



Schweizerische Kopfwehgesellschaft
Société Suisse des Céphalées
Società Svizzera di Cefalea
Swiss Headache Society

Raccomandazioni terapeutiche per le cefalee primarie

compreso l'algoritmo sulle cefalee
per il medico di famiglia

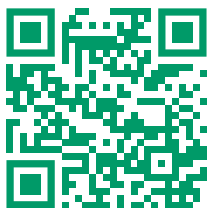


www.headache.ch

11.1a edizione, completamente riveduta



Ci visiti sul sito www.headache.ch



Ringraziamo le seguenti istituzioni
per il cortese supporto:



Indice

Introduzione	2
Cefalea primaria e secondaria	3
Avvisaglie, red flag	4
Obiettivi nella gestione della cefalea primaria	4
Aspetti generali	5

Emicrania

Trattamento delle crisi	6-7
Profilassi a lungo termine	8-10
Cefalea a grappolo	11
Cefalea di tipo tensivo	12
Cefalea da uso eccessivo di farmaci	13
La cefalea nelle donne	14-16
La cefalea in bambini e adolescenti	17-20
Nevralgia	21
Terapie chirurgiche e interventistiche	22
Fisioterapia	23
Società Svizzera di Cefalea (SSC)	24
Appunti	25
Diagnosi	26
Le 10 domande chiave nella diagnosi delle cefalee	26

Introduzione

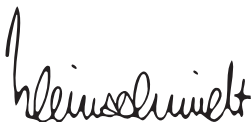
Il presente opuscolo della Società Svizzera di Cefalea (SSC), molto apprezzato dai medici, rappresenta una fonte ulteriore di informazione importante in materia di cefalee. Si tratta di raccomandazioni terapeutiche rivolte principalmente ai medici di famiglia, che illustrano in forma breve e chiara le attuali conoscenze sul trattamento delle cefalee basate sull'evidenza scientifica.

Questa nuova edizione, completamente rielaborata, tiene conto non solo degli sviluppi scientifici, ma anche di tematiche come interventi chirurgici e terapie considerate controverse e inefficaci per il trattamento delle cefalee.

Ai fini della chiarezza e della praticabilità, le raccomandazioni sono incentrate sugli aspetti chiave della terapia delle cefalee. A integrazione esaustiva, raccomandiamo le linee guida* in lingua tedesca per il trattamento delle cefalee, risultato della collaborazione tra le società tedesca, austriaca e svizzera.

La nostra linea guida serve da supporto ai medici curanti nella loro attività pratica quotidiana con pazienti affetti da cefalea, in un formato, ormai collaudato, di chiara lettura e di rapida consultazione.

Le auguro un fruttuoso utilizzo delle raccomandazioni terapeutiche e buon lavoro con i suoi pazienti affetti da cefalea!



Ginevra

Prof. Dr. med. Andreas Kleinschmidt

Presidente SSC

* Online: www.dgn.org/leitlinien

Cefalea primaria e secondaria come sintomo

Per praticità, si distingue tra cefalea primaria e secondaria.

Primaria (idiopatica)

- Non sono note altre affezioni sottostanti; questo tipo di cefalea è caratterizzato da una marcata autonomia e da uno specifico andamento temporale
- Non è rilevabile alcuna lesione organica
- Le forme di cefalea primaria più importanti sono l'emicrania, la cefalea a grappolo e di tipo tensivo
- Diagnosi ai sensi dei criteri attuali della International Headache Society ("International Classification of Headache Disorders", Classificazione internazionale delle cefalee, 3a edizione, ICHD-3; www.ihs-headache.org) e della "International Classification of Orofacial Pain", Classificazione internazionale del dolore orofacciale, 1a edizione, (ICOP); cfr. il sito <https://ihs-headache.org/en/resources/guidelines>

Secondaria (sintomatica)

- Cefalea come sintomo di un'altra affezione sottostante da individuare e trattare

Definizione di cefalea cronica

Emicrania e cefalea di tipo tensivo

Episodica: meno di 15 giorni al mese

Cronica: cefalea ricorrente da oltre 3 mesi per 15 o più giorni/mese

Cefalea a grappolo

Episodica: episodi la cui durata va da 7 giorni a 1 anno, intervallati da periodi di assenza di dolore di almeno 3 mesi

Cronica: senza fasi di remissione o con fasi di remissione di durata inferiore a 3 mesi



Red flag

- Anamnesi approfondita oltre a esame clinico e neurologico generale
- In caso di indicatori di cefalea secondaria (“red flag”), è opportuna un’ulteriore diagnosi e/o la consultazione di uno specialista, ad esempio:
 - sintomi neurologici (tra cui meningismo, disturbi dello stato di coscienza)
 - sintomi sistemici (febbre, alternanze della pressione arteriosa, costellazione medici settici alle analisi di laboratorio)
 - sintomi concomitanti generali (vomito, disturbi visivi, vertigini, dolore oculare)
 - età > 50 anni
 - tipologia, durata e intensità del dolore di tipo anomalo
 - fattori scatenanti o amplificatori del dolore di tipo anomalo (tosse, “soffiarsi il naso”, attività sportiva, posizione assunta)
 - rapida comparsa di forte cefalea (a rombo di tuono)
 - anamnesi (immunodeficienza, patologia maligna, infezione, gravidanza, periodo post-parto)
 - assunzione di medicinali/sostanze tossiche, disturbi della coagulazione
 - progressione e/o resistenza alla terapia del dolore
 - età < 3 anni

Obiettivi nella gestione della cefalea primaria

Miglioramento della qualità di vita

- Definizione di un piano di trattamento personalizzato in funzione dei sintomi, tenendo conto di aspetti individuali della persona (grado di sofferenza, convinzioni, timori)
- L’obiettivo è sempre la guarigione, quanto il miglioramento della qualità di vita e la reintegrazione nella vita quotidiana
- La gestione della cefalea comporta sempre la valutazione e la mobilitazione delle risorse del paziente al fine di ridurre il grado di sofferenza
- Non sempre è necessario un trattamento; possono essere sufficienti degli esami e un colloquio di chiarimento

