivi nelle cefalee e nel dolore cronico.

Nel pomeriggio è stata la volta di una esaustiva sezione dedicata alle cefalee infantili autorevolmente moderata da V. Raieli con contributi su casi clinici (F. Consolo), cefalee secondarie (A. Vecchio) e malattie cerebrovascolari (G.

Santangelo). A contraltare anche una relazione di F. Di Maria sulle cefalee nella terza e quarta età.
Altra sezione degna di menzione è stata quella su "L'emicrania e le donne", aperta dalla preziosa lettura magistrale di F. Granella sulle correlazioni fra i disturbi cefalalgici e le fasi della vita riproduttiva della donna e seguita da un face-to-face ginecologo-neurologo su emicrania e anticoncezionali.
Nella sessione serale "Il testimone" è passato " ai diretti interessati", cioè ai pazienti e alle associazioni che hanno incontrato in maniera interattiva gli esperti.
Nella giornata di sabato 3 dicembre si è privilegiata la relazione fra gli specialisti e i medici di Medicina Generale, il cui punto di vista è stato esposto nella puntuale relazione di N. Sandullo, presente nella doppia veste di cefalologo e medico di base. Quindi B. Panascia ha relazionato sull'alleanza terapeutica fra il cefalologo e il cefalalgico, dimostrandoci una volta di più come la sensibilità del professionista dovrebbe sempre prevalere sui numeri, mentre M. Lucia ha presentato un progetto per una rete del dolore.
Infine il congresso si è concluso con le sessioni sulla terapia farmacologica e non. Nella prima, dopo G. La Pegna, che si è soffermato sulle basi biologiche dell'approccio terapeutico, sono seguite le presentazioni di casi clinici sull'emicrania (R. Rapisarda), sulla cefalea tensiva (E. Cumbo) e sulla cefalea a grappolo (R. Morana).
Riguardo alle terapie non farmacologiche, M. Romano ha disquisito sull'uso della tossina botulinica nelle cefalee, mentre nelle ultime 2 relazioni è stato trattato il tema della neurostimolazione, invasiva e non.
Dal successo della manifestazione, sia come numero d'intervenuti che come gradimento dimostrato, riteniamo che la strada perseguita e i temi trattati siano stati pienamente adeguati.

Giuseppe Calagna
Responsabile Ambulatorio Cefalee e Disturbi Somatoformi ASP Palermo

NOVITÀ DALLA LETTERATURA

Jouvent E., Mangin J.F., Hervé D., Düring M., Dichgans M., Chabriat H.
Cortical folding influences migraine aura symptoms in CADASIL. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2011 Nov 9. [Epub ahead of print].

L'aura emicranica è un sintomo caratteristico dell'arteriopatia cerebrale autosomica dominante con infarti sottocorticali e leucoencefalopatia (CADASIL). A differenza della maggioranza dei pazienti affetti da CADASIL, alcuni sviluppano aure emicraniche senza sintomi visivi. Lo scopo dello studio era quello di verificare se una specifica morfologia della corteccia visiva primaria fosse associata all'assenza di sintomatologia visiva durante l'aura emicranica nei pazienti con CADASIL. Sono stati studiati, mediante un apposito software di MRI, larghezza e profondità del solco calcarino, nonché spessore della corteccia circostante, in una coorte di 40 pazienti con CADASIL giovani (<45 anni) e senza disabilità neurologica, paragonando i pazienti con sintomi visivi (n=31) a quelli con aure non visive (n=9). Gli Autori hanno scoperto che l'indice di asimmetria della profondità del solco calcarino era molto più marcato nei pazienti senza aure visive, mentre lo spessore corticale era maggiore.
L'ampiezza del solco calcarino destro era nettamente inferiore nei pazienti con aure visive. Nella CADASIL, la morfologia della corteccia visiva primaria sembra influenzare lo sviluppo di sintomi visivi durante l'aura emicranica: ciò potrebbe riflettere una relazione più generale tra architettura della corteccia visiva e cortical spreading depression.

