

Cefalee

Paola Torelli

Ambulatorio Cefalee

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

MARTEDÌ DELL'ORDINE

AGGIORNAMENTI IN NEUROLOGIA

Parma, 21 Marzo 2017

» *Home/News/Italia*

«Di mal di testa non si muore (ma non si vive nemmeno)»

Cosa ne pensi?

Commenta

È la quarta patologia cronica in Italia, colpisce 2 milioni di persone: le storie di chi ogni giorno la combatte
di **Francesca Bussi**



EDITORIAL

Open Access

Migraine: the seventh disabler

Timothy J Steiner^{1*}, Lars J Stovner² and Gretchen L Birbeck^{2,3}

migraine is the sixth highest cause of disability worldwide;

medication-overuse headache (MOH) is included in the top twenty causes of disability at 18th;

and adding together just these two puts headache disorders third among the worldwide causes of disability, measured in years of life lost to disability (YLDs).



Lipton RB, Stewart WF, Simon D. Medical consultation for migraine: results from the American Migraine Study. Headache 38:87-96;1998

Solo il 50% degli emicranici consulta un medico

Solo il 50% di chi consulta un medico ha una diagnosi giusta

Solo il 50% di chi ha una diagnosi giusta ha una terapia adeguata

Solo il 50% di chi ha una terapia adeguata viene poi seguito regolarmente



L'EMICRANIA E' SOTTODIAGNOSTICATA E SOTTOTRATTATA

(solamente il 6% circa degli emicranici beneficia di una corretta assistenza medica)

Lipton RB, Stewart WF, Simon D. Medical consultation for migraine: results from the American Migraine Study. Headache 38:87-96;1998

Solo il 50% degli emicranici consulta un medico

Solo il 50% di chi consulta un medico ha una diagnosi giusta

Solo il 50% di chi ha una diagnosi giusta ha una terapia adeguata

Solo il 50% di chi ha una terapia adeguata viene poi seguito regolarmente



L'EMICRANIA E' SOTTODIAGNOSTICATA E SOTTOTRATTATA

(solamente il 6% circa degli emicranici beneficia di una corretta assistenza medica)

Perchè molti emicranici non consultano il medico?

- Tanto me lo devo tenere	RASSEGNAZIONE
- Non c'è niente da fare	DISINFORMAZIONE
- Neanche "loro" sanno cosa fare	SFIDUCIA
- Faccio da solo	AUTOGESTIONE

EDUCAZIONE / INFORMAZIONE

Perchè molti emicranici non sono seguiti regolarmente?

Inadeguato rapporto medico-paziente

Scarsa competenza degli addetti all'organizzazione dei servizi assistenziali



RIORGANIZZAZIONE SANITARIA

**REVISIONE DEGLI ORDINAMENTI
DIDATTICI DEL CORSO DI LAUREA
IN MEDICINA E CHIRURGIA**

DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI

DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA INTEGRATA AL
PAZIENTE CON CEFALEA IN EMILIA ROMAGNA - "PERCORSO CEFALEA"

Principi per la gestione del paziente cefalalgico

A livello europeo è stato sancito che il progresso nella gestione del paziente cefalalgico dipende dal miglioramento dell'accesso alle strutture sanitarie competenti supportato da programmi di educazione nel campo della diagnosi e della cura delle cefalee (Intern Emerg Med 2008). Tale miglioramento prevede che il paziente sia al centro di un percorso che comporta un'organizzazione delle competenze e dei servizi in base ai livelli di necessità di cura. Alla luce della notevole prevalenza dei disturbi cefalalgici, e della necessità di garantire a tutta la popolazione un'assistenza adeguata con rispetto dei costi, l'European Headache Federation in collaborazione con la campagna dell'OMS denominata Lifting The Burden, suggerisce una organizzazione dei servizi in tre livelli. Dati epidemiologici suggeriscono che la maggioranza dei pazienti cefalalgici può essere efficacemente trattata al primo livello (medicina di base, pronto soccorso in casi selezionati) e solo una quota minore necessita specializzazioni superiori quali la consulenza neurologica o l'ambulatorio con neurologo specializzato nella diagnosi e cura delle cefalee (secondo livello) e il centro cefalee accademico (terzo livello).

- Il MMG qualora ravveda la necessità di una consulenza neurologica, per difficoltà diagnostica o terapeutica, potrà prescrivere una Visita Neurologica riportando sulla ricetta SSN lo specifico quesito diagnostico o lo scenario ipotizzato. La prenotazione per visita neurologica può avvenire con la seguente modalità: Visita Neurologica/Ambulatorio Cefalee (II livello): ordinaria, urgente differibile. Il Neurologo che ha visitato il paziente, qualora vi sia la necessità di un approfondimento diagnostico-terapeutico, deve prendere in carico il paziente, prescrivendo e, ove possibile, prenotando gli esami necessari ed eventualmente inviando il paziente al Centro Cefalee di riferimento, con modalità concordate, o in ospedale per ricovero.
- **Il Neurologo dell'Ambulatorio Cefalee (II livello)**, qualora ravveda la necessità di una consulenza del Medico del Centro Cefalee (III livello), invia la persona con cefalea al III livello di competenza secondo modalità concordate esclusivamente per i seguenti casi selezionati.
La Visita presso Centro Cefalee (III livello) è riservata esclusivamente per pazienti che soddisfano i seguenti criteri:
 - Cefalea a grappolo (o altra Cefalea Autonoma Trigeminale) resistente alle usuali terapie
 - Cefalea o algia facciale con particolari complessità diagnostiche e/o terapeutiche
 - Pazienti con storia di emicrania con aura prolungata (>1 ora) o ad alta frequenza (1 alla settimana) o storia di emicrania emiplegica
 - Pazienti con cefalea cronica quotidiana (>15 giorni al mese) con storia di iperuso di farmaci

Prevalenza della cefalea cronica quotidiana nella popolazione generale

Study, year	Country	Number of patients	Age range, y	Prevalence, %				Analgesic overuse*, %	Case definition
				Total	CTTH	CM	F:M		
Castillo et al., 1999	Spain	1883	14+	4.7	2.2	2.4	8.7	25	15+/month, 4+h/day
Hagen et al., 2000	Norway	51,383	20+	2.4	N/A	N/A	1.6	N/A	15+/month
Lu et al., 2001	Taiwan	3377	15+	3.2	1.4	1.7	2.3	34	15+/month, 4+h/day
Scher et al., 1998	United States	13,343	18-65	4.1	2.2	1.3	1.8	N/A	15+/month
Prencipe et al., 2001	Italy	833	65+	4.4	2.5	1.6	2.4	38	15+/month
Wang et al., 2000	China	1533	65+	3.9	2.7	1	3.1	25	15+/month for 6+months
Lanteri-Minet et al., 2003	France	1486	15+	3.0	N/A	N/A	3.0	N/A	daily

*Analgesic overuse based on criteria from Silberstein et al. [53]. CM--**chronic** migraine (transformed migraine); CTTH--**chronic** tension-type **headache**; F:M--female-to-male prevalence ratio.

Global prevalence of chronic migraine: A systematic review

© International Headache Society 2010

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x

cep.sagepub.com



JL Natoli¹, A Manack², B Dean¹, Q Butler¹, CC Turkel²,
L Stovner^{3,4} and RB Lipton⁵

Abstract

The aim of this review was to summarize population-based studies reporting prevalence and/or incidence of chronic migraine (CM) and to explore variation across studies. A systematic literature search was conducted. Relevant data were abstracted and estimates were subdivided based on the criteria used in each study. Sixteen publications representing 12 studies were accepted. None presented data on CM incidence. The prevalence of CM was 0–5.1%, with estimates typically in the range of 1.4–2.2%. Seven studies used Silberstein–Lipton criteria (or equivalent), with prevalence ranging from 0.9% to 5.1%. Three estimates used migraine that occurred ≥ 15 days per month, with prevalence ranging from 0 to 0.7%. Prevalence varied by World Health Organization region and gender. This review identified population-based studies of CM prevalence, although heterogeneity across studies and lack of data from certain regions leaves an incomplete picture. Future studies on CM would benefit from an International Classification of Headache Disorders consensus diagnosis that is clinically appropriate and operational in epidemiological studies.

