



GIORNALE delle CEFALEE

ANNO I - N. 1 - AGOSTO 2005

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

IN QUESTO NUMERO

- 2** Editoriale
- 4** Scuola Superiore delle Cefalee
- 5** I Convegno Sezione Triveneta - SISC
- 13** Premio Greppi - Sicuteri
- 14** Calendario Congressi
Siti Internet
- 15** XIX Congresso Nazionale SISC

EDITORIALE

SALUTO DEL PRESIDENTE AI SOCI DELLA SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELLE CEFALÉE

Cari Amici,
trascorsi i primi sei mesi di Presidenza, alla quale mi avevate eletto durante il Congresso Nazionale di Chieti con grande attestazione di stima espressa dal vostro larghissimo consenso, desidero rivolgere a ciascuno di Voi il mio saluto, rinnovando nel contempo il ringraziamento per la fiducia dimostratami e l'impegno a corrispondervi al meglio delle mie capacità.

La SISC, come è a tutti noi purtroppo noto, ha subito nel suo recente passato perdite dolorose nelle persone del Prof. Federigo Sicuteri, del Prof. Francomichele Puca, del Prof. Virgilio Gallai; ha tuttavia sicuramente interpretato il desiderio profondo di questi nostri illustri Colleghi, già Presidenti della SISC, di una ulte-

riore crescita, scientifica e umana della loro e nostra Società. Ed è anche grazie al loro esempio e nel loro ricordo che la Società ha saputo continuare nelle linee di sviluppo già tracciate, percorrerne di nuove e delineare una progettualità futura ricca e stimolante.

Assieme al Direttivo, con cui vi è sempre stata una piena condivisione sulle scelte, sono state realizzate importanti iniziative di carattere sia organizzativo che scientifico-culturale.

Sul primo versante è ora completata l'istituzione delle Sezioni Regionali, già ben avviata durante il mandato del Prof. Fanciullacci. Essa è stata condotta a termine con il costante impegno dei Membri del Direttivo, che se ne sono fatti promotori nel ruolo di rappresentanti SISC sin dalla

fase di avvio della nuova realtà societaria; e ha trovato l'entusiastico, fattivo coinvolgimento dei neocostituiti Direttivi di Sezione, con la piena adesione dei Soci delle diverse realtà regionali, che hanno lavorato con grande partecipazione al progetto, espressione di esigenze profondamente avvertite. A questo importante sviluppo della nostra Società sarà dedicata una tavola rotonda in occasione del prossimo Congresso Nazionale.

Le recenti modifiche di Statuto, che hanno allineato la nostra normativa alle esigenze di provider ECM, hanno visto anche l'introduzione di nuove figure

S.I.S.C Consiglio Direttivo

PRESIDENTE:
Giorgio Zanchin

VICE PRESIDENTE:
Lorenzo Pinessi

PAST PRESIDENT:
Marcello Fanciullacci

SEGRETARIO:
Maria Pia A. Prudeniano

TESORIERE:
Paola Sarchielli

CONSIGLIERI:
Pier Antonio Battistella
Emilio De Caro
Girolamo Di Trapani
Mario Guazzelli
Giorgio Sandrini
Andrea Tessitore

PRESIDENTI ONORARI:
Mario Giacobozzo
Giuseppe Nappi
Emilio Sternieri

Comitato di redazione: Andrea Alberti, Antonio Baldi, Maria Gabriella Buzzi, Alfio D'Agati, Milena De Marinis, Flavio Devetag, Franco Di Palma, Beatrice Gallai, Sara Gori, Franco Granella, Rosario Iannacchero, Giovanni Battista La Pegna, Carlo Lisotto, Ferdinando Maggioni, Federico Mainardi, Daniele Mei, Maria Pia Prudeniano, Innocenzo Rainero, Cristina Tassorelli, Sergio Rassu, Marco Trucco.

ANNO I - N. 1 - 2005 - 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:** AGOSTO 2005 - Tip. GIOSTRELLI s.r.l. - Ponte S. Giovanni - Perugia • Tel. e Fax 075 5990492 • E-mail: giostrelli1@virgilio.it

Inviare comunicazioni, congressi, iniziative novità ecc. a: Giornale delle Cefalee - SISC - Casella postale 32 succ. 3 - 06123 Perugia

societarie: i Soci Junior, cui accederanno a condizioni vantaggiose i Colleghi più giovani, assicurando così un più diffuso e precoce radicamento della SISC sin dall'iniziale maturare nel medico di un interesse per il nostro ambito; i Soci Onorari, con il riconoscimento di autorevoli Colleghi che intrattengono rapporti di collaborazione con la Società; i Soci Sostenitori, ruolo che consentirà a istituzioni e privati un supporto programmato delle attività societarie.

Sul secondo versante, facendo seguito ad un lavoro di preparazione davvero impegnativo, ha avuto inizio in maggio la Scuola Superiore Interdisciplinare delle Cefalee, struttura formativa di alto livello scientifico illustrata in dettaglio in altre pagine, profondamente voluta dallo scrivente, dal Direttivo e dal Direttore della Scuola, il Prof. Luigi Alberto Pini, che qui desidero ringraziare. Ritengo l'istituzione della Scuola un fondamentale momento di crescita della nostra Società e sono davvero orgoglioso che essa veda la luce durante il mio mandato e col mio continuo personale impegno, in quella Firenze che per essere stata la sede originaria dei primi studi scientificamente condotti sulle cefalee in Italia e una delle prime nel mondo, assume una elevata valenza simbolica non disgiunta dall'impegno di una eredità illustre.

Questi primi mesi hanno visto rilevanti sviluppi anche in campo pubblicistico: oltre al rinnovamento del comitato editoriale del Giornale SISC, ora divenuto Giornale delle Cefalee, vi è stato il passaggio della rivista internazionale della Società *The Journal of Headache and Pain* da 4 a 6 numeri annuali. Uno sforzo editoriale davvero coraggioso per il quale va il ringraziamento mio e della Società all'Editor-in-Chief Paolo Martelletti, al Senior Editor-in-Chief Marcello Fanciullacci, all'Associate Editor Paola Sarchielli.

È stata tradotta la recente edizione delle Linee Guida IHS a cura del Gruppo Italofono dell'IHS, con il determinante apporto della SISC e dei

Suoi Soci. Sono state intraprese, e più lo saranno in futuro, iniziative per una sempre più ampia diffusione della cultura della cefalea, in particolare nei confronti dei Medici di Famiglia, primo indispensabile riferimento del paziente nel nostro SSN.

La SISC impegnerà un sempre maggior numero di Soci in ulteriori progetti interdisciplinari di ampio respiro. E' in atto la revisione delle Linee Guida Diagnostico-Terapeutiche della Società, riferimento di determinante valenza per chi si occupa di cefalea, che pertanto richiede un aggiornamento puntuale.

Vengono rese disponibili in questi giorni le schede conoscitive che permetteranno una precisa analisi delle caratteristiche delle strutture che operano nell'ambito delle cefalee e della loro distribuzione sul territorio nazionale, rinnovando il volume dedicato ai Centri SISC.

Altre numerose iniziative sono in corso: mi limito a citare la completa revisione del sito societario, la creazione di borse di studio, l'elaborazione di protocolli di ricerca clinica aperti alla più ampia collaborazione.

A conclusione, esprimo la mia viva soddisfazione, assieme al ringraziamento più sentito al Direttivo e ai Soci, per la straordinaria crescita della SISC. In questi primi mesi del mio mandato sono state accettate oltre cento nuove adesioni; ai neo Soci va il benvenuto mio, del Direttivo e della Società che si sta avviando così verso il traguardo delle mille iscrizioni.

È con l'orgoglio delle mete raggiunte e con l'impegno per quelle future, sicuro di contare su un Consiglio Direttivo entusiasta e vivacemente propositivo, sul senso di appartenenza e sulla fattiva collaborazione di tutti, che rinnovo ai Soci il mio saluto, con l'augurio di buon lavoro e di risultati appaganti.

