

Cefaleea: Ghid de diagnostic si tratament in structurile de primire urgente

Mihai Bujor Grecu*, Daniela Stefania Grecu**

Introducere

Numarul mare de prezentari in structurile de primire urgente a pacientilor cu cefalee (pana la 4% din totalul prezentarilor (1)) impune o abordare clara si sistematizata a acestui tip de patologie neurologica atat din punct de vedere diagnostic si terapeutic in urgenta, cat si din cel al managementului ulterior al pacientului.

Cefaleea se imparte in general in doua categorii:

- Primara: care nu este in legatura cu vreo patologie subiacenta si care include: migrena, cefaleea de tip tensiune si cefaleea cluster (2).
- Secundara: in care sindromul cefalalgic este datorat unei alte stari patologice si include: cefaleea din afectiunile infectioase, neoplazice, vasculare sau indusa de administrarea de medicamente (2).

Preocuparea principala a medicului de urgenta este identificarea patologiilor amenintatoare de viata care se exprima prin cefalee, dar si tratarea prompta a durerii.

Semne si simptome

1. Cefaleea primara

1.1. Migrena

Migrena este cea mai frecventa cefalee primara, prevalenta ei fiind cuprinsa intre 5 si 10% pentru barbati si 17 – 22% pentru femei (1,2).

Cefaleea in migrena este caracteristica:

* Medic Primar Medicina de Urgenta, UPU, Spital Clinic de Urgenta Judetean Timisoara

** Sef de lucrari, Catedra de Biochimie UMF „Victor Babes” Timisoara

Autor-corespondent: Mihai Bujor Grecu, tel. +40 748331150, email: mihai.grecu@urgentatm.ro, b-dul Iosif Bulbuca, nr.10, Timisoara

- Unilaterală
- Pulsatilă
- Se instalează în minute până la ore
- Intensitate moderată spre severă
- Se asociază cu:
 - Greutate și/sau varsături
 - Sensibilitate la lumina și/sau sunet
 - Agravată de activitatea fizică (3)

Migrena se clasifică în funcție de prezența sau absența aurei. Aura tipică cuprinde modificări vizuale și/sau ale senzoriului și/sau tulburări de limbaj care sunt total reversibile. Ele pot fi pozitive (ex. Fosfene, parestezii) sau negative (pierderea vederii, hipoestezie). Simptomele se dezvoltă într-o perioadă de peste 5 minute și se remit în 60 de minute și pot apărea în succesiune. Trebuie avut în vedere un accident ischemic tranzitor în situația în care aceste simptome se instalează rapid și mai degrabă simultan decât în succesiune, dacă aura este eminentă constituită din simptome negative sau este foarte scurtă. Aura poate fi prelungită în situația cefaleelor secundare.

Frecvența medie de apariție a atacurilor migrenoase se consideră a fi de 1 – 2 pe lună. Se consideră migrena cronică migrena care se manifestă în 15 sau mai multe zile pe lună pe o perioadă de cel puțin trei luni.

Jumatate din pacienții cu migrena sunt greșit diagnosticați, cel mai frecvent fiind încadrați ca cefalee episodice tip tensiune. Anamneza corectă și studierea jurnalelor pacienților etichetați cu cefalee episodice tip tensiune a determinat reîncadrarea diagnostică a 82% ca fiind migrena sau probabil migrena. Aproximativ 75% dintre pacienții cu migrena descriu durere la nivelul gâtului asociată atacului migrenos. Dintre pacienții cu migrena 50% descriu cefaleea ca nefiind pulsatilă, 40% ca fiind bilaterală, iar varsăturile apar la o treime dintre acești pacienți (5).

Studierea unor grupuri de pacienți a identificat anumite elemente de anamneză care pot ajuta la diferențierea migrenei de alte tipuri de cefalee:

- Cefalee episodice severe care provoacă dizabilitate
- Greutate
- Sensibilitate la lumina în cursul atacului migrenos
- Sensibilitate la lumina între atacuri
- Sensibilitate la zgomot
- Aura tipică (la 15-33% dintre pacienți)
- Exacerbarea simptomatologiei la activitate fizică
- Istoric familial de migrena (2)

Nu toate caracteristicile de mai sus trebuie sa fie prezente pentru diagnosticul de migrena. Atunci cand sunt combinate cu evaluarea tulburarilor functionale caracteristicile care au cea mai mare specificitate si sensibilitate pentru diagnosticul de migrena sunt greata si sensibilitatea la lumina.

C Pacientii care se prezinta cu episoade recurente de cefalee severa disabilitanta asociata cu greata si sensibilitate la lumina si care au un examen neurologic normal trebuie incadrati ca avand migrena.

2.1.2 Cefaleea tip tensiune

Este cel mai frecvent tip de cefalee primara avand o prevalenta globala de 42% pentru barbati si 49% pentru femei (6). Durerea este in general mai putin severa decat in cazul migrenei. Este de obicei bilaterala cu caracter de presiune sau cu caracter constrictiv, de intensitate usoara sau medie. Nu este prezenta greata si cefaleea nu este accentuata de activitatea fizica. Poate fi asociata o senzatie de disconfort sau durere pericraniana, sensibilitate la lumina sau la zgomot.