ICHD-3, 2013

Part one: the primary headaches

1. Migraine
2. Tension-type headache
3. Trigeminal autonomic cephalalgias
4. Other primary headache disorders

Part two: the secondary headaches

5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck
6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder
7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder
8. Headache attributed to a substance or its withdrawal
9. Headache attributed to infection
10. Headache attributed to disorder of homoeostasis
11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure
12. Headache attributed to psychiatric disorder

Part three: painful cranial neuropathies, other facial pains and other headaches

13. Painful cranial neuropathies and other facial pains
14. Other headache disorders

ICHD-3, 2013

Part one: the primary headaches

1. Migraine

- 2. Tension-type headache
- 3. Trigeminal autonomic cephalalgias
- 4. Other primary headache disorders

Part two: the secondary headaches

- 5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck
- 6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder
- 7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder
- 8. Headache attributed to a substance or its withdrawal
- 9. Headache attributed to infection
- 10. Headache attributed to disorder of homoeostasis
- 11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure
- 12. Headache attributed to psychiatric disorder

Part three: painful cranial neuropathies, other facial pains and other headaches

- 13. Painful cranial neuropathies and other facial pains
- 14. Other headache disorders

1.1 Migraine without aura

1.2 Migraine with aura

1.2.1 Migraine with typical aura

1.2.1.1 Typical aura with headache

1.2.1.2 Typical aura without headache

1.2.2 Migraine with brainstem aura

1.2.3 Hemiplegic migraine

1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)

1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1)

1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2 (FHM2)

1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3 (FHM3)

1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci

1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine

1.2.4 Retinal migraine

1.3 Chronic migraine

1.4 Complications of migraine

1.4.1 Status migrainosus

1.4.2 Persistent aura without infarction

1.4.3 Migrainous infarction

1.4.4 Migraine aura-triggered seizure

1.5 Probable migraine

1.5.1 Probable migraine without aura

1.5.2 Probable migraine with aura

1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine

1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance

1.6.1.1 Cyclical vomiting syndrome

1.6.1.2 Abdominal migraine

1.6.2 Benign paroxysmal vertigo

1.6.3 Benign paroxysmal torticollis

EMICRANIA SENZA AURA

Durata: 4-72 ore

Dolore (almeno 2):

- unilaterale
- pulsante
- medio-forte
- peggiorato dal movimento

Sintomi associati (almeno 1):

- nausea e/o vomito
- fotofobia e fonofobia

- Familiarità positiva
- Età d'esordio giovanile
- Insorgenza crisi al risveglio
- Ricorrenza perimestruale e fine settimana
- Fattori scatenanti
- Fattori allevianti
- Miglioramento in gravidanza e in menopausa
- Comorbidità
- Risposta ai triptani

EMICRANIA SENZA AURA

Durata: 4-72 ore

Dolore (almeno 2):

- unilaterale
- pulsante
- medio-forte
- peggiorato dal movimento

Sintomi associati (almeno 1):

- nausea e/o vomito
- fotofobia e fonofobia

- Familiarità positiva
- Età d'esordio giovanile
- Insorgenza crisi al risveglio
- Ricorrenza perimestruale e fine settimana
- Fattori scatenanti
- Fattori allevianti
- Miglioramento in gravidanza e in menopausa
- Comorbilità

1.3 CHRONIC MIGRAINE

Diagnostic criteria ICHD-3 beta, 2013

- A. Headache (tension-type-like and/or migraine-like) on ≥ 15 days per month for > 3 months² and fulfilling criteria B and C
- B. Occurring in a patient who has had at least five attacks fulfilling criteria B-D for 1.1 *Migraine without aura* and/or criteria B and C for 1.2 *Migraine with aura*
- C. On ≥ 8 days per month for > 3 months, fulfilling any of the following³:
 - 1. criteria C and D for 1.1 *Migraine without aura*
 - 2. criteria B and C for 1.2 *Migraine with aura*
 - 3. believed by the patient to be migraine at onset and relieved by a triptan or ergot derivative
- D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

ICHD-3

Emicrania senza aura

**Da 5 giorni di emicrania nella vita
a 14 giorni di emicrania al mese**

Emicrania cronica

**Almeno 15 giorni di cefalea,
di cui almeno 8 di emicrania,
al mese da almeno 3 mesi
Assenza di “overuse” di farmaci sintomatici**

Cefalea da “overuse”

**Problema di effettiva autonomia e di
eventuale collocazione e definizione**

**Notes:..... Patients meeting criteria for 1.3 *Chronic migraine* and for
8.2 *Medication-overuse headache* should be given both diagnoses.**

ICHD-3, 2013

8.2 Medication-overuse headache (MOH)

8.2.1 Ergotamine-overuse headache

8.2.2 Triptan-overuse headache

8.2.3 Simple analgesic-overuse headache

8.2.3.1 Paracetamol (acetaminophen)-overuse headache

8.2.3.2 Acetylsalicylic acid-overuse headache

8.2.3.3 Other non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-overuse headache

8.2.4 Opioid-overuse headache

8.2.5 Combination-analgesic-overuse headache

8.2.6 Medication-overuse headache attributed to multiple drug classes not individually overused

8.2.7 Medication-overuse headache attributed to unverified overuse of multiple drug classes

8.2.8 Medication-overuse headache attributed to other medication

ICHD-3, 2013

Diagnostic criteria:

- A. Headache present on ≥ 15 days/month
- B. Ergotamine on ≥ 10 days/month on a regular basis for > 3 months
or
Triptan (any formulation) on ≥ 10 days/month on a regular basis for > 3 months
or
Simple analgesics on ≥ 15 days/month on a regular basis for > 3 months
or
Opioid on ≥ 10 days/month on a regular basis for > 3 months
or
Combination medications on ≥ 10 days/month on a regular basis for > 3 months
or
[Multiple drug classes not individually overused on ≥ 10 days/month on a regular basis for > 3 months
or
Unverified overuse of multiple drug classes on ≥ 10 days/month on a regular basis for > 3 months

Ergotamine

?

Triptan

no evidence

Simple analgesics

- Paracetamol
- Aspirin
- Other NSAIDs

?

Opioid

Combination medications

no evidence

Multiple drug classes not individually overused

no evidence

Unverified overuse of multiple drug classes

Medication overuse headache – comments on the current International
Headache Society classification criteria

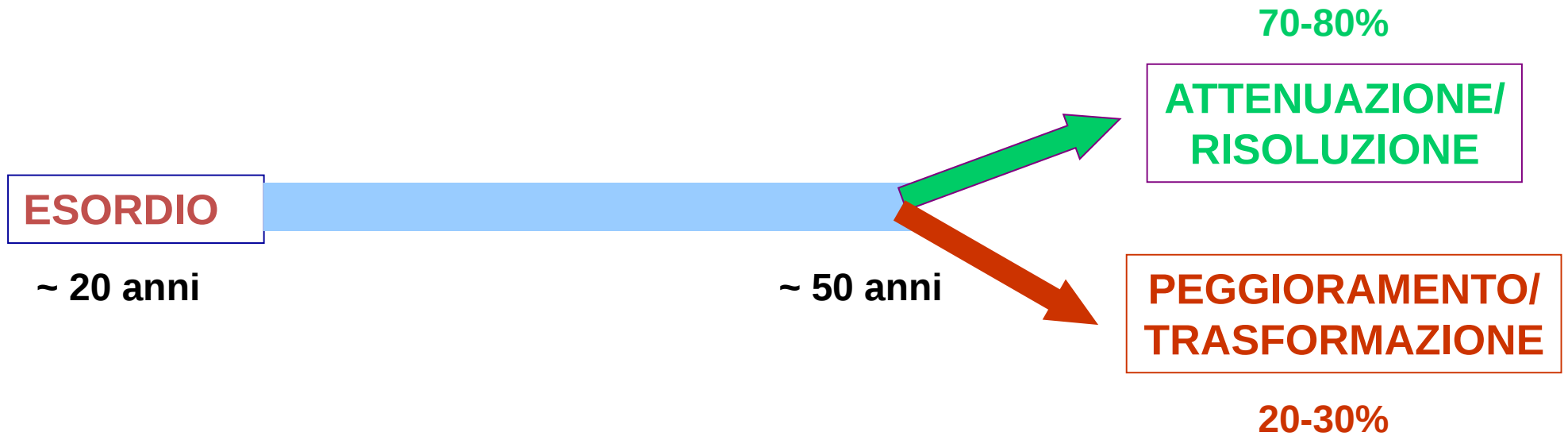
(Cephalalgia 2010;30:1410-1411)

Author's reply

The ultimate question that needs to be discussed by the scientific community is not how to better classify MOH, but if MOH should exist as a single entity or is more appropriately viewed as a risk factor.