Giorgio Zanchin

PRESENTAZIONE

LA SCUOLA SUPERIORE INTERDISCIPLINARE DELLE CEFALIEE

L'impegno formativo della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC), che ha come scopo istituzionale di promuovere la diffusione delle conoscenze e l'aggiornamento professionale, ha avuto inizio una decina di anni fa favorendo la organizzazione di corsi e seminari a livello locale. La SISC, cogliendo la necessità emersa di una standardizzazione del contenuto e delle modalità di insegnamento, ha organizzato per alcuni anni una struttura didattica semipermanente, i "Boards of Qualification in Headache Disorders". Dal 2000 al 2004 sono stati programmati corsi settimanali di attività didattica intensiva che i Centri Cefalee italiani più qualificati organizzavano a rotazione per una decina di specialisti. Questi corsi strutturati su di una intera settimana di lezioni ed esercitazioni in piccoli gruppi, hanno risposto molto bene alle richieste formative che venivano espresse dai discenti, con generale gradimento. Lo sforzo organizzativo dei vari Centri, però, è risultato molto oneroso e si è riscontrata qualche inevitabile disomogeneità nella gestione dei Boards in sedi diverse. Nel contempo questa esperienza ha fornito alla SISC la percezione di un'altra necessità emergente, la domanda diffusa di un'informazione-formazione di alto livello ancor più approfondita, che veniva principalmente espressa alla fine della settimana del Board dai partecipanti con la richiesta della trattazione di ulteriori argomenti.

Si è resa inoltre evidente la necessità di coinvolgimento del Medico di Medicina Generale nella gestione di primo intervento dei pazienti cefalalgici, con l'avvio di casi selezionati ai Centri Specialistici. Il problema è certamente rilevante se si considerano i costi diretti e indiretti delle cefalee, che come è noto, sono state inserite al 21° posto delle malattie disabilitanti nella graduatoria dell'OMS.

Il bisogno di formazione d'altra parte è evidente per ragioni diverse: limitandoci a due esempi, più del 50% degli emicranici non consultano il medico e curano il mal di testa con l'automedicazione; è quindi quanto mai opportuno che il medico, ai diversi livelli di impegno professionale, sia in grado di far emergere e consigliare adeguatamente anche questa quota di pazienti; si stanno sviluppando, inoltre, nuovi filoni di interesse per quadri clinici associati a particolari condizioni quali allergie, comorbidità psichiatrica, traumi e fibromialgia; condizioni queste che vengono trattate in maniera differente a seconda dello specialista cui si rivolge il paziente, ma che meriterebbero invece un approccio unitario.

A queste esigenze di elevata qualificazione da un lato, di ulteriore diffusione delle conoscenze sulle cefalee dall'altro, la SISC ha ritenuto opportuno fornire una risposta adeguata con l'istituzione della **Scuola Superiore Interdisciplinare delle Cefalee**, progetto culturale organico che costituisce il punto di riferimento nazionale per le attività di formazione e di ricerca nel settore.

Aspetti particolarmente qualificanti, che la SISC è in grado di offrire grazie alla ricchezza di competenze approfondite e diversificate legate alle sue caratteristiche di grande società interdisciplinare sono:

- la selezione accurata dei Docenti: di regola, gli argomenti vengono trattati da uno studioso riconosciuto, che ha contribuito con ricerche personali originali alle conoscenze sull'argomento
- l'impostazione interattiva della didattica con attività tutoriali, discussione di casi clinici e trattazione delle informazioni con metodo Problem Solving e Problem Based Learning
- l'introduzione di esercitazioni pratiche di carattere clinico per richiamare le nozioni internistiche e neurologiche indispensabili per una corretta impostazione diagnostica.

La Scuola, eminentemente interdisciplinare, è aperta a tutti i Medici interessati ad impegnarsi professionalmente in questo campo ed è strutturata in tre anni di corso, a loro volta suddivisi in tre moduli per anno. Ogni modulo è formato da una unità didattica che si svolge dal venerdì alla domenica, per un totale di 18 ore di docenza per week-end, in parte con lezioni frontali ed in parte con metodologie interattive. I Corsi saranno a numero chiuso. È previsto un primo corso di formazione di base. Nel secondo corso saranno ampliati alcuni capitoli selezionati e verranno trattati argomenti con caratteristiche di maggiore complessità diagnostica o terapeutica. Nel terzo corso, infine, si completerà lo studio delle problematiche affrontate nei corsi precedenti, si analizzeranno teorie patogenetiche e basi teoriche della terapia, si valuteranno le implicazioni degli interventi diagnostico-terapeutici multidisciplinari e la gestione organizzativa di un Centro Cefalee.

In ciascun modulo didattico saranno trattati trasversalmente argomenti diversi, che saranno via via approfonditi; si aggiungeranno altri temi di interesse specifico. Ogni modulo verrà organizzato come unità didattica autonoma, con riconoscimento ECM.

Al termine di ogni modulo verrà rilasciato l'*Attestato di partecipazione*, al termine del I anno l'*Attestato di Esperto in Cefalee di primo livello*, al termine del secondo anno l'*Attestato di Esperto in Cefalee di secondo livello* ed al termine del triennio il *Diploma di Esperto in Cefalee*.

La Società Italiana per lo Studio delle Cefalee mette in questo modo a disposizione dei Soci e dei Colleghi tutti una Scuola di elevato valore scientifico, impostata sulla metodologia didattica interattiva, al fine di aumentare le conoscenze e le capacità professionali dei partecipanti.

Prof. Giorgio Zanchin
Presidente SISC

Prof. Luigi Alberto Pini
Direttore della Scuola

Per ulteriori informazioni, per iscrizioni e organizzazione consultare il sito SISC www.sisc.it alla voce:

Scuola Superiore Interdisciplinare delle Cefalee
o contattare direttamente la segreteria organizzativa NICO - Tel 055 8797837
e-mail: nicofirenze@nicocongressi.it • website: www.nicocongressi.it

CONGRESSI

Si è svolto il 30 aprile a Feltre, nello splendido scenario della Basilica dei Santi Vittore e Corona, il 1° Convegno della Sezione Triveneta della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee. La partecipazione al Convegno è stata notevole: i presenti infatti erano 150, ma erano pervenute alla Segreteria Organizzativa oltre 200 richieste di presenziare all'incontro. Il tema prescelto per il Convegno dal Comitato Direttivo della Sezione è stato "La cefalea nell'urgenza. Il ruolo del Medico di Medicina Generale, Pronto Soccorso, Pediatria e Neurologia".

Un tale tema ha permesso di porre a confronto le varie figure professionali che gestiscono il paziente cefalalgico nell'urgenza, di discutere le relative problematiche diagnostiche e di presentare modelli organizzativo-operativi per affrontare adeguatamente la cefalea come sintomo, specie se acuto e adottare efficaci risposte terapeutiche. Il programma del Convegno si è articolato in due sessioni, una mattutina ed una pomeridiana. Al mattino è stato affrontato il tema specifico dell'incontro, mentre nel pomeriggio sono state presentate le comunicazioni libere e sono stati discussi casi clinici. Gli abstracts relativi alle comunicazioni libere ed ai casi clinici vengono pubblicati su questo numero del Giornale delle Cefalee, come atti del Convegno. La presentazione dell'incontro è stata tenuta dal Prof. Giorgio Zanchin, Presidente della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, dal Dott. Flavio Devetag e dal Dott. Giuliano Relja, rispettivamente Coordinatore e Vice-Coordinatore della Sezione Triveneta della SISC. Il primo relatore è stato il Dott. Alberto Giammarini Barsanti, Medico di Medicina Generale di Trieste, che ha evidenziato il ruolo cruciale ed essenziale del medico generalista, primo punto di incontro del paziente con il sistema operativo sanitario. Lo studio METEOR, condotto alcuni anni fa da Medici di Medicina Generale distribuiti su tutto il territorio nazionale italiano, ha evidenziato come la prevalenza dei soggetti emicranici presso gli ambulatori di Medicina Generale sia l'1,39%, dato molto inferiore alla prevalenza stimata nella popolazione generale. Ciò significa che molti pazienti non discutono con il proprio medico della propria cefalea, con il conseguente rischio di autogestione della propria patologia e di un uso non corretto dei farmaci. Se i soggetti cefalalgici trascurano di parlare del proprio disturbo, gli stessi Medici di Medicina Generale dovrebbero più spesso indagare l'eventuale presenza di cefalea tra i soggetti da loro assistiti. Tale sintomo

