



Schweizerische Kopfwehgesellschaft  
Société suisse pour l'étude des céphalées  
Società svizzera per lo studio delle cefalee  
Societad svizra per il studi del mal il tgau  
Swiss Headache Society



## Cefalee e algie facciali Raccomandazioni terapeutiche

con algoritmo decisionale per i medici

[www.headache.ch](http://www.headache.ch)



Edizione 10.1, interamente rivista

### Membri della commissione terapeutica della SSC

C. Andrée, I. Barone-Kaganas, S. Biethahn, K. Böttger, C. Dozier, M. J. Emmenegger, D. Flügel, U. Galli, A. Gantenbein, C. Gobbi, T. Iff, C. Käseberg, A. Kleinschmidt, J. W. Koch, G. Landmann, O. Meienberg, G. Merki, P. Myers, A. Palla, H. Pohl, Ph. Ryvlin, P. Sandor, Ch. Schankin, H. Schmidt, P. Stellmes, H. R. Stöckli, M. Sturzenegger, E. Taub

Le raccomandazioni di presa a carico delle cefalee presenti in questo libretto si basano sulle evidenze scientifiche e/o sull'esperienza clinica degli autori, membri della commissione terapeutica. Queste raccomandazioni sono indipendenti dal parere o dall'approvazione dei trattamenti da parte di Swissmedic, indipendenti da altre considerazioni amministrative e normative o dall'accettazione di rimborso da parte delle casse malati.

### Indirizzo

Società svizzera per lo studio delle cefalee (SSC)  
Segretariato amministrativo  
c/o **IMK** Istituto per la medicina e comunicazione SA  
Münsterberg 1 · 4001 Basilea

Tel. +41 61 561 53 53  
[kopfweh@imk.ch](mailto:kopfweh@imk.ch) · [www.headache.ch](http://www.headache.ch)

© 2021 Società svizzera per lo studio delle cefalee  
Edizione e concetto:  
**IMK** Istituto per la medicina e comunicazione SA

Tutte le sostanze sono state elencate in ordine alfabetico.

Ringraziamo C. Gobbi e il suo team per la traduzione in italiano.

Con il gentile sostegno delle seguenti istituzioni:

**BioMed**<sup>®</sup>

*Lilly*

 **NOVARTIS**

**SWICA**

**mepha**  | **teva**

 **almirall**  
feel the science

[www.headache.ch](http://www.headache.ch)

© copertina: Radu Florin, Unsplash

## Indice

Introduzione	2
Cefalee primarie e secondarie	3
Segni di allarme (red flags)	4
Scopo del trattamento delle cefalee primarie	4
Aspetti generali	5
Emicrania	
Terapia di attacco	6-7
Profilassi	8-11
Cluster Headache (cefalea a grappolo)	
Trattamento delle crisi	12
Profilassi	12
Cefalea tensiva episodica	
Trattamento dell'episodio	13
Cefalea tensiva cronica	
Trattamento preventivo	13
Emicrania cronica e cefalea da abuso di farmaci	14
Gravidanza, ciclo mestruale, contraccezione e menopausa	15-17
Cefalee del bambino	18-19
Nevralgie	20
Chirurgia e terapie interventistiche nelle nevralgie e algie facciali primarie	21
La società svizzera per lo studio delle cefalee (SSC)	22
10 domande chiave per la diagnosi delle cefalee	23
sito internet	24
Diagnosi	25

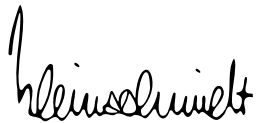
Questo libretto, edito dalla società svizzera per lo studio delle cefalee, rappresenta un'importante fonte di informazione per il trattamento delle cefalee da parte dei medici. Queste raccomandazioni terapeutiche sono rivolte innanzitutto ai medici di famiglia e riassumo, in modo chiaro e conciso, lo stato attuale delle terapie disponibili per le cefalee, sulla base delle evidenze.

In questa nuova edizione, interamente rivista, vengono segnalate le più rilevanti e recenti conoscenze scientifiche riconosciute e accettate. Tratteremo, inoltre, il tema della chirurgia e degli altri trattamenti di cui non è stata dimostrata l'efficacia o la cui efficacia è ancora controversa.

Al fine di preservare la leggibilità e il carattere pratico delle raccomandazioni, le informazioni sono state scientificamente limitate agli aspetti essenziali del trattamento delle cefalee. È stato considerato un complemento comprendente la pratica congiunta di tre società di lingua tedesca (Germania, Austria e Svizzera)\*.

Le nostre raccomandazioni hanno lo scopo di aiutare il medico nella sua attività quotidiana di trattamento del paziente cefalalgico in modo chiaro e facilmente consultabile.

Mi auguro che sarete soddisfatti al momento dell'utilizzo di queste raccomandazioni e della presa a carico del paziente affetto da cefalea.