(Marcelo E Bigal, C Sun-Edelstein, Alan M Rapoport)

DECORSO DELL'EMICRANIA CON L'ETA'



Tipologia di cefalea all'esordio nella cefalea cronica quotidiana

(n = 146 - Centri Cefalee di Parma e Pavia)

Cefalea cronica quotidiana
ab initio

12% (n = 17)



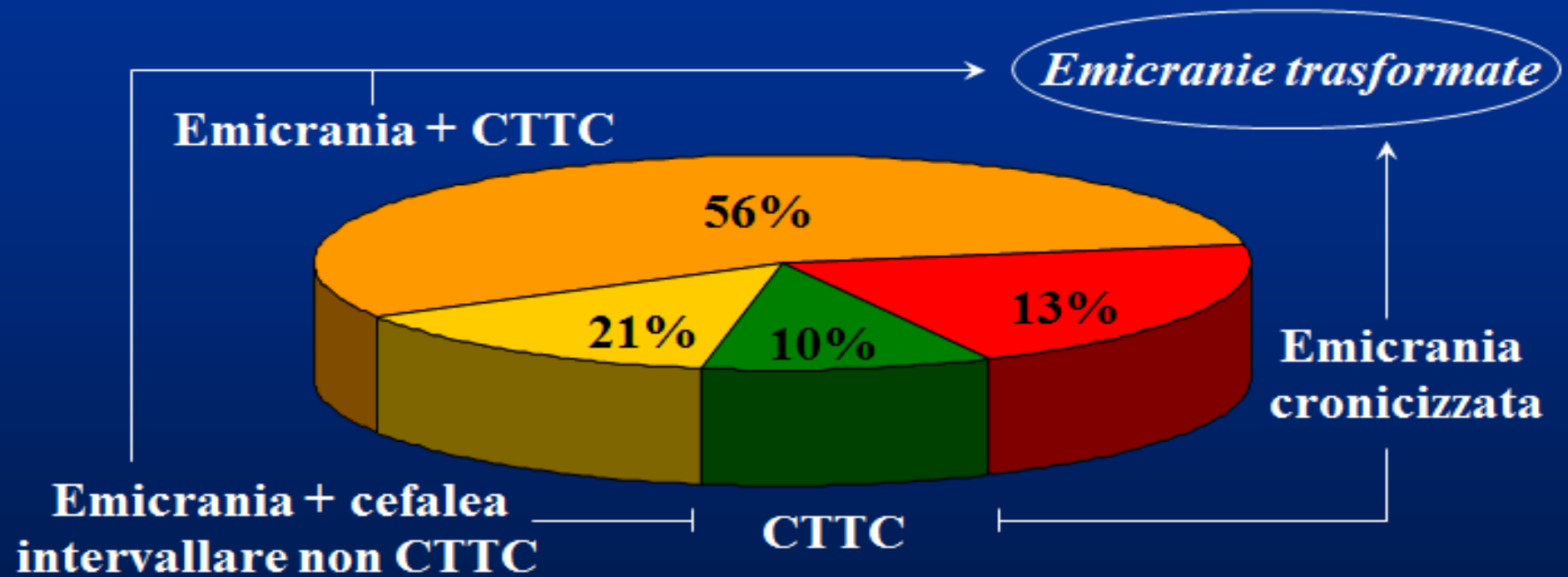
Emicrania $\xrightarrow[72\%]{(n = 105)}$

**Cefalea cronica
quotidiana**

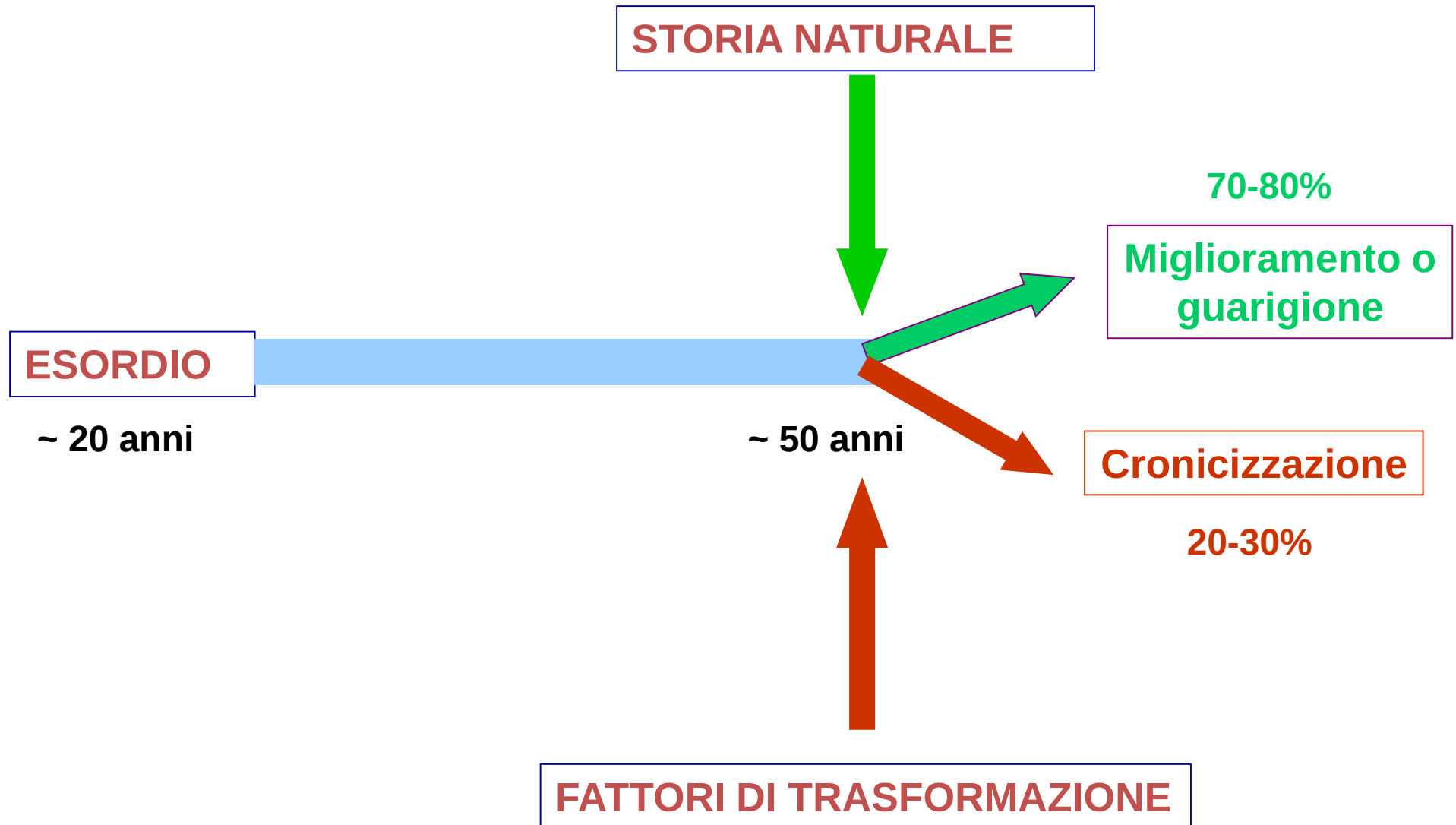
$\xleftarrow[16\%]{(n = 24)}$ Cefalea di tipo
tensivo episodica

Possibili evoluzioni dell'emicrania verso la cefalea cronica quotidiana

(n = 105 - Centri Cefalee di Parma e Pavia)



DECORSO DELL'EMICRANIA CON L'ETA'



Transformation of Episodic Migraine Into Daily Headache: Analysis of Factors

Ninan T. Mathew , M.D. Eva Stubits , Ph.D. Mool P. Nigam , M.D.

Houston Headache Clinic, Houston, Tex.