viene spesso sottostimato e talora sottovalutato, in quanto prevale una maggiore attenzione verso le patologie che presentano un più elevato impatto "quoad vitam" piuttosto che "quoad valetudinem". Il Dott. Stefano Pasquato, specialista pediatra territoriale di Padova, ha rilevato come la cefalea costituisca un problema medico quotidiano in ambito pediatrico. Spesso tale sintomo si associa a malattie febbrili, ma in ogni caso sono doverosi una approfondita anamnesi ed un accurato esame obiettivo. La prevalenza della cefalea tra i soggetti in età scolare sembra in aumento (15% secondo gli studi epidemiologici più recenti) e negli ultimi anni sono di fatto aumentate nell'ambito della Pediatria territoriale le richieste di consulenze e di indagini diagnostiche strumentali per cefalea. Le patologie di più comune osservazione per il pediatra territoriale risultano l'emicrania (sia senza aura che con aura), la cefalea di tipo tensivo e le sindromi



periodiche dell'infanzia (vomito ciclico, emicrania addominale e vertigine parossistica benigna). La cefalea di tipo tensivo varia, secondo le diverse casistiche, dal 30% al 75% delle cefalee osservate in età pediatrica e sembra prevalere nel sesso femminile. Spesso, come noto, il confine tra emicrania e cefalea di tipo tensivo non risulta ben definito e preciso in età evolutiva. Non infrequentemente e specie in caso di cefalea acuta, si sovrappone nella raccolta anamnestica diretta l'interferenza da parte del genitore, spesso in uno stato d'ansia nei confronti della sintomatologia presentata dal bambino.

Fortunatamente il pediatra territoriale è già a conoscenza nella maggior parte dei casi delle dinamiche familiari e gli risulta pertanto più agevole riconoscere e conseguentemente ponderare tale interferenza. Più comunemente che nell'adulto, la cefalea di tipo tensivo può rappresentare la modalità di comunicazione di un disagio emotivo e spesso in tali casi si

associa ad altri sintomi, in particolare dolori addominali, disturbi dell'alimentazione e del sonno. Il Dott. Franco Tosato, Primario del Pronto Soccorso di Padova, ha enfatizzato come la cefalea costituisca l'1-2% degli accessi totali in un Dipartimento di Emergenza. Nella visita in urgenza di un paziente con cefalea risulta di primaria importanza la valutazione delle funzioni vitali e dello stato di coscienza (impiegando i parametri della Glasgow Coma Scale). In tutti i pazienti si deve determinare l'eventuale presenza di segni di irritazione meningea, di trauma o di recente crisi convulsiva. Anche la comparsa di cefalea in una donna gravida deve essere studiata con la massima attenzione, potendo costituire un elemento di sospetto di una possibile eclampsia. In Pronto Soccorso viene talora sopravvalutata l'ipertensione arteriosa come causa di cefalea, che si verifica in realtà solamente in corso di vere e proprie crisi ipertensive, secondo i parametri stabiliti dalla nuova classificazione dell'International Headache Society. In un paziente con cefalea che non presenti una adeguata stabilizzazione dei parametri vitali, devono essere attivati immediatamente dei precisi processi diagnostici. La Dott.ssa Monica Perin, del Dipartimento di Pediatria di Padova, ha riportato la sua esperienza nella valutazione in urgenza dei pazienti cefalalgici in età evolutiva. In età pediatrica le cefalee in generale presentano una prevalenza molto elevata, fino al 75% in alcune casistiche, mentre in Pronto Soccorso pediatrico l'1,3% di tutti gli accessi è costituito da soggetti con cefalea. Nei pochi studi finora condotti (due studi negli USA ed uno in Turchia) sui casi pediatrici valutati in urgenza, prevalgono di poco i soggetti di sesso maschile. Il dato forse più significativo derivante da tale studi è l'elevato numero nella casistica di Pronto Soccorso di "cefalee non classificate", non sussistendo ulteriori elementi per formulare una diagnosi di certezza alla prima visita effettuata in urgenza. Anche nel gruppo di pazienti valutati a Padova tale rilievo viene confermato, comunque solo raramente (nel 3% dei soggetti valutati per cefalea) si è resa necessaria l'esecuzione di TC dell'encefalo. Il Dott. Flavio Devetag ed il Dott. Giuseppe Zaiotti, dell'Unità Operativa di Neurologia di Feltre, hanno focalizzato la loro presentazione sul ruolo del neurologo nella valutazione del paziente cefalalgico in urgenza. È stato ribadito come la cefalea costituisca il disturbo neurologico più frequente osservato dal Medico di Medicina Generale. Nell'ospedale di Feltre la cefalea ha rappresentato l'1,7% di tutti gli accessi in Pronto Soccorso, analogamente a quanto riportato da altri Dipartimenti di Emergenza. Tra i pazienti valutati urgentemente, i casi di emicrania (40%) sono risultati più numerosi rispetto a quelli di cefalea di tipo tensivo (30%). Considerando globalmente le consulenze neurologiche eseguite in Pronto Soccorso, la cefalea ha rappresentato il carico mag-

giore di valutazioni urgenti. Sono stati illustrati i criteri clinici per differenziare le cefalee primarie da quelle secondarie, esaminando in dettaglio la nuova classificazione IHS. Sono stati inoltre analizzati i segni e sintomi neurologici di allarme per cefalee potenzialmente gravi e pericolose ed è stato presentato un algoritmo diagnostico basato su evidenze cliniche, laboratoristiche e strumentali per inquadrare correttamente una cefalea ad esordio acuto. Al termine dei lavori della sessione mattutina è stato discusso un protocollo per la gestione delle cefalee in urgenza dal Prof. Giorgio Zanchin, dal Prof. Pier Antonio Battistella, dal Dott. Giuliano Relja, dal Dott. Federico Mainardi, dal Dott. Filippo Dainese e dal Dott. Antonio Granato.

A Padova ed a Trieste è in atto uno studio prospettico sulle cefalee non traumatiche valutate in Pronto Soccorso. Il Dott. Relja ha presentato dati retrospettivi del Centro Cefalee di Trieste relativi al semestre gennaio-giugno 2004. Tra i pazienti in età adulta valutati in Pronto Soccorso per cefalea, la distribuzione per sesso ha evidenziato una prevalenza delle donne (61% della casistica). Le visite sono state eseguite dagli operatori di Pronto Soccorso e dal neurologo rispettivamente nel 50% e nel 40% dei casi, mentre il restante 10% dei pazienti è stato valutato da altri specialisti. La TC dell'encefalo è stata effettuata nel 21% dei soggetti visitati in urgenza per cefalea. Tra le diagnosi globalmente formulate, le cefalee secondarie hanno costituito la quota maggiore (41%), mentre le cefalee primarie sono state diagnosticate meno frequentemente (25%). Nel 34% dei casi le cefalee sono risultate non classificate, non essendo stato possibile inquadrate secondo i livelli diagnostici previsti dall'IHS. Il Dott. Mainardi ha presentato il protocollo per il trattamento dell'emicrania in urgenza elaborato a Padova e focalizzato sulle terapie attualmente utilizzate nei Dipartimenti d'Emergenza. L'end-point primario è la valutazione del trattamento farmacologico di attacco più efficace per quei pazienti le cui crisi hanno comportato l'accesso al Pronto Soccorso. Sarà considerata la risposta ai FANS (indometacina, ketorolac, ketoprofene) per via parenterale, eventualmente associati a metoclopramide, rispetto al sumatriptan per via sottocutanea. Lo studio è aperto ad altre adesioni.

Nell'ambito della sessione pomeridiana, la presentazione delle comunicazioni orali libere e la discussione dei casi clinici sono state moderate dagli altri membri del Comitato Direttivo della SISC Triveneta, Dott. Fernando Conte, Dott. Carlo Lisotto, Dott. Ferdinando Maggioni e Dott. Antonio Palmieri.