Cefaleea tip tensiune episodica apare cu frecventa si durata variabile.

Cefaleea tip tensiune cronica survine in mai mult de 15 zile pe luna pentru mai mult de trei luni.

Cefaleea tip tensiune episodica de intensitate mare, disabilitanta este rara, iar pacientii de obicei nu se adreseaza medicului de familie sau structurilor de primire urgente.

C Diagnosticul de cefalee tip tensiune trebuie considerat la un pacient care se prezinta cu cefalee bilaterala care nu este disabilitanta in conditiile unui examen neurologic normal.

2.1.3 Cefaleea trigeminala autonoma (vegetativa)

Cefaleea trigeminala autonoma este rara si este caracterizata prin accese de durere severa unilaterala in teritoriul de distributie al trigemenului si este asociata cu fenomene vegetative marcate ipsilateral.

Cefaleea de tip cluster este cea mai comuna cefalee trigeminala autonoma. Prevalenta ei se considera a fi de 1:1000.

Cefaleea paroxistica este probabil sub-diagnosticata, prevalenta ei fiind estimata la 1:50.000.

Cefaleea de tip cluster (in ciorchine) provoaca o durere severa, strict unilaterala. Ea este situata intr-una sau intr-o combinatie de localizari: orbital, supraorbital sau temporal si este insotita de manifestari vegetative ipsilateral (conjunctive injectate cu sau fara lacrimare, congestie nazala cu sau fara rinoree, transpiratii ale fruntii sau fetei, mioza si/sau ptoza palpebrala). Fiecare acces incepe si se termina brusc, durand de la 15 minute pana la

trei ore, pacientul fiind nelinistit pe întreaga perioadă a accesului dureros. Frecvența acestor accese variază de la unul pe zi până la opt pe zi. Între paroxismele dureroase poate exista o durere de fond putând fi observate și caracteristici ale migrenei. Frecvent se poate observa o ritmicitate circadiană a acceselor, acestea aparând zilnic la aceeași oră, iar "agregarea" atacurilor apare în aceeași perioadă a anului. Majoritatea pacienților 80 – 90% prezintă episoade de cefalee de tip cluster între care sunt asimptomatici. Doar 10 – 20% au cefalee cronică de tip cluster – fără remisiune pe perioada unui an sau cu remisiune cu durată sub o lună (3).

Hemicrania paroxistică are caractere similare cu ale cefaleei de tip cluster, dar accesele sunt mai scurte (2 – 45 min), sunt mai frecvente (până la 40 pe zi) și sunt mai frecvente la femei. Majoritatea pacienților prezintă mai curând forma cronică decât cea episodică. Cele mai multe accese sunt spontane însă 10% mecanic prin flexia sau rotația capului.

Tabelul 1. Comparatia caracteristicilor cefaleelor trigeminale autonome cu migrena

Tipul de cefalee	Durata	Debut	Frecvența	Nelinistite sau agitație în timpul accesului	Manifestări vegetative ipsilaterale
Migrena	4 – 72 ore	Treptat	În medie 1 – 2/zi	Nu	Ocazional
Cefaleea tip cluster	15 min – 3 ore	Rapid	1/ două zile – 8/zi	Toate	Evidente
Hemicrania paroxistică	2 – 45 min	Rapid	1 – 40/zi	50%	Evidente

D Atunci când un pacient se prezintă cu cefalee frecventă de scurtă durată, unilaterală însoțită de manifestări vegetative ipsilaterale trebuie luat în considerare diagnosticul de cefalee trigeminală autonomă.

D Pacienții cu o cefalee nouă suspectați de cefalee trigeminală autonomă trebuie evaluați de către neurolog.

2.1.4 *Hemicrania continua*

Hemicrania continua este o cefalee cu caracter strict de hemicranie care crește și scade în intensitate fără să dispară complet. Pot exista episoade scurte de durere penetrantă, ascuțită care se supraadauga peste cefaleea continuă și pot fi însoțite de manifestări vegetative unilaterale. Deși este rară, diagnosticul trebuie luat în considerare, dat fiind răspunsul absolut la indometacin.

Asemanarea cu simptomatologia din cefaleea secundară este frecventă și de aceea trebuie exclus un diagnostic de cefalee secundară înainte de a încadra pacientul ca având hemicranie continuă primară. Răspunsul favorabil la indometacin nu exclude o cefalee secundară.

D Hemicrania continua trebuie luată în considerare ca diagnostic la pacientii care se prezintă cu cefalee cronică cu caracter de hemicranie (strict unilateral).

D Pacienții suspectați a avea hemicranie continuă cu debut recent trebuie evaluați de către neurolog.