Aspetti generali

Aspetti generali

- Verificare la diagnosi anche una volta iniziata la terapia, soprattutto in caso di resistenza alla terapia stessa
- Trattamento affidato principalmente al medico di famiglia
- Nel caso di incertezza diagnostica o resistenza al trattamento, indirizzare la persona a uno specialista in cefalee

Attenzione: uso eccessivo di farmaci per il trattamento contro degli etichi

Modulatori dei problemi di cefalea

- Non considerare irrisolvibili fattori come mestruazioni, ormoni, condizioni meteorologiche, ecc

Tenere conto dell'atteggiamento della persona

- È importante incoraggiare la responsabilità personale

Attenzione: automedicazione non controllata, in particolare l'assunzione indiscriminata di antidolorifici

Prima dell'inizio della terapia...

- Sospendere i medicamenti che risultano inutili o addirittura dannosi
- Controllare il consumo di sostanze nocive (alcolici, caffeina, nicotina ecc.)
- Controllare la situazione personale del paziente (tempo libero, routine quotidiana, gestione dello stress ecc.)
- Redigere un diario del mal di testa (se possibile 1 mese prima di iniziare la terapia)
- Definizione della strategia di trattamento: trattamento delle crisi o terapia a intervalli rispetto alla profilassi di lunga durata o entrambe
- Confronto sugli obiettivi del trattamento (es. riduzione del 50% delle crisi, qualità di vita, reintegrazione professionale ecc.), formulare aspettative realistiche

Trattamento delle crisi di emicrania

Obiettivo della terapia incentrata sulle crisi è una riduzione quanto più rapida e sostanziale possibile dell'emicrania e dei sintomi ad essa associati.

La terapia acuta dovrebbe essere avviata più precocemente possibile. In presenza di emicrania con aura, è opportuno ricorrere ai triptani solo al termine dell'aura. Una terapia combinata di FANS, triptani e/o medicinali antinausea si rivela spesso utile.

Attenzione: per il trattamento delle crisi di emicrania si sconsiglia l'uso di oppioidi e tranquillanti, a causa dell'elevato potenziale di assuefazione.

Medicamenti per combattere la cefalea

In caso di cefalee lievi, che non comportano difficoltà nella vita quotidiana, sono spesso sufficienti i FANS e altri analgesici. In linea di principio, possono essere utilizzati tutti, preferibilmente in forma "rapida" o granulare:

Acetilsalicilato	1000mg
Diclofenac	50-150mg
Ibuprofene	400-800mg
Metamizolo	500-1000mg
Acido mefenamico	500-1500mg
Naprossene	500-1000mg
Paracetamolo (seconda scelta in caso di controindicazione ai FANS)	1000mg

Nel caso di cefalee moderate e gravi, che ostacolano la vita quotidiana, il trattamento prevede l'uso di triptani specifici per l'emicrania.

Almotriptan	compresa	12,5mg
Eletriptan	compresa	40/80mg
Frovatriptan	compresa	2,5mg
Naratriptan	compresa	2,5mg
Rizatriptan	compresa	5/10mg
	compresa linguale	5/10mg
Sumatriptan	sottocutaneo	6mg
	compresa	50mg
	spray nasale	10/20mg
Zolmitriptan	compresa	2,5mg
	compresa linguale	2,5mg
	spray nasale	2,5/5mg

Selezione e utilizzo dei triptani

I triptani presentano differenze in termini di potenza, tempo prima di fare effetto e durata dell'effetto analgesico.

Il sumatriptan per via sottocutanea produce l'effetto più rapido, mentre i più veloci nel caso dei triptani orali sono eletriptan e rizatriptan. Almotriptan ed eletriptan sono i principi attivi meglio tollerati, mentre naratriptan e frovatriptan presentano un'azione di maggior durata.

Se dopo 2 ore la crisi di emicrania non migliora a sufficienza, è possibile assumere il triptano una seconda volta. Se l'effetto di un preparato e il dosaggio sono insufficienti, è possibile e consigliabile scegliere un altro preparato.

Attenzione: non è consigliabile passare a un altro triptano nell'arco di 24 ore.

I triptani presentano le seguenti controindicazioni: infarto del miocardio, infarto cerebrale, cardiopatia coronarica, ipertensione non adeguatamente controllata, co-medicazione con MAO-inibitori

Effetti collaterali: sensazione di pressione o oppressione, parestesie

In caso di ricomparsa dell'emicrania (ricorrenza), si può provare con una combinazione iniziale di triptani e FANS ad azione prolungata.

Antiemetici

È importante garantire il corretto assorbimento dei medicinali nella fase acuta. Spesso, durante la crisi di emicrania, l'attività gastrocinetica è sensibilmente compromessa. In questo caso è utile somministrare contemporaneamente un antiemetico. Alcuni antiemetici esercitano un lieve effetto antiemicranico.

Domperidone	10-20mg
Metoclopramide	10-20mg

In caso di emergenza

Qualora gli analgesici orali siano controindicati o inefficaci, è possibile ricorrere ad analgesici per via endovenosa, nasale o sottocutanea.

Acetilsalicilato	EV	1000mg
Diclofenac	EV, IM	75mg
Metamizolo	EV	1000mg
Sumatriptan	SC, nasale	6mg; 20mg
Zolmitriptan	nasale	5mg

Quando si effettua una profilassi a lungo termine?

- Più di 3 crisi al mese (o > 5 giorni)
- Crisi molto gravi o di lunga durata
- Aura prolungata o frequente
- Efficacia o tollerabilità insufficienti dei medicinali per sintomi acuti
- Uso eccessivo di farmaci
- Evidente compromissione della qualità di vita
- Desiderio della persona

Per la profilassi a lungo termine si ricorre anche a misure non farmacologiche.

