

CE

FA

LE

E

www.fisiokinesiterapia.biz

CLASSIFICAZIONE IHS (2004)

Parte prima: Cefalee primarie

1. Emicrania
2. Cefalea di tipo tensivo
3. Cefalea a grappolo ed altre cefalee autonomico-trigeminali
4. Altre cefalee primarie

Parte seconda: Cefalee secondarie

5. Cefalea attribuita a trauma della testa o del collo
6. Cefalea attribuita a patologia vascolare del cranio o cervicale
7. Cefalea attribuita a patologia endocranica non vascolare
8. Cefalea attribuita ad assunzione o sospensione di sostanze
9. Cefalea attribuita ad infezioni
10. Cefalea attribuita a patologie dell'omeostasi
11. Cefalee o dolori facciali attribuiti a patologie del cranio, collo, occhi, orecchi, naso e seni paranasali, denti, bocca o di altre strutture facciali o craniche
12. Cefalea attribuita a patologie psichiatriche

Parte terza: Nevralgie craniche, dolori facciali primari e centrali ed altre cefalee

13. Nevralgie craniche e dolore facciale centrale
14. Altre cefalee, nevralgie craniche e dolori facciali primari o centrali

CLASSIFICAZIONE IHS 2004

CEFALEE PRIMARIE

1. EMICRANIA

1.1 E. senza aura

1.2 E. con aura

1.3 Sindromi periodiche dell'infanzia

1.4 E. retinica

1.5 Complicanze dell'E.

1.6 Probabile E.

EMICRANIA SENZA AURA

Gli attacchi possono durare 1-72 ore

Il dolore e' generalmente bilaterale. La caratteristica unilateralità compare nell'età adolescenziale-adulta

La sede è generalmente fronto-temporale. Il dolore occipitale, unilaterale o bilaterale e' raro e pertanto meritevole di particolare attenzione

La presenza di fotofobia e fonofobia può essere dedotta dal comportamento durante l'attacco

EMICRANIA

CARATTERISTICHE CLINICHE

SOGLIA EMICRANICA E FATTORI SCATENANTI

PSICOLOGICI

Emozioni
Rilassamento dopo stress
Diminuzione del tono dell'umore

ORMONALI

Mestruazioni
Ovulazione
Contraccettivi orali
HRT

ALIMENTARI

Alcool
Eccesso/privazione di cibo
Cibi/bevande contenenti:
nitrati
glutammato
tiramina
feniletilamina