Ginevra  
Prof. Dr. med. Andreas Kleinschmidt  
Presidente

\* Diener H.-C., Gaul C., Kropp P. et al., Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, 2018, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie Online: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien) (consultato il 01.12.2020)

Per ragioni pratiche, si impone una distinzione tra cefalee primarie e secondarie.

### Cefalee primarie (idiopatiche)

- Nessuna causa identificabile. Queste cefalee hanno caratteristiche e ricorrenza specifiche
- Nessuna lesione organica identificabile
- Le forme più frequenti sono l'emicrania, le cefalee tensive e le cefalee a grappolo (cluster headache)
- La diagnosi viene posta secondo i criteri attuali riconosciuti dalla Società Internazionale di cefalea (International Classification of Headache Disorders; 3rd edition, ICHD-3; [www.ihs-headache.org](http://www.ihs-headache.org))

### Cefalee secondarie (sintomatiche)

- Cefalee dovute ad un'affezione organica che deve essere ricercata e trattata.



- Anamnesi dettagliata oltre ad un esame neurologico completo
- Ricorso ad esami complementari e/o specialistici in presenza di segni indicativi di:
  - deficit neurologici
  - segni sistemici (febbre, meningismo)
  - disturbi di coscienza
  - età >50 anni
  - dolore di intensità e/o durata inabituale
  - cefalea che raggiunge la massima intensità rapidamente (cefalee a rombo di tuono)
  - dolore progressivo
  - mancata risposta alla terapia

## Scopo del trattamento delle cefalee primarie

### Migliorare la qualità della vita

- Lo scopo non è guarire ma il miglioramento della qualità di vita e la ripresa delle attività quotidiane
- Cercare e attivare le risorse del paziente per diminuire l'impatto che il dolore ha nella vita
- Concordare un piano di cura che consideri alcuni aspetti individuali del paziente (sofferenza fisica, angoscia, convinzione)
- Non è sempre necessario assumere una terapia, alcune volte è sufficiente fare una visita medica e dare delle spiegazioni

## Aspetti generali

- Riconsiderare la diagnosi anche dopo aver iniziato una terapia, soprattutto in caso di mancata risposta alla terapia stessa
- In primo luogo presa a carico e trattamento da parte del medico curante
- In caso di mancata risposta alla terapia medica inviare il paziente ad uno specialista
- **Cave:** rischio di abuso dei farmaci

## Fattori che influenzano le cefalee

- Alcuni fattori come le mestruazioni, le fluttuazioni ormonali, le variazioni meteorologiche, le situazioni sociali ecc. non devono essere considerate necessariamente non migliorabili

## Comportamento del paziente

- Si deve incoraggiare un'adeguata presa a carico personale
- **Cave:** l'automedicazione, particolarmente quella mediante analgesici rappresenta un problema

## Prima di iniziare una terapia

- Sospendere i farmaci inutili o persino nocivi
- Controllare l'uso di sostanze tossiche (alcool, caffè, nicotina, ecc.)
- Discutere l'igiene di vita (tempo libero, ritmi giornalieri, autodeterminazione, "gestione dello stress", ecc.)
- Compilare un diario delle cefalee (se possibile nel mese precedente l'inizio della presa a carico medica)
- Stabilire le strategie terapeutiche successive: trattamento delle crisi e/o profilassi puntuale o a lungo termine

## Attacco di emicrania di intensità lieve e senza compromissione delle attività quotidiane

In questi casi, possono essere sufficienti gli anti-infiammatori non-steroidi (FANS) o altri analgesici. In linea di principio sono tutti ugualmente utilizzabili, meglio in formulazioni «rapide» o in bustine.

Acido acetilsalicilico (ASA)	1000mg
Diclofenac	50-150mg
Ibuprofene	400-800mg
Metamizolo	500-1000mg
Acido mefenamico	500-1500mg
Naprossene	500-1000mg
Paracetamolo	1000mg

## Attacco di emicrania di intensità media-alta e con compromissione delle attività quotidiane

Il trattamento si basa prevalentemente sui triptani. Si tratta di farmaci molto efficaci e specifici per l'emicrania che devono essere somministrati precocemente ma non nella fase dell'aura (in caso emicrania con aura).

		Dose unitaria
Almotriptan	cp.	12.5mg
Eletriptan	cp.	40/80mg
Frovatriptan	cp.	2.5mg
Naratriptan	cp.	2.5mg
Rizatriptan	cp.	5/10mg
	cp. lingual	5/10mg
Sumatriptan	s.c.	6mg
	cp.	50mg
	oppure spray nasale	10-20mg
Zolmitriptan	cp.	2.5mg
	cp. sublinguali	2.5mg
	oppure spray nasale	2.5/5mg

## Antiemetici procinetici

L'assorbimento dei diversi farmaci deve essere ottimizzato. Poiché frequentemente si ha un rallentamento della funzione gastrica, qualche volta è necessario associare al trattamento dell'attacco di emicrania un procinetico gastrico. Allo stesso modo alcuni antiemetici hanno un leggero effetto anti-emicrania.