2.2 *Cefaleea secundară*

Cefaleile secundare (cefalei cauzate de o altă stare patologică) trebuie luate în considerare la pacienții care se prezintă cu cefalee recent instalată sau la care se schimbă caracterul durerii. Studii observationale au scos în evidență următoarele semne de alarmă pentru cefaleile secundare care necesită o evaluare prin investigații suplimentare:

- Apariția recentă sau schimbarea caracterului durerii la pacienți cu vârstă peste 50 de ani
- Caracter fulgerator: durerea atinge rapid intensitatea maximă (secunde – 5 minute)
- Simptome neurologice de focar (slăbiciune la nivelul unui membru, aură cu durată sub 5 min sau peste o oră)
- Simptome neurologice non-focale (tulburări cognitive)
- Modificări ale frecvenței, caracterului sau asocierea de noi simptome episoadelor de cefalee
- Examen neurologic modificat
- Cefaleea care se modifică în funcție de poziție
- Cefaleea care îl trezește pe pacient (atenție la migrena care este cea mai frecventă cauză de cefalee matinală)
- Cefaleea accentuată de activitatea fizică sau de manevra valsălvă (tuse, ras, strănut)
- Pacienții cu risc crescut de tromboză a sinusurilor venoase cerebrale
- Tulburări vizuale

- Redoare de ceafa
- Debut recent al unei cefalei la un pacient cu istoric de infectie HIV
- Debut recent al unei cefalei la un pacient cu istoric de neoplasm

D Pacienti care se prezinta cu cefalee si care au un semn de alarma al unei cefalei secundare trebuie evaluati de catre neurolog

La pacientii cu un caracter stabil al cefaleei examinarea neurologica este normala cu exceptia ptozei palpebrale in timpul si dupa un acces de cefalee de tip cluster. Prezenta simptomelor focale sau non-focale si/sau un examen neurologic modificat creste semnificativ riscul existentei unei patologii subiacente sindromului cefalalgic. Un examen clinic corespunzator, un examen neurologic care sa includa si examenul de fund de ochi si determinarea tensiunii arteriale sunt esentiale la prima prezentare a pacientului.

D Pacientii care se prezinta cu cefalee pentru prima data sau cu cefalee cu caracter modificat comparativ cu cefaleea pe care o prezinta in mod obisnuit trebuie sa beneficieze de examen clinic, examen neurologic inclusiv al fundului de ochi si de determinarea tensiunii arteriale.

Examinarea neurologica trebuie sa cuprinda:

- Examenul de fund de ochi
- Evaluarea nervilor cranieni, in special a pupilelor, a campului vizual, miscarile globilor oculari, sensibilitatea si motricitatea faciala si functiile bulbare (palatul moale si miscarea limbii)
- Evaluarea tonusului, fortei musculare, a reflexelor si coordonarii tuturor celor patru membre
- Reflexul plantar
- Evaluarea mersului, inclusiv mersul calcai-varf

La nevoie examinarea neurologica poate fi facuta mai amanuntit in functie de datele de anamneza. Ea trebuie adaptata pentru a include orice simptom focal.

2.2.1 Cefaleea fulgeratoare

Cefaleea fulgeratoare poate fi primara sau secundara. Ea este definita ca fiind o cefalee cu intensitate mare si instalare rapida mimand o hemoragie subarahnoidiana prin ruptura de anevrism, cu atingerea unui maximum de intensitate in mai putin de un minut. La majoritatea pacientilor cefaleea se instaleaza instantaneu. Au existat studii in care la 19 % dintre pacientii cu hemoragie subarahnoidiana durerea a crescut in intensitate progresiv (in pana la 5 minute). Cefaleea severa cu debut brusc poate aparea si in cazul activitatii sexuale sau a exercitiului fizic (3).

Alte cauze de cefalee fulgeratoare pot fi: hemoragia intracerebrala, tromboza de sinus venos cerebral, disectia arteriala si apoplexia pituitara.

Nu exista caracteristici specifice care sa diferentieze cefaleea fulgeratoare primara de cea secundara, iar hemoragia subarahnoidiana se poate prezenta cu un debut brusc dar de intensitate moderata (7). Aproximativ 11% dintre pacientii cu cefalee fulgeratoare au fost diagnosticati ca avand hemoragie subarahnoidiana. Atunci cand pacientii se prezinta pentru prima data cu cefalee severa si instalare rapida ei trebuie evaluati in vederea depistarii unei cauze secundare, in special a hemoragiei subarahnoidiene (inclusiv in cazul prezentarilor intarziate) (7).

Daca rezultatele sunt negative atat in cazul tomografiei computerizate cat si a punctiei lombare cu analiza lichidului cefaloarhidian intr-un interval de doua saptamani de la instalarea cefaleei, hemoragia subarahnoidiana poate fi exclusa ca diagnostic.

D Pacientii care prezinta pentru prima oara o cefalee fulgeratoare trebuie evaluati neurologic in aceeasi zi.

2.2.2 Cefaleea prin abuz de medicatie

Utilizarea in exces a medicatiei pentru cefalee, inclusiv analgeticele simple sau combinate poate determina cefaleea prin abuz de medicatie (3).

2.2.3 Cefaleea cervicogena

Contributia afectiunilor coloanei vertebrale cervicale la migrena si la cefaleea tip tensiune este insuficient inteleasa. Intre 14 si 18% din cefaleile cronice au origine cervicogena si sunt determinate de disfunctii musculo-scheletale la nivelul coloanei vertebrale cervicale (8).

