



GIORNALE delle CEFALEE

ANNO I - N. 2 - DICEMBRE 2005

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

IN QUESTO NUMERO

- 2** Editoriale
- 4** XIX Congresso Nazionale SISC
- 8** Comunicazione dalle Sezioni Regionali:
"Triveneta"
- 11** XII Congresso Internazionale delle Cefalee
- 14** Scheda aggiornamento Centri SISC

EDITORIALE

**EMICRANIA CON AURA E FORAME OVALE PERVIO.
QUALE RELAZIONE?****Franco Granella***Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma*

Una delle novità più interessanti dell'ultimo decennio nel campo delle cefalee riguarda la scoperta di un'associazione tra forame ovale pervio (PFO) ed emicrania con aura (o forse sarebbe meglio dire cefalee primarie, dato che recentemente è stata riportata una correlazione anche con la cefalea a grappolo). Si tratta a tutt'oggi di un mistero scientifico: qual è il legame che unisce una forma morbosa che si pensa origini da un'iperexcitabilità neuronale (probabilmente una canalopatia) a un'anomalia dello sviluppo cardiaco? Come vedremo, allo stato attuale delle conoscenze, si possono solo formulare delle ipotesi. Se l'interpretazione resta incerta, i fatti tuttavia sembrano abbastanza solidi:

1. diversi studi caso-controllo hanno dimostrato che la prevalenza di PFO tra pazienti affetti da emicrania con aura è decisamente più elevata di quella riscontrata nella popolazione generale: 41% contro 16% nello studio di Del Sette e coll.¹, 48% contro 20% in quello di Anzola e coll.² Nella nostra esperienza (dati non pubblicati), la preva-

lenza di PFO nei pazienti con emicrania con aura è ancora più elevata, aggirandosi intorno al 65% dei casi.

- l'associazione PFO-emicrania con aura è stata trovata anche nei pazienti con ictus criptogenetico. In uno studio recente su 74 pazienti con ictus ischemico da causa indeterminata, la prevalenza dell'emicrania con aura è risultata del 36% tra i pazienti portatori di PFO, contro il 13% di quelli senza anomalie cardiache³.
- alcuni studi retrospettivi su pazienti che avevano effettuato un intervento di chiusura percutanea del PFO per ictus, TIA o malattia da decompressione hanno dimostrato elevate percentuali di remissione o sostanziale miglioramento dell'emicrania con aura dopo l'intervento. La frequenza degli attacchi di emicrania con aura è diminuita del 54% nello studio di Schwertmann e coll.⁴ e del 62% in quello di Post e coll.⁵.

L'elevata prevalenza di PFO nei pazienti affetti da emicrania con aura rispetto ai controlli sani sembra dunque ragionevolmente accertata. Ma quale interpretazione si può dare ad una simile associazione? Diverse spiegazioni sono possibili:

- potrebbe trattarsi di un'associazione spuria, meramente accidentale. La prevalenza di PFO nella popolazione generale è molto elevata (27,3% in una serie autoptica di 965 soggetti⁶), così come quella dell'emicrania (12-15%). La differenza di prevalenza di PFO tra i soggetti con emicrania con aura e i soggetti sani è però talmente elevata da rendere improbabile una tale interpretazione. Inoltre la prevalenza di emicrania con aura nei soggetti con PFO sembra aumentare con l'incremento delle dimensioni del forame: in uno studio su 200 subacquei con malattia da decompressione l'emicrania con aura era presente solo nel 10% dei soggetti con forame piccolo o evidente

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 BattistellaEmilio 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. 2 - 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:** DICEMBRE 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

solo dopo manovra di Valsalva contro il 47,5% dei soggetti con forame ampio⁷.

2. È possibile che emicrania con aura e PFO siano frequentemente ereditati assieme come conseguenza di un'alterazione genetica ignota, che predispone ad entrambe le condizioni. E' stato recentemente dimostrato che vi sono famiglie in cui il PFO segue un pattern ereditario di tipo autosomico dominante. In quelle famiglie i parenti di primo grado di probandi con PFO ed emicrania con aura avevano un'emicrania con aura nel 71% dei casi se portatori di PFO, ma solo nel 21% dei casi se privi di un significativo shunt destro-sinistro⁸.

Interessante è anche l'osservazione di un'elevata percentuale di PFO in una famiglia di soggetti con CADASIL, patologia dovuta ad una mutazione del gene Notch 3 che, come è ben noto, si associa spesso ad emicrania con aura⁹.

3. L'ultima possibilità è quella di un'associazione causale tra le due condizioni, vale a dire che la presenza di PFO favorisca gli attacchi di emicrania con aura. In tal senso deporrebbe il miglioramento o la scomparsa dell'emicrania con aura dopo chiusura del PFO. Bisogna però essere molto cauti riguardo a quest'ultimo punto. Innanzitutto la chiusura percutanea del PFO ha provocato miglioramenti analoghi anche nei pazienti affetti da emicrania senz'aura^{4,5}, che non è statisticamente associata al PFO. In secondo luogo, dopo l'intervento di chiusura, è prassi somministrare ai pazienti ASA, che può esercitare un effetto antiemcranico, per almeno 6 mesi. In terzo luogo l'effetto placebo nell'emicrania è molto elevato, e tanto più può esserlo nel caso di una procedura chirurgica. Inoltre sono stati riportati casi di insorgenza o peggioramento dell'emicrania con aura, anziché miglioramento, dopo la chiusura del PFO^{10,11}.

Due sono le ipotesi principali avanzate per collegare gli attacchi di emicrania alla presenza del PFO. La prima suggerisce che, in situazioni in cui la pressione all'interno dell'atrio destro supera quella dell'atrio sinistro, come si verifica in una manovra di Valsalva, dei microemboli attraversino lo shunt destro-sinistro e giungano alla corteccia cerebrale. L'ischemia cerebrale focale così provocata innescherebbe la *spreading depression* e quindi l'aura. La seconda, e a mio avviso più verosimile, ipotesi prevede che una - non identificata - sostanza presente nel torrente sanguigno, che normalmente sarebbe catabolizzata a livello del circolo polmonare, attraverso lo shunt destro-sinistro giunga al cervello in quantità superiori alla norma e sia in grado di dare avvio alla *spreading depression*. Una sostanza candidata a svolgere questo ruolo è il peptide natriuretico atriale, che viene prodotto in quantità superiori alla norma nei

pazienti con difetti del setto atriale¹². Recentemente è stato dimostrato che la *spreading depression* corticale induce la produzione di peptide natriuretico atriale nel cervello di ratto¹³.

Qualunque sia la connessione tra forame ovale pervio ed emicrania con aura, si tratta di uno degli enigmi scientifici più appassionanti che le cefalee ci abbiano riservato negli ultimi anni. La soluzione del mistero, che richiederà verosimilmente ancora molti studi e un briciolo di immaginazione, potrà senz'altro avvicinarci ad una migliore comprensione della patogenesi dell'aura emicranica.

BIBLIOGRAFIA

1. Del Sette M, Angeli S, Leandri M, Ferriero G, Bruzzone GL, Finocchi C, Gandolfo C. Migraine with aura and right-to-left shunt on transcranial Doppler: a case-control study. *Cerebrovasc Dis* 1998;8:327-30
2. Anzola GP, Magoni M, Guindani M, Rozzini L, Dalla Volta G. Potential source of cerebral embolism in migraine with aura: a transcranial Doppler study. *Neurology* 1999;52:1622-5
3. Sztajzel R, Genoud D, Roth S, Mermillod B, Le Floch-Rohr J. Patent foramen ovale, a possible cause of symptomatic migraine: a study of 74 patients with acute ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 2002;13:102-6
4. Schwerzmann M, Wiher S, Nedeltchev K, Mattle HP, Wahl A, Seiler C, Meier B, Windecker S. Percutaneous closure of patent foramen ovale reduces the frequency of migraine attacks. *Neurology* 2004;62:1399-401
5. Post MC, Thijs V, Herroelen L, Budts WI. Closure of a patent foramen ovale is associated with a decrease in prevalence of migraine. *Neurology*. 2004;62:1439-40
6. Hagen PT, Scholz DG, Edwards WD. Incidence and size of patent foramen ovale during the first 10 decades of life: an autopsy study of 965 normal hearts. *Mayo Clin Proc* 1984; 59:17-20
7. Wilmschurst P, Nightingale S. Relationship between migraine and cardiac and pulmonary right-to-left shunts. *Clin Sci* 2005;108:365-7
8. Wilmschurst PT, Pearson MJ, Nightingale S, Walsh KP, Morrison WL. Inheritance of persistent foramen ovale and atrial septal defects and the relation to familial migraine with aura. *Heart* 2004;90:1315-20
9. Angeli S, Carrera P, Del Sette M, Assini A, Grandis M, Biancolini D, Ferrari M, Gandolfo C. Very high prevalence of right-to-left shunt on transcranial Doppler in an Italian family with cerebral autosomal dominant angiopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy. *Eur Neurol* 2001;46:198-201
10. Yankovsky AE, Kuritzky A. Transformation into daily migraine with aura following transcatheter atrial septal defect closure. *Headache* 2003;43:496-8
11. Mortelmans K, Post M, Thijs V, Herroelen L, Budts W. The influence of percutaneous atrial septal defect closure on the occurrence of migraine. *Eur Heart J* 2005;26:1533-7
12. Nagaya N, Nishikimi T, Uematsu M, et al. Secretion patterns of brain natriuretic peptide and atrial natriuretic peptide in patients with or without pulmonary hypertension complicating atrial septal defect. *Am Heart J* 1998;136:297-301.
13. Choudhuri R, Cui L, Yong C, et al. Cortical spreading depression and gene regulation: relevance to migraine. *Ann Neurol*. 2002;51:499-506

CONGRESSI

XIX CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELLE CEFALIEE

Carlo Lisotto

Ambulatorio Cefalee, Ospedale di San Vito al Tagliamento

Federico Mainardi

Centro Cefalee U.O. Neurologia, Venezia

Il XIX Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, presieduto dal Prof. Giorgio Zanchin, verrà ricordato per l'alto livello dei contributi scientifici e per la splendida ed inimitabile cornice in cui si è svolto. La giornata inaugurale ha avuto luogo nella prestigiosa sede dell'Archivio Antico e nell'Aula Magna del Palazzo del Bo, sede storica dell'Università di Padova, mentre le giornate di lavoro successive si sono tenute a Venezia, nella Scuola Grande di San Giovanni Evangelista, gioiello rinascimentale e seconda per antichità di fondazione (1261) fra le sei Scuole Grandi attive a Venezia. L'elevato contenuto scientifico delle presentazioni e delle comunicazioni e la fama dei relatori, nazionali ed internazionali, ha richiamato una vasta affluenza di congressisti.

Nel corso delle quattro giornate in cui si sono svolti i lavori, i partecipanti hanno avuto la possibilità di assistere alle letture magistrali tenute da alcuni dei più apprezzati studiosi stranieri, ospiti del Congresso. M.D. Ferrari (Leiden) ha trattato il tema della genetica, con la lettura "Headache genetics: new genes and loci". S.D. Silberstein (Filadelfia) ha affrontato il tema della cefalea in gravidanza con la lettura "Headaches in pregnancy". P.J. Goadsby (Londra) ha presentato le più recenti acquisizioni in campo di neuroimaging delle cefalee primarie con la lettura "Functional neuroimaging of primary disorders". Infine M.J.A. Lainez (Valencia) ha discusso di cefalee croniche nella sua lettura "Chronic headaches: from research to clinical practice". Nel corso del congresso si è proceduto alla prima nomina di Soci onorari della SISC, titolo di cui sono stati insigniti gli ospiti stranieri dal Presidente Prof. G. Zanchin, che ha loro consegnato la pergamena di nomina. La significativa cerimonia di conferimento è avvenuta al termine delle letture magistrali; oltre alla pergamena sono stati consegnati un volume sulla storia dell'Università di Padova ed una medaglia commemorativa dell'illustre clinico cinquecentesco Giovanbattista da Monte, che per primo istituì le lezioni di Medicina al letto del malato.

