

La cefalea in Pronto Soccorso

Pietro Cortelli, Marco Aguggia*

Clinica Neurologica, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Bologna, Fondatore ANIRCEF (Associazione Neurologica Italiana Ricerca cefalee)
*Neurologia Ospedale Novi Ligure (AL), Dipartimento di Neuroscienze ASL 22, Regione Piemonte, Fondatore ANIRCEF (Associazione Neurologica Italiana Ricerca cefalee)

SINTESI

La cefalea rappresenta riscontro estremamente frequente in Pronto Soccorso. Elevata percentuale di visite ad essa dedica in condizioni di urgenza esige un setting diagnostico quanto più codificato ed omogeneo ai fini di una corretta diagnostica differen-

ziale. Dopo alcuni casi clinici che ci sono parsi di interesse specifico, riportiamo alcune raccomandazioni diagnostiche validate finalizzate all'inquadramento clinico, sulla scorta di scenari modulati in ordine di gravità crescente di sintomatologia.

Caso clinico n. 1

Il paziente è di sesso maschile, 29 anni, con anamnesi familiare negativa per cefalea e altre malattie neurologiche. Pratica attività sportiva regolarmente e fuma 15 sigarette/die. L'anamnesi patologica remota evidenzia bronchite asmatica su base allergica, mentre all'anamnesi patologica recente si rileva la comparsa subacuta di una sensazione vertiginosa soggettiva, scatenata dai movimenti del capo (soprattutto in estensione), associata a nausea e vomito. Inizialmente il disturbo non gli impedisce comunque di praticare l'attività sportiva. Gradualmente si intensifica la sintomatologia con comparsa di saltuario disequilibrio. Dopo circa un mese compare cefalea a esordio improvviso, a localizzazione occipitale, trafittiva, estremamente violenta, resistente agli analgesici, accompagnata da vomito, della durata di circa 5-6 minuti, accentuata dai movimenti del capo. Questi episodi si ripetono 4-5 volte, associati a pre-sincope senza specifici fattori scatenanti.

Il paziente si rivolge al PS dove viene posto il sospetto di emorragia sub-aracnoidea e viene eseguita una tomografia computerizzata (TC) cerebrale che mostra: «Quadro di idrocefalia quadriventricolare con minima zona di ipodensità periventricolare in corrispondenza dei corni frontali e scarsa visibilità dei solchi della corteccia cerebrale».

Viene richiesta una consulenza neurologica che, notando nella TC cerebrale «impegno delle tonsille cerebellari nel forame magno», consiglia di eseguire una risonanza magnetica nucleare (RM) cerebrale e

cervicale nel sospetto di sindrome di Arnold Chiari. La RM mostra «sindrome di Arnold Chiari di tipo I associata a malformazione ossea complessa con fusione atlo-occipitale e megapofisi spinosa di C2». Il paziente viene successivamente sottoposto a laminectomia C3 e C2, allargamento del forame occipitale con asportazione dell'arco posteriore di C1 e posizionamento di derivazione ventricolare esterna frontale sinistra, successivamente trasformata in derivazione ventricolo-peritoneale. All'intervento chirurgico segue completa scomparsa della sintomatologia e *restitutio ad integrum*.

Caso clinico n. 2

Una donna di 37 anni, casalinga, affetta da ipotiroidismo in trattamento sostitutivo ed emicrania senz'aura a bassa frequenza, con attacchi perimestruali trattati con successo con analgesici, che assume estroprogestinici a scopo anticoncezionale, si reca in PS per una cefalea con caratteristiche diverse rispetto alle precedenti manifestazioni e persistente da circa 15 giorni. In PS gli esami ematochimici e l'esame obiettivo sono normali ma viene richiesta consulenza neurologica per le caratteristiche inusuali della cefalea e la resistenza al trattamento con FANS somministrato per via venosa. Il neurologo conferma la normalità dell'esame obiettivo e richiede una RM cerebrale per escludere forme secondarie. La RM cerebrale risulta negativa, ma poiché il dolore persiste e si aggrava la paziente viene ricoverata e il giorno successivo si esegue una puntura lombare che mostra *liquor xantocro-*

mico. Viene quindi eseguita l'angiografia cerebrale che mostra aneurisma sanguinante della comunicante posteriore a cui segue immediato trattamento per via endovascolare. A distanza di un anno la paziente sta bene e continua a soffrire di rare emicranie mensurali.