Dott. Carlo Lisotto

*Segretario-Tesoriere della Sezione Triveneta
della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee*



9.00: **Introduzione e presentazione del Congresso**
Moderatori: **G. Zanchin, F. Devetag, G. Relja**

Le cefalee nell'urgenza

9.10: **Il ruolo del Medico di Medicina Generale**

A. Giammarini Barsanti
Medico di Medicina Generale, Trieste

9.30: **Il ruolo del Pediatra territoriale**

S. Pasquato
Specialista Pediatra territoriale

9.50: **Il ruolo del Medico di Pronto Soccorso**

F. Tosato
Primario Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera di Padova

10.10: **Il ruolo del Pediatra di Pronto Soccorso**

M. Perin, C. Moretti
Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

10.30: **Il ruolo del Neurologo**

F. Devetag¹, G. Zaiotti²
¹Coordinatore SISC Triveneta, U.O. Complessa di Neurologia, Ospedale di Feltre, ²U.O. Complessa di Neurologia, Ospedale di Feltre

10.50: Discussione

11.30: **Tavola Rotonda "Le cefalee nell'urgenza"**

F. Devetag¹, G. Relja², P.A. Battistella³, F. Mainardi⁴
¹Coordinatore SISC Triveneta, U.O. Complessa di Neurologia, Ospedale di Feltre, ²Clinica Neurologica, Centro Cefalee, Dipartimento di Medicina Clinica e Neurologia, Università di Trieste, ³Centro Cefalee dell'Età Evolutiva, Dipartimento di Pediatria, Università di Padova, ⁴Centro Cefalee, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

12.00: **Presentazione di un protocollo per la gestione delle cefalee in urgenza**

G. Relja¹, F. Mainardi², F. Dainese², A. Granato¹, G. Zanchin²

¹Clinica Neurologica, Centro Cefalee, Dipartimento di Medicina Clinica e Neurologia, Università di Trieste, ²Centro Cefalee, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

12.30 Discussione

13.00 Colazione di lavoro

SESSIONE POMERIDIANA

Comunicazioni libere

(15 minuti compresa la discussione)

Moderatori: **F. Conte, F. Maggioni**

14.30: **L'osmofobia come strumento di diagnosi differenziale tra emicrania e cefalea di tipo tensivo**

F. Dainese, F. Mainardi, F. Maggioni, G. Zanchin
Centro Cefalee, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

14.45: **Tempi di scomparsa della cefalea quotidiana in pazienti con medication overuse headache**

G. Relja, A. Granato
Clinica Neurologica, Centro Cefalee, Dipartimento di Medicina Clinica e Neurologia, Università di Trieste

15.00: **Un caso di granuloma eosinofilo esordito con cefalea pulsante e tumefazione in regione occipitale**

E. Cherubin¹, P.A. Battistella¹, M. Calderone², C. Carollo², R. Faggini³
¹Dipartimento di Pediatria, Università di Padova, ²Servizio di Neuroradiologia, Azienda Ospedaliera di Padova, ³Neurochirurgia Pediatrica, Università di Padova

15.15: **Dissezione carotidea interna (ICAD): rara causa di stroke nel giovane preceduta da cefalea e stato confusionale**

G. Decet¹, A. Bianchini², B. Scagnet²
¹Imet-Onlus, Crespano del Grappa, ²Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Montebelluna

15.30: **Emicrania senza aura familiare aggravata dai calcio-antagonisti e controllata dai beta-bloccanti**

R. Bombardi¹, F. Devetag², P. Rossi¹, F. Salsa¹
¹U.O. Complessa di Neurologia, Ospedale di Bassano del Grappa, ²U.O. Complessa di Neurologia, Ospedale di Feltre

Discussione di casi clinici

(20 minuti compresa la discussione)

Moderatori: **C. Lisotto, A. Palmieri**

15.50: **Cefalea acuta ed EEG**

C. Moretti, F. Broto, S. Gomirato, M. Marchiori, M. Perin, P.A. Battistella
Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

16.10: **Cefalea in corso di sport**

F. Broto, S. Gomirato, M. Marchiori, M. Perin, C. Moretti, P.A. Battistella
Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

16.30: **Ictus ischemico ed emicrania: discussione di un caso clinico**

M. Torrini¹, G. Torcaso¹, L. Semenzato², A. Campioni², G. Denes², P. Gennarelli¹, F. Mainardi²
¹Dipartimento di Pronto Soccorso, ²Divisione di Neurologia, Ospedale di Venezia

16.50: **La cefalea di Dedalo o il dedalo della cefalea**

C. Lisotto
Ambulatorio Cefalee, Servizio di Neurologia, Ospedale di San Vito al Tagliamento

17.15: **Chiusura dei lavori, considerazioni conclusive**

F. Devetag

L'OSMOFOBIA COME STRUMENTO DI DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA EMICRANIA E CEFALEA DI TIPO TENSIVO

F. Dainese, F. Mainardi, F. Maggioni, G. Zanchin

*Centro Cefalee, Dipartimento di Neuroscienze,
Università di Padova*

Le forme più frequenti di cefalee primarie, emicrania, cefalea di tipo tensivo, cefalea a grappolo, sono caratterizzate da una fase dolorosa associata a fenomeni neurovegetativi. Mentre la cefalea a grappolo è contraddistinta da una componente vegetativa peculiare e l'emicrania con aura appunto dall'aura stessa, più sfumata può essere sotto questo aspetto la distinzione tra l'emicrania senza aura e la cefalea di tipo tensivo: infatti, i criteri IHS possono lasciare spazio a un overlapping diagnostico tra queste due forme, poichè entrambe possono essere caratterizzate da dolore di intensità moderata con durata in parte sovrapponibile; entrambe inoltre possono essere accompagnate da sintomi neurovegetativi, anche se in misura quantitativamente diversa.

L'osmofobia, da intendersi come una percezione sgradevole di odori ritenuti non fastidiosi o addirittura piacevoli al di fuori della crisi, viene spesso riferita durante l'attacco emicranico in associazione a fono- e fotofobia. Nella nuova classificazione IHS vengono riportati, in appendice, i criteri alternativi per la diagnosi di emicrania senza aura che si differenziano dai criteri originali solo nel punto D ove è richiesta la presenza di almeno due tra nausea, vomito, fotofobia, fonofobia, osmofobia. Abbiamo eseguito una ricerca clinica su pazienti sofferenti di emicrania (E) e di cefalea di tipo tensivo episodico (CTE), al fine di valutare l'importanza del sintomo osmofobia in queste forme di cefalee primarie, ed in particolare se esso possa assumere una rilevanza diagnostica.

Sono stati arruolati pazienti con diagnosi di emicrania senza (EsA) e con aura (EcA), e CTE consecutivamente giunti presso il nostro Centro Cefalee. Sono stati esclusi dallo studio pazienti con la concomitanza di diagnosi di emicrania e di cefalea di tipo tensivo. Complessivamente abbiamo valutato 704 pazienti (545 femmine, 159 maschi; età media 37.1±11,5); di questi, 477 EsA, 92 EcA, 135 CTE. Dei pazienti emicranici, il 42% (241/569) riferiscono la presenza di osmofobia durante l'attacco; in particolare, il 43% con EsA (205/477) ed il 39% con EcA (36/92); dei 135

pazienti con CTE, nessuno riporta tale sintomo. Inoltre emerge che l'osmofobia nel corso dell'attacco è strutturalmente integrata nella storia cefalalgica dei pazienti che ne soffrono. Infatti oltre il 90% (219/241) dei pazienti con osmofobia riferiscono che questo sintomo risulta presente dalla comparsa delle prime crisi di emicrania; in oltre la metà dei pazienti (53%; 127/241) si manifesta in tutti gli attacchi; persiste per tutta la durata della crisi nella quasi totalità del campione esaminato (237/241). Una maggior percentuale di femmine rispetto ai maschi riporta osmofobia (45% vs 33%). Gli odori di cibo sono in causa nel 55% dei pazienti emicranici con osmofobia, i profumi nel 64%, il fumo di sigaretta nel 55%, altri tipi di odori nel 15%. Uno stimolo olfattivo risulta scatenante gli attacchi nell'11% dei pazienti emicranici studiati e nel 25% dei pazienti emicranici con osmofobia; il fumo di sigaretta ed i profumi femminili sono più frequentemente in causa.

In conclusione, questi dati mostrano che l'osmofobia può essere considerata un sintomo specifico dell'emicrania, sia EsA che EcA, rispetto alla cefalea di tipo tensivo. Pertanto, la nostra ricerca supporta l'inserimento dell'osmofobia quale importante criterio diagnostico, in particolare nella diagnosi differenziale fra E e CTE.

TEMPI DI SCOMPARSA DELLA CEFALEA QUOTIDIANA IN PAZIENTI CON MEDICATION OVERUSE HEADACHE

G. Relja, A. Granato

*Clinica Neurologica, Centro Cefalee, Dipartimento di
Medicina Clinica e Neurologia, Università di Trieste*

Scopo dello studio: Le caratteristiche della medication-overuse headache sono definite dai nuovi criteri diagnostici della International Headache Society (IHS) 2004. Mancano tuttavia studi controllati sulle diverse strategie terapeutiche e non sono pertanto disponibili linee guida per il suo trattamento. Scopo dello studio è la valutazione del tempo di scomparsa della cefalea quotidiana in un ampio campione di pazienti ospedalizzati per disintossicazione.