Dompéridone	10-60mg
Métoclopramide	10-20mg



La latenza e la durata di efficacia analgesica varia a seconda del triptano. I diversi triptani possono essere usati in funzione dell'intensità e della durata degli attacchi e a seconda degli effetti collaterali. Il sumatriptan per via sottocutanea agisce più rapidamente rispetto agli altri triptani. Tra i triptani orali l'eletriptan e il rizatriptan sono i più rapidi. L'almotriptan e l'eletriptan sono i più tollerati, mentre il naratriptan e il frovatriptan hanno la maggiore durata d'azione. In caso di incompleta risoluzione dell'attacco, una seconda assunzione è possibile dopo almeno due ore dalla prima. In caso di efficacia insufficiente di una sostanza o di un preparato galenico è indicato cambiare principio attivo.

**Cave:** Il triptano non deve essere cambiato per almeno 24 ore.

**Controindicazioni:** infarto miocardico, infarto cerebrale, arteriopatia obliterante, coronaropatia, ipertensione mal controllata, assunzione degli inibitori della MAO.

**Effetti collaterali:** sensazione di pressione o oppressione toracica, parestesie.

In caso di recidiva di emicrania (ricorrenza) si può tentare una terapia iniziale con un triptano da combinare con una forma a rilascio ritardato di un FANS.

**Cave:** oppioidi e i tranquillanti non dovrebbero essere usati nel trattamento di attacchi di emicrania, a causa del loro alto potenziale di dipendenza.

## In caso di urgenza

In caso di controindicazioni o di inefficacia di analgesici orali è possibile usare degli analgesici per via intravenosa, nasale o sottocutanea.

ASA	i.v.	1000mg
Diclofenac	i.v., i.m.	75mg
Metamizol	i.v.	1000mg
Sumatriptan	s.c.	6mg
Zolmitriptan	nasal	5mg



Nella profilassi delle cefalee è opportuno associare una terapia medica e un approccio non farmacologico.

### Misure non farmacologiche:

- Esercizi di resistenza: 45 minuti x 3 volte a settimana con l'obiettivo di 120-140 pulsazioni/min
- Trattamento psicoterapico e comportamentale
- Tecniche di rilassamento
- Sono stati dimostrati effetti benefici dell'agopuntura
- I risultati di altre misure di medicina alternativa sono controversi. I risultati ottenuti dalla pratica clinica sono contraddittori.

### Quando iniziare la profilassi?

- In caso di più di tre attacchi al mese (>5 giorni)
- Attacchi intensi o di lunga durata
- Aura prolungata o frequente
- Terapia dell'attacco controindicata o mal tollerata
- Presenza o rischio di cefalea da abuso di farmaci
- Peggioramento considerevole della qualità della vita
- Scelta del paziente

### Profilassi: suggerimenti

- In caso di effetti benefici (da valutare dopo 8 settimane di terapia) continuare la terapia di fondo per 6-12 mesi
- La terapia dell'attacco non deve essere usata con regolarità e in modo prolungato come preventivo (**cave:** sviluppo di cefalea da abuso di farmaci!)
- Considerare le comorbidità nella scelta della terapia di profilassi:
  - Aumento del peso con flunarizina e amitriptilina
  - Controindicazione dei beta-bloccanti in caso di asma severo e ipotensione
  - I beta-bloccanti, la flunarizina e il topiramato aumentano il rischio di sviluppare una sindrome depressiva.
- Effetti collaterali che possono essere di aiuto:
  - Perdita di peso con il topiramato
  - Sedazione con l'amitriptilina
  - Effetto lassativo del magnesio
  - Riduzione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca con i beta-bloccanti e i sartani

In caso di profilassi con topiramato o lamotrigina fare attenzione alle interazioni con i contraccettivi orali! Il topiramato e il valproato sono teratogeni e possono essere utilizzati solo in caso di contraccezione sicura.