Caso clinico n. 3

Un uomo di 76 anni, con abitudini di vita regolari, da molti anni è affetto da ipertensione arteriosa ben controllata dal trattamento farmacologico. Da circa due anni riferisce saltuaria disagia soprattutto per i liquidi e per questo ha eseguito accertamenti in ambito ORL risultati nella norma.

Si reca in PS per cefalea ingravescente localizzata in sede parietale destra, a carattere gravativo, senza altri sintomi associati. Gli esami ematologici di routine risultano normali e la visita neurologica non evidenzia alcunché di anomalo. Ciò nonostante viene richiesta una TC cerebrale che risulta negativa. Il paziente viene dimesso e rinviato con raccomandazione al medico di famiglia affinché richieda esami non eseguibili in PS (VES).

Alla successiva visita ambulatoriale, risultando la VES elevata (98 mm alla prima ora), si pone il sospetto di arterite temporale, per cui viene richiesta la biopsia dell'arteria temporale che conferma il sospetto diagnostico. Il trattamento con corticosteroidi, istituito successivamente, risolve prontamente la cefalea.

Il paziente con cefalea si rivolge con frequenza in Pronto Soccorso: come dovrebbe essere approcciato questo sintomo?

La cefalea è un'evenienza estremamente comune nel Pronto Soccorso (PS), riguardando circa l'1-3% di tutte le visite. Nonostante siano più di 300 le condizioni mediche che possono causare cefalea, fortunatamente la maggior parte di esse sono benigne. Dal momento che la cefalea può essere un sintomo di gravi malattie, è importante un approccio ordinato nella diagnosi differenziale. In PS, quando si valuta un paziente con cefalea, il primo passo consiste nell'identificare o escludere una forma secondaria sulla base della storia clinica e dell'esame obiettivo generale e neurologico¹.

Quando sono presenti segnali diagnostici di allarme (cefalea che insorge dopo i 50 anni, insorgenza improvvisa, aumento della frequenza e gravità, cefalea di nuova insorgenza, cefalea associata a malattie sistemiche, con sintomi o segni neurologici focali, cefalea post-traumatica) possono essere necessari accertamenti diagnostico-strumentali².

Una volta escluse le forme secondarie, è opportuno diagnosticare il tipo di cefalea primaria per intraprendere un trattamento adeguato. È quindi necessario, nella valutazione iniziale, che il medico raccolga informazioni anamnestiche comprendenti gli eventi che hanno preceduto l'insorgere del sintomo (storia di traumi, uso di farmaci, esposizione a sostanze tossiche) e che osservi gli eventuali segni di allarme che suggeriscano una cefalea secondaria e la necessità di eseguire TC o RM. La possibilità di una forma secondaria deve essere tenuta in considerazione, specie se non rientra nei criteri diagnostici dell'*International Headache Society (IHS)* (Tabella 1) o se la risposta al trattamento è atipica³.

Dei pazienti che afferiscono al PS per cefalea il 25-55% risulta essere poi affetto da emicrania e da cefalea di tipo tensivo. Le forme associate a malattie sistemiche riguardano il 33-39% dei pazienti, mentre quelle secondarie a gravi condizioni neurologiche (emorragia sub-aracnoidea, neoplasie, meningiti o emorragie intracraniche) sono presenti nell'1-19% dei pazienti⁴.

Quali strumenti deve utilizzare il medico d'urgenza nella diagnostica delle cefalee?

Gli strumenti fondamentali per distinguere tra le forme primarie e secondarie in PS sono l'anamnesi e l'esame obiettivo. Poiché molti pazienti che si rivolgono a questa struttura per cefalea presentano un esame obiettivo generale e neurologico normale, un'accurata anamnesi è spesso il passo più importante per

TAB. 1

Classificazione internazionale delle cefalee. 2^a edizione (2004).