Materiali e Metodi: 105 pazienti (P) con cefalea cronica quotidiana ed assunzione quotidiana o pluriquotidiana di analgesici, suddivisi per categoria farmacologica, sono stati trattati in regime di ricovero ospedaliero con brusca sospensione del far-

maco, terapia idratante e sedativa. Farmaci sintomatici ed antiemetici sono stati somministrati solo in caso di severa cefalea rebound. Sono stati studiati i tempi di scomparsa della cefalea quotidiana. Tutti i pazienti sono stati rivalutati con un follow-up a 3 mesi.

Risultati: Il campione era costituito da 93 femmine (88,6%), e 12 maschi (11,4%). La cefalea di partenza era emicrania senza aura (78 P), emicrania senza aura e cefalea di tipo tensivo (12 P), emicrania senza e con aura (10 P), cefalea di tipo tensivo (5 P). I farmaci di overuse erano così ripartiti: analgesici di combinazione (43 P), analgesici semplici (39 P), triptani (13 P), ergotamina (10 P). Il tempo medio di scomparsa della cefalea quotidiana è risultato di 8 giorni [SD 5]. Non è risultata alcuna correlazione tra il tempo di scomparsa della cefalea quotidiana, il tipo di cefalea di partenza, la durata ed il numero di assunzioni quotidiane. Tutti i pazienti presentavano al controllo a 3 mesi un pattern ad attacchi < 15 giorni/mese.

Conclusioni: Il tempo di scomparsa della cefalea quotidiana è risultato significativamente inferiore a quello indicato dall'IHS (2 mesi). Sono stati ottenuti risultati positivi anche nei pazienti con un prolungato periodo di overuse ed una elevata assunzione giornaliera di analgesici. Sono necessari confronti con altri approcci terapeutici.

UN CASO DI GRANULOMA EOSINO-FILO ESORDITO CON CEFALIA PULSANTE E TUMEFUZIONE IN REGIONE OCCIPITALE

E. Cherubin¹, P.A. Battistella¹, M. Calderone², C. Carollo², R. Faggin³

¹Dipartimento di Pediatria, Università di Padova,

²Servizio di Neuroradiologia, Azienda Ospedaliera di Padova,

³Neurochirurgia Pediatrica, Università di Padova

Caso clinico: Maschio adolescente di 15 anni con cefalea pulsante occipitale destra insorta da un mese e mezzo ed accompagnata nelle ultime due settimane da una tumefazione molle di circa 3 cm di diametro nella stessa regione. La cefalea, con andamento quotidiano ma intermittente, per lo più pomeridiana, era di intensità medio-lieve, non era accompagnata da sintomi neurovegetativi, e si risolveva spontaneamente dopo 30-60 minuti. L'obiettività neurologica risultava del tutto negativa. Le indagini (Xcranio, TAC e TAC 3D) hanno dimostrato un'area litica della squama occipitale

destra, e alla RM una lesione ipointensa in T1 e con netto enhancement al Gadolinio. L'exeresi chirurgica ha confermato il sospetto di granuloma eosinofilo (GE), in assenza di altre localizzazioni alla scintigrafia ossea.

Commento: La cefalea del paziente, pure con molte caratteristiche cliniche di "benignità", aveva una sede atipica (ICHD 2004) e, oltre al reperto obiettivo, era insorta recentemente. Il GE è più frequente in età pediatrica (3x106 bambini / anno) e si presenta in oltre metà dei casi come lesione singola, interessando per lo più il cranio e le ossa piatte. Tale patologia pone problemi diagnostici differenziali verso molte patologie anche non neoplastiche e la terapia varia a seconda della sede e diffusione di malattia, con evoluzione per lo più favorevole nelle forme localizzate, come nel nostro caso.

DISSEZIONE CAROTIDEA INTERNA (ICAD): RARA CAUSA DI STROKE NEL GIOVANE PRECEDUTA DA CEFALIA E STATO CONFUSIONALE

G. Decet¹, A. Bianchin², B. Scagnet¹

¹Imet-Onlus, Crespano del Grappa,

²Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Montebelluna

Il nostro servizio di ambulanza medicalizzata si è recentemente confrontato con il caso di un maschio 43enne in stato confusionale. Al medico SUEM il paziente si presentava vigile (GCS 15) con momenti di disorientamento spazio-temporale; non erano presenti segni di lato né di meningismo, tuttavia il paziente a tratti sembrava voler afferrare qualcosa davanti ai propri occhi e lamentava cefalea da alcuni giorni. I parametri vitali non risultavano alterati in modo significativo. 2 mesi prima era comparsa una transitoria ipostenia ad un arto superiore: in tale occasione gli esami ematochimici, la TAC cerebri, l'EEG ed il doppler dei TSA risultavano nella norma. In anamnesi il paziente aveva tossicodipendenza ed etilismo; la terapia di sufeazione intrapresa era stata recentemente abbandonata. Sulla base dell'anamnesi e della clinica il quadro fu interpretato come sindrome da astinenza. 8 ore più tardi venivamo nuovamente chiamati: il paziente era in stato di coma con GCS 4 (E1M2V1), risposta in decerebrazione allo stimolo doloroso e midriasi bilaterale. La terapia con flumazenil e naloxone non modificava il quadro. La TC cerebri dimostrava la presenza di ischemia bilaterale acuta. L'angiografia rivelava la dissezione bilaterale delle

carotidi interne. Fu iniziata terapia con eparina ed antiaggreganti, tuttavia il paziente morì. La diagnosi di ICAD bilaterale è difficoltosa, specialmente in pazienti dediti a uso di droghe. In questo caso di ICAD bilaterale la presentazione iniziale fu diagnosticata come sindrome da astinenza.

EMICRANIA SENZA AURA FAMILIARE AGGRAVATA DAI CALCIO-ANTAGONISTI E CONTROLLATA DAI BETA-BLOCCANTI

R. Bombardi¹, F. Devetag², P. Rossi¹, F. Salsa¹

¹U.O. Complessa di Neurologia, Ospedale di Bassano del Grappa,

²U.O. Complessa di Neurologia, Ospedale di Feltre

L'uso dei calcio antagonisti è comune come trattamento profilattico antiemicranico, anche se il meccanismo d'azione negli emicranici rimane sconosciuto.

Gli effetti collaterali più frequenti dei calcio-antagonisti sono dovuti ad eccessiva vaso dilatazione e tra questi la cefalea di tipo tensiva. Queste reazioni si manifestano soprattutto con nifedipina ma anche con verapamile e diltiazem.

Una ragazza (26 aa) giunge alla nostra osservazione per una quando sintomatologico caratteristico per emicrania senza aura.

Anamnesticamente emerge che all'età di 19 anni, dopo 3 giorni dall'uso con flunarizina 5 mg sarebbe insorta una importante sintomatologia emicranica durata ininterrottamente per circa 3 giorni. Ipotizzando una coincidenza causale tra attacco emicranico ed inizio della terapia profilattica è stata instaurata successivamente terapia con Verapamile 120 mg R.P. Si è ripresentato il medesimo quadro di 7 anni prima di crisi emicranica senza ipotensione.

Il padre (61 aa) ha sofferto di una sindrome emicranica senza aura sin dall'età di 20 anni. All'età di 50 per il riscontro di elevati valori pressori ha assunto Adalat 10 mg (nifedipina 10 mg) con la riesacerbazione di una importante e continua sintomatologia emicranica; successivamente alla modifica della terapia ipotensiva con tenormin (atenolo 100 mg) la sintomatologia emicranica non si è più ripresentata.

I casi clinici descritti pongono alcuni quesiti in merito alle sindromi emicraniche e ai canali per il calcio.