ABSTRACT

Seventy-six percent of patients with daily headaches were found to have a history of episodic migraine in the past, more than half of them hormone dependent headache such as menstrual migraine. Various factors possibly influencing the transformation of episodic migraine into daily headaches were analyzed in a series of 61 patients who presented with daily headaches. Abnormal personality profile, especially neuroticism including depression, excessive stress, excessive use of medications such as caffeine containing analgesics, narcotic analgesics and ergotamine, and development of hypertension were found to be significant in the transformation of episodic migraine into daily headache.

The problem of daily headache is discussed. It is suggested that the majority of daily headaches are a continuum of episodic migraine, influenced and perpetuated by various factors such as neuroticism, excessive medication, stress, and development of hypertension. It is pointed out that diagnosis of tension headache under those circumstances is not justified.

STATE OF THE ART REVIEW

Chronic migraine

Todd J Schwedt

BMJ 2014;348:g1416

**Factors associated with an
increased risk for transformation
to chronic migraine**

**Obesity
Snoring
Sleep disorders
Excessive caffeine intake
Psychiatric disease
High baseline headache frequency
Overuse of migraine abortive drugs
Major life changes
Head or neck injury
Cutaneous allodynia
Female sex
Comorbid pain disorders
Lower socioeconomic status**

Transformation of Episodic Migraine Into Daily Headache: Analysis of Factors

Ninan T. Mathew , M.D. Eva Stubits , Ph.D. Mool P. Nigam , M.D.

Houston Headache Clinic, Houston, Tex.

ABSTRACT

Seventy-six percent of patients with daily headaches were found to have a history of episodic migraine in the past, more than half of them hormone dependent headache such as menstrual migraine. Various factors possibly influencing the transformation of episodic migraine into daily headaches were analyzed in a series of 61 patients who presented with daily headaches. Abnormal personality profile, especially neuroticism including depression, excessive stress, excessive use of medications such as caffeine containing analgesics, narcotic analgesics and ergotamine, and development of hypertension were found to be significant in the transformation of episodic migraine into daily headache.

The problem of daily headache is discussed. It is suggested that the majority of daily headaches are a continuum of episodic migraine, influenced and perpetuated by various factors such as neuroticism, excessive medication, stress, and development of hypertension. It is pointed out that diagnosis of tension headache under those circumstances is not justified.

STATE OF THE ART REVIEW

Chronic migraine

Todd J Schwedt

BMJ 2014;348:g1416

Factors associated with an increased risk for transformation to chronic migraine

- Obesity**
- Snoring**
- Sleep disorders**
- Excessive caffeine intake**
- Psychiatric disease**
- High baseline headache frequency**
- Overuse of migraine abortive drugs**
- Major life changes**
- Head or neck injury**
- Cutaneous allodynia**
- Female sex**
- Comorbid pain disorders**
- Lower socioeconomic status**

EMICRANIA CRONICA

Situazione attuale/sviluppi futuri



Migraine, particularly chronic migraine, is underdiagnosed and undertreated worldwide.

(Lipton et al, 2015)



The first step in optimizing the treatment of chronic migraine starts with an accurate and timely diagnosis.

(Starling A, 2015)

CRONICIZZAZIONE DELL'EMICRANIA:

strategie cliniche per combatterla

- Conoscere l'emicrania e le sue possibili evoluzioni nel tempo
- **Trattare l'emicrania nel modo più personalizzato ed adeguato**
- **Prevenire o gestire con cura i fattori favorenti la cronicizzazione**

EMICRANIA SENZA AURA

Suddivisione in base al numero medio di giorni di emicrania al mese

meno di 4	4-9	10-20	più di 20
emicrania senza aura <u>sporadica</u>	emicrania senza aura <u>frequente</u>	emicrania senza aura <u>molto</u> <u>frequente</u> (cronica)	emicrania <u>trasformata</u> (complicata)

EMICRANIA SENZA AURA

Suddivisione in base al numero medio di giorni di emicrania al mese

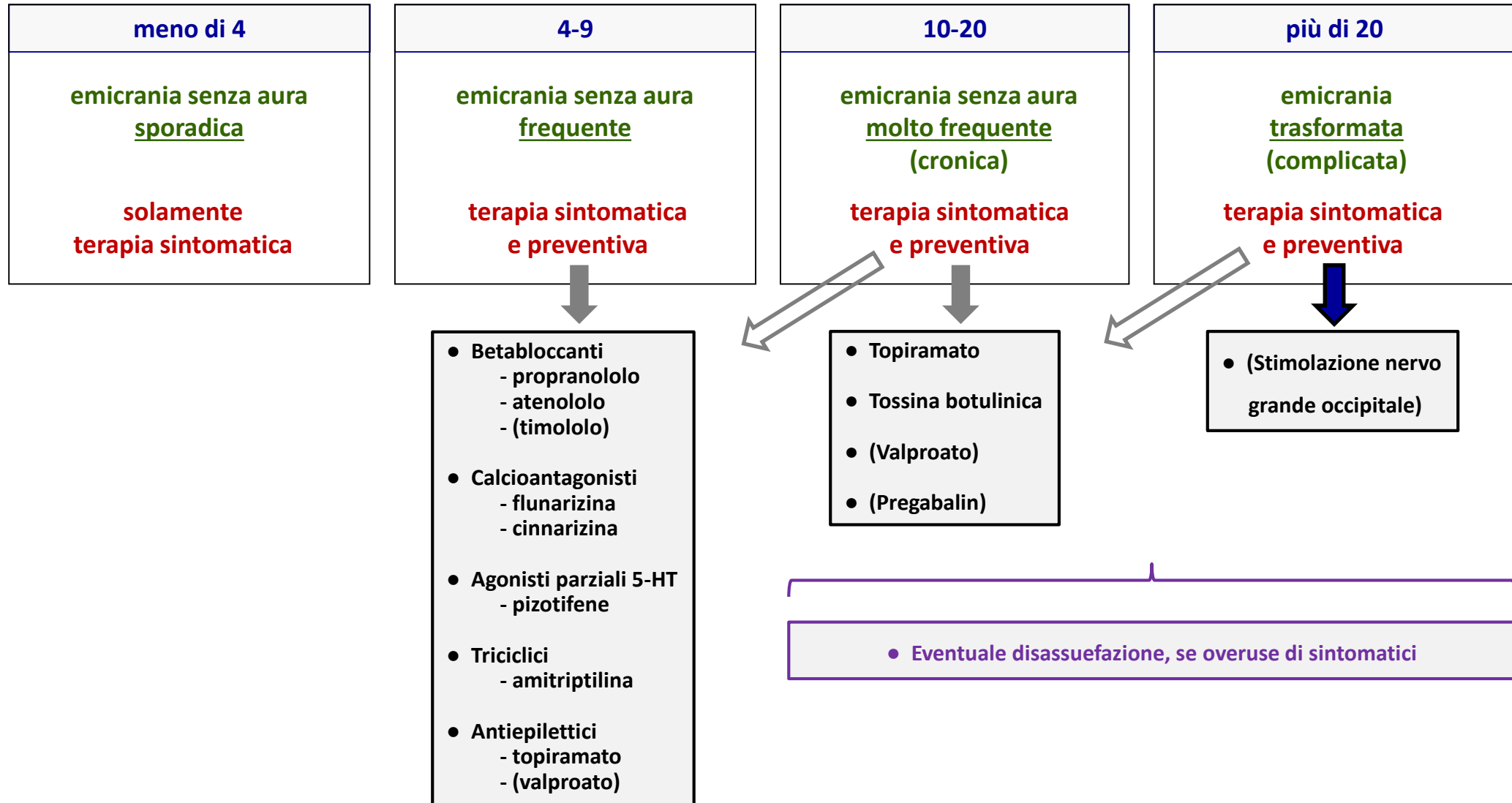
meno di 4	4-9	10-20	più di 20
emicrania senza aura <u>sporadica</u>	emicrania senza aura <u>frequente</u>	emicrania senza aura <u>molto</u> <u>frequente</u> (cronica)	emicrania <u>trasformata</u> (complicata)
solamente terapia sintomatica	terapia sintomatica e preventiva	terapia sintomatica e preventiva	terapia sintomatica e preventiva