- Emicrania
- Cefalea di tipo tensivo
- Cefalea a grappolo e altre TAC
- Altre cefalee primarie
- Cefalea attribuita a trauma cranico e/o cervicale
- Cefalea attribuita a disturbi vascolari cranici o cervicali
- Cefalea attribuita a disturbi intracranici non vascolari
- Cefalea attribuita all'uso di una sostanza o alla sua sospensione
- Cefalea attribuita a infezione
- Cefalea attribuita a disturbi dell'emostasi
- Cefalea o dolori facciali attribuiti a cause ORL o dentarie
- Cefalea attribuita a disturbo psichiatrico
- Nevralgie craniche e dolori facciali di origine centrale
- Altre cefalee nevralgiche craniche e dolori facciali di origine centrale o primari

giungere a una corretta diagnosi e, nonostante in questa sede il tempo a disposizione sia limitato, bisogna sempre analizzare il contesto in cui essa è insorta al fine di giungere a un corretto inquadramento diagnostico⁵.

Ci sono domande particolari che il medico d'urgenza dovrebbe rivolgere al paziente?

Le principali domande da porre al paziente con cefalea in PS sono le seguenti:

- perché questa cefalea lo ha portato da noi?
- quando è iniziato questo attacco?
- ha già presentato precedentemente attacchi similari?
- dove fa male la testa?
- qual è la caratteristica del dolore?
- ha altri problemi di salute?
- quali altri sintomi sono associati alla cefalea?

A seguito dell'anamnesi condotta, costituiscono "campanelli di allarme" le seguenti condizioni:

- la prima e peggiore cefalea;
- esordio improvviso, esplosivo;
- cefalea subacuta ingravescente nell'arco di giorni/settimane;
- nuovo tipo di cefalea o variazione di una cefalea preesistente;
- età > 50 anni;
- rigidità nucale;
- febbre;
- nausea e vomito incoercibile;
- deficit neurologici persistenti;
- disturbo di coscienza o deficit cognitivi.

Come dovrebbe essere eseguito l'esame obiettivo generale e neurologico?

Dopo aver completato l'anamnesi, è indicata innanzitutto la rilevazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura, GCS).

Successivamente il paziente dovrebbe essere attentamente valutato mediante un esame obiettivo generale e neurologico; da non dimenticare l'attenta auscultazione delle carotidi. In particolare per l'esame obiettivo neurologico dovrà essere posta particolare attenzione alla valutazione dello stato di coscienza, alla ricerca della rigidità nucale, di eventuali segni focali (motori, sensitivi), di deficit del campo visivo e di alterazioni alla palpazione dell'arteria temporale con la ricerca dei *trigger points*.

È utile inoltre eseguire la tonometria oculare, nel sospetto di un glaucoma, l'ispezione del canale auricolare per evidenziare un sanguinamento secondario a

trauma, infezioni o colesteatomi e la rilevazione di eventuale perdita di liquido dal naso, che suggerisce una possibile perdita di *liquor* cefalo-rachidiano (LCR).

Il rilievo di confusione mentale o di uno stato di coscienza alterato potrebbe indicare una grave lesione neurologica con coesistente effetto massa. In questi casi è opportuno procedere all'esame del fondo oculare, senza l'uso di midriatici, in quanto potrebbero mascherare una dilatazione pupillare da erniazione cerebrale; un edema della papilla è indicativo di ipertensione endocranica ed è un campanello di allarme che induce a eseguire un esame neuroradiologico.

Un test utile è la valutazione del campo visivo, infatti una cefalea frontale associata a un deficit del campo visivo bitemporale suggerisce una massa pituitaria e nel glaucoma possono comparire alterazioni del campo visivo con piccoli scotomi, così come nella neurite ottica o nelle lesioni espansive o nell'emicrania.

Inoltre il rilievo di oftalmoplegia può orientare verso alcune cause come l'aumentata pressione intracranica secondaria a una lesione espansiva o la compressione sui nervi oculomotori prodotta da aneurismi o malformazioni arterovenose (AVM).

Una sindrome di Horner può trovarsi in associazione con cefalea a grappolo, con emicranie parossistiche o con lesioni intracraniche o carotidiche.

La presenza di deficit neurologici focali può indicare una lesione cerebrale e richiede una valutazione neuroradiologica^{5,6}.