- Allenamento di resistenza aerobica, ad esempio 30-45 minuti per 3 volte alla settimana
- Assistenza psicoterapeutica (es. terapia comportamentale)
- Terapie di rilassamento (es. rilassamento muscolare progressivo, training autogeno, biofeedback)
- Agopuntura

I risultati relativi ad altri metodi di medicina complementare sono controversi e i pazienti dovrebbero sempre valutarne i vantaggi, i rischi e soprattutto i costi.

Tecniche di neurostimolazione non invasiva

Per varie procedure neuromodulative non invasive sono disponibili evidenze scientifiche: elettrostimolazione transcutanea del trigemino e del nervo vago (TNS/VNS), neuromodulazione elettrica remota (REN), stimolazione transcranica con correnti dirette (tDCS) e stimolazione magnetica transcranica (TMS). Queste tecniche hanno il vantaggio di un profilo favorevole in termini di effetti collaterali e di un'ottimizzazione dell'azione mediante la regolazione dei parametri di stimolazione.

Cefaly®*

gammaCore®

*disponibile in Svizzera

Profilassi a lungo termine con farmaci: consigli utili

- Se si riscontra una buona efficacia (che dovrebbe manifestarsi entro 2-3 mesi), si può ricorrere alla profilassi a lungo termine per almeno 6-12 mesi o più a lungo, in funzione della risposta.
- I farmaci per sintomi acuti non devono essere utilizzati per un trattamento a lungo termine (Attenzione: cefalea da uso eccessivo di farmaci)!
- La comorbidità incide sulla scelta del farmaco:
 - aumento ponderale, ad esempio, con flunarizina* e amitriptilina
 - controindicazioni dei beta-bloccanti in pazienti con asma grave e ipotensione
 - beta-bloccanti, flunarizina* e topiramato possono favorire uno stato depressivo
- Gli effetti collaterali desiderati possono essere ricercati in modo mirato, ad esempio:
 - riduzione ponderale con topiramato
 - effetto sedativo con amitriptilina
 - effetto lassativo con magnesio
 - effetto ipotensivo e di rallentamento della frequenza cardiaca con beta-bloccanti

Nella profilassi con lamotrigina e topiramato, occorre prestare attenzione alle interazioni con i contraccettivi ormonali! Il topiramato e il valproato sono agenti teratogeni, da assumere solo in un contesto contraccettivo sicuro!

Per tutti i farmaci, è fondamentale valutare a priori eventuali controindicazioni ed effetti collaterali e informare opportunamente i pazienti.

*Produzione interrotta



Antidepressivi

Amitriptilina*	10-75mg/dì
Duloxetina	30-60mg/dì
Trimipramina	10-25mg/dì
Venlafaxina	75-150mg/dì

Anticonvulsivanti

Lamotrigina (con aura)	25-200mg/dì
Topiramato*	75-100mg/dì
Valproato	500-1500mg/dì

Attenzione: il topiramato e il valproato sono agenti teratogeni ed è fondamentale provvedere a misure contraccettive sicure

Medicamenti ad azione ipotensiva

Bisoprololo	5-10mg/dì
Metoprololo*	50-200mg/dì
Propranololo*	40-240mg/dì
Candesartan	8-16mg/dì
Lisinopril	20mg/dì

Calcio-antagonisti

Flunarizina**	(5-)10mg/dì, no > 6 mesi
---------------	--------------------------

Sostanze naturali

Coenzima Q10	3x100mg/dì
Magnesio	2x300mg/dì
Melatonina	3mg/dì
Petasites	2x75mg/dì
Riboflavina (vitamina B2)	2x200mg/dì

Anticorpi CGRP

(prescrizione esclusivamente da parte di un neurologo)

Eptinezumab*	100mg/3 mesi o 300mg/3 mesi
Erenumab*	70 o 140mg/mese
Fremanezumab*	225mg/mese o 675mg/3 mesi
Galcanezumab*	120mg/mese (dose di carico da 240mg)

Terapia per l'emicrania cronica

Tossina botulinica di tipo A*	155 E
Anticorpi CGRP/recettore*	vedere sopra
Topiramato*	100-200mg/dì

*autorizzato in Svizzera per il trattamento dell'emicrania **Produzione interrotta

Emicrania | Profilassi a lungo termine

Antagonisti del CGRP

Rimegepant	75mg (ogni 2 giorni)
Atogepant	10-60mg/dì

Cefalea a grappolo | Trattamento acuto

Assistenza al paziente in stretta collaborazione con il neurologo

Trattamento degli attacchi

Inalazione di O ₂ al 100%	maschera	10-12 l/min per 10-15 minuti
Sumatriptan	sottocutaneo	6mg
	spray nasale	20mg
Zolmitriptan	spray nasale	5mg

Attenuazione degli episodi

Prednisone in terapia d'urto per via orale	min 1mg/kg p.c. inizialmente per 2-5 giorni, riducendo poi il dosaggio su base individuale
Infiltrazione del nervo occipitale maggiore, effettuata da uno specialista	

Cefalea a grappolo | Profilassi a lungo termine

Assistenza al paziente in stretta collaborazione con il neurologo

Verapamil	240-720mg (controllo ECG)
Litio	in base al livello sierico
Melatonina	5-10mg/dì
Topiramato	75-100mg/dì
Valproato	1000-2000mg/dì

Nei casi di refrattarietà alla terapia, valutare la possibilità di stimolazione bilaterale del nervo occipitale

Cefalea episodica di tipo tensivo

Trattamento acuto

Evitare se possibile l'assunzione di medicinali o dosare in quantità sufficiente

- Dosare in modo adeguato gli analgesici/FANS per un massimo di 10 giorni al mese
- Olio di menta piperita; applicazione locale, ad esempio massaggiando alle tempie fino ad assorbimento
- Esercizi di rilassamento e attività fisica