Ligthart L., de Vries B., Smith A.V., Ikram M.A., Amin N., Hottenga J.J., Koelewijn S.C., Kattenberg V.M., de Moor M.H., Janssens A.C., Aulchenko Y.S., Oostra B.A., de Geus E.J., Smit J.H., Zitman F.G., Uitterlinden A.G., Hofman A., Willemsen G., Nyholt D.R., Montgomery G.W., Terwindt G.M., Gudnason V., Penninx B.W., Breteler M., Ferrari M.D., Launer L.J., van Duijn C.M., van den Maagdenberg A.M., Boomsma D.I.
Meta-analysis of genome-wide association for migraine in six population-based European cohorts. Eur J Hum Genet 2011;19:901-7.

L'emicrania ha un background genetico complesso, che finora ha eluso i poderosi (e costosi) tentativi di chiarirlo. Non fa eccezione questa metanalisi di sei studi sull'intero genoma *(genome-wide)* di individui europei tratti dalla popolazione generale, condotta dal consorzio olandese-islandese per la genetica dell'emicrania (DICE). Il campione studiato ammontava a quasi 11.000 individui, 2.500

circa dei quali affetti da emicrania e per il rimanente soggetti di controllo. Trentadue SNPs hanno mostrato un'evidenza statistica marginale; i risultati più robusti hanno riguardato lo SNP rs9908234, collocato nel gene del recettore del nerve growth factor.
Purtroppo l'associazione non si è confermata in altre tre coorti dall'Olanda e dall'Australia. Per quanto riguarda gli altri 31 SNPs, 18 sono stati testati in altre due coorti, senza trovare conferma. Gli Autori hanno inoltre esplorato geni candidati precedentemente rilevati nel set di dati della metanalisi, individuando una modesta associazione tra emicrania e gene della metaderina, coinvolta nel pathway glutammatergico.

Wang L.P., Zhang X.Z., Guo J., Liu H.L., Zhang Y., Liu C.Z., Yi J.H., Wang L.P., Zhao J.P., Li S.S.
Efficacy of acupuncture for migraine prophylaxis: a single-blinded, double-dummy, randomized controlled trial. Pain 2011;152:1864-71.

La lettura degli abstract è spesso ingannevole: leggendo solo il riassunto di questo articolo, pubblicato sulla prestigiosa rivista Pain (IF 5.35), se ne desume che l'agopuntura è più efficace della flunarizina nella profilassi dell'emicrania senz'aura. Lo studio è apparentemente rigoroso: campione ampio (140 soggetti), randomizzato in singolo cieco doppio muto, composto da un braccio con agopuntura vera più placebo versus agopuntura sham più flunarizina. Anche l'outcome primario è solido: numero di responders (soggetti con riduzione dei giorni di emicrania superiore al 50%). L'agopuntura sembra più efficace della flunarizina: 59% di responders vs 40% nei pazienti trattati con flunarizina. Peccato che l'abstract ci abbia celato un piccolo particolare: la durata della terapia, che apprendiamo solo leggendo attentamente l'articolo.
La flunarizina, come l'agopuntura, è stata somministrata per 4 settimane, cioè è stata sospesa quando forse poteva aver appena iniziato ad agire. Morale: non fidatevi mai della sola lettura degli abstract, neanche su riviste prestigiose.

Leroux E., Valade D., Taifas I., Vicaut E., Chagnon M., Roos C., Ducros A.
Suboccipital steroid injections for transitional treatment of patients with more than two cluster headache attacks per day: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Neurol 2011;10:891-7.