Quali elementi orientano verso una cefalea secondaria?

Dopo aver eseguito l'anamnesi e l'esame obiettivo neurologico, il medico d'urgenza deve identificare o escludere cause secondarie di cefalea. Le più comuni sono lesioni espansive, ascessi cerebrali, emorragia sub-aracnoidea, ictus, meningite, AIDS, arterite a cellule giganti (arterite temporale), disordini di cranio, collo, orecchie e naso.

Studi recenti hanno dimostrato che la TC e la RMN dell'encefalo hanno scarsa rilevanza nel paziente cefalalgico, in assenza di segni di allarme. Tuttavia, la possibilità di una cefalea secondaria deve essere tenuta in considerazione, specie se non si rientra nei criteri diagnostici dell'IHS o se la risposta al trattamento è atipica. In accordo con la letteratura, appare consigliato uno studio di neuroimmagine nei seguenti casi (Guidelines from AAN and US Headache Consortium, *Neurology* 2000):

- quando i criteri IHS non sono soddisfatti;
- in presenza di un cambiamento di *pattern* del dolore cefalico;

- a seguito di peggioramento per intensità o per frequenza di attacchi di cefalea;
- in presenza di fattori di rischio per cefalea secondaria;
- in caso di esame neurologico obiettivo anormale o in presenza di persistenti segni o sintomi di focalità neurologica.

Esistono percorsi consigliati per differenziare le cefalee primarie da quelle secondarie?

Un gruppo di lavoro multidisciplinare della Regione Emilia Romagna ha pubblicato nel 2004 un documento di consenso in forma di raccomandazioni diagnostiche per differenziare i principali tipi di cefalea secondaria da causa organica non traumatica dalle cefalee primarie, nell'ambito del PS. Il documento si articola in quattro "scenari" ai quali ricondurre il quadro clinico del paziente, ognuno formato da una costellazione di sintomi che dovrebbero facilitare l'identificazione dell'eziologia della cefalea (Tabella 2). Lo studio di validazione dell'efficacia del citato algoritmo diagnostico utilizzato prospetticamente per 30 giorni in 8 PS della Regione Emilia Romagna ha evidenziato come l'applicazione dei 4 scenari clinici comprenda circa l'85% dei casi che si presentano al PS con il problema principale di cefalea. Lo strumento si è rivelato sensibile (anche se poco

specifico) nell'identificare tutte le forme di cefalea secondarie riconducibili a cause organiche potenzialmente letali ma soprattutto efficace nell'identificare i pazienti con cefalea primaria che costituivano, come atteso, la maggior parte degli accessi in PS. Riconoscere i pazienti con cefalea primaria implica la possibilità di dimmetterli dal PS affidandoli a una gestione ambulatoriale specialistica che riduca i futuri accessi in PS e i ricoveri spesso inappropriati in ambiente neurologico⁷.

Trattamento delle cefalee primarie in Pronto Soccorso

Una volta escluse le forme secondarie, il passo successivo è quello di diagnosticare e trattare le cefalee primarie secondo i criteri di classificazione IHCD-II e le linee guida per il trattamento. Tuttavia in PS è sufficiente distinguere l'emicrania con e senza aura, la cefalea a grappolo e quella di tipo tensivo. Il trattamento delle cefalee in PS è diviso in due fasi: inquadramento diagnostico e terapia. Dal momento che la maggior parte dei pazienti che si presentano in PS sono molto agitati e preoccupati dal proprio mal di testa, vi è spesso la tentazione iniziale di trattare subito il paziente. Tuttavia, non bisogna assolutamente dimenticare che è sempre necessario porre una diagnosi accurata prima di iniziare la terapia⁸.

TAB. 2

Raccomandazioni diagnostiche per differenziare le cefalee primarie da quelle secondarie (Cortelli *et al.* Evidence-based diagnosis of non traumatic headache in the emergency department: a consensus statement on four clinical scenarios. *Headache* 2004; 44: 587-595).

