

Assai numerose sono le condizioni patologiche in grado di indurre cefalea: compito iniziale e fondamentale del medico dell' emergenza è pertanto riuscire a distinguere le cefalee essenziali benigne, di gran lunga più frequenti, dalle cefalee secondarie, alcune delle quali sono espressione di patologie cliniche gravi o, addirittura, potenzialmente letali per il malato.

1. CAUSE DI CEFALEA

CEFALEA IDIOPATICA O ESSENZIALE (in ordine di frequenza decrescente):

- Di tipo tensivo
- Emicrania
- A grappolo
- Non associata a lesioni strutturali

CEFALEA SECONDARIA:

Post-traumatica

Patologie vascolari:

- **endocraniche:**
 1. Aneurisma (con/senza ESA)
 2. Malformazioni artero-venose
 3. Emorragia intraparenchimale
 4. Ischemia cerebrale acuta
 5. Ipertensione endocranica
 6. Arterite temporale
 7. Post-puntura lombare (ipotensione liquorale)
 8. Pseudotumor cerebri (ipertensione liquorale)
- **non endocraniche:**
 1. Iper / ipotensione sistemica
 2. Anemia
 3. Ipossia e/o ipercapnia
 - BPCO
 - Sindrome dell' apnea notturna
 - Elevate altitudini
 4. Febbre
 5. Dissezione dell' aa.carotide interna

Patologie endocraniche non vascolari

- Neoplasie
- Meningite
- Encefalite, ascesso cerebrale

Assunzione o brusca sospensione di sostanze esogene

A) Assunzione:

- Caffaina
- Nitrati
- Teofillina
- Contraccettivi orali
- Monossido di carbonio

B) Sospensione:

- Caffaina
- Alcool
- Corticosteroidi
- Triciclici

Patologie metaboliche

- Ipoglicemia
- Ipo / ipertiroidismo
- Sindrome da carcinoide

Patologie del collo

- occhi (glaucoma ad angolo acuto, irite, difetti di rifrazione oculare)
- orecchi (otite acuta)
- naso e seni paranasali (sinusite acuta)
- denti
- articolazione temporomandibolare

Nevralgie e nevriti

Psicogena

2. APPROCCIO CLINICO AL PZ CON CEFALEA

ANAMNESI:

Riguardo alle caratteristiche del dolore è necessario valutare:

- *Modalità di esordio*: è importante prestare particolare attenzione alle cefalee di recente insorgenza che si instaurano sia improvvisamente sia in modo rapidamente progressivo
- *Localizzazione* (diffuso, lateralizzato, focale) e sua eventuale *irradiazione*
- *Intensità* (da lieve ad insopportabile)
- *Qualità* (gravativo, pulsante, martellante, trafittivo, continuo...)
- *Durata e frequenza nel tempo* (regolare, stagionale...)
- *Evoluzione nel tempo* (attenzione alle forme ingravescenti!)
- *Variazioni del pattern* (in un soggetto cefalgico noto, la comparsa di cefalea con caratteristiche differenti dai precedenti episodi deve essere valutata attentamente)
- *Condizioni scatenanti l'insorgenza della cefalea* (trauma cranico, attività fisica, tosse, stress, attività sessuale, esposizione al sole, assunzione di alcool...)
- *Fattori esacerbanti o allevianti la sintomatologia*

- *Sintomi associati* (compresi eventuali prodromi), con particolare attenzione a :
 - Alterazione dello stato di coscienza
 - Nausea
 - Vomito
 - Febbre
 - Vertigini
 - Diplopia, ambliopia, fotofobia

Nella raccolta anamnestica non devono tuttavia essere omesse informazioni riguardo a:

- *Età del paziente:*
in genere più è avanzata l'età del paziente, maggiori sono le probabilità che la cefalea sia di natura secondaria.
- *Pregressa storia positiva per cefalea*
- *Anamnesi familiare per cefalea:*
è, in genere, rassicurante il dato anamnestico di episodi cefalgici analoghi in uno dei due genitori.
- *Patologie mediche concomitanti o pregresse*
- *Terapie farmacologiche in atto o sospese di recente* (compreso terapia anticoagulante)
- *Eventuali sostanze assunte*
- *Ambiente di vita* (potenziale esposizione a monossido di carbonio)

ESAME OBIETTIVO:

Assieme alle informazioni raccolte durante l' anamnesi, rappresenta un elemento determinante per la decisione di procedere o meno ad accertamenti strumentali.