Le iniezioni suboccipitali di steroidi nel trattamento della cefalea a grappolo (CG) non sono una novità assoluta, anche se l'evidenza scientifica è scarsa. In questo studio è stata valutata l'efficacia dell'iniezione suboccipitale ripetuta di steroidi (cortivazolo) come terapia add-on nella profilassi della CG. È stato condotto un clinical trial controllato randomizzato in doppio cieco versus placebo su 43 pazienti affetti da CG (episodica in 28 casi e cronica in 15) con attacchi frequenti (>2 al giorno), che si sono sottoposti a 3 iniezioni suboccipitali di cortivazolo 3,75 mg o di placebo a distanza di 48-72 ore l'una dall'altra, come terapia aggiuntiva al verapamile (nella CG episodica) o alla terapia abituale (nella forma cronica). L'outcome principale era costituito dalla percentuale di pazienti con ≤2 attacchi al giorno in un periodo di 72 ore 2-4 giorni dopo la terza iniezione. Venti su 21 pazienti che avevano ricevuto il cortivazolo avevano ≤2 attacchi al giorno dopo le iniezioni versus 12/22 controlli (p=0.012). Una terapia transizionale add-on con iniezioni sub occipitali di steroidi sembra essere rapidamente efficace nel ridurre il numero di crisi in pazienti con CG ad alta frequenza di attacchi. Resta da stabilire se la diffusa (e più comoda) pratica della terapia add-on con steroidi orali è altrettanto (o più) efficace dell'iniezione suboccipitale.

Galletti F., Sarchielli P., Hamam M., Costa C., Cupini L.M., Cardaioli G., Belcastro V., Eusebi P., Lunardi P., Calabresi P.
Occipital arteriovenous malformations and migraine. Cephalalgia 2011;31:1320-4.

È noto da tempo che una cefalea, anche con caratteristiche emicraniche, può essere la manifestazione clinica inaugurale di una malformazione arterovenosa cerebrale (AVM). Gli Autori hanno avuto l'opportunità di raccogliere la sintomatologia iniziale in una vasta casistica (n=40) di pazienti con AVM. In 9 dei 40 pazienti (22.5%) il primo sintomo era stata un'emicrania, senz'aura in 5 casi, con aura in 2 pazienti e di entrambi i tipi nei rimanenti 2. Analizzando le caratteristiche angioarchitettoniche delle AVM che si erano manifestate con emicrania, l'unica significativa era la localizzazione nel lobo occipitale, che è evidentemente in grado di elicitare una spreading depression.

Franco Granella

NOVITÀ DAI CONGRESSI

XXV CONGRESSO NAZIONALE SISC

"Cefalee, dolore e comorbilità"

Riccione, 7-9 ottobre 2011

L'annuale Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee si è tenuto quest'anno a Riccione (RN), dal 7 al 9 ottobre 2011. L'incontro era dedicato all'argomento "Cefalee, dolore e comorbilità" un tema che ancora una volta sottolinea il carattere interdisciplinare della nostra Società, e che prevedeva alcuni simposi congiunti con altre Società Scientifiche, quali la SIRN - Società Italiana di Riabilitazione Neurologica, la SINC - Società Italiana di Neurofisiologia Clinica e la SINPF - Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia.

Il Congresso rivestiva una particolare importanza per la sua collocazione temporale, trattandosi del 25° Congresso della nostra Società, che si è tenuto in occasione del 35° anniversario della fondazione della stessa. Rappresenta quindi le "nozze d'argento" tra la SISC e tutti gli studiosi e i clinici che in Italia da più di un quarto di secolo si occupano di questa disabilitante patologia.

Il Congresso si è inoltre inscritto tra le manifestazioni del 150° anniversario dell'Unità d'Italia, ed è stato insignito della Medaglia di Rappresentanza del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano.

Uno degli argomenti qualificanti del Congresso era senz'altro il risultato del lavoro dei Sottocomitati dedicati all'aggiornamento delle Linee Guida Terapeutiche delle Cefalee Primarie. Dopo un'attenta ricerca e valutazione della letteratura sulla terapia delle cefalee primarie, con l'aggiunta della cefalea da abuso di farmaci, durata vari anni, i Coordinatori (nella persona della Dott.ssa Paola Sarchielli (Perugia) per le terapie farmacologiche, e della Dott.ssa Lidia Savi (Torino) per le terapie non farmacologiche), hanno presentato le nuove Linee Guida della Società. Esse formeranno una pubblicazione autonoma e verranno presentate sul Journal of Headache and Pain (in forma ridotta).

Le Sessioni Scientifiche sono iniziate con la Sessione Congiunta SIRN-SISC su: "Cefalee e dolore cronico in riabilitazione", a cui hanno partecipato S. Paolucci (Roma), C. Tassorelli (Pavia), F. Rizzi (Roma), F. Brighina (Palermo) e M. D'Ippolito (Roma). Da rilevare l'intervento del Dott. Brighina sulla stimolazione corticale non invasiva in casi di dolore cronico, che ha formato un tema d'interesse in altre Sessioni dedicate più specificamente alla stimolazione magnetica corticale e alla stimolazione spinale con corrente continua nelle cefalee primarie tra cui l'emicrania.