Cefaleea cervicogena consta intr-o durere uni sau bilaterala localizata la nivelul gatului si a regiunii occipitale si se poate proiecta la nivelul capului si/sau fetei. Aparitia durerii poate fi precipitata sau agravata de anumite miscari ale gatului sau de atitudini prelungite ale regiunii cervicale si este asociata cu pozitii sau miscari modificate ale gatului si modificari ale tonusului si contractura musculaturii paravertebrale.

D Examinarea gatului trebuie efectuata la toti pacientii care se prezinta cu cefalee, incluzand:

- Pozitia gatului
- Mobilitatea
- Tonusul musculaturii
- Sensibilitatea musculara

2.2.4 Hipertensiunea intracraniana

Cefaleea asociata cu hipertensiune intracraniana este accentuata de decubit si poate trezi pacientul din somn. Poate fi precipitata de manevra val-

salva (ex. tuse, stranut, ras), activitate sexuala sau exercitiu fizic. Tulburarile vizuale tranzitorii aparute la schimbarea pozitiei pacientului pot sugera o crestere a presiunii lichidului cefalorahidian. Oricare dintre aceste semne impun o evaluare neurologica imediata.

Tumorile intracraniene produc rar cefalee pana cand volumul lor este relativ mare mai ales in regiuni neurologice "mute" cum ar fi lobii frontali. Tumorile pituitare si de fosa posterioara reprezinta insa o exceptie. Hemoragia in tumora poate determina instalarea unei cefalei bruste si severe dar de obicei acesti pacienti se prezinta pentru convulsii sau simptome si semne neurologice (tulburari cognitive, hemianopsie homonima, hemipareza). Exista un mare grad de suspiciune mai ales daca este cunoscuta existenta unui proces neoplazic undeva in organism.

Un studiu efectuat pe un lot de 324 de pacienti a relevat faptul ca cefaleea a fost primul simptom la 23% dintre ei, dar la momentul prezentarii a fost singurul simptom la doar 0,2% dintre pacienti, restul prezentand semne si simptome focale. Convulsiile au reprezentat cel mai comun simptom focal (la 21% dintre pacienti).

Hipertensiune intracraniana idiopatica are o incidenta in populatia generala de 1-3/100.000, dar este mai frecventa la femei cu varsta cuprinsa intre 15 si 45 de ani (21/100.000) (9). Acesti pacienti se prezinta cu semne si simptome de hipertensiune intracraniana dar investigatiile neuroimagistice sunt normale (inclusiv tomografia computerizata si rezonanta magnetica nucleara), iar presiunea lichidului cefalorahidian este crescuta. Cefaleea este initial episodica pentru ca apoi sa progreseze in saptamani, devenind zilnica cu caracterele hipertensiunii intracraniene. Alte semne si simptome asociate pot fi: tulburari vizuale tranzitorii, tinnitus pulsatil, pareza de nerv cranian VI, largirea petei oarbe si edem papilar. Etiologia este neclara, dar trebuie avute in vedere cauze secundare cum ar fi tromboza de sinus venos cerebral, diferite medicamente (tetraciclinele si retinoizii), inflamatia, infectiile si malignitatea.

In cazul in care pacientul prezinta alaturi de cefalee si febra, redoare de ceafa, semne focale sau convulsii trebuie avuta in vedere infectia la nivelul sistemului nervos central. Aceasta poate fi difuza (meningita sau encefalita) sau localizata (abces cerebral), iar suspiciunea este majora in cazul unui istoric de infectie HIV sau imunosupresie.

D Pacientii cu cefalee asociata cu caracteristici ale hipertensiunii intracraniene trebuie evaluati de urgenta de catre neurolog.

D Pacientii cu cefalee asociata cu caracteristici ale infectiei sistemului nervos central trebuie evaluati imediat de catre neurolog.

2.2.5 Hipotensiune intracraniana

La pacientii cu presiune scazuta a lichidului cefalorahidian exista o componenta posturala clara a cefaleei. Aceasta debuteaza sau se agraveaza imediat dupa adoptarea pozitiei ortostatice si diminueaza sau dispare dupa plasarea pacientului in decubit. Dupa ce devine cronica acest caracter dispare de obicei.

Scaderea presiunii lichidului cefalorahidian se datoreaza scurgerii acestuia fie secundar unei punctii rahidiene, fie spontan (mai greu de recunoscut).

D Hipotensiunea intracraniana trebuie avuta in vedere la pacientii cu cefalee care apare sau se intensifica la adoptarea pozitiei ortostatice.

2.2.6 Arterita temporală cu celule gigante

Arterita cu celule gigante trebuie luata in considerare la toti pacientii peste 50 de ani care se prezinta cu cefalee. Aceasta este mai degraba difuza decat localizata temporal, poate fi severa si este de obicei persistenta. Sensibilitatea scalpului este de obicei prezenta dar nu are o valoare predictiva scazuta a unei biopsii pozitive a arterei temporale. Claudicatia maxilara este un predictor mult mai puternic, dar nu este intotdeauna prezenta. Orice pacient care are cefalee asociata cu claudicatie maxilara trebuie considerat a avea arterita cu celule gigante pana la demonstrarea contrariului. Urmatorul factor predictiv sunt tulburarile vizuale. La examenul fizic, semnul cu valoarea predictiva cea mai mare este existenta unei artere temporale proeminente, cu calibru neregulat sau crescut. Valoarea normala pentru viteza de sedimentare a hematiilor face diagnosticul improbabil dar nu il exclude.