1. Rilevamento dei parametri vitali
2. Esame obiettivo generale
3. Esame neurologico accurato: ricercare, in particolare, alterazioni dello stato di coscienza, deficit neurologici focali e segni di irritazione meningeale (rigidità nucale, segno di Kernig, segno di Brudzinski, posizione "a cane di fucile", opistotono).
4. Esame del fondo oculare alla ricerca di papilledema, segni di retinopatia ipertensiva III-IV stadio (emorragie a scheggia, essudati a fiocco di cotone), emorragia subialoidea.

Qualora sussista un sospetto diagnostico, l' esame obiettivo deve essere completato con una valutazione della membrana timpanica, dei seni paranasali, dell' articolazione temporo-mandibolare, dei denti o ricercando l' eventuale presenza di trigger points cefalici e cervicodorsali.

Criteria di allarme di fronte ad un paziente con cefalea
<ol style="list-style-type: none"> 1. Insorgenza improvvisa. 2. Progressivo peggioramento. 3. Non episodi analoghi in passato o, comunque, significativa modificazione delle caratteristiche di una cefalea episodica preesistente. 4. Presenza di alterato stato di coscienza, di segni neurologici focali o di irritazione meningeale. 5. Trauma cranico nei precedenti 2-3 mesi. 6. Esordio dopo i 50 anni. 7. Pz. in terapia anticoagulante. 8. Possibile esposizione a CO.

E' fondamentale dunque riuscire ad identificare precocemente patologie a rischio di vita, in particolare:

- ESA
- MENINGITE SETTICA
- AVVELENAMENTO DA MONOSSIDO DI CARBONIO
- EMATOMA CEREBRALE

3. DESCRIZIONE DEI PRINCIPALI QUADRI CLINICI DI CEFALEA

Cefalea di tipo tensivo:

Rappresenta la forma di dolore cefalico di più frequente riscontro.

Si manifesta in soggetti di tutte le classi di età, con una maggiore predilezione per il sesso femminile.

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Graduale
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Tipicamente "a galea", spesso localizzato in sede frontale, sovrafontale e temporale con irradiazione in sede occipitale. Assente, in genere, una chiara lateralizzazione.
<i>Intensità del dolore</i>	Da lieve a medio (potendo limitare, ma non impedire, lo svolgimento delle normali attività quotidiane)
<i>Qualità del dolore</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore sordo con sensazione di tensione, pressione, pesantezza, costrizione ("testa stretta in una morsa"). • Sensazione di "contrazione dolorosa" dei muscoli cervico-cefalici. • Sensazione spiacevole mal definibile.

	In genere il dolore NON è pulsante
<i>Frequenza nel tempo</i>	Le crisi dolorose tendono ad aumentare progressivamente nel tempo
<i>Durata del dolore</i>	Molto variabile, da ore a giorni
<i>Evoluzione del dolore</i>	Può peggiorare con il passare dei giorni
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Stress, eccessivo lavoro
<i>Fattori esacerbanti o allevianti il dolore</i>	Non è aggravato da attività fisiche di routine
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Fotofobia o fonofobia, anoressia, sensazione di "testa vuota". Assenti nausea e vomito.
<i>Segni clinici associati</i>	Reperti obiettivi costanti: <ul style="list-style-type: none"> • Stato di contrattura dei muscoli della testa e del collo • Presenza di trigger points cefalici e cervicodorsali • Aree fibromialgiche anche in altre sedi del corpo

Terapia:

Blandi analgesici come Aspirina o Paracetamolo.

Se la cefalea diventa cronica è efficace l' Amitriptilina (50-75 mg/die)

Emicrania:

Con questo termine si descrive una affezione cefalalgica che comprende varie forme cliniche; tra queste, le due forme principali sono rappresentate dall' **emicrania senza aura** (più frequente) e dall' **emicrania con aura**.