A prologo dei lavori scientifici pomeridiani, il mattino del 29 settembre è stato caratterizzato da due importanti eventi. In primo luogo, la riunione degli Editorial ed Advisory Board del Journal of Headache and Pain, rivista ufficiale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee e della Società Italiana dei Clinici del Dolore, che di recente ha ottenuto il duplice riconoscimento di indicizzazione nell'Index Medicus/Medline e di organo ufficiale dell'European Headache Federation, ponendosi in questo modo tra i più rilevanti riferimenti nel panorama internazionale. Non meno importante, la riunione dei Comitati per l'Aggiornamento delle Linee guida terapeutiche nazionali per le cefalee, la cui pubblicazione è prevista entro il primo semestre del 2006.

La prima sessione scientifica, svoltasi nell'Archivio Antico del Palazzo del Bo e moderata da N. Bresolin (Milano) e da F. Pierelli (Pozzilli/Roma), ha trattato la genetica delle cefalee, argomento in continuo sviluppo e di notevole importanza per i possibili sviluppi nella comprensione dei meccanismi patogenetici e per le eventuali implicazioni terapeutiche. La sessione è stata aperta dall'intervento di A. Ambrosini (Pozzilli), che ha presentato uno studio volto a dimostrare la presenza di mutazioni dei geni CACNA1A e ATP1A2, caratteristiche dell'emigrania empilegica familiare, nella rara forma di emigrania basi-

lare: il riscontro di una mutazione del gene ATP1A2 farebbe ritenere come alleliche queste due rare forme di emigrania. V. Lisi (Padova), dopo aver ricordato la scarsità in letteratura degli studi di genetica in età pediatrica, ha presentato i risultati di una ricerca che ha dimostrato come il polimorfismo del gene codificante per il recettore tipo A dell'endotelina 1 (EDNRA), associato ad elevato rischio di emigrania nell'adulto, non sia espresso nell'età evolutiva, elemento che sottolinea la multifattorialità dell'emigrania. A. Padovani (Brescia) ha esposto i risultati di uno studio condotto su 144 pazienti emigranici (52 affetti da emigrania con aura e 92 da emigrania senza aura) e 105 controlli, che indicherebbe come fattore di rischio per l'emigrania con aura la presenza del polimorfismo funzionale del gene codificante per il trasportatore della serotonina. I. Rainero (Torino) ha invece rivolto l'attenzione sul polimorfismo del gene HLADRB1, il cui allele DRB116 sembra essere significativamente aumentato in pazienti affetti da emigrania, ed in particolare nella forma senza aura, rispetto al gruppo di controllo. Ha concluso la sessione l'intervento del gruppo di Roma, rappresentato da P. Lulli, che ha ricordato come non siano emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la frequenza dell'allele codificante l'antigene CTLA-4 nei gruppi di pazienti emigranici (senza aura e con aura), rispetto al gruppo di controllo, escludendo quindi un possibile ruolo di questo allele nella patogenesi dell'emigrania. Conclusa la sessione di genetica, ha avuto luogo la cerimonia di apertura del Congresso nella storica sede dell'Aula Magna dell'Università di Padova, dove il padre della scienza moderna Galileo Galilei teneva le sue lezioni. Dopo i saluti delle Autorità, i presenti hanno potuto apprezzare le letture magistrali tenute dal Presidente della SISC G. Zanchin e da M.D. Ferrari. G. Zanchin ha sottolineato lo stretto legame fra le moderne conoscenze e le esperienze del passato e ha enfatizzato come sia possibile attingere da queste per sviluppare linee di ricerca di estrema attualità. M.D. Ferrari, di Leiden, già presidente dell'International Headache Society, ha presentato lo stato dell'arte nel campo della genetica delle cefalee, illustrando le conoscenze acquisite, gli studi in corso e gli sviluppi futuri. Al termine della sua relazione, M.D. Ferrari, nel corso di una simpatica ed inaspettata cerimonia ha ricevuto la pergamena di nomina a membro onorario della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee. Inoltre, in qualità di docente presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Leiden, storicamente legata a quella di Padova, è stato insignito della feluca rossa giardica della Facoltà di Medicina dell'Università di Padova consegnatagli dalla studentessa F. Viaro, laureanda con il Prof. G. Zanchin con una tesi sull'osmofobia nelle cefalee.

La prima sessione scientifica della mattinata del 30 settembre 2005, moderata da G. Sandrini (Pavia) e da P. Calabresi (Perugia), è stata dedicata alle "Nuove acquisizioni sulla fisiopatologia delle cefalee". P. Rossi (Grottaferrata/Pavia) ha presentato una review sugli approcci neurofisiologici volti a studiare la modulazione del dolore centrale nelle cefalee primarie, focalizzandosi in particolare sul DNIC (diffuse noxious inhibitory control). M. De Marinis (Roma) ha presentato uno studio sul blink reflex in pazienti affetti da emigrania cronica, rilevando come le vie troncoencefaliche coinvolte in tale riflesso possano essere tonicamente attivate in tale tipo di cefalea. P. Sarchielli (Perugia) ha mostrato come nella maggior parte dei

pazienti con emicrania cronica si manifesti il fenomeno della allodinia, in associazione con un incremento dei livelli liquorali di glutammato. Tale reperto biochimico può essere considerato un marker della sensitizzazione centrale dei neuroni di secondo e di terzo ordine nei pazienti affetti da emicrania cronica. M. de Tommaso (Bari) ha presentato i risultati di uno studio sulla "habituation" di singole risposte corticali da stimolo laser trigeminale e sulla percezione del dolore nella fase asintomatica dell'emicrania. A. Capuano (Roma) ha illustrato i dati ottenuti da uno studio sulla modulazione del rilascio di CGRP e di ossido nitrico via recettore NOP1 in un modello in vitro di attivazione dei neuroni trigeminali, nel quale la nociceptina è risultata la sostanza in grado di modulare il rilascio dei mediatori dell'infiammazione. Infine L.M. Cupini (Roma) ha focalizzato la sua presentazione sulla fisiopatologia delle cefalee da eccessivo uso di farmaci. Sono stati analizzati i meccanismi legati alla sensitizzazione riscontrata in questa condizione e sono stati confrontati con altre condizioni di dipendenza farmacologica. È seguita successivamente la tavola rotonda "Cefalee, medici e pazienti: formazione ed informazione". Sono intervenuti M. Leonardi, Vice-Presidente della Federazione Italiana Associazioni Neurologiche (FIAN), L.A. Pini, in qualità di Presidente della Lega Italiana Cefalalgici (LIC), P. Rossi, a nome della Alleanza Cefalalgici (Al.Ce. Group - CIRNA Foundation), M. Bonciani, Vice-Presidente della Associazione Italiana per la Lotta contro le Cefalee (AIC) e M. Galli, Rappresentante dei pazienti nel Comitato per le Linee Guida SISC. P. Rossi, in particolare, ha presentato i risultati dei primi 5 anni di attività del sito web attivato nel 1999 dalla CIRNA Foundation, in collaborazione con l'Al.Ce. Group. Nel 2004 le consultazioni internet del sito sono risultate 130.000, 200% in più rispetto al 1999.

Nella seconda parte della mattinata si sono successivamente tenute altre 2 sessioni scientifiche, una dedicata alle "Cefalee dell'infanzia e dell'adolescenza", l'altra sui "Correlati psicobiologici delle cefalee". Nell'ambito della prima sessione, moderata da V. Guidetti e da P.A. Battistella, sono state presentate sette relazioni. A. Alesini (Roma) ha illustrato uno studio longitudinale sulla iperreattività neonatale ed il rischio di emicrania. L'iperreattività dei neonati, che si è già dimostrata correlata a vari disturbi somatoformi, è risultata un importante fattore di rischio per lo sviluppo anche di emicrania, ma non di altre cefalee primarie. M. Carotenuto (Napoli) ha discusso del disturbo cefalalgico come fattore di rischio per i disturbi del sonno in età scolare. Oltre che confermare la comorbidità tra cefalee e disturbi del sonno, le cefalee si sono dimostrate un fattore di rischio anche per i disturbi da eccessiva sonnolenza. V. Raieli (Palermo) ha presentato i dati preliminari di uno studio sulla prevalenza di allodinia, omofobia e sindrome dell'orecchio rosso in pazienti cefalalgici in età giovanile. I suddetti segni e sintomi sono stati riscontrati rispettivamente nel 14,5%, nel 20% e nel 24% dei pazienti emicranici e sono risultati assenti in altri tipi di cefalee. C. Scalas (Firenze) ha analizzato le caratteristiche della cefalea cronica quotidiana in età pediatrica, risultata più frequente nelle femmine (69,6% dei casi). L. Gallelli (Catanzaro) ha illustrato i risultati di uno studio condotto nelle scuole secondarie di Catanzaro sulla prevalenza e sulla terapia della cefalea nei giovani. I farmaci più comunemente impiegati sono risultati gli anti-infiammatori non steroidei; in una elevata percentuale di casi (20%) è stata riscontrata una cefalea da eccessivo uso di tali farmaci. G. Mazzotta (Perugia) ha presentato i dati preliminari di uno studio prospettico sui costi diretti ed indiretti dovuti alla cefalea in età evolutiva e sul conseguente peso sul sistema sanitario nazionale e sulle famiglie dei pazienti. D. Moscato (Roma) ha analizzato la cefalea post-traumatica da trauma cranico moderato. Mentre risulta ben accertato il rapporto causale tra trauma cranico grave e cefalea post-traumatica, i dati sono molto più controversi per quanto concerne la cefalea da trauma cranico moderato. In diversi centri cefalee italiani per l'età evolutiva sono stati valutati 1656 soggetti che hanno presentato un trauma cranico moderato. Una cefalea post-traumatica è stata riscontrata solamente nel 3,2% dei casi, dato che mette in dubbio l'esistenza di tale entità nosologica. I moderatori della seconda sessione, dedicata ai correlati psicobiologici delle

cefalee, sono stati A. Carolei (Roma) e P. Martelletti (Roma). F. Mongini (Torino) ha discusso del Temperament and Character Inventory (TCI) nelle donne emicraniche. Il TCI si è dimostrato un utile strumento per evidenziare cambiamenti nel temperamento e nel carattere, con maggiore accuratezza rispetto ad altri questionari comunemente impiegati. S. de Filippis (Roma) ha trattato i disturbi dell'umore e la disabilità nei pazienti affetti da cefalea cronica quotidiana e da cefalea da eccessivo uso di farmaci, riscontrando elevati livelli di ansia ed una sintomatologia depressiva associata ad Alessitimia. L. Savi (Torino) ha invece discusso di stili di attaccamento e cefalea. Le dimensioni di attaccamento sono state studiate tramite due questionari, l'AAQ (Adult Attachment Questionnaire) e l'ASQ (Attachment Style Questionnaire). I pazienti cefalalgici hanno presentato stili di attaccamento di tipo "insicuro". S. Gori (Pisa) ha analizzato la qualità del sonno, il cronotipo e la distribuzione circadiana degli attacchi nell'emicrania senza aura. Sono stati studiati 100 pazienti emicranici e 30 soggetti di controllo; è stata documentata una tendenziale insorgenza degli attacchi di emicrania senza aura nelle ore notturne e nelle prime ore del mattino. Oltre il 40% dei soggetti emicranici valutati ha presentato più del 75% dei propri attacchi nel corso della notte. A. Gallanti (Milano) ha concluso la sessione, riportando i risultati di una valutazione longitudinale, condotta per 6 mesi, sulla qualità della vita, nel dolore corporeo, nell'ansia e depressione nelle cefalee primarie. I risultati preliminari dello studio mettono in risalto l'importanza della valutazione complessiva dello stato di salute del paziente, parametro imprescindibile per comprendere pienamente l'evoluzione nel tempo del disturbo cefalalgico.

