

Come riconoscere cefalea o emicrania? La risposta al Centro SME

Pubblicato: Mercoledì 5 Aprile 2023



Il Centro SME ha avviato un ambulatorio interdisciplinare [per la diagnosi e il trattamento delle cefalee](#). **Cefalea ed emicrania** sono termini che non raramente vengono confusi dai pazienti quando descrivono al medico la sintomatologia che li attanaglia. Eppure, **una precisa distinzione tra le due manifestazioni è fondamentale** ai fini di una corretta terapia. Il corretto inquadramento clinico-neurologico rappresenta infatti il primo e fondamentale atto in grado di modificare sensibilmente la storia naturale della cefalea, **migliorando la qualità di vita del paziente**.

La nuova classificazione internazionale delle cefalee, promossa dalla **International Headache Society**, consente nella maggior parte dei casi un'identificazione precisa ed appropriata del paziente affetto. In particolare, è stata codificato il termine di **“cefalea di tipo tensivo”**, una forma primaria rilevante dal punto di vista epidemiologico, in quanto la sua prevalenza varia dal 30 al 78% nella popolazione generale, con conseguente elevato impatto socio-economico.

La nuova definizione **sostituisce termini in precedenza diffusi e talora contrastanti**, quali cefalea muscolo-tensiva, cefalea psicomigena, cefalea da stress, cefalea comune, cefalea essenziale, cefalea idiopatica, cefalea psicogena. Dal punto di vista storico il termine “tensivo” sottintende una duplice interpretazione patogenetica: da una parte fa riferimento alla “tensione muscolare” che è frequentemente presente anche se non costante, dall'altro rammenta, come la **“tensione emotiva” sembra essere un tratto caratteristico di tali pazienti**. Tra le probabili concause della cefalea di tipo tensivo vanno

infatti considerati **i disturbi ansioso-depressivi e/o somatoformi, lo stress psicosociale, lo stress muscolare e l'abuso di analgesici.**

TUTTI GLI ARTICOLI DEL CENTRO MEDICO SME

La cefalea di tipo tensivo è definita come episodio algico tipicamente bilaterale, di qualità gravativa o costrittiva, di intensità da lieve a moderata e con durata variabile da 30 minuti a 7 giorni. Il dolore non peggiora con l'attività fisica di routine, tipo camminare o salire le scale, nè si associa a nausea e vomito, sebbene possano essere presenti intolleranza alla luce o ai rumori, ma non entrambe.

Molti pazienti pervengono tardivamente all'osservazione clinica poiché **il dolore nelle fasi iniziali può essere sporadico**, di lieve intensità tanto che viene in genere gestito in autonomia con automedicazione. Quando la cefalea di tipo tensivo si presenta in modo frequente, **diventando cronica**, rappresenta un problema che incide sulla qualità di vita del paziente.

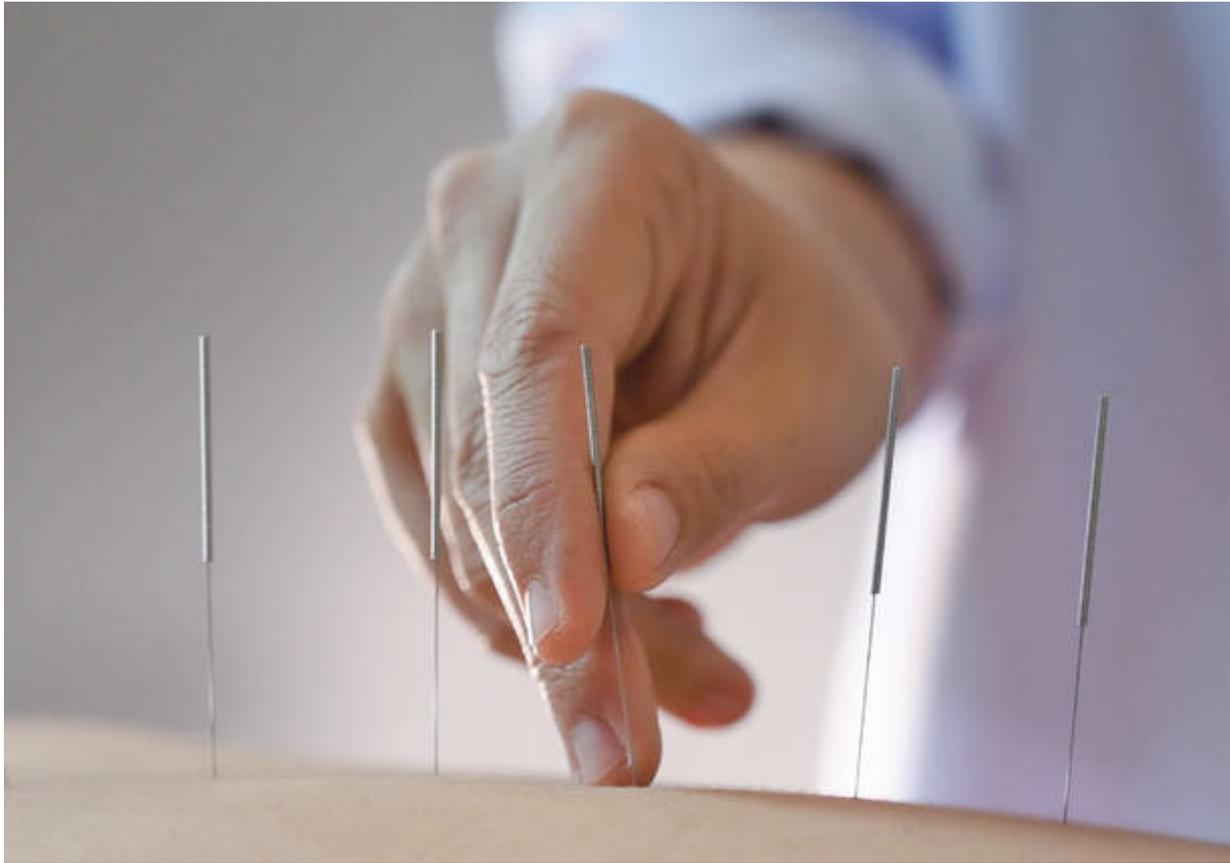
Per meglio definire le variazioni temporali della cefalea la nuova classificazione stabilisce una linea di demarcazione, seppure convenzionale, tra le diverse forme. Si parla di forma di **cefalea episodica sporadica** (<1 giorno al mese, <12 crisi all'anno), di per sé estremamente diffusa, di **cefalea frequente** (da 1 a 14 giorni al mese per più di 3 mesi, >12 crisi e <180 giorni all'anno) e di **cefalea cronica** (? 15 giorni al mese per più di 3 mesi, >180 giorni all'anno). Ciò consente di suddividere i pazienti in sottopopolazioni che hanno un profilo clinico e una storia naturale spesso molto diversa.