AURA o PRODROMI EMICRANICI

- Si tratta di manifestazioni cliniche che precedono la crisi dolorosa.
 - Hanno durata da pochi minuti a 1-2 ore.
 - Possono tuttavia persistere durante l' attacco ("Emicrania accompagnata") e, talvolta, perdurare oltre la fine dell' attacco emicranico ("Emicrania con aura prolungata").
 - Si tratta di **disturbi sensoriali** di tipo:
 - VISIVO (più frequenti): scotomi scintillanti, fosfeni, modificazioni fugaci del campo visivo
 - ACUSTICO: acufeni
 - OLFATTIVO: disosmie, iperosmie
 - GUSTATIVE: alterazioni del gusto
- oppure di **disturbi sensitivi** tipo:
- PARESTESIE o IPOESTESIE, in genere unilaterali
 - IPOSTENIA unilaterale, solitamente limitata all' arto superiore
 - AFASIA o ALTRE ALTERAZIONI DELL' ELOQUIO (disartria)

L' emicrania può esordire nell' infanzia, nell' adolescenza e nell' età giovanile con una tipica predilezione per il sesso femminile; in genere tende invece a ridursi, fino a scomparire, dopo i 50 anni. Nel 70% dei casi si riscontra una familiarità per l' emicrania.

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Graduale, talvolta improvvisa, ad insorgenza prevalentemente diurna.
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	LATERALIZZATO, CON TIPICA ALTERNANZA DI LATO. Localizzato in sede frontale, temporale con possibile irradiazione in sede retroorbitaria ed occipitale.
<i>Intensità del dolore</i>	Da medio a severo (fino ad impedire lo svolgimento delle normali attività quotidiane)
<i>Qualità del dolore</i>	PULSANTE
<i>Frequenza nel tempo</i>	Ricorrente (più frequenti nell'emicrania senza aura, più distanziati nella forma con aura); cadenza media: da 2-3 attacchi / settimana a 1-2 attacchi / mese
<i>Durata del dolore</i>	Da alcune ore a 1-2 giorni
<i>Evoluzione del dolore</i>	Regression spontanea, spesso dopo riposo a letto
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Mestruazioni, assunzione di farmaci, mancanza o eccesso di sonno, variazioni climatiche, alcool (++vino rosso), alimenti (formaggi, cioccolato, agrumi), stress....
<i>Fattori esacerbanti o allevianti il dolore</i>	Luce, rumori, attività fisiche di routine inducono un peggioramento del dolore. Il soggetto in preda all'attacco tende pertanto a rimanere immobile a letto.
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Nausea, vomito, diarrea, dolori addominali diffusi fotofobia, fonofobia. Disturbi dell'umore
<i>Segni clinici associati</i>	Diplopia, spesso scarica poliurica al termine dell'attacco

Terapia dell' attacco acuto:

In caso di dolore di intensità lieve-moderata:

Analgesici (Aspirina, Paracetamolo, Ibuprofene, Naprossene sodico, Ketorolac) eventualmente in associazione con un antiemetico.

In caso di dolore intensità grave:

Agonisti della 5-idrossitriptamina (Sumatriptan 50-100 mg per os oppure 6 mg per via sc; Rizatriptan 10 mg per os) in associazione con antiemetici.

E' raccomandato l' uso degli Agonisti della 5-idrossitriptamina in monoterapia, evitando l' assunzione contemporanea di altre terapie acute per l' emicrania.

Attualmente si ricorre meno frequentemente alla somministrazione degli Alcaloidi dell' ergot (Ergotamina tartrato, Diidroergotamina mesilato) a causa dei numerosi effetti collaterali (tra cui rischio di vasospasmo periferico)? da evitare nei pazienti affetti da malattie cerebrovascolari e cardiovascolari.

Cefalea a grappolo:

Colpisce prevalentemente il sesso femminile con una età media di insorgenza intorno ai 30 aa; non è mai stato descritto un esordio >75 aa.

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Improvvisa, ad insorgenza prevalentemente notturna, spesso ad orario fisso (FISSITA' TEMPORALE) provocando il brusco risveglio del pz.
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Tipicamente UNILATERALE, SENZA alternanza di lato (FISSITA' SPAZIALE). Localizzato in sede retrooculare con irradiazione alla regione orbitaria e periorbitaria e a tutto il territorio di innervazione trigeminale.
<i>Intensità del dolore</i>	Variabile ma spesso insopportabile
<i>Qualità del dolore</i>	Profondo e trafittivi, prevalentemente NON pulsante.
<i>Frequenza nel tempo</i>	I singoli attacchi si ripetono in genere in modo ravvicinato, anche una o più volte al giorno.
<i>Durata del dolore</i>	Di breve durata (30-90 min)
<i>Evoluzione del dolore</i>	Regression spontanea ed in genere improvvisa
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Meno evidenti rispetto alle altre forme di cefalea essenziale.
<i>Fattori esacerbanti o allevianti il dolore</i>	L'assunzione di alcolici, durante il grappolo, aggrava il dolore mentre la somministrazione di ossigeno, se eseguita precocemente, allieva la sintomatologia dolorosa. Il pz preferisce la stazione eretta a quella distesa, tende ad essere iperdinamico.
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	A livello locale (in sede omolaterale al dolore, raramente in sede controlaterale o bilaterale): arrossamento congiuntivale, intensa lacrimazione, senso di chiusura della narici seguito da rinorrea, sudorazione, fotofobia. Raramente nausea, vomito, diarrea.
<i>Segni clinici associati</i>	Sindrome di Horner parziale (miosi, ptosi palpebrale)