Cefalea cronica di tipo tensivo

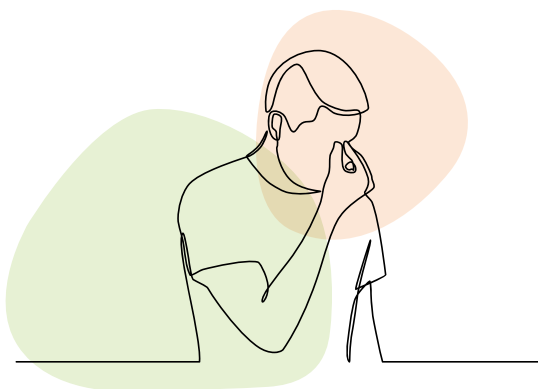
Profilassi a lungo termine

- Esercizi quotidiani di rilassamento
- Allenamento di resistenza: 3 volte alla settimana per 30-45 minuti
- Biofeedback
- Terapia manuale in combinazione con attività sportiva e/o elettrostimolazione

Antidepressivi

Amitriptilina	25-75mg/dì
Duloxetina	30-60mg/dì
Mirtazapina	15-30mg/dì
Venlafaxina	75-150mg/dì

I programmi di trattamento multidisciplinari sono più efficaci rispetto ai soli trattamenti farmacologici o non farmacologici.



Cefalea da uso eccessivo di farmaci (MOH)

In caso di assunzione frequente di medicinali ad azione acuta (analgesici e triptani), sussiste il rischio di cronicità e di cefalea da uso eccessivo di farmaci (MOH).

- Occorre informare di tale correlazione tutti i pazienti, in particolare coloro che soffrono di emicrania cronica, cefalea tensiva cronica e/o che assumono medicinali ad azione acuta per più di 10 giorni/mese.
- Gli analgesici dovrebbero essere assunti al massimo per 10 giorni al mese.
- Un trattamento efficace consiste nell'interrompere l'assunzione di medicinali acuti (astinenza) per 2-4 settimane.
- Nei casi più moderati, l'astinenza può essere praticata in regime ambulatoriale. In fase di astinenza è fondamentale una stretta sorveglianza medica, oltre all'avvio di una profilassi farmacologica.
- In caso di insuccesso o di prevedibile fallimento: astinenza acuta con ricovero in una clinica specializzata. Il periodo di ricovero per la sola astinenza è di 7-14 giorni. Nei casi complessi, può essere indicato un ulteriore trattamento riabilitativo specifico della durata di 2-4 settimane.
- Trattamento dei sintomi di astinenza con antidepressivi triciclici, neurolettici (antiemetici) e/o steroidi.
- Nei pazienti con emicrania e MOH, il topiramato e gli anticorpi monoclonali contro il CGRP o il recettore del CGRP sono efficaci agenti profilattici. Un'ulteriore opzione è la tossina botulinica A.
- Ulteriori opzioni sono costituite dagli altri trattamenti di base per la cefalea sottostante.
- È opportuno integrare sempre la profilassi farmacologica con misure non farmacologiche.
- Dopo l'astinenza, la prosecuzione dell'assistenza da parte di uno specialista in cefalee contribuisce alla continuità della terapia.

Gravidanza

In linea di principio, in gravidanza si dovrebbe evitare, per quanto possibile, il trattamento acuto e a lungo termine dell'emicrania o degli altri tipi di cefalea. Non vi è quasi alcuna indicazione vitale. Occorre inoltre dubitare dell'innocuità delle sostanze neurotrope di uso comune, nonostante i risultati favorevoli della sperimentazione animale, poiché tali sostanze influiscono sul sistema nervoso fetale in rapido sviluppo. In caso di effettiva necessità:

- **Trattamento acuto**

- Paracetamolo (500-1000mg, max 2-3 g ogni 24 ore), solo utilizzo di breve durata
- Ibuprofene e acido acetilsalicilico solo se strettamente necessario e limitatamente al primo e al secondo trimestre di gravidanza
- Triptani solo previa valutazione individuale di benefici e rischi da parte di uno specialista. Le più ampie conoscenze disponibili sono quelle relative alla terapia con sumatriptan in gravidanza.

- **Referenze:**

- **DE:** <https://www.embryotox.de/arzneimittel/details/ansicht/medikament/sumatriptan>
- **FR:** <https://www.le-crat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=eletriptan>

- **Profilassi**

- Esercizi di rilassamento
- Magnesio
- Cefaly



Mestruazioni

L'emicrania di tipo prettamente mestruale si manifesta nei giorni da -2 a +3 del ciclo. Si caratterizza per l'assenza di aura e per la scarsa risposta alle comuni modalità terapeutiche. Un ruolo importante è svolto dal calo degli estrogeni che si verifica a fine ciclo. L'uso di un cerotto transdermico a base di estrogeni a titolo profilattico si rivela difficile, poiché solitamente il primo giorno di mestruazioni o il giorno -3 variano da un ciclo all'altro. Quando si rimuove il cerotto, può insorgere una nuova emicrania da astinenza ormonale. Per le donne che hanno necessità di un contraccettivo o che soffrono di crisi di tipo non mestruale, un'opzione possibile è il desogestrel.

Ormoni per il trattamento dell'emicrania ormonale e non ormonale

Il desogestrel a base di progesterone può essere utilizzato per la profilassi di entrambi i tipi di emicrania nelle donne. Esso svolge inoltre un'azione contraccettiva. Le perdite ematiche intermestruali all'inizio possono essere fastidiose, poiché il progestinico deve essere assunto senza interruzioni. Un importante vantaggio è che non aumenta il rischio di trombosi o di eventi cardiovascolari. Pertanto, anche le donne con ulteriori patologie associate ad un maggiore rischio di trombosi possono assumere questo ormone.