Nei primi 2 gruppi (emicrania sporadica o frequente, cioè <10 giorni al mese) si può continuare ad assumere la terapia sintomatica in atto, purchè efficace e ben tollerata

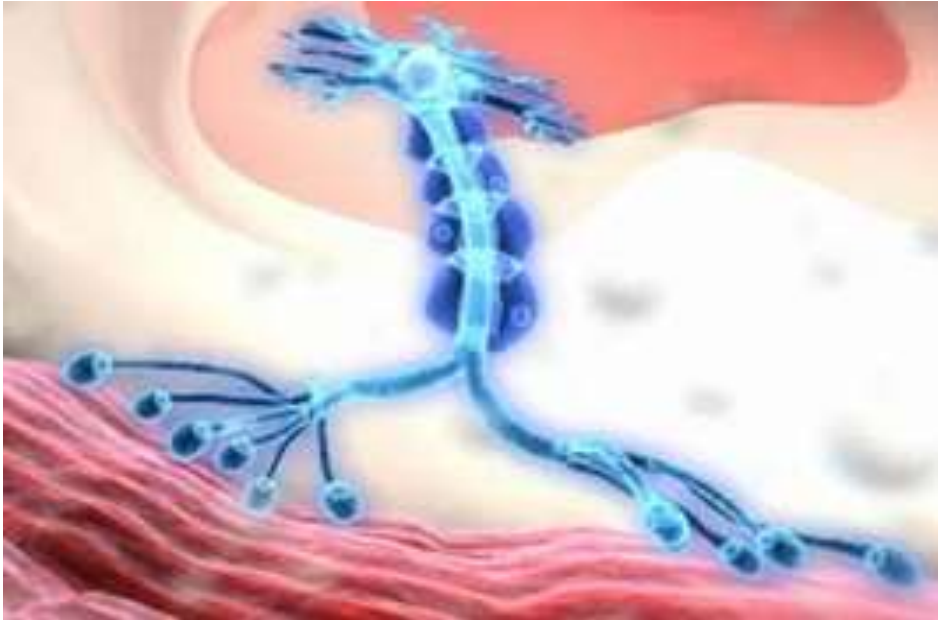
Nel terzo e quarto gruppo (emicrania molto frequente o trasformata, cioè ≥10 giorni al mese) è consigliabile variare la terapia sintomatica in atto anche se apparentemente efficace, nel dubbio che possa aver peggiorato l'andamento sottostante dell'emicrania

EMICRANIA SENZA AURA

Terapia preventiva in base al numero medio di giorni di emicrania al mese



Tossina botulinica



	PREEMPT 1		PREEMPT 2		Pooled analysis a 24 sett.	
	Onabotulinumtoxin A	Placebo	Onabotulinumtoxin A	Placebo	Onabotulinumtoxin A	Placebo
Δ episodi di cefalea negli ultimi 28 gg. di tratt.*	-5,2	-5,3	-5,3	-4,6	-5,2	-4,9
	+0,1 [-1,12 a +0,39] *		-0,7 [-1,65 a -0,33]		-0,3 [-1,17 a -0,17]	
Δ N. giorni di cefalea**	-7,8	-6,4	-9,0	-6,7	-8,4	-6,6
	-1,4 [da -2,40 a -0,40]		-2,3 [-3,25 a -1,31]		-1,8 [-2,52 a -1,13]	
Δ N. giorni di emicrania	-7,6	-6,1	-8,7	-6,3	-8,2	-6,2
	-1,5 [da -2,60 a -0,59]		-2,4 [-3,31 a -1,36]		-2,0 [-2,67 a -1,27]	
Δ N. episodi di emicrania	-4,8	-4,9	---	---	-4,9	-4,5
	+0,1 [-1,21 a +0,26]		---		-0,4 [-1,20 a -0,23]	
Δ ricorso ai farmaci per il tratt. acuto della cefalea (gg.)	-10,3	-10,4	-9,9	-8,4	-10,1	-9,4
	+0,1 [-2,99 a +2,99]		-1,5 [-3,77 a +0,49]		-0,7 [-2,68 a +0,69]	
Δ n. gg cefalea moderata/grave°	-7,2	-5,8%	-8,3	-5,8	-7,7	-5,8
	-1,4 [-2,41 a -0,46]		-2,5 [-3,37 a -1,48]		-1,9 [-2,62 a -1,26]	
Δ numero cumulativo di ore di cefalea°	-106,7	-70,4	-132,4	-90,0	-119,7	-80,5
	-36,3 [-51,6 a -10,94]		-42,4 [-58,23 a -21,05]		-39,2 [-48,40 a -21,04]	
Δ Punteggio HIT-6	-4,7	-2,4	-4,9	-2,4	-4,8	-2,4
	-2,3 [-3,25 a -1,31]		-2,5 [-3,54 a -1,55]		-2,4 [-3,11 a -1,72]	
% pz con score HIT-6 • 60	68,9%	79,9%	66,3%	76,5%	67,6%	78,2%
	-11% [-17,5 a -4,5]		-10,2% [-16,9 a -3,6]		-10,6% [-15,2% a -5,9%]	

Tossina botulinica

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI (criteri di elezione)

Sono eleggibili:

☐ pazienti adulti (≥ 18 aa.) con diagnosi di emicrania cronica (cefalea con frequenza ≥ 15 gg/mese di cui almeno 8 gg. di emicrania, per almeno 3 mesi) valutati dopo un trattamento "di disassuefazione" rispetto ad un precedente uso eccessivo di farmaci sintomatici e che presentano in ciascuno dei 3 mesi di valutazione **entrambe** le seguenti caratteristiche:

☐ almeno 4 distinti episodi di cefalea

☐ durata episodi di cefalea ≥ 4 ore

☐ assunzione, senza successo, di almeno 3 diverse classi di farmaci per la profilassi in monoterapia e in associazione in dosi adeguate per almeno 4 mesi ciascuna

☐ beta bloccanti

☐ antidepressivi triciclici

☐ antiepilettici

☐ calcio antagonisti

☐ antistaminici

Programmazione delle prime 2 sedute: ☐ 1° seduta ☐ 2° seduta

n.di gg. cefalea/mese nei 3 mesi precedenti l'inizio del trattamento _____

riportare il n. medio di giorni di cefalea

medicinale _____ dosaggio _____ n. di flaconi: _____

compilare tale sezione per approvvigionarsi dei primi 2 trattamenti

Programmazione delle sedute successive:

seduta n. _____

$\bullet$ % gg. cefalea rispetto all'inizio del trattamento $\geq 30\%$ sì ☐ no ☐

l'emicrania è diventata episodica? sì ☐ no ☐

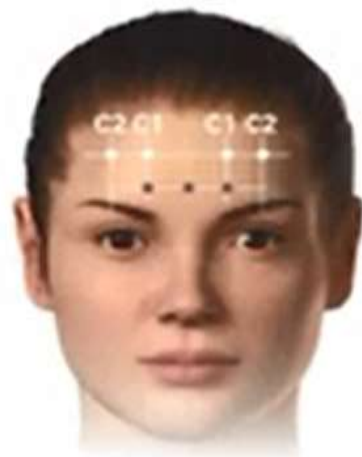
medicinale _____ dosaggio _____ n. di flaconi: _____

compilare tale sezione per approvvigionarsi dei trattamenti successivi al secondo