Scenario	Sintomi	Indicazioni diagnostiche
1	Grave cefalea, a esordio improvviso (<i>thunderclap headache</i>), o con segni neurologici associati, o con vomito o sincope all'esordio	*TC encefalo *Se la TC encefalo è negativa, dubbia o di scarsa qualità diagnostica, è indicato eseguire la puntura lombare (PL) *Se la PL è normale: eseguire esame neurologico entro 24 ore
2	Grave cefalea associata a febbre e/o <i>rigor</i> nucale	TC encefalo + PL
3	Cefalea di recente insorgenza (giorni o settimane), o progressivamente ingravescente o persistente	*TC encefalo + esami ematochimici + indici di flogosi (VES, PCR) * Se gli accertamenti sono negativi: visita neurologica entro 7 giorni
4	Storia di pregressa cefalea; l'attacco è qualitativamente simile ai precedenti	*Parametri vitali + visita neurologica + esami ematochimici *Se negativi: dimissione dopo terapia sintomatica e affidamento al medico di medicina generale e a un ambulatorio neurologico o Centro Cefalee per un controllo a lungo termine



Pazienti con emicrania

Spesso i pazienti emicranici che si presentano in PS tendono ad avere numerosi attacchi o necessitano di ulteriori terapie.

Il sumatriptan per via sottocutanea è efficace nell'87% dei pazienti alleviando non solamente il dolore, ma anche la nausea e il vomito. Il sumatriptan si somministra a un dosaggio di 6 mg e può essere ripetuto 1 ora dopo in caso di necessità fino a un massimo di due iniezioni giornaliere; non dovrebbe essere somministrato in pazienti con ipertensione arteriosa non ben controllata, con malattie coronariche, renali o epatiche, in gravidanza o in pazienti che soffrono di emicrania basilare o emiplegica. Non dovrebbe, inoltre, essere utilizzato in pazienti con cefalea e deficit neurologici associati. È da tener presente come spesso sia difficile in PS differenziare un'emicrania con aura da una cefalea con un ictus in evoluzione. Il sumatriptan pertanto dovrebbe essere somministrato solamente dopo aver stabilito una diagnosi e non dovrebbe essere utilizzato come test diagnostico, dal momento che le forme associate a meningite e ad arterite a cellule giganti possono rispondere a questo farmaco.

I pazienti che hanno avuto diversi episodi di vomito vanno opportunamente idratati e quelli che si presentano con fotofobia e fonofobia vanno fatti accomodare in una stanza buia e silenziosa.

Anche la diidroergotamina (DHE), data per via endovenosa in associazione alla metoclopramide o proclorperazina, è spesso utile nel bloccare un attacco di emicrania. Il paziente viene prima trattato con 10 mg di metoclopramide o 5 mg di proclorperazina; dopo trenta minuti, viene somministrata DHE 0,5-1,0 mg per infusione endovenosa lenta in due minuti. La DHE può essere ripetuta 1 ora dopo in caso di necessità. La DHE è controindicata nelle malattie vascolari, nella sepsi, in caso di ipertensione non controllata e in gravidanza. Gli effetti collaterali comprendono nausea, vomito e crampi muscolari⁹.

Se sumatriptan e DHE sono controindicati, può essere utile il trattamento con un agente antinfiammatorio non steroideo (FANS), quale ketorolac per via intramuscolare a un dosaggio iniziale di 30-60 mg, seguito da una dose successiva di 30 mg dopo circa 8 ore.

Gli antagonisti dopaminergici come la metoclopramide, la clorpromazina e la proclorperazina, dati per via orale, rettale o parenterale, sono molto efficaci e sono stati utilizzati per anni con successo per alleviare la nausea e il vomito associati all'emicrania. In PS, la somministrazione per via endovenosa di questi farmaci è spesso molto efficace sia da sola sia in associazione a DHE. Proclorperazina, a un dosaggio

di 10 mg per via endovenosa, può essere somministrata inizialmente e ripetuta entro 30 minuti in caso di necessità¹⁰. Data l'alta frequenza di ipotensione ortostatica conseguente all'uso di clorpromazina, dovrebbero essere infusi 500 mg di soluzione salina prima di somministrare 10 mg endovena di clorpromazina, ripetibile in 30-60 minuti in caso di necessità. Questi farmaci possono causare, inoltre, sedazione, acatisia, crisi distoniche acute e altri sintomi extrapiramidali inclusi torcicollo e crisi oculogire.