Al termine della Sessione il Presidente SISC Luigi Alberto Pini ha inaugurato il Congresso presentando l'ambito riconoscimento del Presidente della Repubblica e (dopo il saluto delle Autorità locali nella persona del Rettore dell'Università di Modena e Reggio Emilia, del Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Rimini e del Direttore Medico del Presidio Ospedaliero di Riccione e Cattolica) ha introdotto la Lettura Magistrale "Alessandro Agnoli". Quest'ultima, tenuta dal Prof. Giuseppe Nappi (Pavia-Roma), era intitolata "Il Mondino e le sue storie di Cattedre, Concorsi, Discipline, al tempo della nascita delle Neuroscienze in Italia". Il Relatore ha presentato un ampio excursus sui più noti studiosi e cultori delle Neuroscienze in Italia e in particolare a Pavia, focalizzando l'attenzione sui primi pionieri delle Neuroscienze (Cesare Lombroso e Paolo Mantegazza), sul Premio Nobel Camillo Golgi, scopritore della tecnica di impregnazione argentica che per la prima volta permise di individuare i singoli neuroni nonché di un importante organulo intracitoplasmatico, che ancor oggi porta il suo nome, e su due altri allievi di Lombroso, Casimiro Mondino e Ottorino Rossi, che in seguito saranno Direttori della Clinica Neuropatologica.

La successiva Sessione, dedicata a "Trattamenti farmacologica e non", iniziata da Anna Ferrari (Modena) con un intervento sulla farmacologia clinica del topiramato nella profilassi dell'emicrania, è stata caratterizzata da un'ampia discussione non scevra da alcuni spunti polemici.