CEFALEA ACUTA ED EEG

C. Moretti, F. Brotto, S. Gomirato, M. Marchiori, M. Perin, P.A. Battistella

Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

Caso clinico: D.R., maschio, 9 anni, pochi minuti dopo il risveglio, ha presentato cefalea pulsante in regione parietale sinistra, seguita da pallore, sudorazione, conati di vomito e successivamente disfasia, formicolio all'emilingua destra, dubbia deviazione della rima buccale a sinistra nel corso dell'eloquio. La sintomatologia è regredita completamente entro un'ora. All'anamnesi si segnalano cefalee ricorrenti, talora precedute da sintomi visivi e/o parestesie, e un trauma cranico frontale di lieve entità la sera precedente. All'arrivo in PS appariva in buone condizioni generali, con esame obiettivo e neurologico negativi. Date le possibili ipotesi di episodio critico, o cefalea post-traumatica, o emicrania con aura, o patologia cerebrovascolare, sono stati eseguiti: EEG (asimmetria con anomalie lente a carico delle regioni parieto-temporo-occipitali di sinistra, normalizzatosi entro 48 ore), consulenza neurologica con esame del fundus (nella norma) e TAC cerebrale (nella norma). È stata quindi posta la diagnosi di emicrania con aura. La familiarità per emicrania è risultata negativa.

Conclusioni: L'emicrania può essere scatenata anche da traumi cranici lievi; l'EEG può essere utile durante la fase "ictale" dell'emicrania con aura, evidenziando rallentamenti transitori dei ritmi che possono supportare tale diagnosi. Al contrario l'EEG eseguito durante la fase "interictale" risulta prevalentemente normale o presenta anomalie aspecifiche.

L'EEG non è quindi raccomandato nella valutazione di routine dei pazienti con cefalea, poiché non è idoneo a distinguere l'emicrania dalle altre forme di cefalea, anche qualora queste siano secondarie a patologie strutturali (Lewis 2002).

CEFALEA IN CORSO DI SPORT

F. Brotto, S. Gomirato, M. Marchiori, M. Perin, C. Moretti, P.A. Battistella

Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

Casi clinici: Caso 1: M.S., maschio, 15 anni, durante una partita di calcio, in una giornata molto

calda, riferisce annebbiamento visivo, scotomi negativi all'occhio destro e parestesie all'arto superiore destro. Dopo un'ora comparsa di cefalea e vomito alimentare. All'arrivo in PS l'esame obiettivo evidenzia parola conglutinata con turbe disfasiche. L'ipotesi iniziale è quella di un colpo di calore, oppure di trauma cranico o di episodio ipoglicemico. Gli esami ematochimici (emocromo, Hgt, profilo biochimico plasmatico e urinario mirato), l'esame neurologico e del fundus oculi risultano nella norma. La sintomatologia si risolve entro 6 ore. Viene riferita una storia di cefalea ricorrente da 3-4 mesi ad insorgenza specie dopo gli allenamenti di calcio. La diagnosi è quindi quella di probabile emicrania con aura (unico attacco e aura prolungata).

Caso 2: M.C., maschio, 14 anni, durante una partita di pallamano presenta malessere generale, cefalea pulsante, acufeni, offuscamento bilaterale del visus e nausea. In PS tre vomiti, agitazione psicomotoria e disartria. L'esame obiettivo è per il resto negativo. Nel sospetto di intossicazione da sostanze, si esegue uno screening tossicologico su urine/sangue che risulta normale. La sintomatologia regredisce entro 2 ore. La valutazione neurologica definisce tale episodio "stato confusionale acuto emicranico" classificabile come probabile emicrania di tipo basilare (unico attacco).

Conclusioni: L'emicrania si può manifestare con un corteo di sintomi neurologici molto vario che può rendere difficoltoso l'inquadramento diagnostico, soprattutto per il pediatra generale. La diagnosi è basata sui dati clinici (anamnesi accurata ed esame neurologico completo). L'EEG nei due casi non è stato eseguito per coincidenza con festività. Gli esami neuroradiologici sono da riservarsi a casi con pattern sintomatologici atipici e/o con segni obiettivi (Lewis 2002).

ICTUS ISCHEMICO ED EMICRANIA: DISCUSSIONE DI UN CASO CLINICO

M. Torrini¹, G. Torcaso¹, L. Semenzato²,
A. Campioni², G. Denes², P. Gennarelli¹,
F. Mainardi²

¹Dipartimento di Pronto Soccorso,

²Divisione di Neurologia, Ospedale di Venezia

Il ruolo dell'emicrania come fattore di rischio indipendente per patologia cerebrovascolare ischemica è da tempo oggetto di discussione; molteplici segnalazioni nella letteratura internazionale indicherebbero un aumento del rischio relativo di incorrere in ictus ischemico in pazienti affetti da

emicrania senza aura (RR 1.83) e da emicrania con aura (RR 2.27), più evidente nelle fasce di età inferiore ai 45 anni, con una lieve preponderanza del sesso femminile (RR 2.76) rispetto al maschile (RR 2.26) (1). È noto inoltre che la presenza di alterazioni della coagulazione in senso protrombotico (come la resistenza alla proteina C attivata o mutazioni a carico del fattore V di Leiden) aumentano il rischio di ictus ischemico: questa condizione sembrerebbe essere più frequente in pazienti affetti da emicrania, ed in particolare con aura, rispetto a soggetti non emicranici (2), anche se questo dato è ancora controverso.

Un uomo di 39 anni, affetto dall'età di 20 anni da attacchi ricorrenti di emicrania emiplegica sporadica secondo i criteri ICHD-II (3), è giunto alla nostra osservazione in seguito alla insorgenza di un disturbo di tipo emianoptico, accompagnato da parestesie tipo formicolio ed ipostenia all'emisoma sinistro, che aveva preceduto la comparsa di cefalea pulsante di forte intensità in sede fronto-temporale destra associata a nausea, vomito, fonofobia e fotofobia. L'attacco era insorto da circa 5 ore, presentandosi con le caratteristiche usuali, fatta eccezione per l'intensità del dolore e la persistenza dei deficit neurologici. L'esame neurologico evidenziava la presenza di una emisindrome sensitivo-motoria sinistra. Il paziente veniva ricoverato e, a distanza di circa 5 ore dalla prima osservazione, data la persistenza del deficit neurologico e della cefalea, veniva sottoposto a TAC cerebrale diretta, risultata negativa. Dato il persistere dell'emiparesi e della cefalea, veniva eseguita una seconda TAC cerebrale, che documentava la comparsa di una lesione ischemica nel territorio dell'arteria cerebrale media di destra. Gli esami ematochimici di routine, l'assetto autoanticorpale (inclusa la determinazione degli anticorpi anticardiolipina), l'omocisteinemia, ECG, Rx torace, Doppler dei tronchi sovraortici e transcranico, ecocardiografia transtoracica e transesofagea, sono risultati negativi. Dato il riscontro della resistenza alla proteina C attivata, è stata eseguita la ricerca della mutazione del fattore V di Leiden, che ha dato esito positivo (mutazione puntiforme G-A1691 in eterozigosi). La RM cerebrale ha confermato la lesione ischemica, mentre lo studio dell'albero vascolare mediante AngioRM è risultato normale. Nei giorni successivi si è assistito ad un graduale e pressoché completo recupero del deficit neurologico. Il paziente è stato quindi dimesso con terapia anticoagulante.

La durata dei sintomi neurologici focali costituisce un elemento anamnestico di fondamentale importanza nella diagnosi differenziale fra aura emicranica e patologia organica: in questo senso, le carat-

teristiche qualitative e temporali dell'aura codificate nei criteri diagnostici della classificazione ICHD-II forniscono un prezioso elemento di orientamento diagnostico nella pratica clinica. Pur non essendovi evidenze definitive, l'associazione fra emicrania con aura ed alterazioni della coagulazione in senso protrombotico costituiscono un elemento di rischio vascolare supplementivo che deve essere escluso.

Bibliografia

1. Etminan M, Takkouche B, Casamaño Isorna F, Samli A. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ* 2005; 330: 63-.
2. Crassard I, Conard J, Bousser MG. Migraine and hemostasis. *Cephalalgia* 2001; 21: 630-636
3. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edn. *Cephalalgia* 2004; 24 Suppl 1:1-160.

