

CARATTERISTICHE DELLA CEFALEA NELLA DISSEZIONE CAROTIDEA E VERTEBRALE

Luca Marsili, Simone Gallerini, Manuele Bartalucci, Francesca Rossi, Sergio Pieri, Roberto Marconi

UOC Neurologia, Ospedale Misericordia, Grosseto, Italia

INTRODUZIONE

La cefalea e il dolore cervicale sono sintomi comunemente descritti nei pazienti con dissezione carotidea e vertebrale, tuttavia è difficile individuare un pattern di cefalea specifico di dissezione che consenta di sospettare la diagnosi alla prima valutazione del paziente in assenza di altri segni più specifici (alterazione dei nervi cranici, sindrome di Horner, segni neurologici focali). I criteri per attribuire la cefalea alla dissezione carotidea e vertebrale sono recentemente cambiati nella terza edizione della International Classification of Headache Disorders (ICHD-III beta) e alcuni autori hanno già sottolineato il maggior potere diagnostico della nuova classificazione nell'individuare la dissezione alla prima valutazione del paziente. Alcune caratteristiche della cefalea come l'esordio acuto, l'andamento continuo e la persistenza nel tempo vengono enfatizzate.

METODI

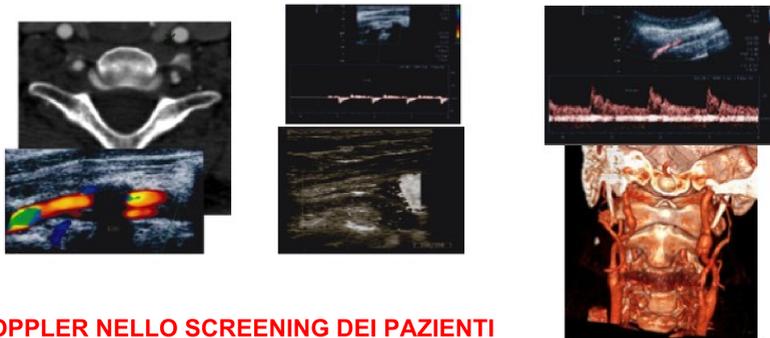
Nel tentativo di valutare quale, tra gli item proposti nella nuova classificazione, fosse più rappresentato nella nostra popolazione abbiamo valutato le caratteristiche della cefalea nei soggetti ricoverati con diagnosi di dissezione carotidea o vertebrale spontanea negli ultimi 3 anni. Su 34 pazienti ricoverati 20 avevano riferito cefalea. Di questi 20 pazienti, 10 pazienti presentavano la cefalea come unico sintomo che avesse portato alla diagnosi di dissezione oppure associata ad altri sintomi minori e aspecifici.

RISULTATI

Analizzando le caratteristiche della cefalea nella nostra casistica secondo l'ICHD-III, pur non potendo identificare un pattern specifico di cefalea da dissezione, riteniamo che l'item c3a ("pain is severe and continuous for days or longer"), associato all'esordio recente, sia quello prevalente e anche quello che, secondo quanto riferito dai pazienti e dai neurologi, ha portato alla valutazione neurologica e a un approfondimento diagnostico. Questo aspetto della cefalea, ovviamente con una distribuzione differente del dolore (anteriore versus posteriore) non differisce tra dissezione carotidea e vertebrale e tra dissezione intracranica e extracranica.

CONCLUSIONI

Ulteriori studi sono necessari per poter individuare un pattern di cefalea suggestiva di dissezione, però riteniamo che di fronte a un paziente con cefalea ad esordio recente, andamento continuo e persistente nel tempo, il neurologo, oltre alle più comuni forme secondarie (lesionale, infettiva, tromboti dei seni venosi cerebrali) debba considerare anche la dissezione carotidea e vertebrale.