Nonostante i neurolettici siano frequentemente usati in PS, è tuttavia preferibile limitare il loro utilizzo solamente in pochi pazienti, dal momento che sono farmaci difficili da dosare e con una modesta efficacia. Inoltre, tali farmaci possono causare frequentemente ipotensione ortostatica e sedazione^{11,12}.

Un'altra possibilità terapeutica di successo, specie nel sopprimere lo stato di male emicranico, è rappresentata dall'utilizzo di corticosteroidi come il desametasone a un dosaggio di 10 mg endovena, seguito da una dose di 4 mg ogni 6 ore in caso di necessità.

Pazienti con crisi di cefalea a grappolo

Il trattamento sintomatico più efficace per la cefalea a grappolo è il sumatriptan, a dosi di 6 mg per via sottocutanea, ripetibile almeno 1 ora dopo ma non più di due volte al giorno, ha un rapido effetto ed è considerato un agente molto efficace per il trattamento di un attacco acuto¹³.

L'ossigeno, somministrato in quantità adeguate (a una velocità di flusso di 7 l/min per 10-15 minuti) e con una maschera senza un apparecchio per la respirazione, è un trattamento molto efficace; inoltre è di facile impiego, non ha effetti collaterali e agisce rapidamente¹⁴.

Pazienti con cefalea di tipo tensivo

I pazienti che soffrono di cefalea di tipo tensivo raramente necessitano di una visita in PS, dal momento che possono far fronte al loro disturbo a casa mediante l'utilizzo di diversi analgesici. Tuttavia, un problema è rappresentato da quei pazienti che presentano una cefalea cronica o quotidiana associata ad abuso di analgesici e che si rivolgono al PS come ultima speranza per il sollievo dal dolore ("sindrome della goccia che fa traboccare il vaso"). Questi pazienti necessitano di una accurata visita specialistica, richiedono un trattamento sia profilattico sia per gli attacchi di cefalea e vanno seguiti nel tempo in ambulatori specialistici¹⁵.

Follow up

L'uso del PS per il trattamento di una cefalea primaria è spesso non indicato.

I pazienti che si presentano in tale sede per il trattamento della cefalea dovrebbero essere indirizzati al medico di base per essere adeguatamente curati e seguiti nel tempo. I pazienti che si recano frequentemente in PS dovrebbero essere inviati a uno specialista nel campo delle cefalee, che dovrà intraprendere un programma di cura efficace riguardante sia la profilassi sia la terapia dell'attacco¹⁶.

Commenti ai casi clinici presentati

Caso clinico n. 1

La malformazione di Chiari I (CM-I) è caratterizzata da un'erniazione tonsillare di almeno 3-5 mm al di sotto del *foramen magnum*. L'estensione dell'erniazione e la presenza o l'assenza di siringomielia non correlano con la frequenza degli attacchi di cefalea.

La cefalea secondaria si ha nel 15-75% dei pazienti affetti da questa patologia.

La diagnosi è difficile con la sola valutazione clinica, ma è agevole con l'ausilio della RM. Circa il 52% dei pazienti con CM-I presenta attacchi di cefalea secondaria che mimano la cefalea tensiva (12%) e l'emigrania con aura (4%).

Il 28% dei pazienti con CM-I ha una presentazione clinica caratterizzata da dolore suboccipitale correlato con il grado di erniazione tonsillare.

Caso clinico n. 2

L'emorragia sub-aracnoidea (SAH) rappresenta circa l'1 per mille tra gli accessi in PS. Sintomi e segni associati a SAH sono cefalea (74%, 20-50%), nausea o vomito (77%), sincope (53%), segni neurologici (focali o non focali, inclusa l'alterazione dello stato di coscienza) (64%). L'SAH è associata a *rigor nuchalis* solo nel 35% dei casi. La TC cerebrale è l'esame di prima scelta nel sospetto di SAH. Nell'esecuzione della TC sono raccomandate scansioni sottili (3 mm) in fossa cranica posteriore poiché tagli più spessi (10 mm) non consentono di visualizzare piccole raccolte ematiche. La TC in una SAH da aneurisma nelle prime 24 ore è positiva nel 95% dei casi ma dopo una settimana solo nel 50% dei casi.