Terapia dell' attacco acuto:

In caso di dolore di intensità lieve-moderata:

Somministrazione di ossigeno al 100% (7 litri/min) per 15 minuti.

Indometacina per via rettale.

In caso di dolore di intensità grave:

Sumatriptan (6mg per via sc; non superare 2 fiale/die con un intervallo minimo di 2 ore tra le due somministrazioni)

oppure

Ergotamina 0.25-0.50 mg per via im o sc

Masse occupanti spazio:

Tra le lesioni espansive ricordiamo i tumori cerebrali primari e secondari, l' ematoma subdurale ed epidurale, l' ascesso cerebrale.

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Comparsa nelle ore notturne o insorgenza al risveglio.
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Generalizzato. Nelle localizzazioni sovratentoriali il dolore ha prevalentemente sede fronto-temporale con irradiazione in sede retroorbitaria mentre le lesioni sottotentoriali causano dolore in sede occipitale.
<i>Intensità del dolore</i>	Lieve all' inizio con aumento dell' intensità in tempi successivi (raramente però è intensa come l' emicrania).
<i>Qualità del dolore</i>	Sordo, profondo, costante; raramente pulsante.
<i>Frequenza nel tempo</i>	Intermittente o giornaliera
<i>Durata del dolore</i>	Per ore nel corso della mattinata
<i>Evoluzione del dolore</i>	Scomparsa o comunque attenuazione del dolore nel corso della giornata. Progressivamente ingravescente nel tempo.
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Trauma cranico in caso di ematoma. Storia di febbre e possibile sinusite in caso di ascesso cerebrale. Storia di ETP noto in altro distretto corporeo in caso di metastasi cerebrale.
<i>Fattori esacerbanti o allevianti il dolore</i>	Peggioramento in seguito a manovra di Valsalva (tosse, starnuti, defecazione), esercizio fisico. Miglioramento del dolore con l' assunzione della stazione eretta o seduta.
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Vomito a getto (non preceduto da nausea), vertigini/capogiri, alterazione dello stato di coscienza (più tardivamente)
<i>Segni clinici associati</i>	Segni neurologici focali, papilledema, segni generali di tipo infettivo nell' ascesso cerebrale.

Terapia:

Consulenza neurochirurgica urgente

In caso di edema cerebrale grave: Mannitolo per via ev

Emorragia subaracnoidea (ESA):

Vedi capitolo relativo

Meningoencefalite:

la presenza di cefalea associata a febbre pone sempre dei problemi di diagnosi differenziale; nella maggior parte dei casi si tratta di una cefalea di accompagnamento ad una infezione sistemica ma è importante escludere un interessamento primario del S.N.C.

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Graduale, nell' arco di poche ore o giorni, o brusco (eziologia batterica e virale)
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Spesso generalizzata; talvolta frontale od occipitale con irradiazione in sede cervicale ed al dorso.
<i>Intensità del dolore</i>	Dolore violento
<i>Qualità del dolore</i>	Esplosivo, gravativo; costante o pulsante
<i>Durata del dolore</i>	Ore
<i>Evoluzione del dolore</i>	Rapidamente ingravescente

<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Presenza di focolai infettivi a distanza (otite media, sinusite, mastoidite, polmonite...), trauma cranico con perdita di liquor.
<i>Fattori esacerbanti o allevianti il dolore</i>	Peggioramento in seguito a movimenti della testa
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Vomito a getto, fotofobia, astenia
<i>Segni clinici associati</i>	Febbre con brividi Obnubilamento del sensorio Segni di irritazione meningeale (possibile assenza di rigidità in pz. giovani, anziani, immunodepressi) Petechie cutanee (in caso di meningite meningococcica, da H. Influenzae, pneumococcica) Paralisi dei nervi cranici (+++ IV-VI-VII) Convulsioni

Terapia:

Subito dopo aver eseguito la rachicentesi, iniziare il più precocemente possibile una terapia antibiotica empirica (Ampicillina+Cefotaxime oppure, nei soggetti allergici alla penicillina Cloramfenicolo, Vancomicina) in attesa dei risultati degli esami culturali.