UTILITA' ECODOPPLER NELLO SCREENING DEI PAZIENTI

Su 20 pazienti con dissezione e cefalea
Segni di diretti/indiretti di steno-occlusione o più specifici di dissezione:
6/7 pazienti dissezione carotidea
10/13 pazienti dissezione vertebrale

Manifestazioni cliniche

CAROTIDEE

-Locali (omolaterali)

Dolore al collo

Dolore emifaccia o periorbitario

Sindrome di Horner

Paralisi nervi cranici inferiori (ipoglosso, glossofaringeo, trigemino, faciale)

-Cerebrovascolari ischemiche

VERTEBRALI

-Locali

Dolore al collo lateralizzato

Cefalea occipitale (raramente irradiata in sede frontale)

-Cerebrovascolari ischemiche

Caratteristiche della cefalea da dissezione basandosi sulla classificazione ICHD-III

2012-2014 Abbiamo ricoverato presso UO Neurologia → 34 pazienti con dissezione

- Carotidi 16 (5 bilaterale) (1 extra-intracranica)
- Vertebrale 24 (1 bilaterale) – (2 intracraniche)
- M=14 F=20
- Età media=56 anni (31-83)

20 pazienti

→ Cefalea + altri sintomi

- 11 Carotidi -7pz- (4 bilaterale) – (1 extra-intracranica)
- 14 Vertebrale -13pz- (1 bilaterale) – (2 intracraniche)
- F=12 M=8
- Età media=48,5

- Cefalea
- Vertigine isolata
- Instabilità posturale transitoria
- Sincope
- Paralisi isolata nervi cranici
- Sindrome di Horner
- TIA
- Stroke

*Lesione ischemica acuta (N° 8 casi)
*Assenza di lesione ischemica acuta (N°12 casi)

Diagnosi (ecoDoppler, angioTC, RMN):
(Ematoma murale, dilatazione pseudoaneurismatica, «long-tapering» stenosi, flap intimale, doppio lume)

10 pazienti → Cefalea come unico o prevalente sintomo di presentazione che avesse portato alla diagnosi

CARATTERISTICHE DELLA CEFALEA DA DISSEZIONE CAROTIDEA E VERTEBRALE

E' possibile pensarci alla prima valutazione del paziente?

Acute headache and persistent headache attributed to cervical artery dissection: Field testing of ICHD-III beta

Henrik W Schytz¹, Messoud Ashina¹, Melinda Magyari¹, Vibeke A Larsen¹, Jes Olesen¹ and Helle K Iversen¹

- 19 pazienti
- Età media: 43 aa
- 16 carotidi
- 2 vertebrali
- 1 dissezione multipla

RISULTATI

ICHD-II

0/19 pazienti (dissec.)
17/19 pazienti (probabile disordine vascolare)
A sei mesi: 5/17 (cefalea post-vascolare)

ICHD-IIIbeta

17/19 pazienti (dissec.)
A sei mesi: 5/17 (cefalea post-vascolare)

Cephalalgia, 2014

RISULTATI

Esordio: Acuto (18/20)

Cambiamento caratteristiche cefalea emicranica nota (2/20)

Durata > 2 giorni: 18/20

Andamento della cefalea: continuo e persistente nel tempo, resistente ai FANS

Tipo di dolore prevalente: continuo senza altri segni associati autonomici/vegetativi

Tempo medio dall'esordio della cefalea alla prima valutazione: 3 giorni

Intensità del dolore: lieve (5/20), moderata-severa (5/20)

Localizzazione del dolore: prevalentemente lateralizzata/ facciale (carotide) prevalentemente posteriore bilaterale con cefalalgia (vertebrale)

Segni neurologici specifici associati (cerebrovascolari, Horner): (10/20)

Cefalea isolata o non associata a segni neurologici specifici: (10/20)

3 pazienti dissezione carotide

7 pazienti dissezione vertebrale

MIMICKING:

- Migraine
- Cluster headache
- Primary thunderclap headache

Schytz HW, Ashina M, Magyari M, Larsen VA, Olesen J, Iversen HK. Acute headache and persistent headache attributed to cervical artery dissection: Field testing of ICHD-III beta. Cephalalgia. 2014 Feb 5;34(9):712-716