AMBIENTALI

Fattori climatici
Altitudine
Viaggi
Rumori
Odori
Fumo di sigaretta

FARMACI

Nitroglicerina
Reserpina
Fenfluramina
Estrogeni

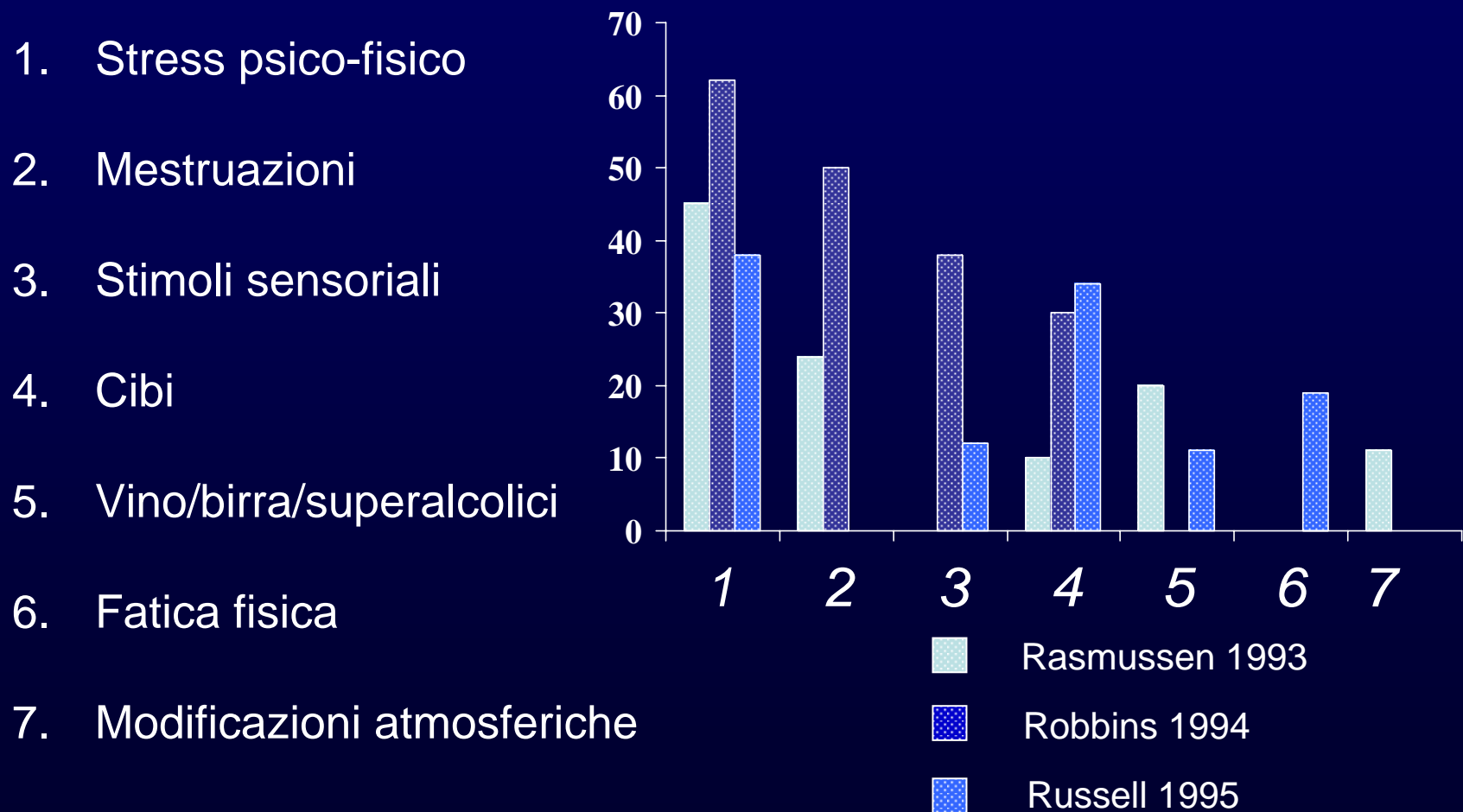
ALTRI

Privazione/eccesso di sonno
Stanchezza fisica

EMICRANIA

CARATTERISTICHE CLINICHE