Successivamente si sono tenute due Sessioni parallele, "Età evolutiva - La cefalea tra Neurologia e Psichiatria" e la Riunione congiunta SINC-SISC in cui si è prevalentemente trattato di stimolazione magnetica transcranica (rTMS) e di stimolazione con correnti continue (DCS), sia nel trattamento delle sindromi dolorose che dell'emicrania.
Nella Tavola Rotonda su "Cefalee nella rete del dolore: novità normative" sono state presentate alcune esperienze regionali (Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia) in cui è emerso uno stretto collegamento tra terapisti del dolore e cefalologi (lavoro di rete).
La giornata di venerdì è stata conclusa dall'Assemblea dei Soci, moderata da L.A. Pini (Modena) e G. Bono (Varese), Presidente e Presidente Eletto della Società, in cui sono stati presentati i risultati e le iniziative delle diverse Sezioni Regionali della SISC. In molte Sezioni Regionali è stato notato un certo calo degli iscritti, dovuto probabilmente ai più rigorosi accertamenti da parte dei tesorieri sui regolari versamenti delle quote di iscrizione.
Sabato 8 ottobre le Sessioni Scientifiche sono riprese sotto la moderazione di P. Calabresi (Perugia) e P. Martelletti (Roma) con alcuni interventi sulla fisiopatologia delle cefalee (si è parlato di FHM, attivazione del sistema trigemino-vascolare nel ratto, effetto placebo in soggetti emicranici, recettori cannabinoidi, geni delle citokine proinfiammatorie).
Successivamente sono state presentate due Sessioni interattive: casi clinici (presentati da M.P. Prudenzano (Bari), L.A. Pini (Modena) e G.B. La Pegna (Caltanissetta), e il Simposio in collaborazione con Istituto Lusofarmaco sulla terapia sintomatica dell'emicrania, in cui si è discusso della preferenza del paziente come possibile principale parametro di efficacia della terapia con triptani, portando a favore di tale tesi alcuni studi condotti con tale end-point.
La Lecture in programma del lavoro vincitore del Cluster Headache Award, del gruppo francese di D. Fontaine, G. Géraud e M. Lantéri-Minet non è stata tenuta per assenza del relatore.
La Lettura Magistrale "Giovanni Lanzi" è stata tenuta da L. Mazzone (Roma) che ha discusso dell'impiego di tecniche di neuroimaging nello studio della cefalea infantile, possibile espressione di disagio psicologico ed emozionale da stress o depressione. Il relatore ha attirato l'attenzione su anomalie funzionali di strutture nervose implicate prevalentemente nella genesi della depressione (amigdala, nucleus accumbens e corteccia frontale).
In due ulteriori Sessioni Scientifiche si è trattato di Comorbilità e di Cefalee Croniche (in quest'ultima in particolare P. Geppetti (Firenze) ha trattato di meccanismi di cronicizzazione del dolore, L. A. Pini (Modena) e F. Granella (Parma) di allodinia ed efficacia dei triptani, M.A. Giamberardino (Chieti) di cefalee croniche e fibromialgia e P. Martelletti (Roma) di vari protocolli di disassuefazione da abuso farmacologico. La Sessione Congiunta SINPF-SISC, tenutasi in contemporanea alla precedente, ha focalizzato alcuni aspetti di comorbidità psichiatrica e cefalee. È stato poi presentato l'impiego della tossina botulinica nell'emicrania cronica, in base ai più recenti lavori, da parte di P. Martelletti (Roma), probabilmente lo studioso in Italia con maggiore esperienza di questo trattamento.
Dopo la Lettura Magistrale di R. Rapisarda (Catania) su una proposta di archiviazione mediante cartella elettronica dei dati relativi a pazienti cefalalgici, si è passati all'attesa presentazione delle Linee Guida SISC 2011 e alla premiazione del vincitore del Premio Puca 2011 (Dott. Giuseppe Cosentino, Dipartimento di Biomedicina e Neuroscienze Cliniche (BioNeC), Università di Palermo, con un lavoro dal titolo: Could cathodal Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) normalize the abnormal activity of glutamatergic intracortical circuits in migraine with aura?), nonché dei poster selezionati nelle diverse sessioni tra gli 81 presentati al Congresso (non tutti però esposti). I poster risultati vincitori sono i seguenti:
- M. Ciccarese, V. Ruggeri, M.M. Cainazzo, A. Ferrari, L.A. Pini (Modena): Valutazione dell'effetto analgesico del nabilone confrontato con l'associazione acetaminofene/caffeina in un modello animale di dolore infiammatorio (Tail Flick Test), nel ratto
- G. Coppola (Roma), E. Iacovelli, M. Bracaglia, E. Porretta, C. Di Lorenzo, F. Pierelli (Latina): Anormale plasticità sensorimotoria a lungo termine nei pazienti affetti da emicrania senza aura
- I. Corbelli (Perugia/Roma), V. Belcastro (Perugia/Como), L.M. Cupini (Roma), A. Pieroni, C. D'Amore, S. Caproni (Perugia/Roma), G. Gorgone (Cosenza), E. Ferlazzo (Messina), F. Di Palma (Roma), P. Sarchielli, P. Calabresi (Perugia/Roma): Palinopsia in pazienti emicranici con e senz'aura

- A. Granato, G. Relja, G. German, S. Musho Ilbeh, G. Servillo, M. Zorzon, G. Pizzolato (Trieste): La cefalea sommersa in pronto soccorso.
- R. Mariani, A. Capuano, R. Torriero, S. Tarantino, C. Vollono, F. Vigevano, M. Valeriani (Roma): Cefalea a grappolo: esperienza in un centro cefalee dell'età pediatrica.
- M. Viana (San Francisco, USA/Novara), P.P. Sainaghi, A. Stecco, F. Mortara, F. Monaco (Novara), P.J. Goadsby (San Francisco, USA): Sindrome del "Dente Incoronato" esordita con una cefalea unilaterale quotidiana pulsante, peggiorata da Valsalva e da passaggi posturali.

Al termine dell'impegnativa giornata di sabato si è tenuta la Cena Sociale presso il Ristorante Casa Zanni, nell'entroterra romagnolo, con la degustazione di Sangiovese e specialità locali in cantina, seguita dalla cena con accompagnamento musicale e danze.