### Antidepressivi

	Al giorno
Amitriptilina*	50-150mg
Duloxetina	30-60mg
Venlafaxina	75-150mg

### Anticonvulsivanti

Lamotrigina	25-200mg
Topiramato*	25-100mg
<b>Cave:</b> effetti collaterali cognitivi, calcoli renali, parestesie, disturbi della vista, depressione	
Valproato	500-1500mg
<b>Cave:</b> non utilizzare in donne in età fertile, epatotossicità	

### Betabloccanti e altri antiipertensivi

Bisoprololo	5-10mg
Candesartan	8-16mg
Lisinopril	20mg
Metoprolol*	50-200mg
Propranolol*	40-240mg

### Anticorpi anti-CGRP

Erenumab*	70-140mg
Fremanezumab*	225mg/mese o 675mg/tre mesi
Galcanezumab*	120mg

### Antagonisti del calcio

Flunarizina*	5-10mg
<b>Cave:</b> aumento del peso, sonnolenza, depressione, sindrome parkinsoniana	

### Sostanze naturali

Magnesio	20-25mmol
Coenzima Q10	3x100mg
Riboflavina (vitamina B2)	400mg

### Altri

Tossina botulinica tipo A	155U
<b>Cave:</b> evidenze scientifiche per emicrania cronica	

\* autorizzato in Svizzera per il trattamento dell'emicrania

**Neurostimolazione non invasiva**

Per l'emicrania e le cefalee a grappolo ci sono crescenti evidenze circa l'efficacia dell'elettrostimolazione transdermica del nervo trigemino/nervo vago (TENS), della stimolazione transcranica a corrente continua (tDCS) e della stimolazione magnetica transcranica (TMS). Queste tecniche hanno il vantaggio di presentare un buon profilo di tollerabilità e di poter adattare i parametri di stimolazione per ottimizzare l'effetto.

Cefaly®*
gammaCore®
Spring TMS®
sTMS Mini®

\* disponibile in Svizzera

Preso a carico congiunta con il neurologo

**Trattamento della crisi**

<b>O<sub>2</sub> 100% inalazione</b>	maschera	10-12 l/min per 10-15 minuti
<b>Sumatriptan s.c.</b>	s.c.	6mg
	spray nasal	20mg
<b>Zolmitriptan</b>	spray nasal	5mg

**Risoluzione degli episodi**

<b>Prednisone p.o.</b>	per es. 100/75/50/25mg al giorno per 5 giorni da assumere al mattino
<b>Infiltrazione del nervo grande occipitale da parte dello specialista.</b>	

**Cluster Headache**  
Profilassi

Preso a carico congiunta con il neurologo

<b>Verapamil</b>	240-720mg (controllo ECG)
<b>Litio</b> (posologia variabile a seconda del tasso sierico)	
<b>Melatonina</b>	fino a 10mg
<b>Topiramato</b>	100-200mg
<b>Valproato</b>	1000-2000mg



- Se possibile, evitare qualsiasi farmaco altrimenti prescriverlo a una posologia sufficiente (alta)
- Posologia adeguata degli analgesici/FANS da assumere al massimo per 10 giorni al mese
- Olio di menta piperita
- Esercizi di rilassamento e/o attività fisica

**Cefalea tensiva cronica**  
Trattamento preventivo

- Esercizi di rilassamento quotidiano
- Esercizi di resistenza: 45 minuti per 3 volte a settimana con obiettivo di 120-140 pulsazioni/min
- Biofeedback

**Antidepressivi**

<b>Amitriptilina</b>	25-150mg
<b>Mirtazapina</b>	15-30mg
<b>Venlafaxina</b>	75-150mg

- I programmi terapeutici multidisciplinari sono più efficaci delle terapie farmacologiche o delle singole terapie non farmacologiche

- **Cave:** in caso di assunzione regolare di tutti i trattamenti usati per gli attacchi (analgesici o triptani), c'è un certo rischio di sviluppare una cefalea cronica autoalimentata da questo abuso. Massimo 10 giorni al mese di assunzione dei farmaci.
- Misura più importante: svezzamento completo delle terapie di attacco per almeno 4 settimane.
- In alcuni casi è possibile lo svezzamento ambulatoriale. La stretta supervisione di un neurologo è necessaria durante lo svezzamento, così come l'introduzione di una terapia di profilassi.
- In caso di fallimento evidente o prevedibile: svezzamento completo in una clinica specializzata. Durata del ricovero per lo svezzamento: 7-14 giorni. Nei casi difficili, può essere necessaria una presa a carico specifica con ulteriore riabilitazione della durata di 2-4 settimane.
- La profilassi farmacologica deve essere continuata per almeno 6 mesi. **Nota bene:** in generale, la profilassi ha poco o nullo effetto benefico sulle cefalee da abuso di farmaci.
- Dopo lo svezzamento, la continuazione della presa a carico da parte di uno specialista in cefalee aumenta le probabilità di successo sul lungo termine.