D Arterita cu celule gigante trebuie suspicionata la toti pacientii cu varsta peste 50 de ani cu cefalee noua sau cu caractere modificate. Acestia trebuie evaluati urgent de catre neurolog.

2.2.7 Glaucomul cu unghi inchis

Glaucomul cu unghi inchis este rar la pacientii cu varsta sub 45 – 50 de ani. Factorii de risc recunoscuti sunt istoricul familial, sexul feminin si hipermetropia. Simptomatologia la prezentare este variata. Pacientul poate avea o pupila moderat dilatata si ochiul rosu cu afectarea acuitatii vizuale, indicand o crestere acuta a presiunii intraoculare. Pe de alta parte pacientul se poate prezenta pentru cefalee nespecifica, durere oculara, halouri in jurul obiectelor luminoase sau cefalee mimand migrena cu aura.

D Glaucomul cu unghi inchis trebuie suspicionata la pacientii cu cefalee asociata cu un ochi rosu, halou sau tulburari unilaterale de vedere si trebuie evaluati imediat de catre oftalmolog.

2.2.8 Intoxicatia cu monoxid de carbon

Simptomatologia intoxicatiei subacute cu monoxid de carbon include cefalee, greata, varsaturi, ameteala, slabiciune musculara si vedere incetosata.

3. Investiugatii

3.1 Neuroimagistica

Cand este necesara?

Investigiatiile trebuie evitate in principiu daca nu conduc la o modificare a conduitei, a managementului pacientului sau daca este improbabil sa evidentieze anomalii relevante. Ocazional, individualizat, neuroimagistica poate fi necesara la anumiti pacienti care prezinta o frica invalidanta de a nu avea o patologie severa.

Marea majoritate a pacientilor cu cefalee primara nu necesita evaluare neuroimagistica. Intr-un studiu prospectiv in care pacienti cu cefalee de mai mult de patru saptamani au fost evaluati imagistic au fost descoperite anomalii semnificative la doar 0,4% dintre cei cu migrena, 0,8% dintre cei cu cefalee tip tensiune si 5% dintre cei cu cefalee cluster (10). O metaanaliza a investigatiilor neuroimagistice a estimat o prevalenta de 0,2% a anomaliilor semnificative la pacientii cu migrena fara simptome neurologice.

Neuroimagistica, la pacientii cu cefalee si examen neurologic modificat, este susceptibila sa descopere anomalii semnificative in special in sensul evidentierii cauzelor cefaleelor secundare. Investigatii suplimentare sunt necesare in cazul in care cefaleea este insotita de semne de alarma.

Anomalii descoperite intamplator

Atat tomografia computerizata cat si rezonanta magnetica nucleara pot identifica la pacienti anomalii neurologice fara legatura cu simptomatologia de prezentare, fapt care va creste anxietatea pacientului si nesiguranta medicului. Un studiu prospectiv efectuat pe un lot de 2000 de voluntari cu o varsta medie de 63,3 ani (intervalul fiind 45 – 96 de ani) a relevat anomalii neurologice la 13,5% dintre acestia.

Reasigurarea pacientului

Un studiu controlat randomizat efectuat pe un numar de 150 de pacienti cu cefalee cronica zilnica a aratat ca pacientii care au beneficiat de rezonanta magnetica nucleara au prezentat o scadere a anxietatii la 3 luni, dar aceasta scadere nu s-a mentinut si la un an. Pacientii cu un scor mare pe scara de anxietate/depresie care nu au beneficiat de evaluare prin rezonanta magnetica nucleara au avut costuri semnificativ mai mari in ceea ce priveste asistenta medicala in general prin utilizarea mai multor resurse cum ar fi serviciile de psihiatrie si psihologie comparativ cu pacientii care au beneficiat de scanare.

Tomografia computerizata versus rezonanta magnetica nucleara

Pentru excluderea cauzelor secundare de cefalee, rezonanta magnetica nucleara este mai sensibila decat tomografia computerizata identificand leziunile de substanta alba si dezvoltarea anomaliiilor venoase. Exista opinii conform carora rezonanta magnetica nucleara este mai sensibila decat tomografia computerizata in identificarea unor anomalii nesemnificative, dar nu este mai sensibila decat tomografia computerizata in identificarea patologiei clinic semnificative relevate pentru cauzele de cefalee (11).

D Neuroimagingistica nu este necesara la pacientii cu un istoric clar de migrena, fara prezenta unor semne de alarma pentru o cefalee secundara si cu un examen neurologic normal.

D tomografia computerizata trebuie efectuata la pacientii cu cefalee care prezinta semne neurologice neexplicate, cu exceptia situatiei in care istoricul sugereaza ca este indicata rezonanta magnetica nucleara.

3.1.1 Tomografia computerizata si cefaleea fulgeratoare

Tomografia computerizata (CT) si examenul lichidului cefalorahidian (LCR) trebuie efectuate inainte de a pune diagnosticul de cefalee fulgeratoare primara.