Domenica 9 ottobre il Congresso è ripreso con una Sessione su Dolore Cronico e Disabilità, dedicata in gran parte alla cefalea da abuso di farmaci sintomatici, ma anche con un intervento di C. Lisotto (S. Vito al Tagliamento) sulla cefalea ipnica, della quale l'Autore ha presentato un'ampia casistica.

La Lettura Magistrale "Federigo Sicuteri", tenuta da G. Zanchin (Padova) ha riguardato l'interessante problematica delle cefalee cluster-like, analizzata con una vasta revisione di letteratura su 156 casi di cefalea a grappolo associati o secondari ad altre patologie, molti dei quali con sintomi indistinguibili dalle forme primarie. Il Relatore ha pertanto ribadito la necessità di eseguire accertamenti diagnostici in tutti i casi di cluster headache e cefalee affini (TACs), per escludere patologie associate o causali del dolore, anche in forme tipiche.

Si è poi successivamente trattato di Cefalee rare, non trascurando le difficoltà diagnostico-terapeutiche derivanti da un'incompleta conoscenza di queste entità.

L'ultima Sessione è stata dedicata ad un interessante ed attuale argomento: gli effetti Pla cebo/Nocebo nei pazienti emicranici, in cui I. Rainero (Torino) ha specificato innanzi tutto la definizione di tali fenomeni, quantificando mediante uno studio di casistica la reale incidenza dell'effetto placebo, distinguendola dal normale decorso della crisi emicranica in assenza di trattamento. E' stato segnalato inoltre un effetto placebo più marcato in emicranici senz'aura rispetto a soggetti affetti da emicrania con aura.

Arrivederci al prossimo Congresso SISC che si terrà a Modena dal 26 al 28 ottobre 2012.

Marco Trucco

XXXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neurologia Pediatrica

Padova, 17-19 novembre 2011

Dal 17 al 19 novembre 2011 si è svolto a Padova, presso il Centro Culturale San Gaetano (non lontano dalla Cappella degli Scrovegni e dal Palazzo del Bo) il XXXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neurologia Pediatrica, dal titolo "*Attualità in Neurologia Pediatrica*".

Il Congresso è stato patrocinato dalla SISC, nonché dalla SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza). Nell'ambito del Comitato Organizzatore erano presenti due membri della Sezione Triveneta della SISC, P.A. Battistella (Coordinatore della Sezione) e I. Toldo (Consigliere). I temi affrontati sono stati numerosi, dall'epilessia alle malattie neurodegenerative, dalla neuroimmunologia alle urgenze in Neurologia Pediatrica.

Nell'ambito di quest'ultima sessione I. Toldo ha affrontato il tema "*Il bambino con cefalea in Pronto Soccorso*". In urgenza vengono diagnosticate nel 57% dei casi cefalee primarie, mentre rilevante è la percentuale di forme secondarie (42%), anche se le vere e proprie cefalee secondarie pericolose costituiscono il 3-4% degli accessi pediatrici in Pronto Soccorso. Il Congresso è stato seguito da numerosi partecipanti e ha ottenuto ampi consensi. I crediti ECM sono stati assegnati a: medici specialisti in Pediatria, in Neuropsichiatria Infantile, Neurologia, e Neurochirurgia, nonché a psicologi e laureati in Scienze Infermieristiche, Fisioterapia e in Scienze Tecniche di Neurofisiopatologia

Carlo Lisotto

ABSTRACTS

Il bambino con cefalea in pronto soccorso

I. Toldo
Dipartimento di Pediatria Salus Pueri,
Università degli Studi di Padova

La cefalea è un sintomo frequente in età pediatrica (40-75%) ed in circa l'1% dei casi è la causa di accesso in un Pronto Soccorso (PS) pediatrico. Nei casi che afferiscono al PS per cefalea prevalgono le forme primarie (57%), e tra quelle secondarie (42%) sono più frequenti le cefalee benigne (38%) rispetto a quelle "serie" che sono limitate al 3-4% dei casi.