Tre-quattro giorni dopo emorragia la RM (GRADIENT-ECHO) è più sensibile della TAC nell'identificare e delineare la SAH.

In caso di sospetta SAH in pazienti selezionati, con obiettività neurologica negativa, la rachicentesi potrebbe essere eseguita senza essere preceduta da TC, ma la sicurezza di questa procedura non è stata verificata clinicamente. Il *liquor* diventa xantocromico 12 ore dopo il sanguinamento e rimane positivo oltre le 3 settimane.

Caso clinico n. 3

Nel caso di un soggetto di età maggiore di 50 anni in cui sia insorta una cefalea, progressivamente ingra- vescente, deve essere posta attenzione a una diagnosi differenziale che prenda in considerazione l'arterite temporale e una lesione espansiva (cisti colloide III ventricolo, rara ma pericolosa). L'arterite temporale colpisce prevalentemente persone di età superiore a 50 anni, tra le quali ha una prevalenza di 133 per 100.000 per anno. Nel sospetto di arterite temporale, in un paziente con cefalea di recente insorgenza, sono segni clinici importanti la *claudicatio* mandibolare (fortemente correlata a positività della biopsia) e l'anormale pulsatilità o durezza delle arterie temporali. Questi segni in combinazione hanno una sensibilità del 34%, una specificità > 99% e una *likelihood ratio* positiva di 47. Un valore elevato della VES (> 30) è molto sensibile (99%) ma poco specifico (50-70%).

Bibliografia

1. Edmeads J. Challenges in the diagnosis of acute headache. *Headache* 1990; 2: 537-540.
2. Edlow JA, Caplan LR. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342: 29-36.
3. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The International Classification of headache disorders. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (suppl. 1): 1-160.
4. Newman LC, Lipton RB. Emergency department evaluation of headache. *Neurologic emergencies* 1998; 16 (2): 285-303.
5. Newman LC, Lipton RB, Solomon S. *Headache history and neurologic examination*. In: Tollison CD, Kunkel RS (eds). *Headache diagnosis and treatment*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1993, pp. 23-30.
6. Carrea GF, Gerson DE, Schnur J *et al*. Computed tomography of the brain in patients with headache or temporal lobe epilepsy. Findings and cost-effectiveness. *J Comput Assist Tomogr* 1977; 1: 200-203.
7. Cortelli P, Cevoli S, Nonino F, Baronciani D, Magrini N, Re G, De Berti G, Manzoni GC, Querzani P, Vandelli A. Evidence-based diagnosis of non traumatic headache in the emergency department: a consensus statement on four clinical scenarios. *Headache* 2004; 44: 587-595.
8. Silberstein SD. Evaluation and emergency treatment of headache. *Headache* 1992; 32: 369-404.
9. Raskin NH. Repetitive intravenous dihydroergotamine as therapy for intractable migraine. *Neurology* 1986; 36: 995-997.
10. Jones J, Sklar D, Dougherty J *et al*. Randomised double-blind trial of intravenous prochlorperazine for the treatment of acute headache. *JAMA* 1989; 261: 1174-85.
11. Lane PL, Ross R. Intravenous chlorpromazine. Preliminary results in acute migraine. *Headache* 1985; 25: 302-304.
12. Tfelt-Hansen P, Olesen J, Aebelholt-Krabbe A *et al*. A double-blind study of metoclopramide in the treatment of migraine attacks. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1980; 43: 369-371.
13. Subcutaneous Sumatriptan International Study Group. Treatment of migraine attacks with sumatriptan. *N Engl J Med* 1991; 325: 316-321.
14. Sumatriptan Cluster Headache Study Group. Treatment of acute cluster headache with sumatriptan. *N Engl J Med* 1991; 325: 322-326.
15. Larson EB, Omenn GS, Lewis H. Diagnostic evaluation of headache. Impact on computerized tomography and cost-effectiveness. *JAMA* 1980; 243: 359-362.
16. Cuetter AC, Aita JF. CT scanning in classic migraine. *Headache* 1983; 23: 195.