FATTORI SCATENANTI L'ATTACCO



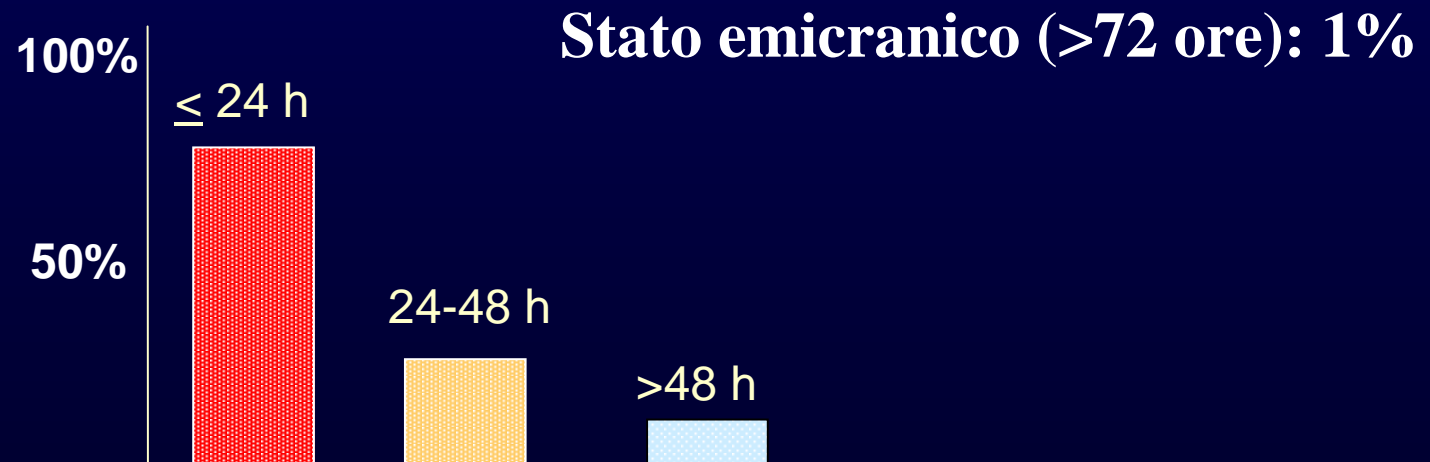
EMICRANIA

CARATTERISTICHE CLINICHE

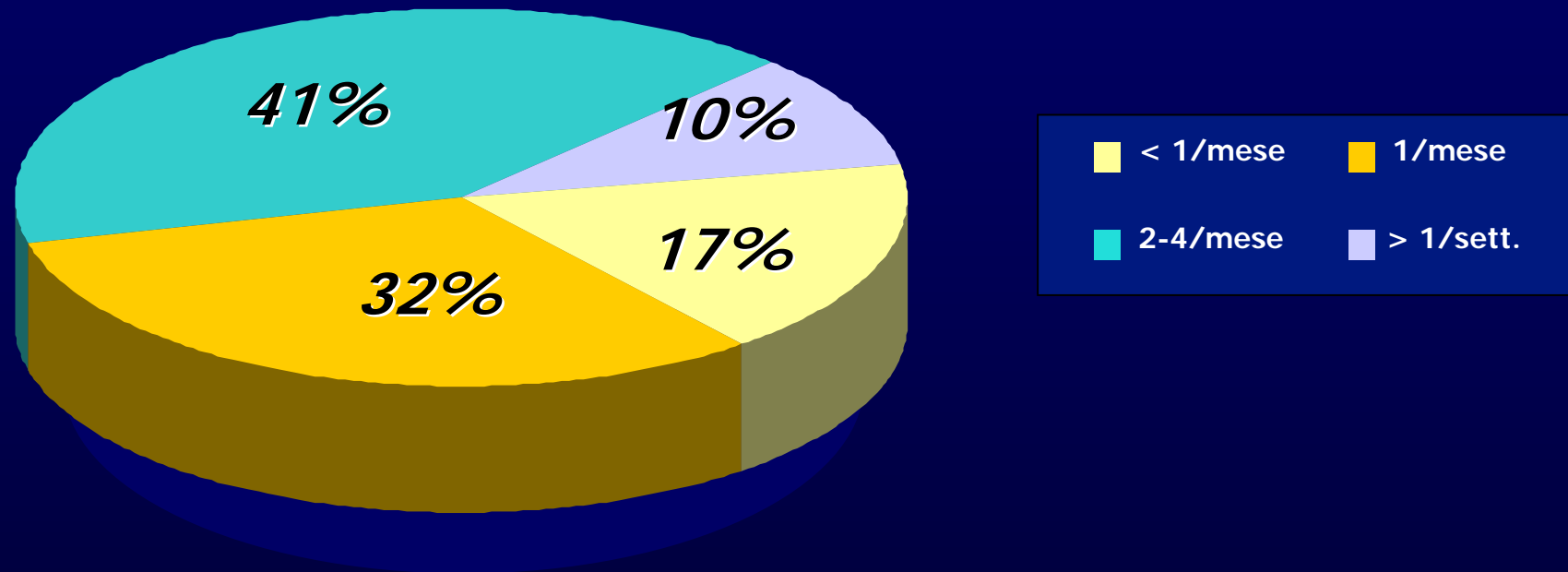
FASE ALGICA

DURATA

La maggior parte degli attacchi si risolve in 24 ore.
In alcuni casi persiste oltre i 3 giorni