La sessione pomeridiana del 30 settembre 2005, moderata da G. Nappi e da M. Fanciullacci, è stata dedicata alla "Valutazione critica e proposte a due anni dalla pubblicazione ICHD-II". G. Nappi (Pavia/Roma) ha presentato la nuova classificazione internazionale delle cefalee, mettendo in rilievo le principali novità e modificazioni rispetto alla precedente edizione. È stato inoltre enfatizzato come la nuova classificazione sia rivolta non solo ai ricercatori e agli specialisti cefalologi, ma anche al neurologo e al medico di Medicina Generale; la classificazione, infatti, prevede livelli diagnostici adeguati per il singolo operatore. P. Sarchielli (Perugia) ha valutato l'applicazione dei criteri diagnostici della classificazione ICHD-II con l'utilizzo di una cartella clinica strutturata e computerizzata. È stato rilevato come, applicando con rigore i criteri della nuova classificazione, si verifici frequentemente una sovrapposizione diagnostica nell'ambito delle cefalee croniche (emicrania cronica, cefalea di tipo tensivo cronica, forme probabili di entrambe tali cefalee e cefalea da eccessivo uso di farmaci). F. Mainardi (Venezia) ha presentato un programma computerizzato di diagnosi assistita per il medico di Medicina Generale. Il programma consente di porre la diagnosi di cefalea primaria secondo i criteri ICHD-II ed evidenzia i segni e sintomi di risalto per sospetto di cefalea secondaria. Inoltre, riassumendo, alla fine del percorso diagnostico gli elementi che hanno condotto al risultato diagnostico, dà modo all'utilizzatore di valutare criticamente le conclusioni. Il programma, permette anche la creazione di una cartella clinica per il follow-up diagnostico e terapeutico dei pazienti. G. Zanchin (Padova), Presidente del Congresso, ha messo in rilievo l'importanza dell'osmofobia nella diagnosi delle cefalee primarie. L'osmofobia, infatti, è stata riscontrata nel 43% dei pazienti affetti da emicrania senza aura durante gli attacchi, mentre nessun paziente con cefalea di tipo tensivo ha riferito tale sintomo. L'osmofobia pertanto può costituire un elemento clinico molto importante e specifico nella diagnosi differenziale tra le due forme di cefalea primaria. È auspicabile che tale sintomo venga inserito nella revisione della classificazione IHS come criterio diagnostico per la diagnosi di emicrania, analogamente alla nausea, al vomito, alla fotofobia e alla fonofobia. F. Brighina (Palermo) ha concluso la sessione riportando i risultati preliminari di uno studio di validazione della versione italiana dell'ID Migraine. Tale questionario, comprendente 3 domande, facilmente autosomministrabile, può risultare assai utile nello screening dei pazienti emicranici, in particolare nell'ambito della Medicina Generale.

Nella mattinata del 1° ottobre 2005 si sono tenute 2 sessioni scientifiche ed una tavola rotonda. La prima sessione, di cui i moderatori sono stati M. Fanciullacci e M. Giacobozzo, si è incentrata sulle "TACs e nevralgie craniche". L. Pinessi (Torino) ha compiuto una review sulla genetica della cefalea a grappolo, evidenziando come i più recenti studi abbiano confermato l'importanza dei fattori genetici nel determinismo di tale cefalea. Il tipo e il numero dei geni coinvolti sono ancora sconosciuti, tuttavia è stata descritta dal centro cefalee di Torino l'associazione tra cefalea a grappolo ed un polimorfismo del gene HCRTR2. A. Truini (Roma) ha esposto le nuove acquisizioni sulla nevralgia trigeminale, distinta nella classificazione IHS in classica e sintomatica. La nevralgia classica è essenziale, mentre la forma sintomatica è causata da lesioni strutturali dimostrabili, diverse dalla compressione vascolare. P. Meineri (Cuneo) ha illustrato i risultati di uno studio sull'interessamento vegetativo sistemico nella fase attiva della cefalea a grappolo episodica, confrontato con la fase silente. È stato evidenziato un interessamento del solo sistema parasimpatico, con persistenza delle alterazioni vegetative anche in fase intercritica. C. Lisotto (San Vito al Tagliamento) ha delineato le caratteristiche della cefalea a grappolo nell'anziano. A differenza delle età precedenti, in età geriatrica è stata notata una preponderanza di donne ed una elevata prevalenza di forme croniche dall'esordio. Le crisi nei soggetti anziani risultano di minore intensità, si accompagnano a minori disturbi vegetativi e nelle forme episodiche presentano periodi di remissione più protratti. N. Morelli (Pisa) ha presentato i risultati di uno studio sulla prevalenza dello shunt destro-sinistro in pazienti affetti da cefalea a grappolo. I dati preliminari sembrano indicare una maggiore prevalenza dello shunt nei soggetti con tale cefalea rispetto alla popolazione generale, in modo simile a quanto recentemente descritto anche per l'emigrania con aura. La seconda sessione, moderata da M. Guazzelli e da M.P. Prudenzano, ha trattato il tema "Cefalee: aspetti clinici e comorbidità". G. Sances (Pavia) ha discusso sulla pervietà del forame ovale nell'emigrania con aura. I dati iniziali sembrano mostrare che tale difetto interatriale si associa più frequentemente all'emigrania con aura atipica. M.P. Prudenzano (Bari) ha discusso sulla comorbidità tra cefalee ed ipertensione arteriosa. La prevalenza dell'ipertensione è risultata superiore nei pazienti cefalalgici, in particolare nei soggetti con cefalea di tipo tensivo, rispetto alla popolazione di controllo. E. Pucci (Pavia) ha valutato la distensione gastrica in soggetti emicranici. I pazienti con emicrania e dispepsia funzionale sembrano presentare una ipersensibilità alla distensione gastrica. D. Cologno (Roma) ha presentato i dati preliminari di uno studio su disturbi psichiatrici e localizzazione del dolore in pazienti con emicrania strettamente unilaterale. Nei soggetti con emicrania lateralizzata a sinistra le scale dell'ansia e della depressione hanno presentato punteggi più elevati rispetto ai pazienti con emicrania strettamente localizzata a destra e con emicrania alternante di lato. M. Savarese (Bari) ha evidenziato come nei Centri Cefalee, più frequentemente che negli ambulatori di Medicina Generale, i pazienti cefalalgici presentino una comorbidità psichiatrica. Sono stati inoltre discussi gli approcci terapeutici ottimali in base al tipo di patologia psichiatrica associata.

La mattinata si è conclusa con la tavola rotonda "Continuità assistenziale: verso una rete nazionale dei Centri Cefalee". M.G. Buzzi (Roma) ha inquadrato l'emigrania come una patologia complessa, che dovrebbe essere considerata come una malattia che evolve durante il corso della vita insieme ad altre condizioni comorbide. G. Sances (Pavia) ha riportato l'esperienza del Centro Cefalee di Pavia nella gestione dei pazienti affetti da cefalea da eccessivo uso di sostanze. La disassuefazione dall'uso di tali sostanze costituisce solo il primo, passo del lungo percorso terapeutico a cui devono essere sottoposti i pazienti. A Pavia è stato avviato un "percorso CARE" per la gestione completa di tali soggetti, che comprende il periodo iniziale di ricovero ospedaliero e quello successivo di follow-up. F. Pierelli (Pozzilli/Roma) ha esposto l'attività e l'esperienza maturata in 10 anni presso il Centro Cefalee Neuromed di Pozzilli, in rapporto alle esigenze e alle richieste provenienti dal territorio. G.B. La Pegna (Caltanissetta) ha considerato il

problema della comunicazione specialista-medico di Medicina Generale per garantire una corretta continuità assistenziale ai pazienti cefalalgici. In Sicilia si sta formando una fitta rete di comunicazione per superare le difficoltà di interazione tra specialisti, generalisti e pazienti. R. Iannacchero (Catanzaro) ha presentato infine i risultati di uno studio di gestione clinica della cefalea nella Medicina Generale del Sud Italia, rapportato con i principi della medicina basata sull'evidenza. Da tale studio risulta come sia necessario potenziare nell'ambito della Medicina Generale i programmi di educazione continua sulla medicina basata sull'evidenza e sulle linee guida diagnostiche e terapeutiche.

Nel pomeriggio si è tenuta la sessione scientifica "Cefalee in Pronto Soccorso", cui sono seguite la tavola rotonda "Sezioni regionali: esperienze a confronto" e l'assemblea generale dei soci SISC. Nell'ambito della sessione dedicata alle cefalee in Pronto Soccorso, i cui moderatori sono stati L. Pinessi e M. Giacobozzo, R. Cerbo (Roma) ha discusso sulla prevalenza, la clinica e le indicazioni terapeutiche delle cefalee primarie in Pronto Soccorso. La cefalea più frequentemente diagnosticata in un Dipartimento di Emergenza è sicuramente l'emigrania; è auspicabile che gli operatori di Pronto Soccorso utilizzino i criteri IHS per il corretto inquadramento delle cefalee e seguano le linee guida terapeutiche più aggiornate per il trattamento più appropriato. S. Gentile (Torino) ha indicato un algoritmo diagnostico per la valutazione delle cefalee ad esordio acuto, e per il riconoscimento ed il trattamento tempestivo delle forme secondarie. F. Di Sabato (Roma) ha invece affrontato la gestione della cefalea a grappolo in Pronto Soccorso. Malgrado le caratteristiche cliniche assolutamente peculiari e distintive, tale cefalea non infrequentemente viene sottodiagnosticata e pertanto trattata in modo inadeguato. È stato ribadito come il sumatriptan per via sottocutanea sia il farmaco di prima scelta nel trattamento dell'attacco acuto, ma è stata enfatizzata anche la grande efficacia dell'ossigeno iperbarico sia nella forma episodica che in quella cronica, specie se non responsive ai triptani. G. Relja (Trieste) ha presentato i dati relativi alla provincia di Trieste riguardanti le cefalee non traumatiche valutate in Pronto Soccorso. Le cefalee hanno costituito lo 0,8% di tutte le visite eseguite in Dipartimento di Emergenza, di cui sono risultate 41,3% cefalee secondarie 24,3% cefalee primarie e 34,4% non classificate. Dato l'elevato numero di queste ultime, risulta necessario introdurre anche in Dipartimento di Emergenza le linee guida diagnostiche e terapeutiche delle cefalee. V. Villani (Roma) ha illustrato i risultati di uno studio psicometrico di un gruppo "repeater", cioè i pazienti che si presentano più volte in Pronto Soccorso per la medesima sintomatologia, e più precisamente coloro che richiedono una visita urgente almeno 3 volte con un intervallo tra una visita e la successiva di almeno una settimana per un periodo di tempo di 6 mesi. I pazienti emicranici repeater, confrontati con un gruppo di emicranici valutati ambulatoriamente, hanno presentato più alti punteggi nella scala di valutazione della disabilità Midas e nelle scale di valutazione della depressione, dell'ansia e dell'alestitimia. È seguita successivamente la tavola rotonda, moderata da G. Zanchin e da L. Pinessi, "Sezioni regionali: esperienze a confronto", di grande interesse e di notevole significato per la SISC, in quanto è stata presentata l'attività svolta da tutte le sezioni nel corso del primo anno di operatività, dopo la regionalizzazione della Società avvenuta nel 2004. Hanno illustrato in dettaglio le attività i coordinatori di tutte le sezioni, G.B. La Pegna per la Sezione Sicilia, L.A. Pini per la Sezione Emilia Romagna, G. Bono per la Sezione Lombardia, E. Del Bene per la Sezione Toscana, F. Devetag per la Sezione Triveneto, M.P. Prudenzano per la Sezione Puglia-Basilicata, M. Feleppa per la Sezione Campania, G. Mazzotta per la Sezione Umbria-Marche-Abruzzo, L. Savi per la Sezione Piemonte-Liguria-Val d'Aosta, R. Cerbo per la Sezione Lazio-Molise e R. Iannacchero per la Sezione Calabria.

È seguita successivamente l'assemblea dei Soci. È stato comunicato dal Presidente SISC G. Zanchin e dall'Editor in Chief P. Martelletti, con grande soddisfazione da parte della Società, che la rivista *The Journal of Headache and Pain*, organo ufficiale della SISC, è stata indicizzata e che sono in corso

le procedure per l'ottenimento dell'impact factor. Il Journal sarà anche l'organo ufficiale dell'European Headache Federation; sulla base dell'accordo ratificato a Venezia fra le due Società scientifiche e l'Editorial board della rivista.

L'assemblea ha inoltre deliberato che la cifra della quota sociale per il 2006 sarà pari a 30 € per i Soci di età inferiore a 35 anni e di 60 € per i Soci ordinari. Entrambe le quote di iscrizione comprendono l'abbonamento annuale (6 numeri e il supplemento dedicato al congresso nazionale della SISC) a The Journal of Headache and Pain. È stata infine approvata dal Consiglio Direttivo della SISC una sanatoria per i soci in arretrato che verseranno la cifra corrispondente alle quote sociali degli ultimi due anni entro il 31 dicembre 2005.