L'inquadramento diagnostico della cefalea in età evolutiva deve iniziare una anamnesi accurata e mirata in cui vanno approfonditi in particolare il pattern cefalalgico (età e modalità di esordio, frequenza, intensità e durata della cefalea, fattori allevianti e scatenanti), alcuni elementi cruciali dell'anamnesi personale ed anche l'anamnesi familiare. Deve seguire poi un attento esame obiettivo e neurologico comprensivo di fundus oculi. L'anamnesi e l'esame obiettivo consentono di formulare una diagnosi corretta nella maggior parte dei casi. Gli accertamenti strumentali vanno richiesti se il pattern della cefalea è sospetto, cioè se vi sono sintomi e/o segni di allarme, se l'esame neurologico risulta positivo o se la cefalea è di recente insorgenza (< 3 mesi). L'EEG non è indicato di routine nel bambino con cefalea ricorrente, ma è utile in caso di dubbie crisi epilettiche, aura emicranica atipica o sospetta encefalite. Le indicazioni alla RMN cerebrale includono i casi con esame neurologico alterato, o quelli con esame neurologico normale con crisi epilettiche, o esordio recente di una cefalea grave, o cambiamenti del pattern cefalalgico o con sintomi neurologici. La rachicentesi è indicata solo in casi selezionati (sospetto di meningo-encefalite, emorragia subaracnoidea o pseudotumor cerebri). Se l'esame neurologico è negativo ed il pattern della cefalea è benigno la strategia migliore per costo-beneficio rimane il controllo clinico a distanza di 3-6 mesi. Un inquadramento diagnostico corretto della cefalea è la premessa indispensabile per evitare esami inutili, invasivi e costosi, per non sottodiagnosticare condizioni potenzialmente pericolose e per poter instaurare precocemente il migliore trattamento.

CALENDARIO CONGRESSI

SISC

26° Congresso Nazionale SISC

Terapie farmacologiche ed Oltre

Modena, 26 - 28 ottobre 2012

PRIMO ANNUNCIO

Main topics

- Neuroimaging
- Tossina botulinica
- Il contributo della ricerca sperimentale
- Vecchie e Nuove molecole, analgesici, antiemetici, modulatori, antiepilettici, psicofarmacologia
- Neurostimolazione e neuro modulazione
- Comorbidità:
  - · endocrinologica · metabolica
  - · gastroenterologica · immunologica
  - · psichiatrica · reumatologica
- La gestione delle cefalee in età geriatrica

Corso di aggiornamento per Pediatri e Neuropsichiatri Infantili:

- Le cefalea nell'area pediatrica e nell'età evolutiva

Corso di aggiornamento per Medici di Medicina Generale:

- La gestione delle cefalee nell'ambulatorio del MMG

Informazioni Generali

Le quote di iscrizione potranno essere suscettibili di modifiche.

QUOTA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO (IVA inclusa)	ENTRO IL 15/7/2012	DOPO IL 15/7/2012
Soci SISC	€ 450,00	€ 500,00
Non soci e soci non in regola con le quote sociali	€ 500,00	€ 550,00
Età inferiore a 35 anni*	€ 200,00	€ 250,00
Specializzandi	€ 150,00	€ 200,00

*La quotazione ridotta verrà accettata dalla Segreteria Organizzativa solo se il pagamento effettuato dal congressista sarà accompagnato dalla copia di un documento d'identità.

La quota di iscrizione comprende la partecipazione ai lavori, il materiale congressuale, l'attestato di partecipazione e l'attestato ECM, il volume degli abstract, i coffee break, le colazioni di lavoro e il cocktail di benvenuto.

Variazioni

L'organizzazione si riserva il diritto di apportare modifiche al programma, compreso quanto incluso nella quota di iscrizione, ritenute necessarie per motivi scientifici, tecnici o logistici.

Comunicazioni e Poster

Sono previste letture ad invito, presentazioni orali e presentazioni di poster. Le norme per la redazione e l'invio degli abstract saranno diponsibili a breve sul sito web www.sisc.it.

I contributi scientifici saranno sottoposti a selezione da parte del Comitato Scientifico e la comunicazione dell'avvenuta accettazione sarà inviata all'indirizzo del primo autore.