### Gravidanza

Di principio, nessun trattamento delle crisi né di profilassi dovrebbe essere iniziato durante la gravidanza. Non ci sono indicazioni vitali in merito. L'innocuità delle sostanze neurotrope utilizzate deve essere rivalutata nonostante i risultati rassicuranti degli studi sugli animali, poiché tutte le sostanze interferiscono potenzialmente con lo sviluppo del sistema nervoso fetale. In caso di necessità assoluta:

- Terapia della crisi
  - Paracetamolo (500-1000mg, max. 2-3 volte in 24 ore), durata del trattamento il più breve possibile
- Profilassi
  - Misure di rilassamento
  - Magnesio

### Ciclo mestruale

L'emicrania catameniale compare durante il periodo del ciclo, nei due giorni precedenti fino ai tre giorni successivi all'arrivo delle mestruazioni. Si caratterizza per l'assenza dell'aura e la scarsa efficacia dei farmaci sintomatici abituali. È dovuta alla caduta del tasso di estrogeni alla fine di un ciclo. L'utilizzo profilattico di un cerotto di estrogeni è difficile perché il primo giorno precedente così come il terzo giorno successivo all'arrivo della mestruazione cambiano da un ciclo all'altro. Al momento della rimozione del cerotto, si può verificare una nuova emicrania da svezzamento ormonale. Desogestrel è un'opzione per le donne che hanno bisogno di una contraccezione o che soffrono anche di attacchi non legati al ciclo mestruale.



### Contraccezione in caso di emicrania

#### Emicrania senz'aura

- Sono raccomandati contraccettivi progestinici (per es. desogestrel orale, impianti liberanti etonogestrel o iniezioni retard ogni tre mesi) o dispositivi intrauterini. Il desogestrel può avere un effetto terapeutico.
- Controindicazioni relative o assolute (fattori di rischio cardiovascolare) ai preparati a base di etilestradiolo (pillole, cerotti, anelli vaginali).

#### Emicrania con aura

- Sono raccomandati contraccettivi progestinici (per es. desogestrel orale, impianti liberanti etonogestrel o iniezioni retard ogni tre mesi) o dispositivi intrauterini.
- Controindicazione assoluta ai preparati a base di etilestradiolo (pillole, cerotti, anelli vaginali).

#### Emicrania catameniale

- Desogestrel (trattamento contraccettivo e di profilassi dell'emicrania)
- Gestagene a durata d'azione prolungata (impianti, iniezioni), se ben tollerati, dispositivi intrauterini autorizzati, preferibilmente in rame; gli IUD liberanti levogestrel possono peggiorare l'emicrania a causa delle fluttuazioni ormonali a cui sono associati. Comunque hanno, qualche volta, un effetto positivo sugli attacchi catameniali.
- Controindicazioni relative o assolute (fattori di rischio cardiovascolare) ai preparati a base di etilestradiolo (pillole, cerotti, anelli vaginali).



**Emicrania in menopausa**

A causa dell'assenza di attività follicolare, in questo periodo il tasso di estrogeni rimane sempre basso. Questo contribuisce a migliorare le emicranie in termini di frequenza e intensità, soprattutto nelle donne che hanno sofferto di emicrania catameniale. Raramente l'emicrania esordisce in questa fase

**Sostituzione ormonale**

Per questo tipo di trattamento vengono proposte preparazioni a base di estrogeni e progestinici (compresse, cerotti, o gel). Il trattamento ormonale è raccomandato per il trattamento dei sintomi della menopausa come le vampate di calore, disturbi del sonno, e dell'umore (irritabilità); inoltre possono rallentare lo sviluppo dell'osteoporosi ed essere utili nella prevenzione dell'arteriosclerosi. Se bisogna iniziare un trattamento ormonale sostitutivo per l'emicrania, si devono preferire i trattamenti transdermici a liberazione unica continua (cerotti transdermici, gel) poiché le fluttuazioni dei livelli ematici sono inferiori rispetto alle compresse.

Le emicranie che migliorano in menopausa possono peggiorare dopo l'inserimento di una terapia ormonale sostitutiva. È quindi opportuno valutare vantaggi e svantaggi del trattamento. Gli aspetti soggettivi legati alle modifiche ormonali e il rischio personale d'osteoporosi devono essere valutati in relazione alla frequenza, all'importanza e al risultato raggiunto con la presa a carico non ormonale degli attacchi emicranici.

Nel bambino, l'anamnesi dettagliata, l'esame clinico e neurologico forniscono gli elementi essenziali per la diagnosi. Un esame radiologico cerebrale non è indicato tranne quando l'anamnesi non è suggestiva di una cefalea primaria e/o se l'esame neurologico è patologico. La preoccupazione dei genitori (per una patologia tumorale) può essere dissipata rapidamente con una spiegazione dettagliata delle cefalee primarie. Ai fini diagnostico-terapeutici è importante tenere un calendario delle cefalee che includa il ciclo mestruale per le adolescenti.

Mantenere un calendario delle cefalee, compreso il ciclo mestruale nelle adolescenti, è importante sia per ragioni diagnostiche che terapeutiche.