Nella mattinata del 2 ottobre 2005 si sono svolte le ultime 2 sessioni scientifiche del Congresso, la prima dedicata a "Le scelte terapeutiche: lo stato dell'arte e gli sviluppi futuri" e la seconda "Le cefalee croniche". Nell'ambito della prima sessione, moderata da L.A. Pini e A. Tessitore, L.A. Pini (Modena) ha parlato del rapporto rischio/beneficio e costo/beneficio nel trattamento delle cefalee. Nella scelta di un trattamento si deve valutare non solo l'efficacia del farmaco, ma anche la sua sicurezza di impiego e il suo rapporto costo/beneficio, che concerne a sua volta i costi indiretti rapportati ai benefici individuali e sociali. E. Sternieri (Modena) ha studiato le caratteristiche farmacocinetiche del sumatriptan in pazienti non responder al farmaco e in soggetti che riferiscono effetti collaterali, in particolare a livello toracico. I parametri farmacocinetici del farmaco sono risultati sovrapponibili nei pazienti che non rispondono al trattamento, nei soggetti che riferiscono eventi indesiderati e nei pazienti in cui l'assunzione del farmaco si rivela efficace ed esente da effetti collaterali. F. Dainese (Padova) ha illustrato i dati relativi ad uno studio sull'aumento del peso corporeo a 3 e a 6 mesi dall'instaurazione di un trattamento preventivo delle cefalee primarie. L'aumento ponderale è stato riscontrato soprattutto nei pazienti trattati con pizotifene e con amitriptilina. M. Porta (Bergamo-Zingonia) ha discusso sull'utilizzo della tossina botulinica, di tipo A e di tipo B, nel trattamento delle cefalee. La tossina si è rivelata efficace nella terapia preventiva della cefalea di tipo tensivo cronica, dell'emicrania cronica e della cefalea da eccessivo uso di sostanze, tali dati preliminari dovranno essere confermati da studi clinici futuri. Sono stati discussi anche i meccanismi di azione della tossina e i siti di iniezione della stessa. M. Guindani (Brescia) ha infine presentato i dati di prevalenza della pervietà del forame ovale in una ampia serie di pazienti affetti da emicrania con aura, emicrania senza aura e cefalea a grappolo. Le pervietà del forame è stata riscontrata molto più frequentemente nei pazienti affetti da emicrania con aura (61,9%), rispetto ai soggetti con cefalea a grappolo (36,8%) e con emicrania senza aura (16,2%). Non è stata trovata alcuna correlazione tra pervietà del forame ovale, frequenza degli episodi di emicrania con aura e complessità del fenomeno dell'aura.

L'ultima sessione è stata dedicata alle cefalee croniche ed è stata moderata da G. Di Trapani ed E. Sternieri. M. Fanciullacci (Firenze) ha enfatizzato l'importanza della prevenzione della cronicizzazione dell'emicrania. La frequenza delle crisi risulta il fattore predittivo più importante di cronicizzazione; l'evoluzione verso l'emicrania cronica risulta più frequente nelle donne. Altri fattori di rischio risultano l'obesità e la comorbidità psichiatrica. La terapia preventiva dell'emicrania deve essere somministrata nei pazienti con un elevato numero di crisi, per evitare l'uso eccessivo di farmaci sintomatici, che costituisce il fattore di rischio di cronicizzazione jatrogeno di gran lunga più importante. D. Mei (Roma) ha analizzato i vari farmaci antiepilettici che si sono dimostrati efficaci nel trattamento delle cefalee croniche. L'impiego del valproato e del topiramato è ormai consolidato e supportato da numerosi studi clinici condotti secondo i criteri Good Clinical Practice. M. Trucco (Pietra Ligure) ha presentato i risultati preliminari di un protocollo terapeutico di sospensione e disintossicazione da farmaci in pazienti con probabile emicrania cronica e probabile cefalea da abuso farmacologico. Il protocollo è consistito in: brusca sospensione dei farmaci assunti in eccesso, instaurazione subitanea di un trattamento preventivo,

idratazione e impiego di desametasone, metoclopramide e benzodiazepine per via endovenosa. C. Gentili (Pisa) ha discusso sul ruolo della comorbidità psichiatrica nella cronicizzazione delle cefalee. Studi prospettici hanno dimostrato che diversi disturbi psichiatrici rappresentano importanti fattori di rischio sia per l'esordio che per la cronicizzazione di una cefalea primaria. Di converso, la cefalea stessa sembra poter facilitare l'insorgenza della comorbidità psichiatrica. I. Ciancarelli (L'Aquila), infine, ha trattato la terapia preventiva non farmacologica dell'emicrania cronica e le sue conseguenze sul metabolismo dell'ossido nitrico. I pazienti trattati con biofeedback hanno presentato un significativo miglioramento clinico, quantificato con la scala Midas. I livelli sierici di ossido nitrico sono risultati più elevati dopo il trattamento con biofeedback rispetto ai valori basali pre-trattamento. L'efficacia pertanto del biofeedback sembra correlata al rilassamento muscolare e alla sua influenza sulla biodisponibilità dell'ossido nitrico.

La giornata conclusiva del XIX Congresso Nazionale, parallelamente alle sessioni ufficiali, ha compreso anche un corso rivolto ai medici di Medicina Generale, con lo scopo di presentare la nuova classificazione delle cefalee ICHD-II e illustrando le Linee guida terapeutiche SISC per il primo approccio al paziente cefalalgico. La giornata di lavori è stata aperta da F. Mainardi (Venezia), che ha introdotto i nuovi criteri diagnostici ICHD-II, sintetizzando i dati epidemiologici delle principali cefalee primarie. F. Devetag, coordinatore della Sezione Triveneta della SISC, ha discusso gli aspetti clinici dell'emicrania, analizzando in modo dettagliato ogni elemento della complessa fenomenologia dell'attacco emicranico. La presa in carico del paziente emicranico e la terapia dell'attacco secondo le Linee guida SISC sono stati oggetto della relazione successiva, nella quale F. Mainardi ha sottolineato come l'alleanza terapeutica medico-paziente abbia valenza non inferiore rispetto agli irrinunciabili presidi farmacologici. G. Relja (Trieste), ha completato il capitolo sull'emicrania, illustrando la terapia di profilassi ed affrontando aspetti peculiari, quali la prevenzione dell'emicrania mestruale e il trattamento dell'emicrania cronica. Il capitolo II della classificazione ICHD-II, la cefalea di tipo tensivo, è stato l'argomento della presentazione di A. Palmieri (San Donà di Piave), che ha illustrato gli aspetti clinici e i possibili trattamenti farmacologici e non farmacologici di tale cefalea. I lavori della mattinata sono stati chiusi da T. Catarci (Roma), che ha focalizzato la sua presentazione sulla clinica e sulla terapia della cefalea a grappolo, coinvolgendo attivamente nella discussione il sempre attento uditorio.

F. Marchioretto (Negrar) ha aperto i lavori pomeridiani, discutendo i possibili fattori scatenanti e/o aggravanti le crisi emicraniche. L'emicrania come fattore di rischio vascolare è stato oggetto della relazione di C. Lisotto (San Vito al Tagliamento), che ha sottolineato come il rischio vascolare sia maggiore nelle giovani donne affette da emicrania con aura, fumatrici ed in terapia estro-progestinica. L'andamento dell'emicrania nel corso della vita riproduttiva femminile è stato discusso da F. Di Palma (Como), che ha illustrato i principali aspetti dell'emicrania nelle diverse fasi della vita femminile. Sono state analizzate anche le complesse problematiche correlate al trattamento ormonale delle donne emicraniche in età fertile e in menopausa e al trattamento dell'emicrania durante la gravidanza e l'allattamento. Ha concluso la giornata di lavori M. Mucchiut (Udine), che ha presentato i quadri clinici delle principali cefalee secondarie, fornendo gli elementi necessari per un corretto inquadramento nosologico e diagnostico-differenziale. Il corso è stato seguito da un elevato numero di medici di Medicina Generale, che hanno dimostrato un notevole interesse nei confronti dei temi trattati, ponendo numerosi quesiti clinici rapportati alla loro attività ambulatoriale e stimolando una fattiva discussione al termine di ogni relazione.



Triveneto Cefalee

Periodico di informazione della Sezione Triveneta della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC)

Premessa

Questo primo numero del periodico di informazione *Triveneto Cefalee*, espressione dei Componenti del Consiglio Direttivo e dei numerosi Soci della nostra Regione, vuole informare tutti i Soci SISC ed i Medici del Triveneto sulle strutture regionali specialistiche operanti, sulle attività e sulle iniziative locali, favorendo le attività di promozione e formazione nell'ambito della diagnosi e terapia delle cefalee, in sintonia con la SISC nazionale.

L'obiettivo è quindi di costituire un mezzo di informazione e scambio tra le diverse figure che operano nel campo delle cefalee nel nostro ambito regionale. Ringraziamo fin d'ora i lettori che vorranno fornirci i loro consigli per migliorarlo. Già dal suo primo numero, questo periodico si inserisce nel rinnovato Giornale delle Cefalee, organo nazionale della SISC; pertanto potrà essere soggetto ad adattamenti nella forma e nei contenuti sulla base delle esigenze del Giornale nazionale.

Il Responsabile

Prof. Pier Antonio Battistella

Lettera del Presidente

Ai Soci SISC della Sezione Triveneta

È con grande soddisfazione che, in veste di Rappresentante del Direttivo SISC presso la Sezione Regionale e, naturalmente, come Presidente della nostra Società, saluto il primo compleanno della costituzione della Sezione Triveneta e la prima uscita del notiziario regionale, dando il benvenuto a tutti gli iscritti.

Ringrazio il Consiglio Direttivo Triveneto (nelle persone del Coordinatore, Flavio Devetag; del Vicecoordinatore Giuliano Relja; del Segretario-Tesoriere Carlo Lisotto; dei Membri Pier Antonio Battistella – (Responsabile del Notiziario), – Fernando Conte, Federico Mainardi, Ferdinando Maggioni, Antonio Palmieri) che si è fatto carico con continuo, convinto impegno assieme allo scrivente del lavoro preparatorio; e che con entusiasmo e determinazione si adopera per una sempre più ampia diffusione della cultura sulla cefalea nella nostra area geografica, promuovendo l'adesione e il coinvolgimento attivo di nuovi Soci e sviluppando temi di ricerca condivisi e di ampio interesse.

Il mio compiacimento è fondato su dati concreti: mi limiterò a ricordare che, a un anno dalla sua costituzione, la Sezione Triveneta della SISC può vantare un aumento cospicuo dei Soci, avendo raddoppiato i suoi aderenti che oggi superano il centinaio, ed a citare il recente, brillante risultato del suo primo Convegno sul tema "Le Cefalee nell'urgenza" tenutosi a Feltre, con l'elegante ed efficiente ospitalità del Dott. Flavio Devetag, che ha visto la partecipazione di oltre 150 Colleghi e la presentazione di relazioni di elevato livello scientifico.

Un'ulteriore riprova della vivacità culturale della Sezione è stata data dal Congresso Nazionale SISC, tenutosi a Padova-Venezia dal 29/9 al 2/10/2005, che ha raccolto una ricca e diversificata presenza di contributi da parte del Triveneto.

Sono certo che questi lusinghieri inizi saranno forieri di ulteriori sviluppi scientifici ed organizzativi e che la Sezione Triveneta continuerà a contribuire in maniera qualificata e fattiva, assieme alle altre Sezioni Regionali SISC, alla crescita della nostra Società.

Con il più cordiale buon lavoro

Giorgio Zanchin

Presentazione

il 15 maggio 2004 si è costituita la Sezione Triveneta della Società Italiana per lo studio delle cefalee (SISC), che si pone come referente per le Strutture sanitarie regionali per:

- 1) l'applicazione dei percorsi diagnostico – terapeutici e delle linee guida nazionali per la terapia delle cefalee;
- 2) la programmazione delle iniziative assistenziali e scientifiche di area;
- 3) il supporto informativo e di aggiornamento nel campo delle cefalee in ambito regionale.

Consiglio Direttivo

eletto dalla votazione dei soci, è così composto:

Giorgio Zanchin,

Presidente SISC e Rappresentante del Direttivo Nazionale SISC.

Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Neurologica I, Università di Padova.

Flavio Devetag,

Coordinatore. Divisione di Neurologia, Ospedale di Feltre.

Giuliano Relja,

Vice-Coordinatore. Clinica Neurologica I, Università di Trieste.

Carlo Lisotto,

Segretario-Tesoriere. Servizio di Neurologia, Ospedale di San Vito al Tagliamento.