Frequenza degli Attacchi Eemicranici

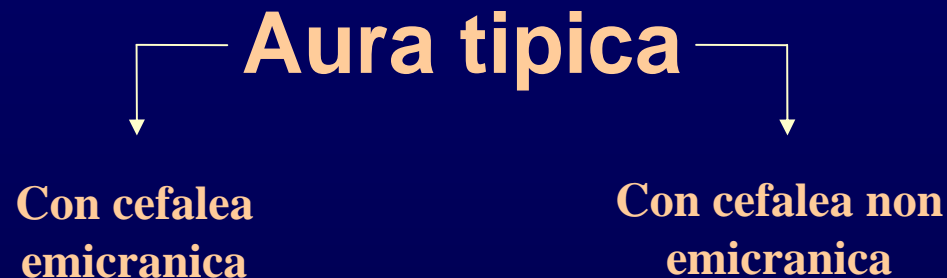


- La frequenza mediana delle crisi è 1/mese
- Il **20%** degli emicranici subisce oltre la metà degli attacchi

EMICRANIA

CARATTERISTICHE CLINICHE

EMICRANIA CON AURA



- A. Almeno 2 attacchi
- B. Presenza di aura:
uno o più sintomi focali, visivi, sensitivi, disfasici, completamente reversibili
- C. Almeno 2:
 - sintomi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali
 - sviluppo graduale (≥ 5 minuti)
 - durata ≤ 60 minuti
- D. La cefalea segue entro 60 minuti
- E. Storia clinica, esame obiettivo e neurologico escludono l'origine secondaria, oppure pongono il sospetto, escluso però da appropriate indagini strumentali

On Monday afternoon a meeting was held at the Lodge of Queens' College, and it was agreed that a Petition presented to the Lords against the Irish Church. Dr. Phillips, of Queens, kindly consented to act as chairman, and Mr. Pitts, of Trinity, undertook the part of Secretary. It was decided, that the Petition should not be offered for signature to any Members of the Senate who are Peers, Bishops, Judges, or Members of the House of Commons. Of the signatures which could not be found in the Register of Members, others were not of sufficient standing, and the names could not be deciphered. After these objections, the Petition was circulated among the Members of the Senate, and the following were present at the meeting:—

[Here follow the Memorial and the 80 signatures, see p. 4.]

A

By an adverse vote of eight against seven (the Vice-Chancellor being one of the seven) a decision was come to which prevented the wishes of the Memorialists from being complied with.

"Dr. Watson, or Sherlock Holmes," said Stamford, introducing us.

"How are you?" he said cordially, gripping my hand with a strength for which I should hardly have given him credit.

"You have been in Afghanistan, I perceive."

"How on earth did you know that?" I asked him as on another occasion.

"Never mind," said he, "I asked you as on another occasion."

Now is about haemoglobin. No. and see of this discovery.

"It is intrinsically a practical discovery."

"Why name it?"

For years, we have been waiting for blood.

It is a practical medico-legal discovery.

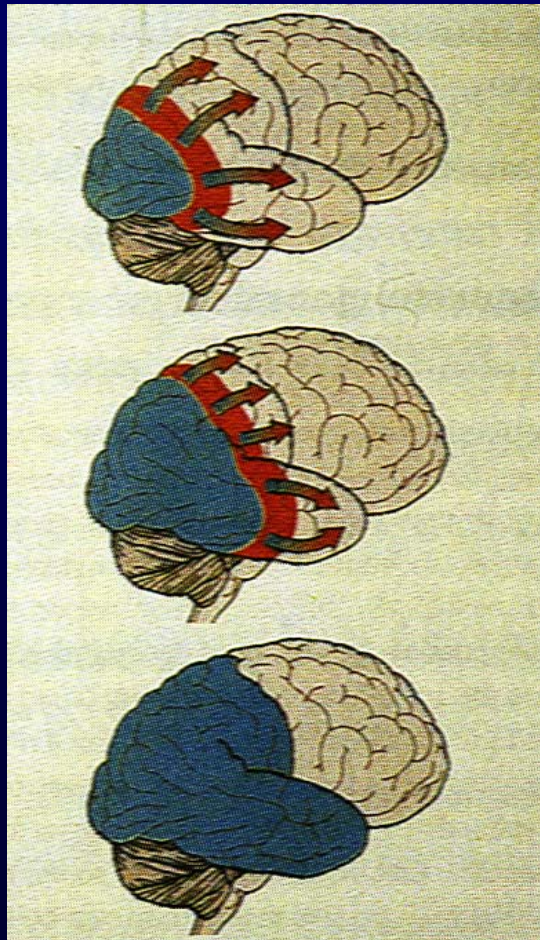
It is a long time since we have seen a case of this kind.