Le misure di igiene della vita quotidiana sono importanti nell'ambito delle cefalee e sono particolarmente efficaci a quest'età: pasti regolari, attività sportiva, idratazione adeguata, limitazione o eliminazione delle bevande ricche di caffeina-teina (cola, red Bull, tè freddo), e sufficienti ore di sonno. È necessario specificare la situazione scolastica e l'organizzazione degli svaghi e valutare la presenza di un eventuale sovraccarico.

La presa a carico deve tenere conto delle differenti forme di cefalea e della differenza di manifestazione degli attacchi di emicrania nei bambini rispetto agli adulti.

**Terapia degli attacchi di emicrania**

Nei bambini in età prescolare e nei primi anni di scolarizzazione, il sonno è una misura frequentemente efficace nell'ambito degli attacchi brevi di emicrania in cui le terapie farmacologiche non sono necessarie. I bambini più grandi e gli adolescenti hanno di solito degli attacchi di durata e/o di intensità maggiore, per cui necessitano una terapia farmacologica, assunta, se possibile, all'esordio dell'attacco.

**Farmaci con evidenza scientifica**

Analgesici/FANS		
ASA	di preferenza, dopo i 12 anni, massimo ogni 4h	5 (-10)mg/kg per attacco
Acido mefenamico	max ogni 8h	5 (-10)mg/kg per attacco
Ibuprofene	max ogni 6h	5-10mg/kg per attacco
Paracetamolo	max ogni 4h	15mg/kg per attacco
Triptani		
Sumatriptan spray nasale	dopo i 12 anni, max 40mg/24h.	10mg: 20-39kg per attacco 20mg: ≥ 40kg per attacco
Antiemetici (in caso di nausea con il trattamento dell'attacco)		
Domperidone sublinguale	max ogni 12h	10mg > 35kg per attacco

**Trattamento di profilassi dell'emicrania**

Raramente indicato tranne se la terapia degli attacchi è inefficace o insufficiente, portando, per 3-4 giorni al mese, ad assenteismo scolastico o nelle attività di svago. Più spesso indicato negli adolescenti.

anche se con minima evidenza clinica, ma spesso efficace:	
Magnesio	9mg/kg/die = 0,37mmol/kg/die in 2 (-3) somministrazioni

In alternativa o in associazione con il Magnesio:	
Riboflavina	(vit. B2) 200-300 (max. 400) mg/die in due somministrazioni

L'efficacia della terapia di profilassi deve essere valutata nell'arco di almeno 1-2 mesi (anche la terapia della crisi dovrà portare ad un miglioramento di almeno il 50% in virtù dell'elevato effetto placebo nei bambini).

Basato sull'evidenza scientifica e più efficace nei bambini e negli adolescenti:	
Flunarizina	1-2 cp. da 5mg/die
<b>Cave:</b> depressione, aumento del peso, sonnolenza (assunzione serale).	

In caso di assunzione troppo frequente della terapia degli attacchi (durata maggiore a 10 giorni/mese per una durata uguale o superiore a 3 mesi), può raramente instaurarsi una cefalea da sovradosaggio o da abuso di farmaci nei bambini e occasionalmente negli adolescenti (vedi p. 14).

**Emicrania nell'adolescente**

Nelle adolescenti, si deve evitare la possibilità di emicrania legata alle mestruazioni. Devono essere considerate terapie ormonali da parte di uno specialista delle cefalee o ginecologo specialista in endocrinologia.

**Cefalee tensive**

Se i fattori che favoriscono le cefalee tensive (prevalentemente familiari o scolastici) non sono gestibili, si raccomandano le seguenti misure:

- Evitare le terapie farmacologiche
- Prevedere un'adeguata durata del sonno
- Avere un'attività fisica regolare
- Fisioterapia ed esercizi di rilassamento
- Terapia con magnesio (stessa posologia usata per l'emicrania)





## Nevralgia del trigemino e altre nevralgie craniche

**Cave:** le forme secondarie (soprattutto patologie dentarie)

### Farmacoterapia

#### Farmaci di prima scelta

##### Carbamazepina

Dose iniziale di 200-400mg/die (negli anziani: 100-200mg), con aumenti di 50mg/die, fino a 800mg/die, diviso in 3-4 somministrazioni al giorno

**Cave:** controllare la funzionalità epatica e il tasso sierico di sodio (iponatriemia), reazioni allergiche cutanee, effetti indesiderati cognitivi

##### Gabapentin

Dose iniziale di 100-300mg/die, con aumenti di 100-300mg ogni 2 giorni fino alla dose massima tollerata (max. 3600mg/die, diviso in 3 somministrazioni di max. 1200mg)

##### Pregabalin

Dose iniziale di 75mg/die, con aumenti di 75mg ogni 3 giorni fino a 150-600mg/die, diviso in 2 somministrazioni

#### Farmaci di seconda scelta

##### Clonazepam

Dose iniziale di 0.25-0.5mg, dose max di 6-8 mg/die

##### Lamotrigina

Dose iniziale di 25 mg, con aumenti di 25 mg ogni settimana fino a una dose max. di 400mg/die