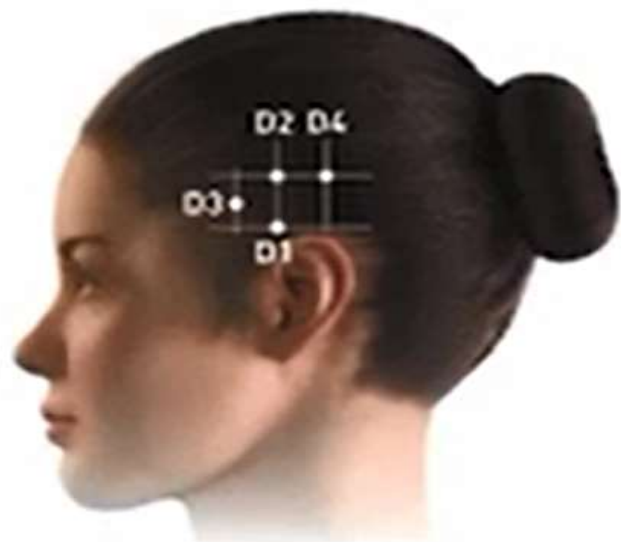
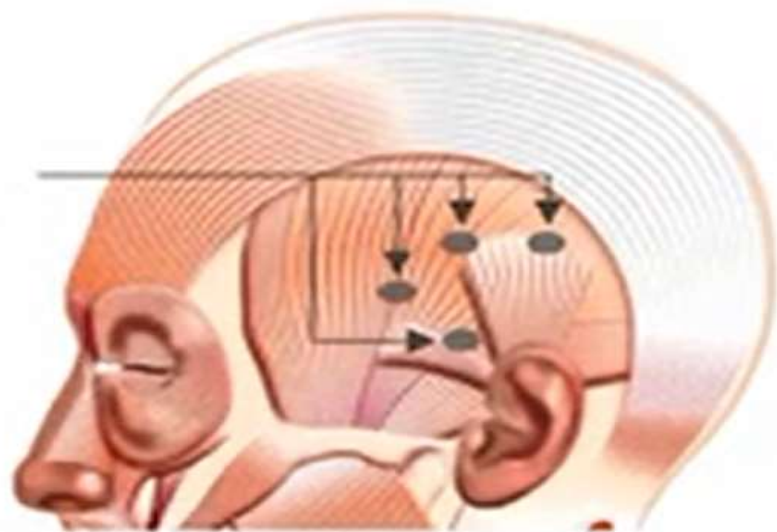