The result of this small quantity of water is that the result is a solution of pure blood.

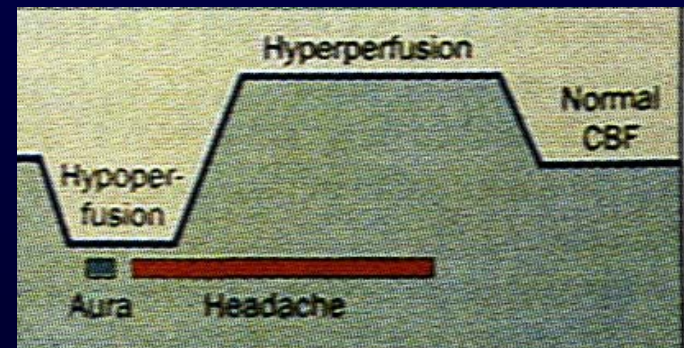
I have no doubt, however, that we shall be able to obtain the characteristic reaction." As he spoke, he threw into the vessel a few white crystals, and then added some drops of a transparent fluid. In an instant the contents assumed a dull mahogany colour, and a brownish dust was precipitated.

B

EMICRANIA CON AURA IPOTESI PATOGENETICA



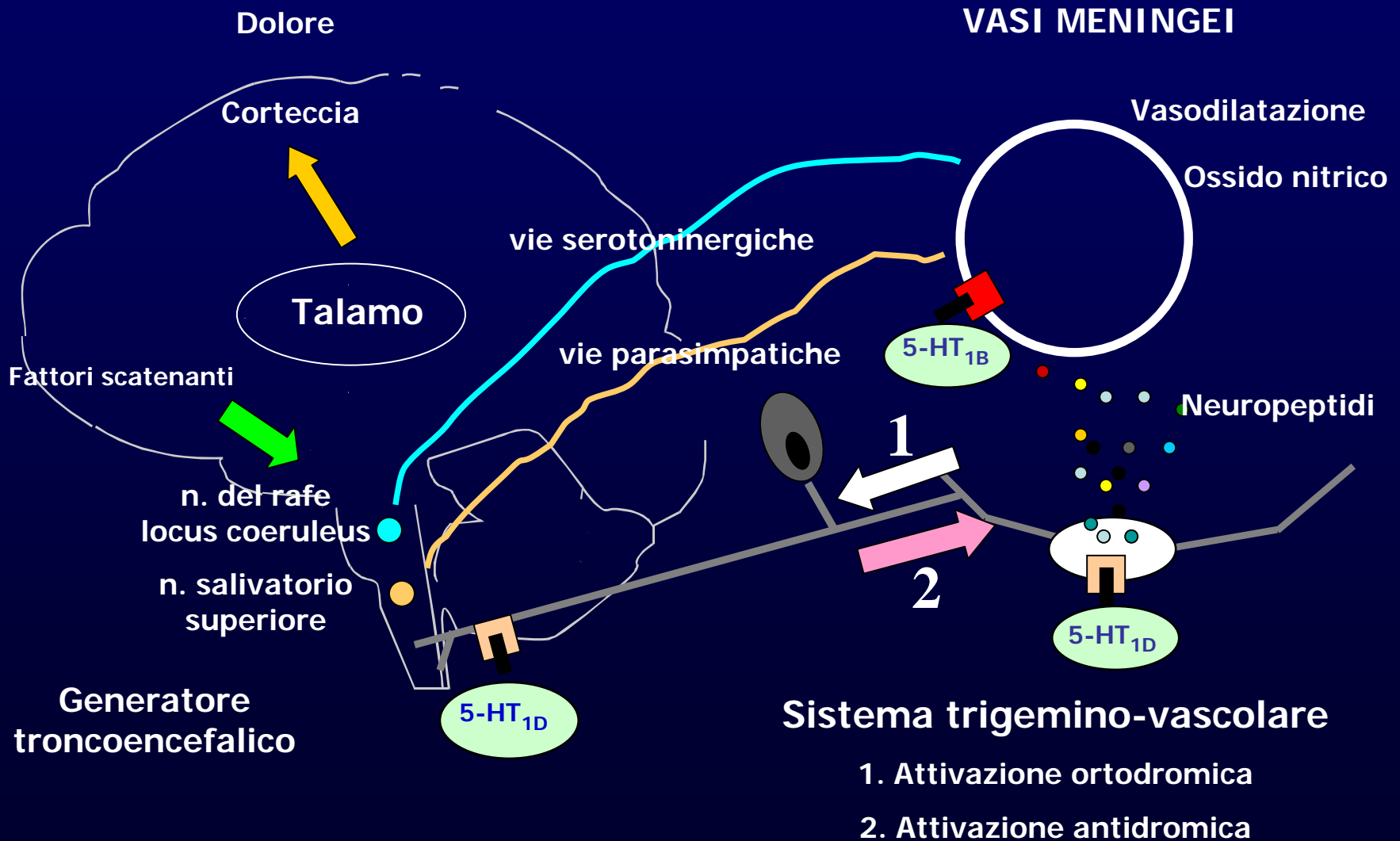
Onda di depolarizzazione, associata ad una depressione transitoria della attività neuronale (“**spreading depression**” di **Leao**), che si propaga lungo la corteccia (2-3 mm/min), preceduta da eccitazione neuronale lungo il fronte di progressione.