Pier Antonio Battistella,

Consigliere. Dipartimento di Pediatria, Università di Padova.

Fernando Conte,

Consigliere. Divisione di Neurologia, Ospedale di Belluno.

Ferdinando Maggioni,

Consigliere. Clinica Neurologica I, Università di Padova.

Federico Mainardi,

Consigliere. Unità Operativa di Neurologia, Ospedale di Venezia.

Antonio Palmieri,

Consigliere. Servizio di Neurologia, Ospedale di San Donà di Piave.

I Soci

La Sezione è aperta all'adesione di laureati in Medicina e Chirurgia o in materie che abbiano attinenza con il campo delle cefalee, nonché a Enti e Società regionali con interesse allo sviluppo delle conoscenze in tale ambito e che comunque intendano favorire il perseguimento degli scopi della SISC. Attualmente il numero degli iscritti supera il centinaio e mostra un trend crescente.

Per informazioni

rivolgersi al Segretario: Dott. Carlo Lisotto

carlo.lisotto@ass6.sanita.fvg.it

Ospedale Civile - Servizio di Neurologia

Struttura Specialistica per le Cefalee

Via Savorgnano, 2. - S. Vito al Tagliamento (PN) CAP 33078.

Tel. 0434 841429 - Fax 0434 841590

Perché il periodico *Triveneto Cefalee*?

- 1) perché le realtà regionali anche nell'ambito delle cefalee, presentano peculiarità e aspetti diversi che possono ricevere rilevanti contributi al loro miglioramento da chi opera direttamente nell'area;
- 2) perché la cefalea è uno dei sintomi per i quali più spesso il paziente si rivolge al medico generalista e/o specialista;
- 3) perché la cefalea può essere sostenuta da patologie molto varie, di interesse internistico, neurologico, pediatrico ecc, per le quali è necessario essere in grado di giungere tempestivamente, attraverso un'accurata indagine anamnestico-clinica e con il minore impegno di accertamenti specialistico-strumentali, alla diagnosi specifica;
- 4) perché i progressi nelle conoscenze dei meccanismi fisiopatogenetici e nell'approccio terapeutico in tale campo sono in rapida e

continua espansione (si pensi alla “rivoluzione” dei triptani nella terapia dell’attacco emicranico); pertanto, un aggiornamento sintetico, rivolto agli aspetti più pratici, può essere utile specie per il Medico di medicina generale che necessita di informazioni mirate di maggior interesse (ad es. la recente introduzione di alcuni farmaci antiepilettici nella profilassi dell’emicrania);

- 5) per creare una rete di comunicazione tra le diverse figure professionali che incontrano, diagnosticano e trattano la diversificata realtà dei soggetti cefalalgici, sia in ambito territoriale che istituzionale, così da permettere un maggiore scambio e dialogo a livello regionale;
- 6) per promuovere iniziative sia di tipo educativo-formativo (Corsi di aggiornamento), sia di tipo assistenziale (Strutture Specialistiche di consulenza e riferimento per le cefalee), sia infine per far crescere la ricerca anche nell’ambito regionale (progetti multicentrici, rete territoriale ecc).

Contenuti del periodico *Triveneto Cefalee*

Questo primo numero del periodico di informazione della Sezione Triveneta della SISC, incluso nel rinnovato “Giornale delle Cefalee” organo di informazione nazionale della SISC, presenta 6 sezioni che, accanto a informazioni relative alla nostra Area (Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino), illustrano alcuni aspetti di carattere più generale relativi alle attività societarie e alle iniziative culturali promosse dalla SISC.

In questa prima uscita si ritiene utile elencare nella Sezione “Scientifica” le principali Riviste Internazionali, una scelta di volumi sull’argomento ed un elenco dei principali siti internet specialistici sulle cefalee.

- 1) **Sezione “Generale”:** aggiornamenti sulla SISC nazionale e principali iniziative a livello nazionale derivanti sia dal “Giornale delle Cefalee” che dal sito “SISC on line”;
- 2) **Sezione “Geografica”:** elenco aggiornato delle Strutture Specialistiche per le Cefalee situate nel Triveneto;
- 3) **Sezione “Scientifica”:** a) aggiornamenti su problematiche generali (epidemiologiche/diagnostiche/terapeutiche) e/o recensioni della letteratura di articoli recenti o di nuovi testi b) “pubblicazioni”: elenco aggiornato delle pubblicazioni di Soci del Triveneto sulle cefalee (In allestimento);
- 4) **Sezione “On line”:** elenco dei principali siti internet specialistici sulle cefalee;
- 5) **Sezione “Incontri”:** date e sedi dei principali Convegni/Congressi sulle cefalee e dei Corsi di aggiornamento o workshop nel Triveneto;
- 6) **Sezione “Lettori”:** (In corso di allestimento) per ospitare le osservazioni e suggerimenti di tutti i lettori, nonché brevi quesiti clinici, così da avviare un miniforum interattivo. Informazioni sull’attività della Lega Italiana Cefalalgici (LIC) Nazionale e Triveneta.

1) Sezione Generale

La Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC)

fondata nel 1976 a Firenze, Società senza fini di lucro, il suo Consiglio Direttivo è attualmente così costituito:

PRESIDENTE	Giorgio Zanchin
VICE PRESIDENTE	Lorenzo Pinessi
PAST PRESIDENT	Marcello Fanciullacci
SEGRETARIO	Maria Pia Prudenzano
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
PROBIVIRI	Luigi Arturo Ambrosio, Michele Feleppa, Sergio Michelacci, Davide Moscato, Biagio Panascia

I Soci:

nei quasi 30 anni di attività, la SISC ha dimostrato una crescita esponenziale dei soci (dai 17 fondatori agli oltre 900 iscritti attuali).

Le attività:

tra le diverse iniziative, indice Congressi Nazionali e Corsi di Aggiornamento, oltre che workshop a livello regionale. Attraverso un Ad Hoc Committee ha pubblicato le Linee guida diagnostiche e terapeutiche dell’emicrania e della cefalea a grappolo, necessarie a consolidare l’operatività condivisa tra i diversi specialisti che affrontano tale area in un’ottica multidisciplinare. Attualmente le linee guida sono in corso di aggiornamento.

Inoltre, la SISC promuove sia ricerca eccellente, come testimonia l’istituzione del Premio Greppi biennale, sia educazione e formazione medica, attraverso l’istituzione dal 1999 dei “Board of Qualification in Headache Disorders” tenutisi con cadenza annuale in 6 sedi italiane accreditate.

Dato l’interesse suscitato da tali Corsi, nel 2005 è stata costituita la Scuola Superiore Interdisciplinare delle Cefalee, aperta a Medici interessati alla conoscenza e all’aggiornamento nel campo della diagnostica e del trattamento delle Cefalee. Essa è articolata in 3 corsi all’anno, ciascuno suddiviso in 3 moduli della durata di 3 giorni presso la sede dell’Hotel Baglioni di Firenze. La segreteria scientifica è stata affidata al Prof. Luigi Alberto Pini del Centro Cefalee dell’Università di Modena e Reggio Emilia (e-mail: pinila@unimore.it) e quella organizzativa alla NICO srl (e-mail: nico@nicocongressi.it, website: www.nicocongressi.it)

Le riviste:

- a) “The Journal of Headache and Pain”, rivista internazionale indicizzata e fondata nel 1999, è l’organo ufficiale della SISC, attualmente diretta dal Prof. Paolo Martelletti quale Editor-in Chief; viene pubblicata ogni 2 mesi dalla Springer-Verlag ed è aperta a tutti gli studiosi nel campo delle sindromi algiche, particolarmente a livello cefalico.
- b) Il “Giornale delle Cefalee” è l’organo di informazione della Società a diffusione Nazionale: con cadenza quadrimestrale esso pubblica editoriali e articoli nell’ambito della clinica e della ricerca sulle cefalee, i programmi delle iniziative della Società, recensioni e abstract di interesse prioritario, nonché i più importanti siti Internet nell’area delle cefalee. Dal 2005 esce in una veste editoriale rinnovata.

2) Sezione Geografica

(In corso di allestimento)

L’aggiornamento della mappatura ed accreditamento di tutti i Servizi nazionali che operano nel campo delle cefalee nell’ambito assistenziale e/o di ricerca e/o di didattica è un progetto in corso di realizzazione da parte della SISC nazionale.

3) Sezione Scientifica

3 a) Riviste specialistiche:

Cephalalgia, Journal of Headache and Pain, Headache, Headache Care, Confinia Cephalalgia.
Il Giornale delle Cefalee.

3 b) Alcuni testi specialistici:

- 1) Trattato delle cefalee. Gallai V, Pini LA. Centro Scientifico Ed 2002.
- 2) Headache in clinical practice. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ eds. Martin Dunitz, London 2002.
- 3) Cefalee primarie: moderni aspetti di diagnosi e terapia. Fanciullacci M, Alessandri M. SEE, Firenze 2003.
- 4) Managing your headaches, 2nd edition. Green MW, Green LM, Rothrock JF. Springer 2005.
- 5) Manuale delle cefalee. Nappi G, Manzoni GC. Masson 2005.
- 6) Migraine – Current Concepts. Nappi G, Rossi P. Current Medical Literature, 2005.
- 7) Chronic daily headache for clinicians. Goadsby PJ, Silberstein SD, Dodick DW. BC Decker Inc 2005.

3 c) Alcuni testi specialistici: (età evolutiva)

- 1) Headache in children and adolescents. Winner P, Rothner AD - BC Decker Inc. Ed Hamilton, London 2001.
- 2) Headache and migraine in childhood and adolescence. Guidetti V, Russel G, Sillampää M, Winner P eds. Martin Dunitz, London 2002.

3 d) Recensioni:

(a cura di P.A. Battistella)

- 1) Chronic daily headache in children and adolescents
Wiendels NJ, Vander Geest MCM, Neven AK, Ferrari MD, Laan LAEM. Headache (2005) 45: 678-683.
La cefalea cronica quotidiana (CDH) è un'entità ancora scarsamente definita nell'età evolutiva, ed ancora meno conosciuto in tale fascia di età è l'abuso di analgesici nell'ambito di tale quadro morboso.
Gli autori di questo studio hanno analizzato in modo retrospettivo le schede di 79 soggetti in età evolutiva (< 16 anni) afferenti ad un Centro specialistico tra il 1994 e il 2001 ed affetti da cefalea ricorrente con frequenza di almeno 15 giorni al mese.
Il 72% (N° 57) presentava cefalea di durata superiore ai 6 mesi (nel 60% con attacchi superiori alle 4 ore). Il 76% (n° 60) utilizzava analgesici, con frequenza giornaliera nel 16%.
Una notevole percentuale di assenze scolastiche caratterizzava il 35% di tali soggetti.
Per quanto riguarda la classificabilità dei soggetti con CDH secondo l'odierno sistema nosografico (IHS 2004), solo il 35% poteva essere assegnato ad una diagnosi precisa ed in particolare il 22% coincideva con la cefalea di tipo tensivo cronica, il 6% con l'emigrania cronica e l'8% con la cefalea da abuso di farmaci.
Il 19% non risultava includibile in alcuna categoria diagnostica e un vasto numero (46%) non poteva essere classificato per dati disponibili insufficienti.
In sintesi gli autori sottolineano l'importante impatto della CDH in età evolutiva, la quota non trascurabile di abuso farmacologico e l'elevata percentuale di assenze scolastiche a causa di tale disturbo, che rimane comunque difficile da inquadrare sotto il profilo diagnostico, anche utilizzando gli attuali criteri di classificazione.
- 2) Patent foramen ovale: paradoxical connection to migraine and stroke:
Diener HC, Weimar C, Katsarava Z.
Curr Opin Neurol (2005) 18 (3): 299-304.
Gli autori analizzano la letteratura recente relativa alla possibile correlazione tra pervietà del forame ovale, stroke criptogenetico ed emigrania.
Mentre alcuni studi non controllati e caso-controllo indicano che i pazienti con stroke criptogenetico hanno una maggiore incidenza di forame ovale pervio, altri studi di tipo prospettico non confermano tale ipotesi qualora tale difetto non sia associato ad aneurisma del setto atriale.
Studi caso-controllo e retrospettivi sottolineano una comorbilità tra pervietà del forame ovale ed emigrania, specie con aura, ed una riduzione degli attacchi cefalalgici dopo chiusura del forame ovale. Tali ricerche hanno tuttavia alcuni limiti metodologici e pertanto tale procedura non può essere oggi raccomandata per la prevenzione dell'emigrania con aura.
- 3) Recurrent and chronic headaches in children below 6 years of age.
Raieli V, Eliseo M, Pandolfi E, La Vecchia M, La Franca G, Puma D, Ragusa D.
J Headache Pain (2005) 6: 135-142.
Gli autori hanno compiuto un'analisi di una popolazione di giovani soggetti cefalalgici afferenti ad un Centro Specialistico nell'arco di 6 anni: su 1598 schede esaminate, i soggetti in età pre-scolare (< 6 anni) costituivano il 6.5% (N° 105 casi).
La diagnosi di questo sottogruppo, posta in accordo agli odierni criteri internazionali (IHS 2004), è risultata la seguente: emigrania (35.2%) cefalea di tipo tensivo episodica (18%), "cefalea cronica quotidiana" così definita secondo una precedente dizio-

ne (4.8%), cefalea idiopatica trafittiva (12.4%), cefalea post-traumatica (17.1%).