La contraccezione in presenza di emicrania

L'emicrania con e senza aura

- I contraccettivi a base di solo progestinico (es. il desogestrel orale, l'impianto sottocutaneo a rilascio di etonogestrel e l'iniezione trimestrale di deposito) e i dispositivi intrauterini (IUD) a rilascio di rame sono indicati per l'emicrania con aura e possono essere utilizzati per l'emicrania senza aura senza effetti negativi sull'emicrania.
- Il desogestrel può esercitare inoltre un effetto terapeutico.
- I contraccettivi ormonali combinati a base di etinilestradiolo e di estradiolo (pillola, cerotto, anello vaginale) sono del tutto controindicati in caso di emicrania con aura o in presenza di fattori di rischio cardiovascolare e piuttosto controindicati in caso di emicrania senza aura.

L'emicrania mestruale

- Pillola con desogestrel (effetto terapeutico oltre che contraccettivo)
- Progestinici a lunga durata d'azione (iniezione, impianto) solo se tollerati in modo sicuro; i dispositivi intrauterini sono consentiti, preferibilmente se in rame, mentre i dispositivi intrauterini a rilascio di levonorgestrel possono accentuare l'emicrania in seguito alle fluttuazioni ormonali associate. Talvolta essi hanno tuttavia un effetto positivo, soprattutto sulle crisi mestruali.

L'emicrania e l'endometriosi

Circa il 20-30% delle donne affette da emicrania soffre anche di endometriosi, una patologia infiammatoria cronica invalidante dipendente dagli ormoni, che colpisce circa il 10% delle donne in età riproduttiva. I sintomi principali sono il forte dolore cronico al basso ventre, associato in particolare alle mestruazioni, e il dolore a lungo termine durante la defecazione e i rapporti sessuali. Esistono ormai molti indicatori di una comune predisposizione genetica per entrambe le patologie. Gli ormoni possono incidere positivamente su entrambe le affezioni. È importante tenere presente la comorbilità per ottimizzare la terapia ormonale, evitando l'uso eccessivo di antidolorifici.

L'emicrania in menopausa

Cessando la maturazione dei follicoli, durante questa fase della vita il tasso di estrogeni rimane a un livello costantemente basso. Nella maggior parte delle persone che soffrono di emicrania, questo contribuisce a ridurre la frequenza e la gravità delle crisi, soprattutto nei casi di emicranie mestruali precedenti. A questa età è molto rara l'insorgenza di una nuova emicrania.

Terapia ormonale sostitutiva

Un'emicrania in regressione durante la menopausa può peggiorare nuovamente con la terapia ormonale sostitutiva. In questo caso occorre soppesare i vantaggi e gli svantaggi del trattamento. Occorre valutare la percezione soggettiva dei deficit ormonali e il rischio individuale di osteoporosi in rapporto alla frequenza, alla gravità e all'esito del trattamento delle crisi di emicrania senza ormoni finora eseguito.

Se invece è necessaria una terapia ormonale sostitutiva per trattare l'emicrania, è preferibile l'uso di ormoni assorbiti in modo continuativo attraverso la pelle (cerotti, gel), poiché con questo tipo di applicazione la concentrazione plasmatica subisce meno fluttuazioni rispetto all'assunzione di compresse.

La cefalea in bambini e adolescenti

Anche nel caso di bambini o adolescenti, gli elementi più importanti di diagnosi sono un'anamnesi approfondita e un esame generale e neurologico. La diagnostica per immagini è indicata solo se l'anamnesi della cefalea primaria è atipica, se sono presenti avvisaglie e/o se l'esame neurologico è anomalo. Nelle cefalee primarie, il timore dei genitori di un tumore al cervello può essere ridotto attraverso una buona informazione.

Per motivi diagnostici e per il monitoraggio della terapia, nei soggetti adolescenti è importante redigere un diario del mal di testa, compreso il diario dei cicli.

Nell'infanzia e nell'adolescenza sono importanti e particolarmente utili misure di prevenzione della cefalea legate allo stile di vita: pasti regolari (in modo mirato anche prima dell'attività sportiva), bere a sufficienza, dormire abbastanza ed evitare di consumare regolarmente bevande a base di caffeina (es. coca cola, Red Bull, tè freddo). È opportuno verificare le situazioni di stress dovute a una iper o ipostimolazione cognitiva a scuola o a un eccesso di attività nel tempo libero.

Il trattamento delle cefalee primarie, che anche in età pediatrica e adolescenziale sono più frequentemente cefalee di tipo tensivo ed emicranie, si orienta prevalentemente alla limitazione della qualità di vita.

La cefalea in bambini e adolescenti

Trattamento dell'emicrania acuta

Nei bambini in età prescolare o scolare, è spesso efficace "fare una dormitina", al massimo di tre quarti d'ora, per smaltire senza medicinali una breve crisi di emicrania. Nei bambini e negli adolescenti di età superiore spesso è necessaria una terapia farmacologica acuta in caso di crisi più gravi e persistenti, da somministrarsi più tempestivamente possibile all'inizio della crisi.

Medicamenti di comprovata efficacia

Analgesici/FANS		
Ibuprofene	max ogni 6 ore	5-10mg/kg p.c.
Paracetamolo	max ogni 4 ore	15mg/kg p.c.
Acido acetilsalicilico	preferibilmente dai 12 anni max ogni 4 ore	5(-10)mg/kg p.c.

Triptani		
Sumatriptan Spray nasale	dai 12 anni, max 40mg/24 ore	10mg: 20-39kg p.c. 20mg: > 40kg p.c.
Altri medicinali basati sull'evidenza, ma "off-label" in Svizzera e somministrabili dai 12 anni:		
Zolmitriptan spray nasale	5mg	max ogni 12 ore
Rizatriptan comp. linguale	5 o 10mg	max ogni 12 ore
Almotriptan compresse	12,5mg	max ogni 12 ore

Antiemetici (somministrati per la nausea insieme ai medicinali per fase acuta)		
Domperidone linguale	max ogni 12 ore	10mg; p.c. > 35kg

Profilassi a lungo termine dell'emicrania

È indicata in caso di inefficacia della terapia per le crisi e/o di frequente impedimento (3-4 crisi gravi al mese, eventualmente con assenza da scuola/da impegni nel tempo libero) o anche in caso di cefalea da uso eccessivo di farmaci.