Da: Olesen J et al, Ann Neurol, 1990

IIPOTESI INTEGRATA

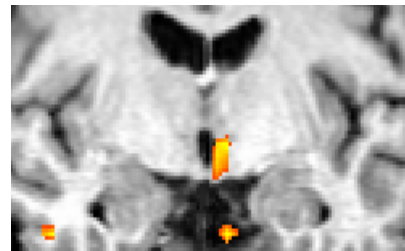
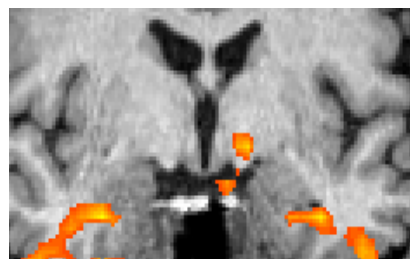
Figura



CRITERI DIAGNOSTICI PER LA CEFALEA A GRAPPOLO (ICHD-II, 2004)

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-E
- B. Dolore di intensità severa, unilaterale, in sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale, della **durata da 30 a 180 minuti** (senza trattamento)
- C. La cefalea è associata ad almeno uno dei seguenti segni:
 - 1. **Iniezione congiuntivale e/o lacrimazione ipsilaterale**
 - 2. **Ostruzione nasale e/o rinorrea ipsilaterale**
 - 3. **Edema palpebrale ipsilaterale**
 - 4. **Sudorazione frontale e facciale ipsilaterale**
 - 5. **Miosi e/o ptosi palpebrale ipsilaterali**
 - 6. **Agitazione psicomotoria**
- D. La frequenza degli attacchi è compresa tra 1 attacco ogni 2 giorni e 3 attacchi al giorno
- E. Esclusione delle forme sintomatiche

FISIOPATOLOGIA DELLA CEFALEA A GRAPPOLO



Dati personali, 2006

Cefalea di tipo tensivo



CEFALEA DI TIPO TENSIVO EPISODICA SPORADICA

A. La cefalea è presente

da 1 a 12 volte /anno

B. La cefalea dura da 30 minuti a 7 giorni

C. La cefalea presenta almeno 2 delle seguenti caratteristiche:

1. Qualità gravativo-costrittiva
2. Intensità lieve o media (può inibire, ma non impedire la normale attività quotidiana)
3. Sede bilaterale
4. Non è aggravato da attività fisiche routinarie