Le cefalee secondarie sono risultate più frequentemente correlate a cause "minori" (6.6%), piuttosto che a patologie neurologiche "pericolose" (2.8%), mentre le cefalee non classificabili costituivano l'8.6%.

Gli autori sottolineano come in tale fascia di età il riscontro di cefalee sostenute da cause neurologiche gravi sia risultato maggiore rispetto al gruppo in età scolare ($p < 0.05$).

4) Sezione "On Line"**4 a) Siti Internet specialistici (in lingua italiana)**

1. www.sisc.it (Organo Ufficiale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee)
2. www.legaitalianacefalalgici.it (Lega Italiana Cefalalgici)
3. www.cefalea.it (Fondazione CIRNA)
4. www.cefalea.net (Fondazione Mondino Pavia)
5. www.ouchitalia.it (Organizzazione Cefalea a Grappolo)
6. www.emmj.it (Editore Terre)

4 b) Siti Internet specialistici (in lingua inglese)

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

5) Sezione "Incontri"

Il 30 aprile 2005 si è svolto a Feltre il 1° Convegno della Sezione Triveneta della SISC, con una ricca partecipazione di varie figure professionali interessate al tema "La cefalea nell'urgenza: il ruolo del medico di Medicina Generale, Pronto Soccorso, Pediatria e Neurologia".

I membri del Consiglio Direttivo della Sezione Triveneta, numerosi soci SISC e specialisti di varie discipline hanno animato la giornata congressuale con relazioni, una tavola rotonda e comunicazioni sul tema dell'urgenza, discutendo e confrontandosi sulle relative problematiche diagnostiche differenziali e di trattamento.

Una dettagliata relazione sui contenuti di tale incontro è stata pubblicata sul Giornale delle cefalee (Anno I°, numero 1, agosto 2005).

Gli appuntamenti nel Triveneto

- a) **XIX Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee**
29 sett. - 2 ott. 2005 Padova - Venezia, Italia.
Per informazioni:
Segreteria Organizzativa, Nico srl, Via Aurora 39, 00187 Roma.
Tel. + 39 06 48906436 / 42012177 - Fax. + 39 06 4821566.
E-mail: info@nicocongressi.it - Website: www.sisc.it
- b) **Convegno Scientifico "L'innovazione nella terapia delle cefalee: nuove proposte ed ipotesi future"**
25-26 novembre 2005, Verona.
Auditorium Centro Ricerche Glaxo Smith Kline,
Via A. Fleming, 4, 37135, Verona.
Per informazioni:
Tel. 045 9218111 - Fax. 045 9218388.
- c) **2° Convegno della Sezione Triveneta della SISC: sul tema "Cefalea e donna: dati acquisiti e controversie"**
Trento 22 aprile 2006.
Sede: (In corso di definizione).
- d) **Giornate Triveneto - Bresciane**
Sede e data: (In corso di definizione).

Per informazioni rivolgersi al Segretario della Sezione Triveneta:
(carlo.lisotto@ass6.sanita.fvg.it)

12TH CONGRESS OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY

"BELIEVE IN HEADACHE RELIEF"

Kyoto (Giappone), 9-12 ottobre 2005

Marco Trucco

Centro Cefalee, Dipartimento di Neuroscienze - Azienda Ospedaliera "S. Corona", Pietra Ligure (SV)

Dal 9 al 12 ottobre 2005 si è tenuto a Kyoto (Giappone) il 12° Congresso della International Headache Society (IHS), presso la Kyoto International Congress Hall. Tale prestigioso evento, che dal 1983 a cadenza biennale coinvolge i principali studiosi del mondo sul tema delle cefalee, era per la prima volta ospitato in un Paese asiatico. Nella Tabella 1 ho riportato le sedi e gli Organizzatori dei Congressi IHS fino al prossimo del 2007.

Tabella 1. CONGRESSI IHS

Anno	Sede	Organizzatori
1893	Monaco, Germania	Volker Pfaffenrath
1985	Copenhagen, Danimarca	Jes Olesen
1987	Firenze, Italia	Federigo Sicuteri
1989	Sydney, Australia	James Lance
1991	Washington D. C., USA	Ninan T. Mathew
1993	Parigi, Francia	Marie-Germaine Bousser
1995	Toronto, Canada	Marek Gawel
1997	Amsterdam, Olanda	Michel D. Ferrari e Jean Schoenen
1999	Barcellona, Spagna	Miguel J.A. Láinez
2001	New York, USA	Fred Sheftell
2003	Roma, Italia	Giuseppe Nappi e Virgilio Gallai
2005	Kyoto, Giappone	Fumihiko Sakai
2007	Stoccolma, Svezia	Carl G.H. Dahlöf e Lars Edvinsson

Il Congresso ha raccolto la presenza di circa 1500 delegati, in grande maggioranza provenienti dal Paese ospitante (il Giappone) e da altri Paesi dell'Estremo Oriente (Cina, Corea, Taiwan, Thailandia), nonché numerosi esperti statunitensi e canadesi. Tra le partecipazioni europee, consistenti le rappresentanze spagnola, inglese e danese. La distanza ha sicuramente pesato sulla partecipazione italiana, comunque rappresentata dai Centri Cefalee di Roma, Padova, Milano, Pavia, Torino, Bologna e da alcuni Colleghi romani esperti in cefalee dell'età evolutiva. Il denso Programma Scientifico è stato preceduto da 5 Teaching Courses, tenutisi la mattina del 9 ottobre, riguardanti: Diagnostica avanzata e gestione delle cefalee - Cefalea in urgenza - Basi scientifiche delle cefalee; comprensione della fisiopatologia delle cefalee - Metodi e modelli di ricerca sulle cefalee - Cefalee del bambino e dell'adolescente.

Il Congresso è stato inaugurato il 9 ottobre da Fumihiko Sakai (Kanagawa, Giappone) in qualità di Organizzatore locale e Presidente eletto della IHS, da Peer Tfelt-Hansen (Copenhagen, Danimarca) come attuale Presidente IHS e da K. Michael Welch (Chicago, USA) come Chairman del Comitato Scientifico. Nella Tabella 2 vengono riportati i Presidenti IHS succedutisi negli anni.

Tabella 2. PRESIDENTI IHS

1981-'83	Dieter Soyka	Germania
1983-'85	Eero Hokkanen	Finlandia
1985-'87	Marcia Wilkinson	UK
1987-'89	James Lance	Australia
1989-'91	K. Michael A. Welch	USA
1991-'93	Federigo Sicuteri	Italia
1993-'95	Jes Olesen	Danimarca
1995-'97	Marie-Germaine Bousser	Francia
1997-'99	Ninan T. Mathew	USA
1999-'01	Jean Schoenen	Belgio
2001-'03	Michel D. Ferrari	Olanda
2003-'05	Peer Tfelt-Hansen	Danimarca
Presidente	Fumihiko Sakai	Giappone
Presidente Eletto	Michael Moskowitz	USA

È seguito il Simposio Presidenziale, cui hanno partecipato Peer Tfelt-Hansen e K. Michael Welch in qualità di Chairmen e Kim Brösen (Odense, DK), Alessandro Serretti (Milano, I), Takashi Ishizaki (Chiba, J) e Per Falk (Tokyo, J), incentrato sulla farmacogenomica e farmacogenetica, correlate allo studio del SNC ed in particolare del sistema serotoninergico. In questo Simposio è stato affrontato uno dei temi che si sono rivelati di maggiore interesse nel corso del Congresso, cioè le differenze interetniche nella sintomatologia delle cefalee e nella risposta ai trattamenti. È stata in particolare esposta una maggiore percentuale di risposta al placebo nei pazienti giapponesi, che può superare anche il 50%.

Il simposio Presidenziale è stato seguito dal Simposio Satellite Pfizer, con la partecipazione di Peter J. Goadsby (Londra, UK), David W. Dodick (Scottsdale, USA), Hans-Christoph Diener (Essen, D) e Norihiro Suzuki (Tokyo, J), incentrato sul Functional Brain Imaging nell'emicrania (dalla Cortical Spreading Depression agli ultimi studi sull'attivazione pontina asimmetrica, osservata alla PET), sulle differenze di durata delle crisi e della percentuale di recidive tra pazienti di sesso, età ed etnie diversi (maggiore durata della crisi e maggiore percentuale di recidive nelle donne e nei pazienti di età avanzata, a fronte di minori recidive nei pazienti giapponesi vs. gli occidentali) e sui sintomi predittivi della risposta al trattamento (confermata la maggiore efficacia dei triptani se somministrati in fase precoce, quando il dolore è ancora lieve).

Al termine del Simposio è stato servito il Cocktail di benvenuto nel giardino della Conference Hall, con uno spettacolo di fuochi d'artificio e di musica e danze tradizionali.

Il giorno successivo (lunedì 10 ottobre) si è aperto con il Simposio Satellite MSD/Eisai, introdotto da Makoto Iwata (Tokyo, J), con la partecipazione di Richard Lipton (New York, USA), Michel Ferrari (Leiden, NL), Hans-Christoph Diener (Essen, D), Richard Hargreaves (West Point, USA), Rami Burstein (Boston, USA) e Peter Goadsby (London, UK). I temi del Simposio hanno spaziato dall'epidemiologia dell'emicrania (ancora sottolineando la minore prevalenza in Estremo Oriente, influenzata da fattori sia genetici che ambientali e/o culturali), alla genetica, al rischio di lesioni vascolari encefaliche nei pazienti emicranici, al richiamo della ben nota metanalisi comparativa di Ferrari et al. sull'efficacia e tollerabilità dei triptani, a studi di neuroimaging (fMRI, PET).

La prima Sessione Congressuale, sulla Genetica, si è aperta con una relazione di Michel Ferrari sull'emicrania come disturbo del trasporto ionico, prendendo lo spunto dai geni alla base dei vari sottotipi di Emicrania Emiplegica Familiare, che codificano alcuni canali ionici cellulari. La ricerca su questi geni dimostra il loro coinvolgimento in altre patologie di interesse neurologico (atassia episodica di tipo 2, edema cerebrale fatale post-trauma, epilessia, emiplegia alternante dell'infanzia) e potrebbe portare allo sviluppo di profilassi antiemicraniche più efficaci di quelle attuali.

La sessione è proseguita con l'intervento di Arn van den Maagdenberg (Leiden, NL), che ha esposto i risultati di esperimenti su topi transgenici, in cui la mutazione S218L del gene CACNA1A (alla base della FHM, dell'atassia episodica di tipo 2 e dell'edema cerebrale fatale post-traumatico) induce maggiore facilità a sviluppare la Cortical Spreading Depression, provoca incrementato release di Ach con atassia e maggiore letalità. Ann Scher (Bethesda, USA) ha discusso l'associazione della variante C677T nel gene MTHFR con emicrania con aura, iperomocisteinemia ed incrementato rischio di stroke. Verner Anttila (Helsinki, FIN) ha presentato uno studio su alcuni sintomi dell'emicrania in relazione a loci genici situati sui cromosomi 4, 17 e 18. Takao Takeshima (Tottori, J) ha relazionato sull'epidemiologia dell'emicrania in Giappone, che sembrerebbe a prevalenza relativamente bassa (8,4%); in particolare bassissima quella dell'emicrania emiplegica familiare diagnosticata mediante i criteri ICHD-II. Andrew D. Hershey (Cincinnati, USA) ha esposto una valutazione genomica sui pazienti affetti da emicrania cronica, senza abuso farmacologico.

co, responders vs. non responders alla terapia. Come comunicazione last-minute, ancora Arn van den Maagdenberg (Leiden, NL) ha trattato del ruolo della mutazione del gene SCN1A nella FHM tipo 3, che interessa la codifica di un canale del Na⁺.