Integratore alimentare con poche evidenze, ma spesso efficace:	
magnesio	9mg/kg/dì = 0,37 mmol/kg/dì in 2(-3) singole dosi

La cefalea in bambini e adolescenti

In alternativa o spesso in combinazione con il magnesio:

Riboflavina

(Vit. B2) 200-300 (max 400)
mg/dì in 2 singole dosi

La profilassi a lungo termine deve essere valutata per almeno 1-2 mesi in merito alla sua efficacia e, come la terapia per le crisi, deve portare ad un miglioramento di oltre il 50%, in considerazione dell'elevato effetto placebo in età infantile!

Nel caso di medicinali di profilassi di efficacia comprovata, si consiglia di consultare uno specialista esperto in cefalee per stabilire l'indicazione.

Efficacia basata sull'evidenza in bambini e adolescenti:

Flunarizina*

1-2 compresse da 5mg/dì

Attenzione: aumento di peso e frequente sonnolenza (da somministrare la sera!), possibile insorgenza di stato depressivo.

Propranololo	0,5-3mg/kg p.c./dì	Effetti collaterali: sintomi ortostatici, stato depressivo, limite delle prestazioni Controindicazioni: asma, aritmie
Topiramato	2-4mg/kg p.c./dì max 100mg/dì	Effetti collaterali: neurocognitivi in base al dosaggio, perdita di peso
Amitriptilina	0,2-1mg/kg p.c./dì max 100mg/dì	Controindicazioni: allungamento del tratto QT

In caso di assunzione troppo frequente di medicinali per fase acuta (>10 giorni di trattamento/mese per ≥ 3 mesi), nei soggetti in età pediatrica e sporadicamente negli adolescenti si può osservare in casi rari l'insorgere di cefalea da uso eccessivo di farmaci (vedere pag. 13).

In rari casi, in presenza di emicrania frequente, episodica (> 8/mese) senza risposta ai medicinali di profilassi summenzionati, si può considerare il ricorso alla profilassi con anticorpi anti-CGRP (vedere pag. 10) anche negli adolescenti (in età post-puberale), a cura di specialisti esperti in cefalee (neurologi/neuropediatr) considerata la mancanza di studi comprovanti l'evidenza al di sotto dei 18 anni di età.

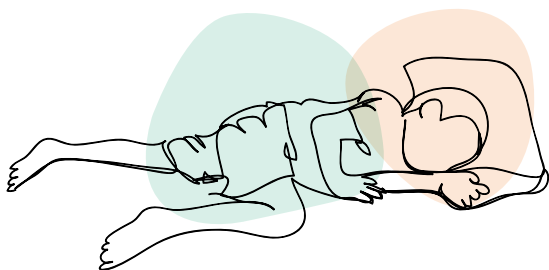
Emicrania nelle adolescenti

Dovrebbe inoltre essere contemplata la possibilità di un'emicrania associata al ciclo mestruale. Il trattamento ormonale deve essere affidato allo specialista in cefalee e a ginecologi specializzati in endocrinologia.

Cefalea di tipo tensivo

Se i fattori scatenanti la cefalea tensiva (solitamente a scuola o in famiglia o, nel caso di adolescenti, a causa di una condizione sottostante di depressione) non possono essere affrontati in via prioritaria, si sono dimostrati efficaci i seguenti accorgimenti:

- se possibile, non assumere alcun medicamento
- dormire a sufficienza
- regolare attività fisica o sportiva (di resistenza)
- esercizi/terapie di rilassamento e fisioterapia
- trattamento in via sperimentale con magnesio (confrontare il dosaggio per l'emicrania)



Nevralgia del trigemino e altre nevralgie craniche

Diagnostica:

Secondo criteri clinici, ma sempre con RM ad alta risoluzione con mezzo di contrasto per distinguere tra patologia primaria e secondaria. In caso di controindicazione alla RM, valutare la possibilità di ricorrere a TC e/o procedure neurofisiologiche.

Farmacoterapia

Medicamenti di prima scelta

Carbamazepina – dose iniziale da 200mg (in età avanzata 100-200mg) fino a max 1200mg/dì.

Attenzione: controllo di parametri epatici e valori elettrolitici (iponatriemia), reazioni allergiche, effetti collaterali cognitivi, escludendo eventualmente l'allele HLA-A*3101.

Medicamenti di seconda scelta

Oxcarbazepina – dose iniziale da 600 fino a max 2400mg/dì

Attenzione: iponatriemia, reazioni cutanee allergiche

Gabapentin – dose iniziale da 300 a max 2400mg/dì

Pregabalin – dose iniziale da 150 a max 600mg/dì

Lamotrigina – dose iniziale da 25 a max 400mg/dì

Valproato – dose iniziale da 300mg, aumento di 300mg ogni 2-5 giorni fino a 20-30mg/kg/dì
(per donne in età fertile solo con contraccezione sicura)

Medicamenti di terza scelta

Clonazepam – da 0,5mg a 8mg/dì

Si sono descritte combinazioni di antiepilettici con triciclici.