Nevralgia del trigemino:

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Spontaneo o dopo stimolazione di un trigger points (le aree più sensibili sono la porzione mediale e laterale delle sopracciglia, l' ala del naso, il labbro inferiore, i denti molari e premolari)
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Unilaterale, più frequentemente sul lato destro, in corrispondenza della branca sensitiva del nervo trigemino: la branca mascellare (parte mediana del volto) è più spesso interessata, quindi la branca mandibolare (parte inferiore del volto) e, più raramente, quella oftalmica (sopracciglia e fronte). Tipica è comunque la separazione netta tra le due metà della faccia, senza interessamento del padiglione auricolare, dell' angolo della mandibola e dei tessuti sottostanti il margine inferiore della mandibola.
<i>Intensità del dolore</i>	Lancinante
<i>Qualità del dolore</i>	Urente, a tipo scossa elettrica
<i>Frequenza nel tempo</i>	Parossistico con intervalli asintomatici
<i>Durata del dolore</i>	Breve: secondi o minuti (1-2 min fino a 15 min)
<i>Evoluzione del dolore</i>	Andamento intermittente con risoluzione spontanea ed improvvisa della crisi dolorosa.
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Mangiare, parlare, lavarsi la faccia, farsi la barba, truccarsi, esposizione a freddo e vento.
<i>Fattori esacerbanti o allevianti il dolore</i>	Tra i fattori esacerbanti qualsiasi stimolazione a livello dei trigger points. Nessun fattore alleviante.
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Arrossamento e lacrimazione dal lato colpito.
<i>Segni clinici associati</i>	Esame neurologico SEMPRE negativo.

Nella nevralgia postherpetica il dolore permane per alcuni mesi dall' episodio acuto di Herpes Zoster ed è costante, unilaterale, urente o terebrante, con iperestesia locale e periodici parossismi ad insorgenza spontanea o scatenati da stimoli esterni.

Terapia:

Tra i farmaci più efficaci ricordiamo:

Carbamazepina (1 compressa da 200 mg dopo cena aumentando progressivamente di 100 mg fino ad un massimo di 400 mg/8h).

Gabapentin (1 compressa da 100 mg dopo i tre pasti aumentando progressivamente fino a 1800 mg/die)

Amitriptilina (5-10 gocce 2 volte al giorno)

Tramadol (1 compressa da 50 mg ogni 6 ore)

Baclofen (1 compressa da 10 mg 2 volte al giorno)

Nevralgia occipitale acuta:

<i>Modalità di esordio</i>	Parossistico
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	In sede occipitale
<i>Intensità del dolore</i>	Media intensità
<i>Qualità del dolore</i>	Sordo, a pugnalata
<i>Durata del dolore</i>	Prolungato (settimane)
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Trauma diretto del cuoio capelluto, infezioni, trauma a carico delle prime due vertebre cervicali
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Parestesie (avvertite come punture e/o formicolio), iperestesie al cuoio capelluto posteriore.
<i>Segni clinici associati</i>	Dolorabilità all'emergenza del nervo a livello della protuberanza occipitale

Arterite temporale:

Si manifesta in soggetti di età > 50 aa con predilezione per il sesso femminile.