LA CEFALIA DI DEDALO O IL DEDALO DELLA CEFALIA

C. Lisotto

*Ambulatorio Cefalee, Servizio di Neurologia,
Ospedale di San Vito al Tagliamento*

Si descrive il caso di una paziente cefalalgica di 72 anni, per la quale è stato possibile formulare una diagnosi corretta e conseguentemente instaurare un trattamento adeguato solo dopo 13 anni dall'insorgenza della sintomatologia. In tale intervallo di tempo la paziente è stata valutata da diversi specialisti, le sono state poste diverse diagnosi e prescritte numerose terapie, senza alcun beneficio clinico. Il percorso diagnostico è risultato talmente complesso e laborioso, da costituire un vero e proprio "labirinto". La paziente anamnesticamente presenta diabete mellito di tipo II dal 1988 ed ipertensione arteriosa dal 1996; entrambe le patologie risultano ben controllate dalla terapia farmacologica. Tutti gli accertamenti eseguiti, in particolare TC, RM ed Angio-RM dell'encefalo sono risultati nella norma; l'esame obiettivo neurologico non ha evidenziato segni di rilievo. All'età di 50 anni circa è insorta una cefalea occipitale di tipo gravativo, non associata a disturbi vegetativi, né aggravata dall'attività fisica di routine, perdurante spesso una intera giornata, con irradiazione al vertice ed in regione frontale. Tale cefalea si presenta in media più di 15 giorni al mese e si risolve senza trattamento farmacologico. Nel 1991 è esordita una nuova cefalea caratterizzata da crisi costantemente unilaterali localizzate a destra, in regione orbito-temporale, di intensità estremamente elevata, di durata variabile da 15 a 120 minuti. La paziente riferisce che il dolore spesso persiste nella stessa zona anche per

alcune ore dopo l'attacco, ma di intensità lieve, spesso irradiandosi in regione occipitale. Durante le crisi la paziente rimane ferma, spesso compare lacrimazione dal lato del dolore. La frequenza media delle crisi risulta di 2 al dì, il secondo attacco non raramente si presenta nelle ore notturne. In alcuni periodi la frequenza delle crisi può risultare più sporadica, verificandosi un solo attacco ogni 4-5 giorni. Dal 1991 le pause più lunghe non hanno superato comunque i 30 giorni. La paziente spesso riferisce che il dolore cessa in 10-15 minuti dopo l'assunzione di 1 capsula da 50 mg di indometacina. In occasione delle diverse valutazioni le sono poste le seguenti diagnosi: spondiloartrosi cervicale, cefalea di tipo tensivo, nevralgia del nervo grande occipitale destro, cefalea psicogena, cefalea secondaria ad ipertensione arteriosa, nevralgia facciale atipica, emicrania cronicizzata, cefalea cronica quotidiana con abuso di farmaci, cefalea a grappolo, nevralgia del trigemino, emicrania cronica parossistica. In base agli elementi clinici e verificando l'efficacia del trattamento preventivo con verapamile alla dose di 480 mg/die e del trattamento sintomatico con ossigeno al 100% con maschera a 7 litri/m' per 10 minuti, è stata formulata la diagnosi di "cefalea a grappolo cronica". Tale diagnosi era già stata posta nel passato, ma era stata successivamente abbandonata per la mancata risposta al prednisone, assunto peraltro in modo inadeguato (12,5 mg/die per un mese). Oltre alla cefalea a grappolo, la paziente presenta anche una cefalea di tipo tensivo cronica, che non necessita di trattamenti farmacologici. Il caso illustrato dimostra la difficoltà nella diagnosi di una cefalea primaria piuttosto rara in età geriatrica. Spesso inoltre i pazienti cefalalgici anziani risultano piuttosto imprecisi e talora contraddittori, specie per quanto concerne alcuni elementi clinici del passato. La casistica personale riguardante pazienti in età geriatrica rivela infine come la cefalea a grappolo possa addirittura esordire in un'età superiore a 65 anni e come la prevalenza tra i due sessi risulti sovrapponibile, a differenza di quanto si riscontra nelle età precedenti.

Si ringrazia la

MERCK SHARP & DOHME

**per il contributo a sostegno
del periodico scientifico
di informazione della Società**

PREMIO INTERNAZIONALE “GREPPI - SICUTERI”

La Società Italiana per lo Studio delle Cefalee sponsorizza un premio internazionale in memoria di Enrico Greppi, pioniere ed esperto nello studio delle cefalee e di Federigo Sicuteri, recentemente scomparso, il quale ha dato un contributo rilevante alla comprensione dei meccanismi patogenetici delle cefalee.

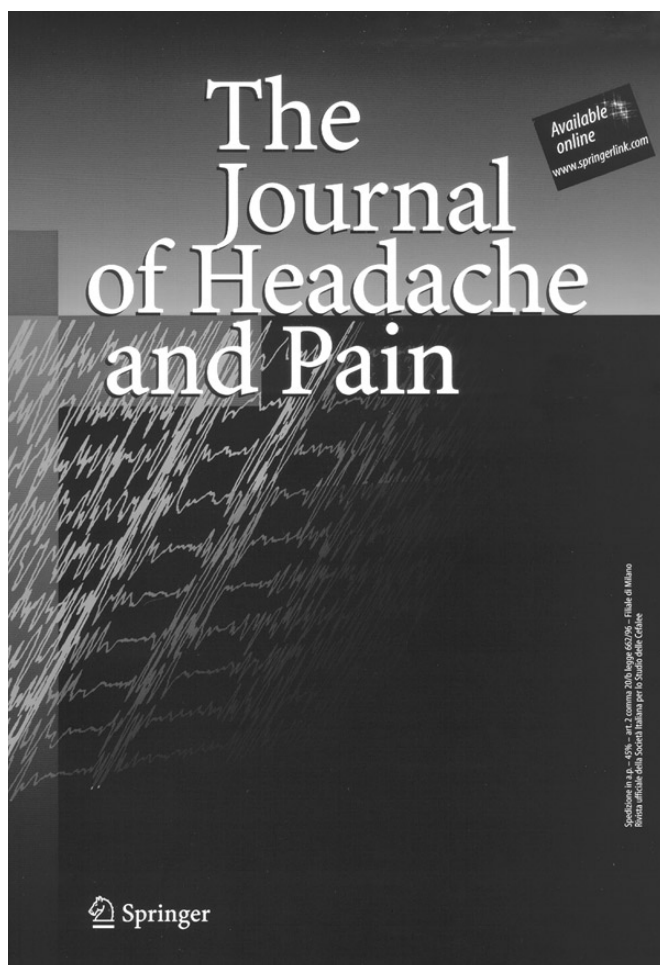
Il Premio è bandito ogni due anni e riguarda ricerche inedite concernenti gli aspetti clinici, fisiopatologici e terapeutici delle cefalee.

L'ammontare del premio è di 2.500 Euro. La giuria del Premio è composta da sei membri scelti a livello internazionale tra gli esperti del settore.

Il manoscritto dovrà essere redatto secondo le istruzioni per gli autori del *The Journal of Headache and Pain*. Il manoscritto risultato vincitore viene pubblicato sulla rivista ufficiale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee il *The Journal of Headache and Pain*. Il Vincitore del premio viene invitato a presentare come Lettura "International Greppi – Sicuteri Award" il proprio lavoro in occasione dell'VIII European Headache Federation Congress, che si terrà a Valencia, Spagna dal 26 al 29 aprile 2006. Il Premio viene annunciato dalle maggiori riviste nazionali ed internazionali del settore.

REGOLAMENTO DEL PREMIO INTERNAZIONALE “GREPPI - SICUTERI”