Atunci cand se suspicioneaza o hemoragie subarahnoidiana CT cerebral trebuie efectuat cat mai rapid pentru a-i mari sensibilitatea. Aceasta este de 98% la 12 ore si scade la 93% la 24 de ore (12). Un rezultat CT normal este insuficient pentru a exclude o hemoragie subarahnoidiana fiind necesara o punctie lombara si examenul LCR.

D La pacientii cu cefalee fulgeratoare CT cerebral nativ trebuie efectuat cat mai rapid posibil, de preferat in primele 12 ore de la debut.

3.1.2 Rezonanta magnetica nucleara

Opinia expertilor sugereaza ca rezonanta magnetica nucleara (RMN) trebuie luata in considerare la pacientii cu cefalee cluster, hemicrania paroxistica, sau la cei cu cefalee de scurta durata unilaterala neuralgiforma cu injectie conjunctivala si lacrimare.

Pacientii cu cefalee la tuse si care este precipitata si nu agravata de accesul de tuse, ras sau stranut pot fi diagnosticati ca cefalee primara doar dupa excluderea leziunilor structurale prin neuroimagingistica. Acesti pacienti trebuie investigati prin RMN pentru a exclude leziunile de fosa posterioara.

3.2 Punctia lombara in hemoragia subarahnoidiana

Punctia lombara si examenul LCR sunt indicate la pacientii cu cefalee fulgeratoare si examinare neuroimagingistica normala pentru a exclude hemoragia subarahnoidiana.

Un studiu prospectiv a aratat ca 21% dintre pacientii cu CT cerebral normal au avut punctia lombara pozitiva pentru hemoragia subarahnoidiana (7).

Deoarece xantocromia LCR poate fi depistata doar la peste 12 ore de la debutul cefaleei, punctia lombara si examenul LCR trebuie amanate pana la trecerea acestui interval de timp. La pacientii care se prezinta mai tarziu punctia lombara poate fi relevanta pana la doua saptamani de la debut (12).

Metoda recomandata de examinare a LCR este spectrofotometria. Ea trebuie efectuata la ultima proba de LCR recoltat. Dupa punctia lombara, prezenta bilirubinei LCR este rezultatul cheie sugestiv pentru hemoragia subarahnoidiana si este insotita de obicei de oxihemoglobina.

Presiunea de deschidere trebuie masurata de rutina la toate punctiile lombare.

La pacientii la care se suspicioneaza hemoragia subarahnoidiana evaluarea neuroimagistica trebuie efectuata inaintea punctiei lombare.

3.3 Alte investigatii

Viteza de sedimentare a hematiilor, proteina C-reactiva si vascozitatea plasmei sunt indicate in diagnosticul arteritei temporale cu celule gigante, fiind de obicei crescute. Folosirea combinata a acestor teste creste specificitate si sensibilitatea diagnostica.

Hemoleucograma completa – nu exista date asupra beneficiului la pacientii cu cefalee.

Radiografia de coloana vertebrala cervicala – nu exista date asupra beneficiului la pacientii cu cefalee.

4. Tratament

4.1 Migrena

4.1.1 *Tratamentul acut*

Tratamentul acut al atacului de migrena trebuie individualizat pentru fiecare pacient in parte tinand cont de frecventa si severitatea atacurilor, de celelalte simptome asociate, de preferintele pacientului precum si de tratamentele aplicate anterior. Se poate utiliza o abordare terapeutica in trepte, incepand cu analgetice si antiemetice si continuind cu administrarea de triptani la nevoie. Se pot asocia si antiinflamatoare nesteroidiene in cazul acceselor rezistente la triptani.

Antiinflamatoarele nesteroidiene si paracetamolul

A Acidul acetilsalicilic este recomandata in doza de 900 mg la pacientii indiferent de severitatea atacului migrenos

A Ibuprofen 400mg este indicat pentru tratamentul acut al pacientilor cu migrena. Pot fi folosite si alte medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (diclofenac, naproxen, acid tolfenamic)

B Paracetamol 1000mg este indicat in migrenele de severitate moderata sau usoara

Triptanii

Triptanii ofera o actiune antalgica semnificativa la pacientii cu atacuri acute de migrena. Comparativ cu aspirina (1000mg) si ibuprofenul (400mg) efectul sumatriptanului (50mg) este aproximativ similar in ceea ce priveste reducerea severitatii cefaleei la doua ore de la administrare, dar este net superior in ceea ce priveste numarul de pacienti fara durere la doua ore.

Triptanii sunt contraindicati la pacientii cu boala cardiaca ischemica, infarct miocardic in antecedente, spasm coronarian sau hipertensiune necontrolata. Triptanii trebuie utilizati cu precautie in migrena hemiplegica.

A Administrarea orala a triptanilor este indicata in tratamentul acut al migrenei indiferent de severitate daca atacuri anterioare de migrena la acesti pacienti nu au putut fi controlate cu analgetice simple.

A Triptanii recomandati pentru tratamentul acut al migrenei sunt Almotriptan 12,5 mg, eletriptan 40-80 mg sau rizatriptan 10 mg.