ABSTRACT

In evaluating a headache patient, the first task is to identify or exclude secondary headaches based on the history, and the general medical as well as neurological examinations. Physical and neurological examinations are mandatory, overall in emergency room setting. If suspicious features are present,

diagnostic testing may also be necessary. Once secondary headaches are excluded, the task is then to diagnose one more specific primary headache disorder. We summarize some typical emergency room situations in which headaches must be differentiated and treated.

novità editoriale

Lo champagne annega la Salmonella del Tifo
Eventi e personaggi della Sanità e non solo



Franco Perraro

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1958 a Padova, è specialista in Medicina Interna e libero docente in Endocrinologia e Medicina Costituzionale. Già primario del Pronto Soccorso e della C.O. 118 dell’Ospedale di Udine. A lui si deve la creazione della Società Italiana per l’Assistenza Sanitaria (SI-QuAS/VRQ). È tra i fondatori dell’International Society for Quality in Health Care (ISQua) e dell’Associazione Nazionale dei Medici d’Urgenza (ANMU), ora SIMEU.

35 sono i racconti scritti dal prof. Franco Perraro: una vita di lavoro in prima linea, nell’emergenza. I primi due affrontano le tematiche che più hanno coinvolto l’autore nella sua attività professionale, la “Qualità dell’assistenza sanitaria” ed il “Sistema dell’emergenza sanitaria”. Nel primo caso l’attenzione è stata rivolta alla promozione della buona qualità e descrive come siano state fondate, entrambe a Udine e due Società. L’Italiana (1984) e l’Internazionale (1985) con l’obiettivo di migliorare le performance del sistema sanitario.

Nel secondo caso il focus ha riguardato soprattutto l’emergenza territoriale descrivendo, tra l’altro, interessanti e a volte curiose situazioni verificatesi in Italia a Treviso, Milano, Udine ed in Unione Sovietica dove, già negli anni 60, era stato creato un sistema di soccorso territoriale che faceva riferimento ad un numero unico lo 03.

Le descrizioni aneddotiche, raccontate con semplicità e con ritmo incalzante, vissute e sperimentate dall’autore del libro, rendono gradevole ed avvincente la lettura. Sulla scia di questa tipologia di approccio, che tende ad evidenziare anche gli aspetti umani di eventi e persone, iniziano cronologicamente i racconti con il grande clinico dell’Università di Padova che prescrive all’autore ammalato di tifo a 6 anni e considerato spacciato, champagne e bagni tepidi e con la tristissima storia dell’amichetto Ennio che perì con 6 fratelli e la mamma durante il devastante bombardamento del 7 aprile del 1944 di Treviso. Altri incontri ed eventi avvincenti e toccanti, ma anche divertenti, si snodano nei racconti che descrivono episodi clinici particolari, spesso inusuali e molto gravi, talvolta affrontati terapeuticamente con il coraggio della disperazione, talvolta imprevisi e catastrofici, altre volte paradossali.

Non mancano avvenimenti eccezionali nel settore dello sport legati al basket (campionati universitari e di A1), al mitico Zatopek, alle atlete olimpioniche sovietiche, ed ancora racconti legati alla musica e a illustri protagonisti (Luigi Nono e Severino Gazzelloni), a importanti eventi culturali (Biennale di Venezia), a personaggi di grande fascino e notorietà come il Presidente Leone, Lady Diana ed altri.

Ogni racconto è il frutto di un coinvolgimento personale che riguarda persone o eventi singolari, talvolta rappresentativi di situazioni critiche che evidenziano carenze di sistema. I racconti si concludono con riflessioni e suggerimenti coerenti per cui la lettura risulta utile e piacevole per tutti.

SCHEDA TECNICA

• Formato 14 x 18 cm • 284 pagine

TARGET

Non solo medici di medicina generale, medici ospedalieri e dirigenti sanitari ma per tutti coloro che amano una lettura coinvolgente e originale

PREZZO DI LISTINO

€ 15,00

Per informazioni e ordini contattare il **Servizio Assistenza Clienti al n. 011.37.57.38**, oppure inviare una e-mail a cgems.clienti@cgems.it o consultare il catalogo online del sito www.cgems.it