**Cave:** reazioni allergiche cutanee

##### Oxcarbazepina

Dose iniziale di 150-300mg/die, con aumenti di 150-300mg ogni 3-5 giorni fino a 900-1800mg/die

**Cave:** iponatriemia, reazioni allergiche cutanee

##### Valproato (da non utilizzare nelle donne in età fertile)

Dose iniziale di 300mg, con aumenti di 300mg ogni 2-5 giorni fino a 20-30mg/kg/die

#### Farmaci di terza scelta

Combinazioni di antiepilettici e di triciclici

Antidepressivi triciclici come la clomipramina e l'amitriptilina: dose iniziale di 25mg da aumentare ogni 3-5 giorni fino a 150mg/die

## Opzioni di intervento

In caso di nevralgie idiopatiche del trigemino o di altre nevralgie dei nervi cranici refrattarie alle terapie o in caso di effetti collaterali non tollerati, è indicata la presa a carico neurochirurgica. La scelta della terapia ottimale per ogni paziente deve essere selezionata nel corso di una discussione interdisciplinare. I seguenti metodi disponibili si sono dimostrati efficaci: la craniotomia con decompressione microvascolare della parte prossimale del nervo trigemino secondo Jannetta, gli interventi per via transcutanea in anestesia locale come la termocoagulazione del ganglio di Gasser, l'iniezione di glicerolo, o la decompressione con palloncino, e l'irradiazione focale della parte iniziale del nervo trigemino (radiochirurgia).

Al momento attuale, non c'è nessun trattamento chirurgico disponibile per le cefalee tensive o le emicranie la cui efficacia sia stata scientificamente provata. Il trattamento chirurgico di queste forme rimane sperimentale e, qualche volta, comporta rischi di complicazioni non trascurabili; in particolare gli interventi a livello del naso o dei seni paranasali, le estrazioni dentarie, la chiusura del forame ovale e i trattamenti oculari con laser. In accordo con le raccomandazioni di altre società internazionali delle cefalee, sconsigliamo questi tipi di misure di terapia.

Le «operazioni per l'emicrania», durante le quali le strutture del viso o della testa che si suppone scatenino le cefalee (muscoli, nervi) sono distrutte in modo mirato, sono sconsigliate. Questi interventi si basano su teorie fisiopatologiche infondate che sono in contraddizione con le conoscenze scientifiche attuali circa la patofisiologia dell'emicrania. L'efficacia riferita dai medici che effettuano questi trattamenti si basa su idee personali e non è riconosciuta dalle società di discipline mediche nazionali e internazionali. In particolare, le pubblicazioni che rispondono a uno standard minimo di qualità scientifica ne dimostrano il fallimento. Si possono verificare complicanze gravi e irreversibili, in particolare danni estetici, infezioni o disturbi neurologici comprendenti anche nuovi dolori.

Nell'ambito del «cluster headache» refrattario ai trattamenti, diversi studi hanno dimostrato l'efficacia di diverse misure di neurostimolazione invasiva (nervo occipitale, ganglio sfenopalatino o ipotalamo). L'indicazione di una di queste misure deve essere valutata nell'ambito della presa a carico interdisciplinare in centri specializzati (universitari). L'uso di queste procedure nell'ambito dell'emicrania cronica refrattaria alle terapie è attualmente argomento di studio.

La società svizzera per lo studio delle cefalee (SSC), riunisce medici specialisti, medici curanti e altri studiosi che si interessano al problema delle cefalee. Essa persegue lo scopo di promuovere la ricerca, la diagnosi e la terapia delle cefalee, e trasmettere le conoscenze scientifiche più recenti a medici, ricercatori e pazienti. Inoltre, il segretariato amministrativo della SSC è spesso il primo interlocutore dei pazienti e delle persone coinvolte. La SSC è membro della federazione europea delle cefalee (European Headache Federation) e, dal 1996, appartiene alla società internazionale delle cefalee (International Headache Society).

Composta da circa 150 membri in prevalenza neurologi, internisti e psichiatri la SSC persegue i seguenti scopi:

- Promozione dei lavori scientifici e di ricerca nell'ambito delle cefalee
- Miglioramento della collaborazione tra i medici e i membri delle società mediche che intervengono nel trattamento e nella gestione dei pazienti che soffrono di cefalea o coinvolti nella ricerca in questo campo
- Informazione alle persone coinvolte e ai loro famigliari in merito alle nuove terapie esistenti

Inoltre, la SSC propone una piattaforma diversificata nel campo delle cefalee e del suo trattamento, sia allo specialista che al medico curante e ai pazienti.