B. Procero : 5 U

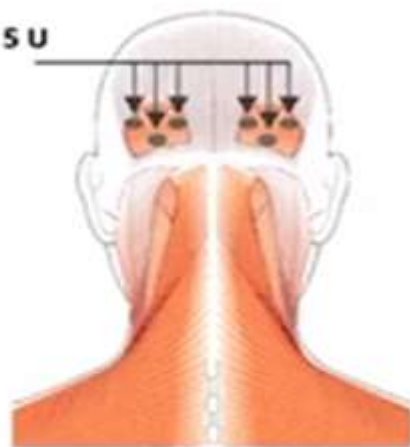
A. Corrugatore : 5 U



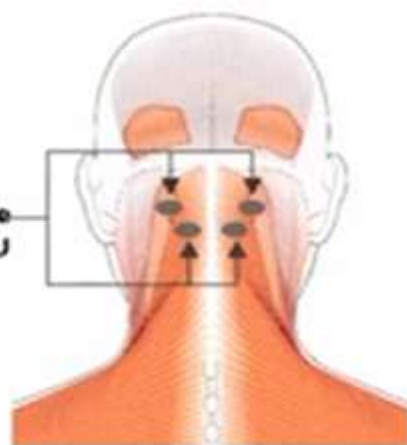
D.
Temporale :
5 U



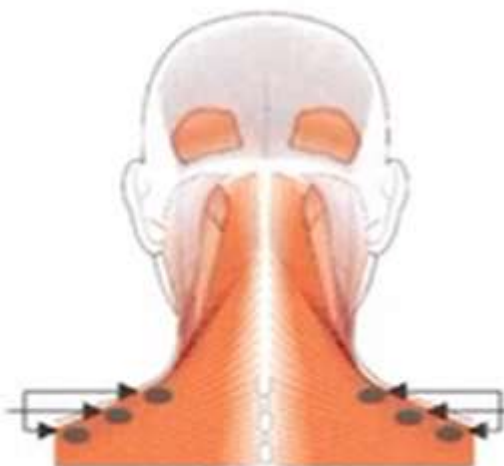
E. Occipitale : 5 U



F. Gruppo cervicale paraspinale: 5U



G. Trapezio: 5 U



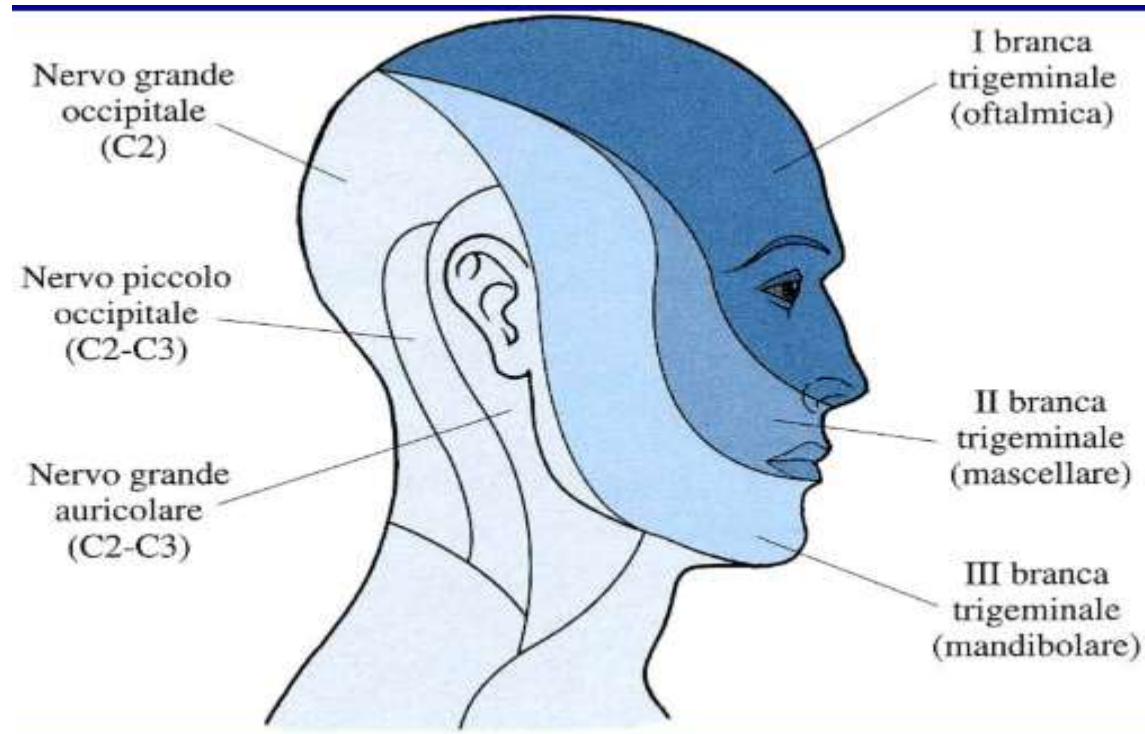
G. Trapezio: 5 U



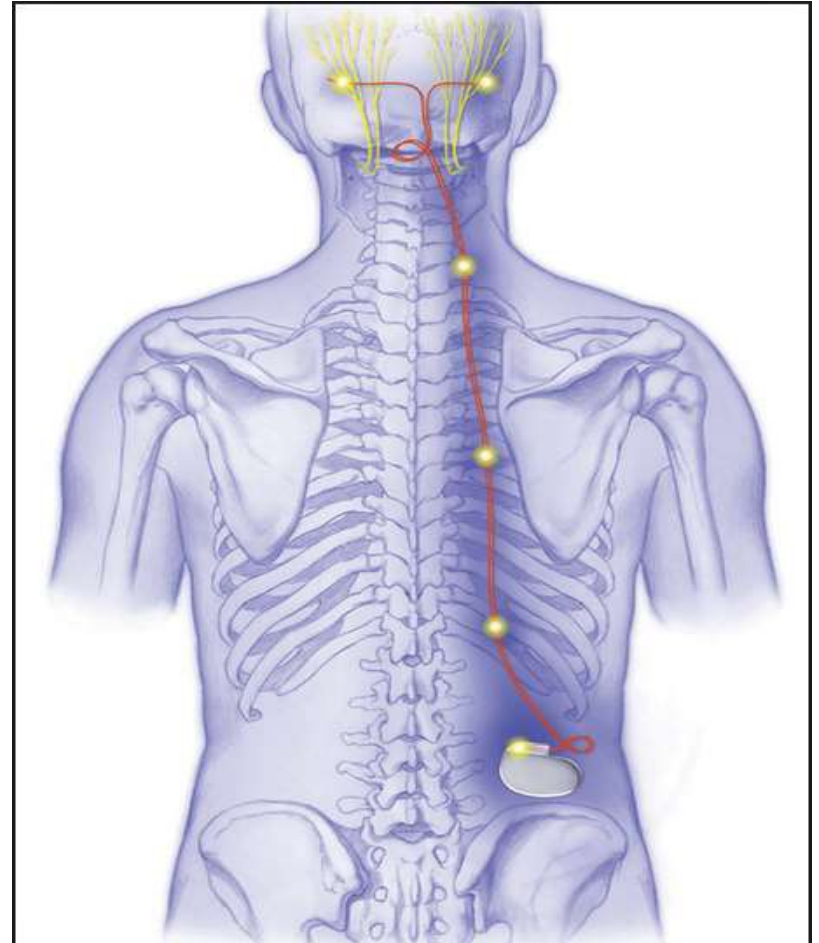
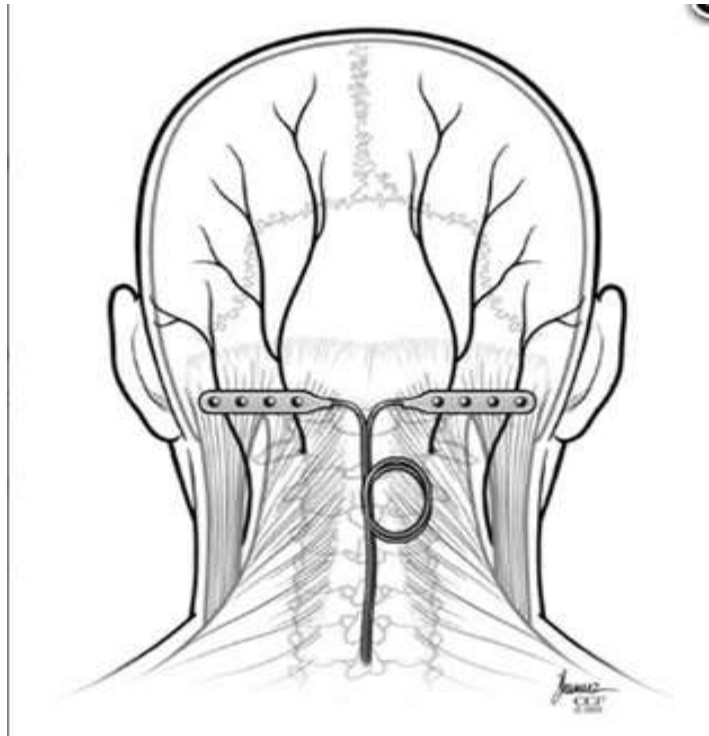
Tossina botulinica



Stimolazione del nervo grande occipitale



Stimolazione del nervo grande occipitale



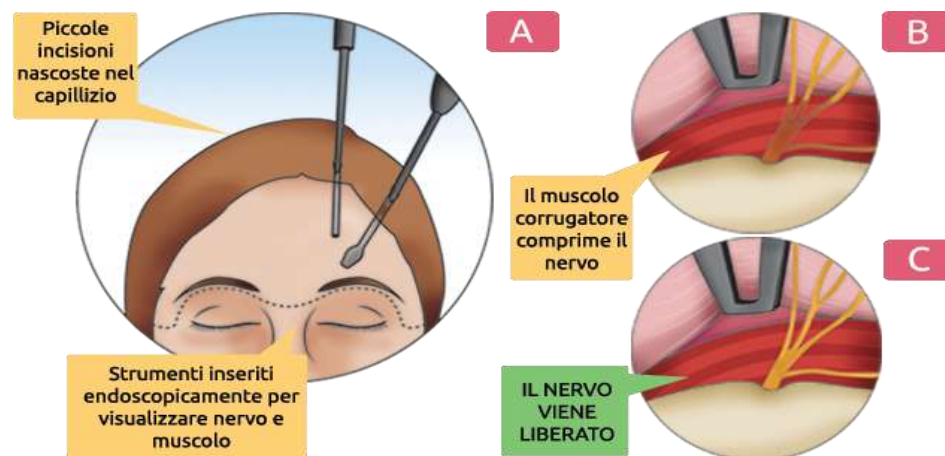
TERAPIA DELLE CEFALEE: cosa c'è di nuovo?

1. Se ne parla molto, ma ...

2. Cosa bolle in pentola



Terapia chirurgica endoscopica mini-invasiva dell'emicrania



TERAPIA DELLE CEFALLEE: cosa c'è di nuovo?

1. Se ne parla molto, ma ...
2. Cosa bolle in pentola

IN EDICOLA

Le nuove guide de il Giornale



Condividi:



Commenti:

0

Un «vaccino» anti mal di testa In 9 mesi addio all'emicrania

Testato per la prima volta in Europa un farmaco specifico per i pazienti cronici: «Risultati promettenti»

Francesca Angeli - Sab, 20/02/2016 - 06:00



Terapia 1.

Box 5 | Drug prophylaxis of chronic migraine*

Highest level evidence (≥ 2 randomized placebo controlled trials)

Topiramate

OnabotulinumtoxinA

Lower quality evidence (1 randomized study)

Sodium valproate

Gabapentin

Tizanidine

Amitriptyline

Lowest quality evidence (open label study)

Atenolol

Memantine

Pregabalin

Zonisamide

*The drugs listed have been studied specifically for prophylaxis in chronic migraine. However, drugs used for prophylaxis of episodic migraine are often used in chronic migraine, even in the absence of data supporting their use in this context.

(Schwedt TJ, BMJ 2014)

Terapia preventiva dell'emicrania

- **Betabloccanti**
 - propranololo
 - atenololo
 - (timololo)
- **Calcioantagonisti**
 - flunarizina
 - cinnarizina
- **Agonisti parziali 5-HT**
 - pizotifene
- **Triciclici**
 - amitriptilina
- **Antiepilettici**
 - topiramato
 - (valproato)

Future prophylactic drug treatments

- **Anti-CGRP antibodies**
- **Anti-CGRP receptor antibodies**

Future prophylactic non-drug treatments

- **Supraorbital and supratrochlear stimulation**
- **Occipital nerve stimulation**
- **Sphenopalatine ganglion stimulation**
- **Surgical deactivation of migraine trigger sites**

(Schwedt TJ, BMJ 2014)

CGRP (calcitonin gene-related peptide)

