

Ruolo del MMG nella diagnosi e nel trattamento delle cefalee

Linda Iurato¹

Da un punto di vista strettamente semantico, il termine “cefalea” comprende tutti i dolori acuti e cronici localizzati alla testa; il cosiddetto “mal di testa” è senza dubbio uno dei più comuni stati dolorosi dell’essere umano e il motivo più frequente, oggi, di ricorso al medico. Un episodio di cefalea grave e disabilitante viene riportato almeno una volta all’anno dal 40% degli individui in tutto il mondo, mentre sino al 90% delle persone in Italia presenta almeno una cefalea all’anno.

Le cause di cefalea possono essere sia internistiche sia neurologiche e la patologia cefalalgica riveste giustamente un ruolo di grande interesse per il medico di medicina generale. Il “mal di testa” è infatti una delle patologie a più elevato impatto socio-economico del terzo millennio, e, oltre che di natura idiopatica, può anche essere sintomo di patologie sottostanti.

Oggi, al medico di medicina generale si richiede conoscenza e competenza nella diagnosi delle principali e più frequenti cefalee primarie; inoltre il medico di famiglia deve saper riconoscere i sintomi di allarme di cefalee sintomatiche di patologie gravi, sospettare o riconoscere le cefalee secondarie e inviare a consulenza specialistica i casi dubbi o che richiedono una diagnosi di livello più avanzato (cefalee primarie a bassa prevalenza e rare, pazienti con comorbilità o effetti collaterali dovuti al trattamento farmacologico, pazienti con cefalee croniche quotidiane e/o da abuso farmacologico, pazienti con complicanze, ecc.).

La nuova classificazione IHS (*International Headache Society*) [1] è fondamentale per il corretto inquadramento nosografico delle

cefalee ed è uno strumento importante per il medico di medicina generale, consentendo di ridurre al minimo la variabilità diagnostica tra i diversi esaminatori: in effetti, oggi nell’ambito delle cure primarie la cefalea è una patologia sottodiagnosticata.

Per una corretta diagnosi delle cefalee sono necessari da parte del medico la stesura di un’anamnesi completa e accurata, l’esame obiettivo generale e neurologico completo (compreso il fondo oculare) e l’esame del diario del paziente, in cui gli viene richiesto di registrare le caratteristiche della cefalea, i sintomi associati e i farmaci utilizzati.

La causa più rilevante di errore diagnostico nell’ambito delle cure primarie è la non completa raccolta dell’anamnesi.

A tal proposito la stesura dell’anamnesi deve essere strutturata su aspetti strettamente specifici:

- i parametri temporali della cefalea;
- le caratteristiche del dolore cefalalgico;
- il background familiare;
- i fattori predisponenti, scatenanti o aggravanti la cefalea;
- i fattori che migliorano la cefalea;
- l’impatto della cefalea sulla qualità di vita;
- i farmaci che il paziente utilizza abitualmente, le tempistiche e le modalità di utilizzo.

L’anamnesi, l’esame obiettivo e la conoscenza dei criteri diagnostici IHS permettono al medico di medicina generale di formulare una diagnosi di I livello, cioè di riconoscere le più frequenti cefalee primarie o sospettare una cefalea secondaria.

¹ UOC di Neurologia, Ospedale Sant’Ottone Frangipane, Ariano Irpino-ASL AV

Nella gestione del paziente cefalalgico affetto da cefalee primarie, il MMG deve instaurare un rapporto di fiducia con il proprio paziente, anche attraverso una chiara e corretta informazione. Il problema della cefalea deve essere presentato al paziente come una malattia fisica cronica, come ad esempio l'asma o l'ipertensione, che va seguita negli anni, e che può migliorare o peggiorare: infatti, la risposta alla terapia, sia in acuto sia in profilassi, si può modificare con l'evoluzione della patologia. Per l'emicrania, ad esempio, proprio a causa della sua natura cronica, si utilizzano una terapia dell'attacco, detta anche "terapia sintomatica", e una terapia di profilassi.

Per monitorare l'efficacia della terapia nel tempo, un utile strumento è il diario, in cui il paziente annota il farmaco utilizzato di volta in volta, l'efficacia sul dolore e sui sintomi di accompagnamento, la presenza di recidive, il consumo dei farmaci prescritti e i possibili eventi avversi.

Sulla base di questi dati, il MMG dovrebbe identificare tutti i fattori scatenanti e aggravanti dell'attacco e cercare di eliminare questi fattori che contribuiscono ad aumentare la frequenza e l'intensità delle crisi, scegliendo la terapia di profilassi più adatta per il singolo paziente.

In conclusione, la diagnosi e la terapia delle cefalee costituiscono un capitolo della Neurologia in cui è fondamentale la collaborazione tra i MMG e gli specialisti [2].

Il MMG ha il compito di educare il paziente alla corretta gestione della propria patologia, quindi è importante spiegare al paziente i limiti del trattamento terapeutico: la terapia di prevenzione è efficace nel lungo termine solo nel 50% dei casi e non è in grado di eliminare le cefalee primarie, ma solo di alleviarne i sintomi. Alcuni effetti collaterali, inoltre, possono causare l'abbandono terapeutico; tra i più frequenti ricordiamo l'aumento di peso e l'astenia.

Nella scelta della terapia di profilassi bisogna tener conto di alcune situazioni cliniche concomitanti (es. ansia, reflusso gastroesofageo, ipertensione, ecc.).

Oggi la sfida "migliorare la qualità di vita del paziente cefalalgico" si vince se il MMG è un alleato dello specialista in questo percorso assistenziale condiviso. Quindi è fondamentale che il medico di famiglia nella gestione diagnostica e terapeutica del paziente con cefalea indirizzi fin dall'inizio il proprio assistito a un neurologo, per condividere con lo specialista successivamente la presa in carico del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl.1): 9-160
2. Robbins L. Clinical pearls for treating patients with headache. *Headache* 2000; 40: 701-2