Antidepressivi triciclici, ad esempio clomipramina e amitriptilina, con dose iniziale da 25mg a 150mg/dì

In caso di esacerbazioni acute:

fenitoina endovenosa o eventualmente anche lacosamide endovenosa (in ospedalizzazione)

Terapie chirurgiche e interventistiche nelle cefalee primarie

Procedure chirurgiche

Nella nevralgia idiopatica del trigemino e di altri nervi cranici, l'intervento neurochirurgico è indicato in caso di inefficacia dei medicinali o di effetti collaterali inaccettabili. Per l'indicazione e la scelta del metodo di trattamento occorre una valutazione interdisciplinare, previa conferma della diagnosi da parte di un neurologo specialista. I metodi attualmente disponibili, di comprovata efficacia, sono l'intervento chirurgico aperto sul nervo trigemino in corrispondenza del tronco encefalico (cosiddetta decompressione microvascolare secondo Jannetta), diverse procedure ad ago in anestesia locale (termocoagulazione, iniezioni di glicerolo o compressione mediante palloncino) e l'irradiazione mirata monofase del nervo in prossimità del tronco encefalico (cosiddetta radiochirurgia).

Per il trattamento dell'emicrania e della cefalea tensiva attualmente non esiste alcun intervento chirurgico la cui efficacia sia stata comprovata scientificamente. In particolare, gli interventi chirurgici a livello dei seni nasali e paranasali, le estrazioni dentarie, la chiusura di un forame ovale pervio o gli interventi di chirurgia laser oculare sono, nel migliore dei casi, di natura sperimentale e presentano talvolta rischi di complicanze di non lieve entità. Analogamente alle linee guida di altre società internazionali specializzate in cefalee, sconsigliamo in generale questo tipo di interventi.

Si sconsigliano inoltre le "operazioni per l'emicrania", che prevedono la deliberata distruzione di strutture del viso o della testa (muscoli, nervi), ritenute le cause scatenanti del mal di testa. Tali interventi sono improntati su teorie fisiopatologiche non comprovate e discordanti dalle attuali conoscenze scientifiche sull'insorgenza dell'emicrania. Le affermazioni di efficacia di chi li utilizza derivano da opinioni personali e non riconosciute dalle associazioni professionali nazionali e internazionali. Mancano, in particolare, pubblicazioni che soddisfino uno standard minimo di qualità scientifica. Sono invece possibili complicazioni gravi e irreversibili, soprattutto in termini di deturpazione estetica, infezione o disfunzioni neurologiche, compresa l'insorgenza di nuovi tipi di dolore.

Nel caso della cefalea a grappolo resistente al trattamento, esistono diversi studi a sostegno dell'efficacia di diverse procedure invasive di neurostimolazione (nervo occipitale, ganglio sfenopalatino o ipotalamo). Un recente studio randomizzato ha dimostrato in particolare che la stimolazione del nervo occipitale riduce la frequenza delle crisi (studio ICON, 2021). L'indicazione al trattamento dovrebbe essere valutata con un approccio interdisciplinare. La potenziale efficacia di questi metodi di trattamento dell'emicrania cronica resistente alla terapia viene attualmente esaminata tramite studi; non esistono evidenze certe al riguardo.

Fisioterapia nelle cefalee primarie

- **Allenamento moderato di resistenza**

(Nota: i pazienti dovrebbero avvertire una sensazione di sforzo e riuscire comunque a parlare)

Tecniche di allenamento di resistenza:

nordic walking, corsa di media intensità, trekking, nuoto, aerobica, sci di fondo, tapis roulant, vogatore, ellittica

- **Esercizi specifici per i muscoli del collo e della mandibola:**

- rafforzamento, coordinazione
- esercizi di equilibrio per tutto il corpo
- questi esercizi possono sostituire l'allenamento di resistenza

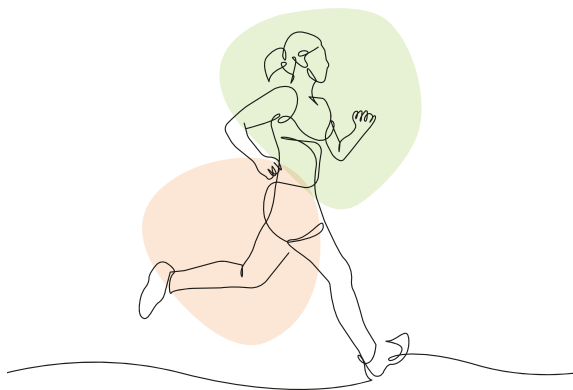
- **Tecniche di terapia manuale:**

sono da considerarsi sempre complementari alle misure summenzionate e dovrebbero applicarsi solo a pazienti con risposta positiva alle tecniche manuali durante gli accertamenti diagnostici

- **Educazione dei pazienti:**

ad esempio, riguardo alle possibilità di trattamento fisioterapico e a fattori correlati, come stress e alterazioni del sonno (può essere necessario prescrivere misure di psicoterapia)

Il miglior effetto si ottiene combinando l'allenamento di resistenza agli esercizi di rafforzamento e all'educazione del paziente.



Società Svizzera di Cefalea (SSC)

La Società Svizzera di Cefalea (SSC) è un'associazione di medici specialisti, operatori sanitari di base, scienziati e altri gruppi professionali operanti nel campo delle cefalee, fondata nel 1995. La sua finalità è promuovere la ricerca, la diagnosi e la terapia delle cefalee, oltre a trasmettere le più recenti conoscenze disponibili a medici, pazienti e scienziati. Inoltre, la segreteria della Società spesso è il primo punto di contatto per le persone interessate. La SSC è membro della "European Headache Federation" e dal 1996 fa parte della "International Headache Society".

Unitamente ai suoi circa 150 membri, in prevalenza medici neurologi e neuropsichiatri, ma anche internisti e psichiatri, la SSC persegue i seguenti obiettivi:

- promuovere il lavoro scientifico e la ricerca in materia di cefalee
- migliorare la cooperazione tra medici e appartenenti a gruppi professionali coinvolti nel trattamento e nella cura dei pazienti affetti da cefalea o nella ricerca sulle cefalee
- informare le persone affette da cefalea e i loro familiari sulle opzioni terapeutiche più avanzate

La SSC offre pertanto una piattaforma polifunzionale non solo agli specialisti in cefalee e agli operatori sanitari di base, ma anche ai pazienti, in termini di gestione delle cefalee e del loro trattamento.