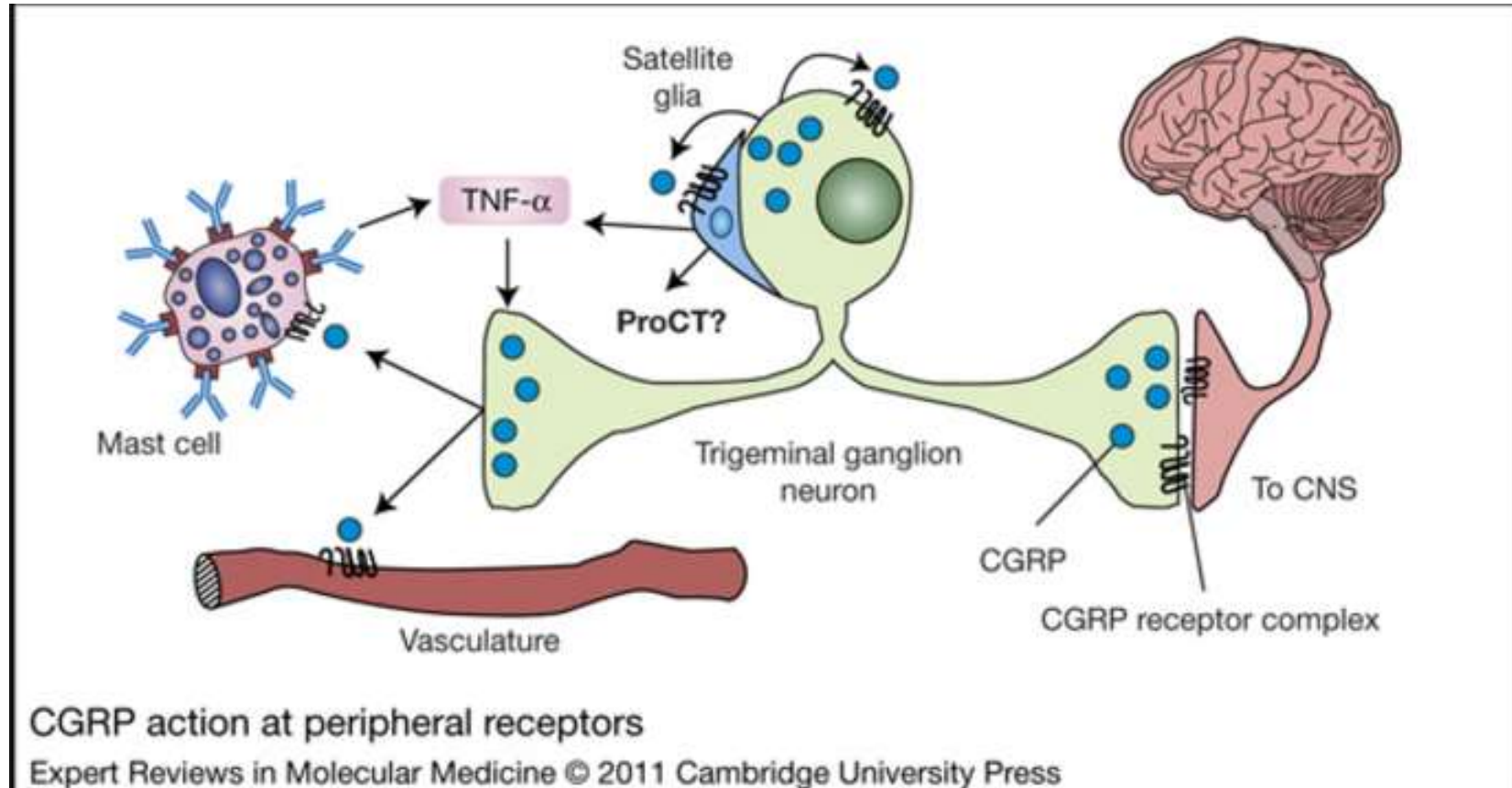
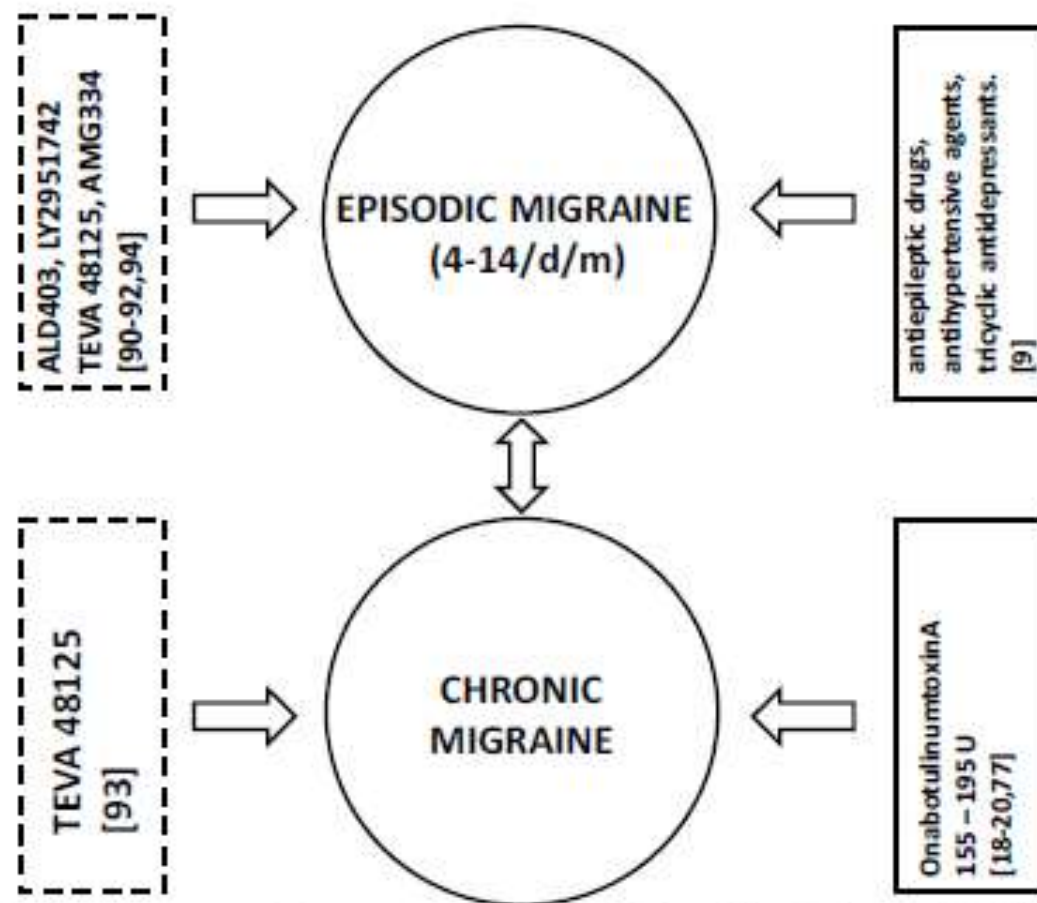


Table 3 Monoclonal antibodies targeting the CGRP pathway in phase II clinical trials for migraine prevention

Drug	Phase (trial number)	Migraine state	Dose and frequency	Route	Treatment duration (weeks)	Primary outcome (change from baseline)	Verum vs. placebo change of primary outcome	Common adverse events	Verum vs. placebo Adverse events	50% responder rate	Anti-drug antibodies
ALD403 [90]	Phase 2 (NCT01772524)	Episodic (5–14 MHD/28d)	1 g; once	i.v.	12	MHD/28d (at 5–8 weeks)	–5.6 vs. –4.6	infections; fatigue; back pain; tooth abscess; dizziness; dry mouth; ECG changes	57% vs 52%	75% vs 54%	14%
LY2951742 [91]	Phase 2a (NCT01625988)	Episodic (4–14 MHD/28d)	150 mg; every 2 weeks	s.c.	12	MHD/28d (at 9–12 weeks)	–4.2 vs. –3.0	infection; erythema; site pain; abdominal pain	72% vs 67%	70% vs 45%	18.7 %
TEV48125 [92]	Phase 2b (NCT02025556)	Episodic (8–14 MHD/28d)	225 mg; every 4 weeks	s.c.	12	MHD/28d (at 9–12 weeks)	2.81 days difference	site pain; redness	46% vs 56%	53% vs 59%	1%
			675 mg; every 4 weeks	s.c.	12	MHD/28d (at 9–12 weeks)	2.64 days difference	site pain; redness	46% vs 59%	59% vs 28%	
TEV48125 [93]	Phase 2b (NCT02021773)	Chronic (>15 MHD/28)	675/225 mg; every 4 weeks	s.c.	12	HH/28d	–59.8 vs. –37.1	site pain; pruritus	53% vs 40%	34% (>70% responder)	1%
			900 mg; every 4 weeks	s.c.	12	HH/28d	–67.5 vs. –37.1	site pain; pruritus	47% vs 40%	31% (>70% responder)	
AMG334 [94]	Phase 2 (NCT01952574)	Episodic (4–14 MHD/28d)	7,21&70mg; every 4 weeks	s.c.	12	MHD/28d (at 9–12 weeks)	–3.4 vs. –2.3	fatigue; influenza; nasopharyngitis; arthralgia; back pain	54% vs 54%	47% vs 30%	3%



In boxes with continuous line are reported the treatment nowadays suggested by the guidelines. In boxes with dashed line are reported the anti-CGRP mAbs the proved efficacy in phase 2 trials. $\rightleftarrows$ = Treatment of episodic migraine reduces the risk of chronicization while treatment of chronic migraine leads to episodicity of disease. D, days; m, migraine

Grazie per l'attenzione

Problematiche aperte

Quale trattamento?

- ◀ Per le forme con «overuse», è sempre necessaria la disassuefazione?
 - ◀ Con quale modalità?
 - ◀ Con quali farmaci?

Problematiche aperte

Quale trattamento?

◀ Per le forme con «overuse», è sempre necessaria la disassuefazione?

◀ Con quale modalità?

◀ Con quali farmaci?

Ricovero ospedaliero?

Ricovero in DH?

Domiciliare?

Problematiche aperte

Quale trattamento?

◀ Per le forme con «overuse», è sempre necessaria la disassuefazione?

◀ Con quale modalità?

◀ Con quali farmaci?

Cortisone?

Neurolettici?

FANS?

Altro?