## La commissione terapeutica

La commissione terapeutica è composta da specialisti con esperienza in materia di presa a carico dei pazienti cefalalgici. Una delle caratteristiche è di emettere regolarmente delle raccomandazioni terapeutiche aggiornate sulle ultime terapie disponibili per le cefalee.

## Congressi

In occasione dei congressi annuali, la SSC collabora con altre società al fine di promuovere la comunicazione interdisciplinare e collegiale sia per lo scambio di conoscenze scientifiche che per lo sviluppo delle sinergie.

## Sito internet

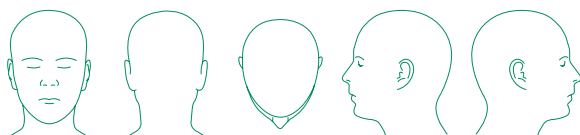
Il sito internet della SSC, in tre lingue, si rivolge sia agli specialisti che ai pazienti. I medici e i terapisti assicurano la presa a carico dei pazienti con cefalea, potendo utilizzare il sito come supporto nel loro lavoro quotidiano. Il sito fornisce raccomandazioni per la pratica quotidiana e le informazioni sulle nuove possibilità e tendenze, in parte con discussioni critiche da parte dei nostri specialisti. Inoltre, si trovano documenti come il diario delle cefalee che possono essere scaricati gratuitamente.

[www.headache.ch](http://www.headache.ch)





1 Dove è localizzato il dolore? Indicatelo sul disegno.



2 Quali sono l'intensità e le caratteristiche del dolore (oppressivo, trafittivo, pulsante, acuto o lentamente progressivo)?

3 Che frequenza e durata ha il dolore su settimane o mesi?

4 Ha dei sintomi concomitanti? Disturbi visivi, sensibilità a luce o rumori, nausea?

5 Quando ha iniziato a soffrire di cefalea?

6 Le caratteristiche della cefalea sono cambiate nel tempo?

7 Cosa assume in caso di cefalea (farmaco, posologia e frequenza)?

8 Quali trattamenti ha effettuato fino ad oggi?

9 Com'è il suo sonno (addormentamento/continuità del sonno)? Riesce a rilassarsi?

10 Come va la sua vita professionale e privata in termini di performance e qualità di vita?

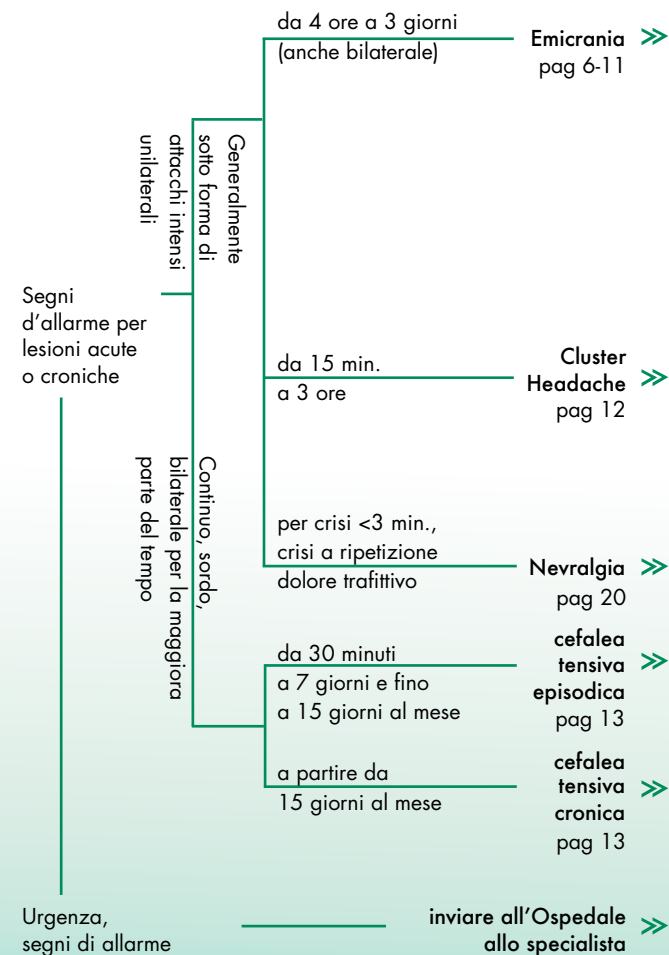
Visitate il nostro sito internet [www.headache.ch](http://www.headache.ch)



Ringraziamo le seguenti istituzioni per il loro prezioso sostegno:



Cefalea dal ... Il dolore è ... Il dolore dura ...



### Segni di allarme:

1. Disturbi neurologici
2. Attenzione ai sintomi sistemici (febbre, meningismo)
3. Segni sistemici generali
4. Disturbo della coscienza
5. Età >50 anni
6. Dolore inabituale in intensità o durata
7. Dolore che peggiora progressivamente
8. Resistenza al trattamento