Nei pazienti con **cefalea cronica**, le manifestazioni cliniche creano importanti interferenze sull'efficienza lavorativa, specie in caso di lavoro intellettuale, e sulla qualità della vita in senso lato. Questo spiega perché a fronte di una minore prevalenza nella popolazione generale, la forma cronica giunge maggiormente all'osservazione clinica neurologica.

Alcuni pazienti possono presentare **sintomi intermedi tra forma tensiva ed emicranica** (cosiddette "cefalee miste" delle precedenti classificazioni), mentre l'associazione con l'emicrania, tutt'altro che infrequente, può porre al paziente serie difficoltà nel distinguere le due forme, con conseguente inappropriata scelta del farmaco sintomatico. Questo accade, ad esempio, in pazienti che all'esordio dell'attacco emicranico presentino dolore di intensità non elevata e gravativo o in cui i sintomi di accompagnamento siano scarsi. **Si deve inoltre considerare che l'83% dei pazienti emicranici soffre anche di cefalea di tipo tensivo.** Questo dato indica quanto sia cruciale la corretta differenziazione tra le due forme.

A tale scopo la nuova classificazione distingue i pazienti che presentano aumento della **dolorabilità dei muscoli pericranici**, il più significativo reperto riscontrabile nella cefalea di tipo tensivo, da quelli senza tale disturbo. Questo sintomo, tipicamente presente in fase intercritica e che peggiora in corso di cefalea e con l'aumentare dell'intensità e della frequenza degli episodi, è facilmente rilevabile e registrabile con una specifica tecnica di palpazione manuale effettuata dal Neurologo.

L'anamnesi del paziente aiuta il Neurologo nella diagnosi: esistono infatti differenze peculiari per quanto riguarda età, sesso e fattori di rischio, sebbene alcuni fattori favorevoli, quale ad esempio lo stress, siano comuni ad entrambe le cefalee.



Una volta definita la diagnosi, il tema di maggior interesse è la terapia. Le due principali vie terapeutiche della cefalea di tipo tensivo **sono il trattamento acuto e la profilassi**. Gli analgesici semplici o combinati sono il cardine del trattamento acuto. Il trattamento profilattico è necessario in caso di attacchi frequenti e/o difficili da trattare. I farmaci di prima scelta per la prevenzione della cefalea di tipo tensivo appartengono alla categoria degli antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina e noradrenalina, **la cui efficacia è documentata in molteplici studi**. Altri metodi profilattici, non farmacologici, di comprovata efficacia spaziano dalla **psicoterapia**, **all'agopuntura**, dalle tecniche di terapia fisica manuale tipo **l'osteopatia** sino all'utilizzo della **tossina botulinica di tipo A**. La tossina botulinica inibisce infatti il rilascio di acetilcolina alla giunzione neuromuscolare, inibendo reversibilmente la contrazione dei muscoli scheletrici con riduzione dei livelli di dolore.

In conclusione, **una diagnosi corretta costituisce il presupposto fondamentale per il trattamento delle cefalee**, ma è altrettanto importante garantire un insieme di soluzioni terapeutiche in grado di rispondere alle specifiche esigenze di ogni paziente.

Il **Centro Medico SME** – Poliambulatorio – Diagnostica per Immagini – Punto Prelievi Bionics, di Via L. Pirandello, 31 – Varese (Direttore Sanitario Prof. Andrea Casasco), struttura sanitaria privata non convenzionata con il SSR, sottoposto a direzione e coordinamento del CDI – Centro Diagnostico Italiano, offre **soluzioni INTERDISCIPLINARI** in diversi ambiti della medicina.

di A cura del Centro Medico SME