B Daca pacientul nu raspunde la administrarea unui triptan se va utiliza un triptan alternativ.

D Triptanii trebuie administrati la debutul sau imediat dupa debutul fazei cefalalgice a migrenei.

Antiemeticele

D Antiemeticele cu administrare orala sau intrarectala se pot utiliza in tratamentul pacientilor cu migrena pentru a reduce simptome ca greata si varsatura si pentru a favoriza golirea stomacului

B Se pot utiliza combinatii fixe de analgetice si antiemetice in tratamentul pacientilor cu atac acut migrenos.

B Metoclopramidul administrat intravenos se poate utiliza in tratamentul acut al pacientilor cu migrena.

Ergotamina

Ergotamina este superioara ca eficacitate comparativ cu placebo, dar mai putin eficienta decat triptanii, antiinflamatoarele nesteroidiene sau opioidele in tratamentul migrenei, chiar si in asociere cu cafeina. Poate fi insotita de reactii adverse cum ar fi greata, varsaturi, crampe abdominale sau musculare si nu trebuie utilizata la pacienti cu patologie cerebrovasculara sau cardiovasculara.

A Ergotamina nu este recomandata in tratamentul cu migrena acuta.

Cafeina

Efectul terapeutic al cafeinei nu a fost evaluat separat, ci doar in diferite combinatii cu alte medicamente.

Alte terapii

Nu exista date cu privire la eficacitatea utilizarii inhibitorilor de ciclooxigenaza-2, a corticoizilor, a indometacinului sau a opioidelor (2).

D Analgeticele opioide nu trebuie utilizate de rutina pentru tratamentul pacientilor cu migrena acuta datorita posibilei aparitii a cefaleei prin abuz de medicatie.

586

4.1.2 Profilaxia farmacologica

In profilaxia farmacologica a migrenei sunt utilizate urmatoarele clase de medicamente:

- Betablocante
- Antiepileptice
- Antidepresive

Alte medicamente utilizate cu rezultate variabile in profilaxie: pizotifen, methysergide, flunarizine, candesartan, aspirina, montelukast, acetazolamida, buspirone, oxigenul hiperbar.

4.2 Cefaleea tip tensiune

4.2.1 Tratamentul acut

Administrarea de aspirina 1000mg in cefaleea de tip tensiune determina o rata mare de raspuns favorabil in ceea ce priveste disparitia durerii la doua ore. Acelasi raspuns s-a observat si la administrarea de paracetamol 1000mg, iar amandoua au avut efecte superioare comparativ cu administrarea de placebo.

A Aspirina si paracetamolul sunt recomandate pentru tratamentul acut al pacientilor cu cefalee tip tensiune.

4.2.2 Profilaxia farmacologica

In profilaxia cefaleei tip tensiune sunt recomandate urmatoarele clase de medicamente:

- Antihipertensive (antagonistii de receptori de angiotensina II)
- Antiepilepticele
- Antidepresivele (antidepresivele triciclice)

4.3 Cefaleea trigeminala autonoma

4.3.1 *Tratamentul acut al cefaleei cluster (in ciorchine)*

Triptanii

Injectarea subcutana de sumatriptan 6 mg determina disparitia durerii la 73-96% din cazuri intr-un interval de 15 minute. Administrarea de 20 mg sumatriptan ca spray intranasal determina disparitia durerii la 57% dintre pacienti in 30 de minute.

A Prima optiune terapeutica la pacientii cu cefalee cluster este injectarea de 6 mg sumatriptan subcutanat.

A La pacientii care nu tolereaza administrarea subcutanata a sumatriptanului se indica administrarea nazala de sumatriptan sau zolmitriptan.

Oxigenul

Administrarea de oxigen 100% cu un debit de 7 – 12 l/min trebuie considerata ca optiune terapeutica pentru pacientii cu cefalee cluster. Utilizarea oxigenului hiperbar pentru profilaxie nu si-a dovedit eficacitatea la acesti pacienti.

Lidocaina

La pacientii la care cefaleea nu se amelioreaza satisfacator la administrarea de sumatriptan si oxigen 100% se poate lua in considerare administrarea de lidocaina 10% picaturi intranasal in vederea accelerarii rezolutiei durerii.

4.3.2 *Profilaxia farmacologica*

Medicamentele utilizate in profilaxia cefaleei cluster:

- Blocantele canalelor de calciu (verapamil 240-960 mg)
- Litiul (800mg)
- Antiepilepticele
- Steroizii

Au mai fost luate in discutie: ergotamina, methysergite, melatonina

4.3.3 *Tratamentul hemicraniei paroxistice si hemicraniei continue*

Responsivitatea celor doua tipuri de cefalee la tratamentul cu indometacin este integral. Indometacinul se administreaza in doze de pana la 225 mg/zi si este eficient in profilaxia hemicraniei paroxistice si a hemicraniei continue.

5. Situatii speciale

5.1 Cefaleea prin abuz de medicatie

Se definește ca fiind cefaleea care este prezentă mai mult de 15 zile pe luna și care a apărut sau s-a înrăutățit în cursul administrării unei medicații simptomatice.