- 1) Viene istituito dalla Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, con sede in Firenze, Viale Pieraccini, 18 – 50139 Firenze, un premio internazionale intitolato ad Enrico Greppi, pioniere e cultore degli studi sulle cefalee ed a Federigo Sicuteri, recentemente scomparso, il quale con la sua intensa attività scientifica ha dato un contributo rilevante alla comprensione dei meccanismi patogenetici delle cefalee.
- 2) Il Premio viene attribuito ogni 2 anni ad un lavoro inedito concernente la clinica, la fisiopatologia e la terapia delle cefalee. I lavori in copia inglese non dovranno superare le 20 pp., incluso riassunto, bibliografia, figure e/o tabelle.
- 3) Non esistono limiti di età per i partecipanti al Premio Internazionale Greppi - Sicuteri.
- 4) Possono concorrere al premio tutti i cultori della materia di qualsiasi nazionalità anche se membri del Consiglio Direttivo della SISC o dell'European Headache Federation (EHF), purché non abbiano partecipato alla nomina della commissione giudicatrice e/o non ne facciano parte.
- 5) Ai vincitori è riservato il diritto di presentare il lavoro premiato come lettura International Greppi – Sicuteri Award all'VIII Congresso dell'European Headache Federation 2006.
- 6) Il valore del Premio è di 2.500 Euro che sarà consegnato in occasione del Congresso insieme ad un attestato della vincita del Premio, con i nominativi della Commissione giudicatrice.
- 7) Il bando di concorso sarà pubblicato sulla rivista *The Journal of Headache and Pain*. La rivista *The Journal of Headache and Pain* si impegna ex officio a pubblicare il manoscritto risultato vincitore, congiuntamente all'elenco dei membri della Commissione giudicatrice. *The Journal of Headache and Pain* si impegna a pubblicare entro un anno il lavoro premiato.
- 8) La Commissione giudicatrice sarà composta dal Presidente pro tempore della SISC, che la presiede; dal Presidente del Comitato di Ricerca dell'EHF; dall'Editor-in-Chief della rivista *The Journal of Headache and Pain* o da un suo delegato; da un componente del Consiglio Direttivo della SISC e da due commissari scelti fra cultori italiani e/o stranieri della materia e nominati dal Consiglio Direttivo della SISC. In caso di impedimento del Presidente della SISC, la presidenza verrà assunta dal membro più anziano in età della commissione stessa. Il Consiglio Direttivo indica inoltre altri 5 nominativi che in ordine progressivo dovranno essere scelti in caso di rinuncia da parte di uno o più dei componenti della Commissione. I commissari dovranno esprimere il proprio giudizio con un punteggio da 0 a 10 ed inviarlo al Presidente della Commissione. In caso di mancato invio di uno o più giudizi sono considerati sufficienti quelli di almeno 4 commissari. Il Premio sarà assegnato solo se la media dei punteggi non è inferiore a 6. In caso di parità fra uno o più concorrenti il voto del Presidente della Commissione vale il doppio. In caso di ulteriore parità si procederà ad un sorteggio alla presenza di un notaio. Il Premio non verrà assegnato se meno di 4 commissari invieranno il loro giudizio oppure se nessuno dei lavori supera il punteggio di 6. In caso di mancata assegnazione del Premio, la somma del Premio rimarrà a disposizione del Consiglio Direttivo che dovrà versarla sul fondo del Premio.
- 9) I lavori concorrenti al Premio dovranno pervenire entro il 28 febbraio 2006 per posta elettronica sisc@sisc.it.



Al momento di andare in stampa, ricevo dal Prof. Paolo Martelletti, Editor-in-Chief del *The Journal of Headache and Pain*, questa importante comunicazione di cui desidero far immediatamente partecipi i Soci. Al Prof. Martelletti, al Prof. Fanciullacci, Senior Editor-in-Chief, alla Dott.ssa Sarchielli, gi  Deputy Editor, agli Associate Editors e a quanti, numerosi, hanno contribuito a questo rilevante riconoscimento, va il ringraziamento mio personale e della Societ  tutta.

Giorgio Zanchin
Presidente SISC

Caro Presidente,
*con immenso piacere condivido con Te e l'intero Consiglio Direttivo della nostra Societ  la notizia dell'inserimento del **The Journal of Headache and Pain** in **Index Medicus/Medline**.*

Il teamworking ha, anche in questa occasione, prodotto i risultati tanto lungamente attesi.

Ora la nostra Societ    pi  forte, pi  visibile.

Certo della collaborazione Tua e dell'intero Consiglio Direttivo, Vi invio i miei pi  cordiali saluti.

Prof. Paolo Martelletti
Editor-in-Chief

CALENDARIO DEI CONGRESSI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI DI INTERESSE NEUROLOGICO

XXXVI CONGRESSO DELLA SOCIET  ITALIANA DI NEUROLOGIA

8-12 Ottobre 2005

Cernobbio, Como

Per informazioni:

Studio conventurSiena tel: 0577 285040

E-mail: convent@tin.it

XII CONGRESS OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY

9-12 Ottobre 2005

Kyoto, Japan

Per informazioni:

E-mail: ihc2005@convention.co.jp

Sito: www.ihc2005.com

XVIII TH WORLD CONGRESS OF NEUROLOGY

5-11 Novembre 2005

Sydney, Australia

Per informazioni:

WCN2005 Congress

E-mail: wcn2005@icmsaust.com.au

1. www.sisc.it Sito ufficiale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee
2. www.headache.net (New England Centre of Headache)
3. www.noah.cuny.edu/headache/headache (New York Online Access to Health)
4. www.aash.org (American Headache Society)
5. www.ama-assn.org/special/migraine (Jama Migraine)
6. www.europeanheadache.org (European Headache Federation)
7. www.i-h-s.org (International Headache Society)
8. www.w-h-a.org o www.worldheadachealliance.org (World Headache Alliance)
9. www.headaches.org (National Headache Foundation)



CHE HANNO PER INTERESSE CEFALEE E DOLORE



SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELLE CEFALEE

XIX CONGRESSO NAZIONALE

Paziente e cefalea: dal prendersi cura al curare

Il futuro della terapia dai percorsi del passato

PADOVA, 29 SETTEMBRE 2005

PALAZZO DEL BO

VENEZIA, 30 SETTEMBRE - 2 OTTOBRE 2005

SCUOLA GRANDE DI S. GIOVANNI EVANGELISTA

PRINCIPALI ARGOMENTI DEL CONGRESSO

- **Le cefalee nella storia**
- **Nuove acquisizioni sulla fisiopatologia delle cefalee**
- **Valutazione critica e proposte a due anni dalla pubblicazione della ICHD-II**
- **TACs e nevralgie craniche**
- **Gestione del paziente cefalalgico**
- **Cefalee in Pronto Soccorso**
- **Cefalee dell'infanzia e dell'adolescenza**
- **Cefalee e realtà sanitaria**
- **Le scelte terapeutiche: lo stato dell'arte e gli sviluppi futuri**
- **La risposta alla terapia sintomatica e di profilassi: dalla ricerca di base alla clinica**
- **Aggiornamento delle linee guida terapeutiche delle cefalee primarie**
- **La presentazione delle cefalee croniche**

Presidente del Congresso

Giorgio Zanchin

Comitato Scientifico

Giorgio Zanchin, Lorenzo Pinessi,
Marcello Fanciullacci,
Pier Antonio Battistella

Comitato Organizzatore Locale

Flavio Devetag, Giuliano Relja,
Carlo Lisotto

Segreteria Scientifica:

Maria Gabriella Buzzi, Filippo Dainese,
Franco Granella, Ferdinando Maggioni,
Federico Mainardi, Lidia Savi

Tel. 075.5783609

E-mail: sisc@sisc.it

Sito web: www.sisc.it

Segreteria Organizzativa:

NICO S.r.l.

Via Aurora, 39 (Trav. Via Veneto)
00187 Roma

Tel. +39 6 48906436 – 42012177

Fax +39 6 4821566

E-mail: info@nicocongressi.it

Sito web: www.nicocongressi.it



SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELLE CEFALIEE
(Italian Society for the Study of Headache)

MODULO DI ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

VIA (domicilio) _____

CITTÀ _____ PROV. _____ CAP _____

TELEFONO _____ FAX _____ E-MAIL _____

TITOLO ACCADEMICO: _____

SPECIALIZZAZIONE: _____

POSIZIONE:

- Dirigente II livello
 Dirigente I livello
 Professore ordinario
 Professore associato
 Ricercatore
 Specializzando
 Altro specificare _____

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA PRESSO CUI LAVORA:

VIA (struttura) _____

CITTÀ _____ CAP _____

TELEFONO _____ FAX _____ E-MAIL _____

Partecipazione a corsi di qualificazione: _____

➤ **Allegare breve curriculum vitae ed elenco pubblicazioni.**

FIRMA DI DUE SOCI PRESENTATORI:

1) _____ 2) _____

Qualora non conosca due soci S.I.S.C. il Direttivo si farà carico della Sua richiesta d'iscrizione.

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Inviare per posta, fax o e-mail a:

Società Italiana per lo Studio delle Cefalee
Casella postale 32, succ. 3 - 06123 Perugia
Tel. 075 5783609 Fax 075 5783870 E.mail: sisc@sisc.it

Il presente Modulo d'Iscrizione è presente sul sito web - <http://www.sisc.it>.

Autorizzo la S.I.S.C. - Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, ad inserire i dati sopra riportati nelle proprie liste per invio di materiale informativo, promozionale o attività promosse dalla Società in seno ad organismi nazionali ed internazionali. In ogni momento a norma dell'art. 12 Legge 675/96 potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica, la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo per altre occasioni.

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____