Commissione della terapia

La commissione della terapia si compone di specialisti con competenze specifiche nel trattamento dei pazienti affetti da cefalea. Una delle sue mansioni è pubblicare regolarmente raccomandazioni sulle terapie più diffuse e più recenti per il trattamento delle cefalee.

Congressi

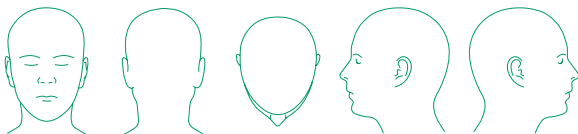
Nell'ambito dei congressi annuali, la SSC collabora strettamente con altre società per la promozione della comunicazione interdisciplinare e collegiale, lo scambio di conoscenze e lo sviluppo di sinergie.

Sito web

Il sito web redatto in tre lingue si rivolge in egual misura ad un pubblico di esperti e di pazienti. Esso contiene raccomandazioni utili per la pratica quotidiana e informazioni relative a nuove tendenze e soluzioni, accompagnate in alcuni casi da una valutazione critica da parte dei nostri specialisti. Contiene inoltre documenti, come il diario del mal di testa, con funzione di download.

10 domande chiave per la diagnosi della cefalea

1 Dove sente dolore? Localizzi il dolore nel grafico.



2 Quali sono il tipo e l'intensità del dolore?
(pressante, lancinante, pulsante, acuto o in lento aumento)?

3 Quali sono la frequenza e la durata del dolore nel corso di un mese o di una settimana?

4 Ha dei sintomi concomitanti? Disturbi della vista, sensibilità a luce e rumori, nausea?

5 Quando ha iniziato a soffrire di mal di testa?

6 Il mal di testa è cambiato nel corso del tempo?

7 Che cosa prende attualmente contro il mal di testa (medicamento, dose, frequenza)?

8 Quali terapie sono state effettuate finora?

9 Com'è il Suo sonno (addormentamento/durata), riesce a rilassarsi?

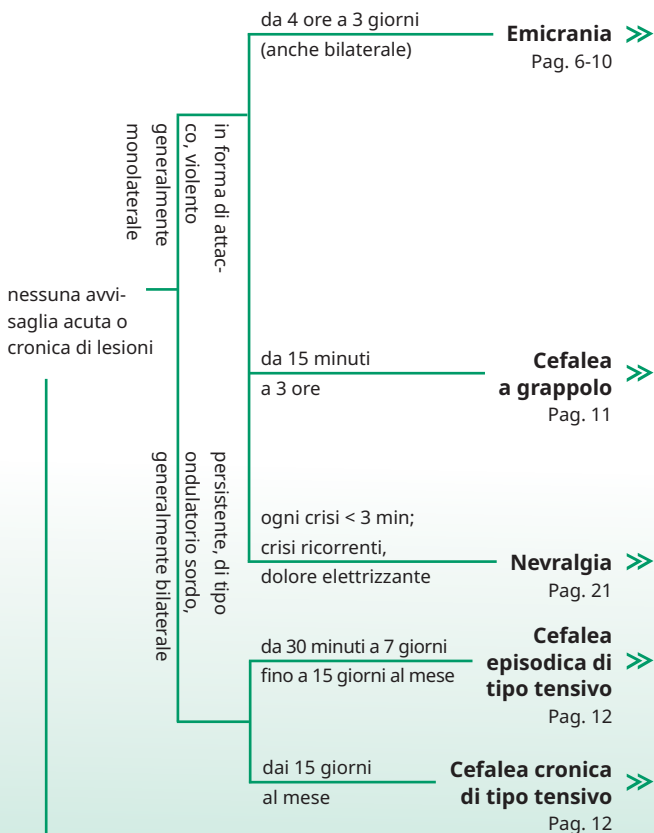
10 Com'è la Sua vita privata e professionale a livello di produttività e qualità della vita?

Diagnosi

Cefalee
e ...

Il dolore si
presenta ...

Il dolore
dura ...



Emergenza, avvisaglie

**Invio per un consulto a
ospedale o specialista**

Avvisaglie

1. Disfunzioni neurologiche
2. Sintomi sistemici (febbre, meningismo)
3. Sintomi sistemici generali
4. Disturbi dello stato di coscienza
5. Età > 50 anni
6. Intensità e durata insolita del dolore
7. Dolori progressivi
8. Resistenza alla terapia



Membri della Commissione della terapia SSC

C. Andrée, S. Biethahn, N. Bischoff, K. Böttger,
M. J. Emmenegger, D. Flügel, U. Galli, A. Gantenbein,
C. Gobbi, T. Iff, C. Käseberg, A. Kleinschmidt, G. Merki,
A. Palla, A. Papadopoulou, C. Parzini, H. Pohl, Ch. Schankin,
P. Stellmes, M. Sturzenegger, E. Taub, S. Wegener, C. Zecca

Le presenti raccomandazioni per il trattamento delle cefalee sono basate su evidenze scientifiche e/o sull'esperienza clinica degli autori. Si tratta di misure indipendenti da disposizioni normative e amministrative, quali la registrazione presso Swissmedic, le limitazioni o l'autorizzazione da parte dell'assicurazione sanitaria.

Indirizzo per la corrispondenza

Società Svizzera di Cefalea (SSC)

Segreteria amministrativa

c/o **IMK** Institut für Medizin und Kommunikation AG
Münsterberg 1 · 4001 Basel

Tel. +41 61 561 53 53

kopfweh@imk.ch · www.headache.ch

© 2023 Società Svizzera di Cefalea (SSC)

Edizione e progettazione:

IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG

Tutte le sostanze sono riportate in ordine alfabetico.

Ringraziamo le seguenti istituzioni per il cortese supporto:

BioMed[®]

Lilly

Lundbeck



mepha



teva



NOVARTIS