Il 10 ottobre erano in programma 4 Lunch Seminars: Centri Cefalee, Trattamento chirurgico della nevralgia trigeminale, Approccio orientale alle cefalee e Collo e Cefalee, nonché tre sessioni Poster. Nel pomeriggio sono riprese le Sessioni Scientifiche in Aula principale (Neurobiologia delle cefalee), con la lettura di Michael Moskowitz (Boston, USA) sul link tra spreading depression e dolore cefalico. L'oratore ha sottolineato l'attivazione del nucleo caudale trigeminale da parte della CSD, bloccata dalla sezione del n. trigemino (per tanto in risposta ad input periferici veicolati dalle fibre nel nervo stesso). Alcuni farmaci profilattici (ac. valproico, topiramato, amitriptilina, propranololo e metisergide) avrebbero un effetto di soppressione della CSD. Fredrick Andermann (Montreal, CDN) ha presentato una valutazione clinica dei rapporti tra emicrania ed epilessia, in particolare sulle crisi comiziali scatenate dall'aura emicranica e sui sintomi della MELAS. Kevin Brennan (Los Angeles, USA) e Minoru Tomita (Tokyo, J) hanno invece esposto l'osservazione di alterazioni del calibro arterioso nel ratto e nel gatto durante CSD. Alessandro Capuano (Roma, I) ha trattato del ruolo modulatore della nociceptina sul rilascio di CGRP ed ossido nitrico in un modello in vitro di attivazione dei neuroni trigeminali. Supang Maneesri (Bangkok, Thailandia) ha poi esposto l'azione della CSD e della nitroglicerina (donatore di NO) sui microvasi cerebrali e sull'attivazione delle cellule del nucleo caudale trigeminale. Andrew H. Ahn (S. Francisco, USA) ha presentato un lavoro sull'attivazione dei recettori 5-HT_{1D} nel dolore infiammatorio.

La giornata si è conclusa con il Simposio Satellite Glaxo Smith Kline, introdotto da Richard Lipton (New York, USA), con la partecipazione di Sheena K. Aurora (Seattle, USA), Rami Burstein (Boston, USA) e Stephen D. Silberstein (Philadelphia, USA). Nel Simposio sono stati affrontati vari aspetti legati alla terapia dell'emicrania, tra cui il ritardato assorbimento dei farmaci in corso di stasi gastrica, l'utilità della nuova formulazione del sumatriptan in Rapid-Release Tablets; è stato presentato il trattamento combinato triptano/FANS (sumatriptan 50 mg + naproxene sodico 500 mg) di cui sono state discusse efficacia (superiore a quella dei componenti singoli; riduce il rischio di recidive) e tollerabilità; è stato anche riproposto l'uso di indometacina e ketorolac in presenza di allodinia cutanea (che, come è noto, riduce l'efficacia dei triptani) ed è stata presentata una review sui trattamenti in associazione dell'attacco emicranico, dalle combinazioni "OTC" quali ASA + caffeina, ASA + paracetamolo + caffeina, alle associazioni con ergotamina + caffeina, butalbital, e codeina, antiemetici.

La mattina di martedì 11 ottobre si è tenuta la Sessione dedicata alle Cefalee in età pediatrica, aperta dalla relazione di B. Li (Chicago, USA) sulla Sindrome da vomito ciclico (CVS), variante dell'emicrania in età infantile, caratterizzata da forte familiarità emicranica e dalla positiva risposta ai triptani. La relazione ha esaminato il ruolo del releasing factor della corticotropina nello scatenamento dei sintomi gastro-intestinali ed autonomici. I due studi successivi, presentati da Desirée Fernandez (Cork, IRL) e da Agnes Szilagyi (Budapest, H) trattavano di genetica (il primo presentava una famiglia irlandese con casi di FHM legati esclusivamente al locus cromosomico FHM2 sul cromosoma 1q23, il secondo il polimorfismo del gene codificante il transporter della 5HT nell'emicrania infantile con intensi sintomi addominali). Malene Eriksen (Copenhagen, DK) ha esposto dati clinici, epidemiologici e genetici sull'emicrania basilare in età infantile. I due studi successivi (di Shuu-Jiun Wang, Taipei, ROC, e di Shinji Fujimoto, Nagoya, J), di argomento epidemiologico, hanno presentato i risultati di due surveys rispettivamente sulla cefalea cronica quotidiana in una popolazione generale di adolescenti (con scarsa percentuale di drug-abusers) e sulle cefalee in genere negli studenti dai 13 ai 15 anni di età (ma utilizzando per lo screening dell'emicrania i rigidi criteri per gli adulti, ottenendo pertanto risultati verosimilmente sottostimati, quali il 3.2% nelle femmine e l'1.4% nei maschi). Pablo Irimia (London, UK) ha concluso la sessione presentando la foto/fonofobia unilaterale come utile sintomo di diagnosi delle TACs e dell'Hemicrania Continua.

I Lunch Seminars dell'11 ottobre erano incentrati sugli studi di genetica nell'emicrania, sul trattamento con tossina botulinica, sulla

gestione delle cefalee in gravidanza e sulla neurostimolazione nelle cefalee refrattarie.

L'interessante Sessione pomeridiana su "Ormoni e Cefalee" è stata introdotta da Michael Schumacher (Paris, F) con una review sull'azione degli steroidi femminili a livello encefalico. L'oratore ha precisato il ruolo degli estrogeni nell'emicrania e la possibilità di sintesi di estradiolo e progesterone intracerebrale. Antoinette MaassenVanDenBrink (Rotterdam, NL) ha studiato gli effetti facilitanti del 17-β-estradiolo sulla vasodilatazione di arterie mesenteriche mediata dal CGRP in ratte ovariectomizzate, nei confronti di progesterone e placebo che risultavano inattivi. Natalie Colson (Queensland, Australia) ha esposto l'influenza di alcune varianti geniche (di tipo ormonale e vascolare, con possibile azione sinergica) sulla suscettibilità all'emicrania. Philip Holland (London, UK) ha illustrato il ruolo dei neuropeptidi ipotalamici orexina A e B nella modulazione della vasodilatazione neurogenica durale e nella risposta del nucleo caudale trigeminale (TNC) ad impulsi nocicettivi. Esistono recettori dell'orexina (OX1 e OX2) a livello del talamo, grigio periacqueduttale e locus coeruleus. L'orexina A inibisce la vasodilatazione durale neuromediata ma non quella da CGRP, e riduce la risposta dei neuroni del TNC a stimoli elettrici durali (sostanzialmente inibisce l'attivazione del sistema trigemino-vascolare), mentre l'orexina B facilita la risposta del TNC a stimoli nocicettivi (mediata dalle fibre A-d e C) e riduce la soglia durale alla stimolazione meccanica. È stato ipotizzato un coinvolgimento di neuroni orexinergici nel sistema discendente di modulazione del dolore. Vincent Martin (Cincinnati, USA) ha presentato differenti risposte del TNC a stimolo durale con capsaicina nelle varie fasi del ciclo dell'estro in ratti femmina. La risposta è risultata maggiore in proestro che in diestro e nei ratti maschi. La presentazione last-minute di Saurabh Gupta (Rotterdam, NL), sul ruolo degli steroidi femminili nella vasodilatazione durale in risposta a stimolazione elettrica transcranica, ha confermato l'effetto facilitatorio del 17-β-estradiolo versus progesterone e placebo.

La Special Lecture della IHS è stata tenuta da Hans-Christoph Diener (Essen, D) sul tema Placebo e Cefalee. L'ampia ed articolata relazione ha toccato vari punti tra cui il meccanismo d'azione del placebo sul dolore (forse mediato dagli oppioidi endogeni; attivo sul giro del cingolo; inibito dal naloxone); la sua azione è notevolmente incrementata dall'aspettativa del paziente. La percentuale di efficacia nel trattamento in acuto della crisi emicranica varia dal 7 al 50 % a seconda degli studi, con particolare efficacia se l'end-point è il "pain relief" piuttosto che il "pain-free", per cui attualmente si tende a considerare quest'ultimo parametro come più indicativo negli studi di efficacia vs. placebo. La percentuale di effetto placebo nella profilassi dell'emicrania va dal 14 al 31 %. A questo punto è stato citato uno studio di confronto tra agopuntura "finta" (cioè praticata senza rispettare i punti e i meridiani di stimolo) ed agopuntura "vera", che risulterebbero presentare la stessa efficacia. La via di somministrazione del placebo ne influenza l'efficacia (funziona maggiormente la via sottocutanea di quella orale), in base verosimilmente all'aspettativa del paziente. Nell'età evolutiva l'effetto placebo è maggiore (56 % sul pain-relief, 28 % sul pain-free); va valutata peraltro la minore durata della crisi emicranica nel bambino. Questo dato potrebbe essere alla base del fallimento di alcuni studi sui triptani in età infantile. Peraltro l'affermazione che la risposta al placebo è inversamente correlata all'età è stata criticata da un nostro esperto in cefalee infantili. La notevole percentuale di effetto placebo nella crisi di cefalea a grappolo (35 % a 15 minuti) è verosimilmente ancora correlata alla breve durata della crisi stessa. L'oratore ha inoltre presentato la possibilità di effetti collaterali da placebo (es. incremento ponderale) e ha ne raccomandato l'uso in futuri studi sulle cefalee, anche sotto il profilo etico.

Si ringrazia la

MERCK SHARP & DOHME

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

Nella Sessione conclusiva del giorno 11, incentrata sull'Imaging, Andrew Charles (Los Angeles, USA) ha presentato uno studio condotto con imaging a fluorescenza, in grado di evidenziare la presenza di Ca⁺⁺ intracellulare (in neuroni ed astrociti) e l'esistenza di "onde di Ca⁺⁺" intercellulare gliale, possibile espressione di un ruolo del Calcio come "messaggero extracellulare". Tali "onde" sarebbero modulate positivamente da release di ATP e dai recettori NMDA e si potrebbero correlare alla CSD. Vengono inibite dal FANS acido flufenamico, peraltro in grado di inibire reversibilmente anche la CSD.

La Sessione è proseguita con due discussi interventi di Nelly Fabre e Marie Denuelle (Toulouse, F) sull'attivazione di aree cerebrali, osservate alla PET, in corso di crisi emicranica senz'aura spontanea e dopo estinzione con sumatriptan. Il primo studio ha dimostrato un'attivazione ipotalamica (in associazione ad attivazione pontomesencefalica) in corso di crisi, persistente dopo sumatriptan. Il secondo ha evidenziato un'ipoperfusione corticale posteriore, ancora una volta non inibita da sumatriptan. E' stata ipotizzata una CSD clinicamente silente alla base di quest'osservazione. La relazione di Guus Schoonman (Leiden, NL) ha invece trattato della misurazione in vivo del calibro dell'a. meningea media in volontari sani a mezzo di angiografia a Risonanza Magnetica prima e dopo somministrazione di nitroglicerina. L'incremento del calibro dell'arteria è risultato maggiore nei soggetti che presentavano cefalea post-NTG. Manjit Matharu (London, UK) ha proseguito le osservazioni del gruppo di Goadsby sulla PET nelle TACs presentando uno studio sull'attivazione dell'ipotalamo posteriore controlaterale al dolore nell'Emicrania Parossistica. Tale attivazione è presente anche fuori crisi e viene permanentemente disinnescata dall'indometacina. Infine Anne Ducros (Paris, F) ha valutato la presenza di angiopatia reversibile del SNC in soggetti con ricorrente "thunderclap headache".

Alla fine della giornata, nella Kyoto Concert Hall si è tenuta la cena di gala, seguita da un concerto con la partecipazione del pianista jazz Yosuke Yamashita e del percussionista Eitetsu Hayashi.

Il programma sociale prevedeva inoltre la partecipazione alla cerimonia del the, che si è tenuta a più riprese nel giardino della sede congressuale e nella sala dei poster.