Segreteria Organizzativa

NICO Congressi

Sede operativa:
Via Jacopo Melani 19/23
59016 Poggio a Caiano (PO)
Tel. +39 055 87 97 796 - 055 87 77 875
Fax +39 055 87 97 843
nicofirenze@nicocongressi.it
info@nicocongressi.it
www.nicocongressi.it

CALENDARIO DEI CONGRESSI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI DI INTERESSE PER GLI SPECIALISTI IN CEFALEE

6TH WORLD CONGRESS OF THE WORLD INSTITUTE OF PAIN

Miami (USA)
4-6 febbraio 2012
www.kenes.com/wip

37TH MEETING OF THE AMERICAN SOCIETY OF REGIONAL ANESTHESIA AND PAIN MEDICINE (ASRA)

San Diego (USA)
15-18 marzo 2012
www.asra.com

III NWAC WORLD ANESTHESIA CONVENTION 2012

Istanbul (Turchia)
24-28 aprile 2012
www.worldanesthesia.com

LII CONGRESSO NAZIONALE SNO

Roma
9-12 maggio 2012
www.snoitalia.it

VIII CONVEGNO DELLA SEZIONE TRIVENETA DELLA SISC

Padova
26 maggio 2012
www.sisc.it

35° CONGRESSO DELLA ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

Napoli
27-29 maggio 2012
www.aisd.it

22ND MEETING OF THE EUROPEAN NEUROLOGICAL SOCIETY

Praga (Repubblica Ceca)
9-12 giugno 2012
www.congrex.ch/ens2012

54TH MEETING OF THE AMERICAN HEADACHE SOCIETY

Los Angeles (USA)
21-25 giugno 2012
www.americanheadachesociety.org

16TH CONGRESS OF THE EUROPEAN FEDERATION OF NEUROLOGICAL SOCIETIES

Stoccolma (Svezia)
8-11 settembre 2012
www.efns.org/efns2012

3RD EUROPEAN HEADACHE AND MIGRAINE TRUST INTERNATIONAL CONGRESS

Londra (Regno Unito)
20-23 settembre 2012
www.ehmtic2012.com

16TH INTERNATIONAL HEADACHE CONGRESS

Boston (USA)
27-30 giugno 2013
www.i-h-s.org

Siti Internet focalizzati su cefalee e dolore

1. www.sisc.it Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC)
2. www.cefaleecampania.it Sezione Campania della SISC
3. www.cefaleepugliabasilicata.it Sezione Puglia-Basilicata della SISC
4. www.legaitalianacefalalgici.it Lega Italiana Cefalalgici (LIC)
5. www.sinpia.eu Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)
6. www.sinc-italia.it Società Italiana di Neurofisiologia Clinica (SINC)
7. www.aisd.it Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD)
8. www.sinpf.it Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia (SINPF)
9. www.neuro.it Società Italiana di Neurologia (SIN)
10. www.simi.it Società Italiana di Medicina Interna (SIMI)
11. www.snoitalia.it Società dei Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologici Ospedalieri (SNO)
12. www.sirn.net Società Italiana di Riabilitazione Neurologica (SIRN)
13. www.sicd.it Società Italiana dei Clinici del Dolore (SICD)
14. www.siaarti.it Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)
15. www.ainat.it Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali e Territoriali (AINAT)
16. www.i-h-s.org International Headache Society (IHS)
17. www.ehf-org.org European Headache Federation (EHF)
18. www.americanheadachesociety.org American Headache Society (AHS)
19. www.efns.org European Federation of Neurological Societies (EFNS)
20. www.ensinfo.org European Neurological Society (ENS)
21. www.w-h-a.org World Headache Alliance (WHA)
22. www.l-t-b.org Lifting the burden – The Global Campaign against Headache
23. www.eurolight-online.eu Eurolight – A European project to highlight the impact of headache
24. www.aan.com American Academy of Neurology (AAN)
25. www.iasp-pain.org International Association for the Study of Pain (IASP)
26. www.worldinstituteofpain.org World Institute of Pain (WIP)
27. www.headaches.org National Headache Foundation

SITI INTERNET @ CHE HANNO PER INTERESSE CEFALEE E DOLORE

Buon Natale
e
Felice Anno Nuovo