Clinicienii trebuie avertizați de faptul că pacienții care utilizează orice tratament acut sau simptomatic prezintă risc să dezvolte acest tip de cefalee. Pacienții cu migrena, cefalee frecventă precum și cei care utilizează medicație cu conținut opioid sau abuzează de tratamentul cu triptani se încadrează într-o clasă de risc crescut.

Tratamentul constă în întreruperea medicației incriminate. În cazul în care această medicație este reprezentată de triptani sau analgetice simple întreruperea administrării se face brusc, majoritatea acestor pacienți putând fi tratați ambulator. În cazul în care medicația incriminată este reprezentată de substanțe opioide sevrăjul se va face gradat. Pacientul și medicul trebuie să fie avertizați de faptul că întreruperea bruscă a medicației va determina inițial o înrăutățire a cefaleei (2).

5.2 Sarcina, contraceptia și menstruația

Sarcina

Acolo unde este posibil utilizarea medicației trebuie evitată în special în timpul primului trimestru. Paracetamolul a fost utilizat în toate perioadele sarcinii fără a fi depistate efecte nedorite și, în cazul în care este necesară terapia medicamentoasă, paracetamolul este medicamentul recomandat în doza de 1000 mg. Dacă administrarea paracetamolului este insuficientă, în primele două trimestre de sarcină se poate asocia aspirina 300 mg sau ibuprofen 400 mg.

Aspirina este contraindicată în trimestrul trei de sarcină, iar ibuprofenul în administrare prelungită crește riscul complicațiilor fetale.

Contraceptia orală

Migrena și contraceptivele combinate orale reprezintă factori de risc independenți pentru accidentul vascular cerebral

B Femeile care prezintă migrena cu aura nu trebuie să utilizeze contraceptive combinate orale.

D Pacientele care prezintă migrena fără aura cu vârsta peste 35 de ani nu trebuie să utilizeze contraceptive combinate orale.

Menstruația

Frecvența și severitatea migrenei pot crește în jurul perioadei menstruale.

A Pacientele cu migrena acuta menstruala pot fi tratate cu acid mefenamic sau cu o combinatie de aspirina, paracetamol si cafeina.

A Sumatriptanul, zolmitriptanul, naratriptanul si rizatriptanul sunt recomandate pentru tratamentul acut al pacientelor cu migrena menstruala.

6. Alti factori si terapii complementare

6.1 Stilul de viata:

- Dieta
- Evitarea triggerului
- Exerciitiul fizic
- Somnul
- Managementul stresului

6.2 Terapiile psihologice

6.3 Terapiile fizice:

- Terapiile manuale (au efect documentat in cefaleea cervicogena si pre-supus in cefaleea tip tensiune)
- Masajul
- Stimularea electrica transcutanata a nervilor
- Acupunctuta (se poate avea in vedere in tratamentul profilactic al pacientilor cu migrena)

6.4 Terapii complementare

- Homeopatia (nu si-a dovedit eficacitatea)
- Reflexoterapia (nu si-a dovedit eficacitatea)
- Mineralele, vitaminele si plantele (nu si-au dovedit eficacitatea)

BIBLIOGRAFIE

1. Tintinali JE. Medicina de Urgenta, Ghid pentru Studiu Comprehensiv, editia a sasea/prima editie in limba romana, ed. ALPH MDN, 2008, vol. II, p. 418 - 425.
2. SIGN. Diagnostic and management of headache in adult, A national clinical guideline, Eliot House, Edinburgh, nov.2008.
3. International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24(suppl 1):8-160.
4. Tepper SJ, Dahllof CG, Dowson A, Newman L, Mansbach H, Jones M, et al. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark Study. Headache 2004; 856-64.
5. Smetana GW. The diagnostic value of historical features in primary headache syndromes: a comprehensive review. Arch Intern Med 2000; 160(18):2729-37.
6. Stovner L, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache : a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia 2007; 27(3):193-210.
7. Landtblom AM, Fridriksson S, Hillman J, Johansson G, Johansson I. Sudden onset headache: a prospective study of features, incidents and causes. Cephalalgia 2002;22(5):354-60.

8. Russell MB, Fenger K, Olesen J. The family history of migraine. Direct versus indirect information. *Cephalalgia* 1996;16(3):156-60.
9. Skau M, Brennum J, Gjerris F, Jensen R. What is new about idiopathic intracranial hypertension? An updated review of mechanism and treatment. *Cephalalgia* 2006; 26(4):384-99.
10. Sempere AP, Porta-Etessam J, Medrano V, Garcia Morales I, Conception L, Ramos A, et al. Neuroimaging in patients with non-acute headache. *Cephalalgia* 2005; 25(1):30-5.
11. US Headache Consortium. Evidence-based guidelines in the primary care setting: neuroimaging in patients with nonacute headache [cited 16 oct 2008]. Available from url: <http://www.americanheadachesociety.org/proffesionalresources/USHeadacheConUSHeadacheConsort.asp>
12. Al-Shahi R, White PM, Davenport RJ, Lindsay KW. Subarachnoid haemorrhage. *BMJ* 2006; 333(7561):235-40.