L'ultima giornata (mercoledì 12 ottobre) si è aperta con un Simposio organizzato dalla World Health Organization e dalla World Headache Alliance sugli aspetti epidemiologici e l'impatto sociale delle cefalee nella regione del Pacifico Occidentale. Vari speakers si sono alternati nel presentare studi pilota sulla prevalenza dei disordini cefalgici, in particolare in aree ristrette (es. Georgia o Lussemburgo), quali esempi per surveys di più ampia portata, nonché la Asian Headache Foundation. È stata inoltre presentata la Global Campaign sulla conoscenza e il trattamento delle malattie neurologiche e l'Atlante 2004 delle Risorse per le Malattie Neurologiche (incluse le cefalee), promosso dalla World Health Organization con sede a Ginevra e dalla World Federation of Neurology di Londra. Questo Atlante è nato con lo scopo di presentare una serie di dati sulla prevalenza delle malattie neurologiche in vari Paesi del mondo e sulle risorse disponibili per il loro trattamento, tra cui la presenza di reparti, servizi, stroke units, neuroriparazioni, specialisti in materia (neurologi, neurochirurghi, neuropediatri, infermieri specializzati) e la disponibilità di farmaci.

Dopo le poster session, di cui per brevità non si tratterà, e i Lunch Seminars della giornata (sulla nuova Classificazione IHS, sul forame ovale pervio ed emicrania, sulle Cefalalgie Autonomiche Trigeminali e sulla neuro-oftalmologia), le Sessioni scientifiche nell'aula principale sono riprese con le relazioni sui Progressi nella terapia degli attacchi cefalgici. La prima relazione, di Peter Goadsby (London, UK) ha presentato un sommario delle terapie in uso per le Cefalalgie Autonomiche Trigeminali (TACs), dalla cefalea a grappolo all'emicrania parossistica alla sindrome SUNCT, su cui è stato ribadito il ruolo positivo della lamotrigina, gabapentin e topiramato. Rami Burstein (Boston, USA) ha presentato una lecture sull'uso della tossina botulinica invece del previsto intervento sull'uso degli inibitori COX1/COX2; tale modifica, dell'ultima ora, non era stata annunciata al Comitato Scientifico, come rilevato dai chairman della Sessione (lo spagnolo Miguel Láinez e lo svedese Carl Dahlöf) e da parte dell'uditorio. Michel Ferrari ha criticato la metodologia del lavoro che non includeva un gruppo di controllo. Karl Messlinger (Erlangen, D) ha illustrato i risultati di uno studio riguardante l'inibizione dell'attività del TNC elicidata dal nitroprus-

siato di sodio (donatore di NO) da parte dell'inibitore del CGRP BIBN4096BS. Questo composto sembra quindi promettente come possibile terapia in acuto dell'attacco emicranico. Jan Brandes (Nashville, USA) ha invece specificamente trattato di una possibile terapia dell'attacco emicranico con il già citato composto sumatriptan + naproxene sodico (nella formulazione RT, al dosaggio di 85 mg di sumatriptan + 500 mg di naproxene). Roger Cady (Springfield, USA) ha presentato un lavoro sulla prevenzione dell'allodinia cutanea mediante la somministrazione precoce di rizatriptan in fase di dolore lieve. Anan Srikiatkachorn (Bangkok, T) ha presentato un lavoro sull'incremento della CSD e della nocicezione centrale (TNC) nella deplezione di serotonina. Una presentazione last-minute di Jean Schoenen (Liège, B) ha ripreso il tema della terapia in associazione triptano + FANS (senza specificare quali) versus triptano + placebo, efficace soprattutto sull'end-point "sustained pain-free".

L'ultima Sessione, Prevention and Progression, è stata aperta da una relazione di George Somjen (Durham, USA) sulla Cortical Spreading Depression, particolarmente incentrata sugli eventi subcellulari correlati a questo complesso fenomeno. L'oratore ha tratteggiato innanzitutto i flussi ionici transmembranari e l'accumulo intracellulare di liquidi, che provoca rigonfiamento ("cell swelling"), indi i fenomeni elettrici e neurotrasmettitoriali e la perdita di ATP tissutale. Ha infine riportato la possibilità di danneggiamento neuronale da parte della CSD (generalmente considerata un evento benigno ed auto-limitantesi) in particolari condizioni quale ipossia, alterazioni metaboliche, traumi ecc. Il Chairman del Comitato Scientifico Michael K. Welch (Chicago, USA) ha successivamente affrontato il tema dell'emicrania vista come una malattia che può andare incontro a progressivo peggioramento e portare a lesioni encefaliche con esiti permanenti. A questo proposito è stato innanzitutto trattato il decorso potenzialmente tendente a cronicizzazione della malattia di base, nonché la possibile comorbidità con altre affezioni che a loro volta possono andare incontro a progressivo aggravamento e condurre a disabilità con significativo peggioramento della qualità di vita del paziente. Sono stati affrontati i temi relativi al rischio neurovascolare (lesioni della sostanza bianca subcliniche ma potenzialmente confluenti, rischio di stroke in particolare in donne fumatrici che assumono contraccettivi orali), allo stress ossidativo ed accumulo di sostanze nel grigio peri-acqueduttale con conseguente disfunzione dello stesso, al ripetersi della CSD che porta ad eccitotossicità e ad accumulo di Ca⁺⁺ intracellulare. E' inoltre stato trattato il tema della qualità della vita anche nella cefalea di tipo tensivo episodica e cronica. In seguito Ann Lyngberg (Copenhagen, DK) ha trattato della prognosi della cefalea di tipo tensivo nella popolazione generale, individuando alcuni possibili fattori di rischio per la cronicizzazione (coesistenza di emicrania, stato di single e disturbi del sonno). Line Buchgreitz, dello stesso gruppo, ha effettuato uno studio di popolazione sulla sensibilità al dolore nelle cefalee primarie, confermando l'osservazione di una riduzione della soglia dolorosa in pazienti con cefalee primarie frequenti, specie se cronicizzate. Astrid Bergerot (London, UK) ha investigato il ruolo inibitorio della dopamina sul sistema trigemino-vascolare nel ratto. Jens Ellrich (Aachen, D) ha infine presentato uno studio sull'effetto facilitante di stimoli nocicettivi a livello dei muscoli cervicali del ratto, quale modello sperimentale di cefalea a carattere tensivo.

Nella cerimonia di chiusura del Congresso si è svolta la premiazione di alcuni lavori presentati sotto forma di poster, tra cui quello della Dott. ssa Cristina Tassorelli di Pavia, e la presentazione del 13° Congresso della International Headache Society, che ritornerà in Europa, a Stoccolma (Svezia), dal 27 al 30 giugno 2007; i Chairmen (Lars Edvinsson, di Lund e Carl G. H. Dahlöf, di Göteborg) hanno presentato il programma preliminare e ringraziato i potenziali partecipanti. I membri del Comitato Scientifico saranno Julio Pascual, Jean Schoenen, Peter Goadsby, Katarina Laurell, Hans-Christoph Diener e Vincenzo Guidetti.

Sito Web ufficiale del Congresso: www.ihc2007.org.

E-mail della Segreteria Scientifica: ihc2007@stocon.se.

Appuntamento in Svezia tra due anni!

SCHEMA AGGIORNAMENTO CENTRI SISC PER LA MAPPATURA DEI CENTRI CEFALIEE IN ITALIA

Scheda da compilare e spedire per posta, fax o e-mail a: Società per lo studio delle cefalee.

Casella postale 32, succ. 3 – 06123 Perugia - Tel. e Fax 075 5783609; E-mail: sisc@sisc.it

A) Direttore della struttura

Cognome _____ Titolo _____ Nome _____

B) Responsabile della struttura dedicata alle cefalee

Cognome _____ Titolo _____ Nome _____

Qualifica professionale

Professore Ordinario Dirigente II livello Professore Associato Dirigente I livello
 Ricercatore Altro Specializzando (specificare _____)

Socio SISC dall'anno _____

• Indirizzo professionale:

Denominazione della Struttura dedicata alle cefalee

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n° _____

Tel. _____ / _____ - Fax _____ / _____ - e-mail: _____

• Indirizzo privato:

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n° _____

Tel. _____ / _____ - Fax _____ / _____ - e-mail: _____

• Struttura di afferenza:

Azienda Ospedaliera ASL/USSL

Università Dipartimento Istituto Clinica
 Struttura Sanitaria Convenzionata Altro Specificare _____

Denominazione _____

Indirizzo

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n° _____

Tel. _____ / _____ - Fax _____ / _____ - e-mail: _____

B) Collaboratori diretti

	Cognome	Nome	Qualifica Professionale	Specialità
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____

Elenco espandibile

C) Caratteristiche del servizio specialistico per la cefalea

Anno di costituzione _____

- Numero medio di pazienti / anno ambulatoriali ricoverati
- Modalità di raccolta dei dati:
 - Anamnesi non strutturata
 - Scheda strutturata cartacea computerizzata
 - Altro specificare _____
- Utilizzo di software diagnostici specificare _____
- Utilizzo di Criteri diagnostici ICHD 2004 Linee guida terapeutiche SISC
- Tecnologie disponibili per la diagnosi all'interno della struttura:
 - Laboratorio analisi EEG Potenziali evocati BAEP PEV SEP
 - EMG TAC RMN SPECT PET Doppler
 - Test psicodiagnostici e/o neuropsicologici Altro specificare _____
- Materiale disponibile per il paziente:
 - diario della cefalea materiale informativo
 - Altro specificare _____

Espandibile

D) Curriculum breve del responsabile e dei collaboratori (max 1800 caratteri) in allegato

- Pubblicazioni (2004, 2005)

sulle cefalee (max 5) altre (max 3)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Campo espandibile (oppure elencare a parte)

- Pubblicazioni internazionali (2001, 2005)

sulle cefalee (max 5) altre (max 3)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Campo espandibile (oppure elencare a parte)

- Pubblicazioni a scelta (prima del 2001)

sulle cefalee (max 3) altre (max 2)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Campo espandibile (oppure elencare a parte)

E) Partecipazione a eventi scientifici sulle cefalee (fino a 5 negli ultimi 3 anni)

in qualità di _____

Sede / data

uditore

relatore o chairman

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Elenco espandibile

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. Autorizzo la pubblicazione dei dati del Questionario da me compilato. 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. Sono disponibile a verifica S.I.S.C. dei dati soprariportati, che autocertifico.

Data ___ / ___ / _____

Firma del Responsabile _____

*Il Comitato
di Redazione
augura
Buon Natale
e
Felice 2006*



CALENDARIO DEI CONGRESSI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI DI INTERESSE NEUROLOGICO

58TH AMERICAN ACCADEMY OF NEUROLOGY
San Diego - California, USA 1-8 April, 2006

8TH HEADACHE CONGRESS
Valencia - Spagna 26-29 April 2006

Per informazioni:

The 8th EHF Congress

17 Rue du Cendrier

PO Box 1726, CH-1211 - Geneva 1, Switzerland

Tel: +41 22 908 0488 - Fax: +41 22 732 2850

Email: headache@kenes.com

XLVI CONGRESSO NAZIONALE SNO
San Benedetto del Tronto, 24-27 maggio 2006

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa: Avenue Media

Via Riva Reno, 61 - 40122 Bologna

Tel. 051 6564300 - Fax 051 6564350

e-mail: congressi@avenuemedia.it

**10TH CONGRESS OF THE EUROPEAN FEDERATION
OF NEUROLOGICAL SOCIETIES EFNS 2006**

Glasgow, UK, September 2-5, 2006

Per informazioni:

Breite Gasse 4-8 - 1070 Vienna

e-mail: headoffice@efns.org

**XXXVII CONGRESSO SOCIETÀ ITALIANA
DI NEUROLOGIA**

Bari, 14-18 Ottobre 2006

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa SIN: Segreteria Sin Studio

ConventurSiena, Via di Città - 56 53100 Siena

Tel. 0577 285040-270870-45333 - Fax 0577 289334

e-mail: convent@tin.it; info@conventursiena.it

1. www.sisc.it Sito ufficiale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee

2. www.i-h-s.org (International Headache Society)

3. www.europeanheadache.org (European Headache Federation)

4. www.w-h-a.org o www.worldheadachealliance.org (World Headache Alliance)

5. www.aash.org (American Headache Society)

6. www.ama-assn.org/special/migraine (Jama Migraine)

7. www.headaches.org (National Headache Foundation)

8. www.headache.net (New England Centre of Headache)

9. www.noah.cuny.edu/headache/headache (New York Online Access to Health)



CHE HANNO PER INTERESSE CEFALIEE E DOLORE