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Graduale fino a raggiungere l'acme nell'arco di alcune ore
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Unilaterale o bilaterale, localizzato alla regione temporale con possibile irradiazione in sede frontale e/o occipitale.
<i>Intensità del dolore</i>	Moderato o severo, più accentuato al mattino.
<i>Qualità del dolore</i>	Urente, terebrante, sordo con sovrapposizione di parossismi di dolore lancinante, di tipo trafittivo o "a coltellata"
<i>Frequenza nel tempo</i>	Giornaliero, quasi costante
<i>Evoluzione del dolore</i>	Tende a peggiorare nel tempo
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Stress, stati di ansia
<i>Fattori esacerbanti o allevianti il dolore</i>	Nessun fattore alleviante. Pettinarsi o poggiare la testa sul cuscino può causare un peggioramento del dolore così pure l'esposizione al freddo.
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Malessere generale, dolore durante la masticazione (claudicatio mandibolare), disfagia (claudicatio della lingua e della faringe).
<i>Segni clinici associati</i>	Alla palpazione l'arteria temporale appare come un cordone rossastro, duro, irregolare e dolorabile con riduzione o scomparsa della pulsazione; iperestesia a livello del cuoio capelluto. Febbre, perdita di peso, annebbiamento intermittente della vista, ipertensione arteriosa, VES elevata. Polimialgia reumatica frequentemente associata.

Terapia:

Corticosteroidi (prednisone 40-60 mg/die)

Sinusite acuta:

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Improvviso
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Diffuso in sede frontale ed in caso di: <ul style="list-style-type: none">• Infezione dei <u>seni mascellari</u>, localizzato anche a livello delle guance e, talvolta, dei premolari e molari della mascella omolaterale con possibile irradiazione alla regione zigomatica ed all' articolazione temporo-mandibolare.• Infezione dei <u>seni frontali</u>, localizzato pure in sede orbitaria e sovraorbitaria, uni- o bilateralmente, con irradiazione in sede temporo-parietale.• Infezione dei <u>seni sfenoidali</u>, localizzato anche in sede temporale e/o occipitale con possibile irradiazione a livello del vertice, dell' occhio, della cavità nasale, dei denti di uno o entrambi i lati.• Infezione dei <u>labirinti etmoidali</u>, localizzato pure in corrispondenza della radice del naso e dell' occhio.
<i>Intensità del dolore</i>	Da moderato a severo
<i>Qualità del dolore</i>	Sordo e continuo, con possibile sovrapposizione di un dolore di tipo pulsante.
<i>Frequenza nel tempo</i>	Giornaliera
<i>Durata del dolore</i>	Per ore
<i>Evoluzione del dolore</i>	Più violento al mattino, tende ad attenuarsi nell' arco della giornata
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Infezioni delle vie aeree superiori, infezione dentale (sinusite mascellare), trauma (specie se accompagnato da emoseno), rapide variazioni della pressione ambientale (<i>sinusiti barotraumatiche</i>)
<i>Fattori esacerbanti o allevianti il dolore</i>	Aggravamento in seguito a movimenti quali il piegarsi in avanti o in seguito a colpi di tosse. Miglioramento con l' assunzione della posizione supina ed in seguito a trattamento antibiotico.
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Malessere generale, febbre più o meno elevata, fotofobia
<i>Segni clinici associati</i>	Rinorrea mucopurulenta. <ul style="list-style-type: none">• Nella sinusite frontale, crisi dolorose insopportabili sono evocate esercitando una pressione a livello della parete anteriore del seno e dell' angolo supero-interno del contorno orbitario (punto di Ewing)• Nelle etmoiditi, si ha esacerbazione del dolore esercitando una pressione in corrispondenza dell' osso lacrimale (punto di Grünwald)

Terapia: Antibiotici per os + Decongestionanti nasali ad azione vasocostrittiva ed antisettica

Intossicazione da CO:

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Graduale
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Generalizzato
<i>Intensità del dolore</i>	Moderato o severo
<i>Qualità del dolore</i>	Senso di peso, pulsante
<i>Frequenza nel tempo</i>	Mesi invernali o comunque freddi
<i>Evoluzione del dolore</i>	In genere miglioramento della sintomatologia dopo allontanamento dall' ambiente fonte di intossicazione
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Esposizione a fumi provenienti da sistemi di riscaldamento a gas, da scarichi di auto in garage chiusi o mal areati, da bracieri a legna o a carbone.
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Astenia, dispnea da sforzo, palpitazioni, confusione mentale o sopore, allucinazioni, nausea, vomito, dolore addominale, vertigini

Terapia: Ossigenoterapia ad alti flussi (al 100%); trattamento iperbarico nei casi più gravi

Cefalea post-puntura lombare:

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	In genere entro 48 ore dalla rachicentesi ma talvolta anche più tardivamente (fino a 12gg).
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Diffuso, in sede occipito-frontale
<i>Intensità del dolore</i>	Da moderato a severo
<i>Qualità del dolore</i>	Sordo, talvolta martellante
<i>Durata del dolore</i>	Più a lungo il pz rimane in posizione eretta, più a lungo persiste il dolore
<i>Evoluzione del dolore</i>	Remissione spontanea del dolore nell' arco di alcuni giorni; talora può persistere per settimane.
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Rachicentesi (10-30% dei casi)
<i>Fattori esacerbanti o allevianti il dolore</i>	Strettamente influenzato dalla posizione corporea assunta: compare quando il pz è in posizione seduta o in ortostatismo mentre si attenua assumendo la posizione supina. E' esacerbato dallo scuotimento della testa.
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Nausea, vomito, fotofobia, dolore al collo, alla spalla ed alla regione lombare
<i>Segni clinici associati</i>	Rigidità nucale simulante una meningite

Terapia:

Riposo a letto + Analgesici (paracetamolo associato a codeina) + Idratazione per os o e.v.

Pseudotumor cerebri (ipertensione endocranica benigna):

Tipicamente si tratta di una donna giovane, obesa, con cicli mestruali irregolari o amenorrea.

Alla TC dell' encefalo si evidenziano ventricoli ristretti in assenza di massa intracranica; alla rachicentesi si osserva un aumento della pressione liquorale (probabilmente da carente assorbimento del liquor da parte dei villi aracnoidei) con liquor qualitativamente normale.

<i>Modalità di esordio</i>	Insidioso inizialmente
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Diffuso
<i>Intensità del dolore</i>	Media intensità
<i>Qualità del dolore</i>	Mal definibile
<i>Frequenza nel tempo</i>	Costante, peggiore al mattino
<i>Durata del dolore</i>	Prolungato (settimane)
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Assunzione di farmaci (tetracicline, contraccettivi orali, preparati a base di vit. A)
<i>Fattori esacerbanti o allevianti il dolore</i>	Aggravato da tosse e attività fisica
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Disturbi visivi sempre presenti (offuscamento della vista), nausea
<i>Segni clinici associati</i>	Papilledema molto evidente

Terapia:

Somministrazione di corticosteroidi + diuretici

Cefalea post-traumatica:

TC e RMN non permettono di evidenziare alcuna lesione.

<i>Modalità di esordio</i>	Graduale
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Diffuso
<i>Intensità del dolore</i>	Lieve-moderato
<i>Qualità del dolore</i>	Piuttosto aspecifico
<i>Durata del dolore</i>	Diverse settimane, mesi o addirittura anni; andamento subcontinuo o episodico
<i>Evoluzione del dolore</i>	Remissione spontanea. ATTENZIONE ALLE FORME INGRAVESCENTI (possibile complicanza tardiva del trauma cranico: ematoma subdurale o idrocefalo)
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Traumi cranici anche apparentemente banali, specie in seguito ad incidenti automobilistici (tamponamenti)
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Capogiri, deficit della memoria e della concentrazione, irritabilità, stato ansioso-depressivo, vertigini
<i>Segni clinici associati</i>	Esame neurologico NELLA NORMA

Dissecazione dell'arteria carotide:

Rara.

Qualora si sospetti, è indicato uno studio angio RM urgente.

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Improvviso
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Unilaterale, in sede frontale, fronto-orbitale o temporale
<i>Intensità del dolore</i>	Severo
<i>Qualità del dolore</i>	Sordo, continuo o pulsante
<i>Durata del dolore</i>	Ore
<i>Evoluzione del dolore</i>	In genere costante
<i>Condizioni scatenanti l'insorgenza del dolore</i>	Possibile evento traumatico (ma può essere anche spontanea)
<i>Sintomi di accompagnamento</i>	Dolore al collo, sindrome di Horner parziale
<i>Segni clinici associati</i>	Segni neurologici focali ad insorgenza entro minuti, ore o giorni dall' evento acuto (emiparesi controlaterale, emianestesia, afasia, amaurosi fugace, diplopia). Possibile soffio carotideo all' auscultazione.

Cefalea in corso di malattie polmonari croniche (cefalea ipercapnica):

<i>Modalità di esordio della cefalea</i>	Crisi cefalalgiche ad insorgenza durante il riposo notturno
<i>Localizzazione ed eventuale irradiazione del dolore</i>	Diffuso o localizzato in sede frontale od occipitale.
<i>Intensità del dolore</i>	Da lieve a moderato
<i>Qualità del dolore</i>	Sordo, continuo o pulsante