D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:

1. Nausea o vomito assenti (può presentarsi anoressia)
2. Possono presentarsi, ma non contemporaneamente, fono e fotofobia

CEFALEA DI TIPO TENSIVO EPISODICA FREQUENTE

A. La cefalea è presente

da 1 a 15 giorni/mese per almeno 3 (12-180 attacchi/anno)

B. La cefalea dura da 30 minuti a 7 giorni

C. La cefalea presenta almeno 2 delle seguenti caratteristiche:

1. Qualità gravativo-costrittiva
2. Intensità lieve o media (può inibire, ma non impedire la normale attività quotidiana)
3. Sede bilaterale
4. Non è aggravato da attività fisiche routinarie

D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:

1. Nausea o vomito assenti (può presentarsi anoressia)
2. Possono presentarsi, ma non contemporaneamente, fono e fotofobia

CEFALEA DI TIPO TENSIVO CRONICA

A. La cefalea è presente per

più 15 giorni/mese per più di 3 mesi (più di 180 attacchi/anno)

B. La cefalea dura da 30 minuti a 7 giorni

C. La cefalea presenta almeno 2 delle seguenti caratteristiche:

1. Qualità gravativo-costrittiva
2. Intensità lieve o media (può inibire, ma non impedire la normale attività quotidiana)
3. Sede bilaterale
4. Non è aggravato da attività fisiche routinarie

D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:

1. Nausea o vomito assenti (può presentarsi anoressia)
2. Possono presentarsi, ma non contemporaneamente, fono e fotofobia

PREVALENZA CEFALIE PRIMARIE

CEFALEA TENSIVA



69 %

EMICRANIA



16 %

CEFALEA A GRAPPOLO



0.1 %

PREVALENZA CEFALIE SECONDARIE

TRAUMA CRANICO



4 %

PATOLOGIA ENDOCRANICA NON
VASCOLARE



0.5 %

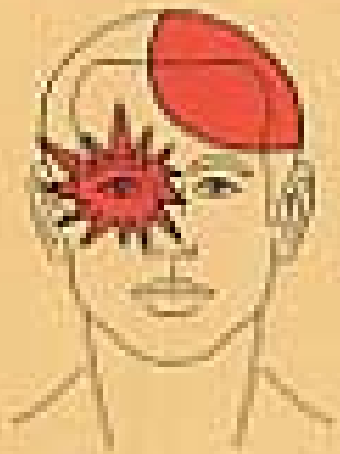
Rasmussen et al 1991

DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA LE CEFALEE PRIMARIE

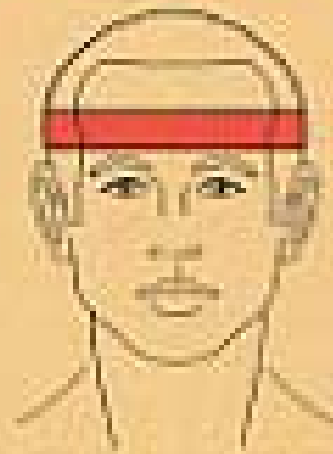
	Emicrania	Cefalea di tipo tensivo	Cefalea a grappolo
Familiarità	presente	assente	presente
Distribuzione per sesso F :M	3 :1	2 :1	1 : 4
Qualità del dolore	pulsante	gravativo-costrittivo	trafittivo-lancinante
Sede	unilaterale	bilaterale	unilaterale costante orbitale
Intensità	medio-forte	lieve o media	forte
Durata	4-72 ore	30 minuti- 7 giorni	15-180 minuti
Profilo temporale	episodico	episodico	cronobiologico
Sintomi e segni associati	nausea e/o vomito fono e fotofobia	fono o fotofobia	lacrimazione, iperemia congiuntivale, ptosi, congestione nasale, miosi, rinorrea
Esacerbazione da sforzo	+	-	-
Comportamento del paziente	isolamento, buio, silenzio, riposo	lievi modificazioni	irrequietezza

Sede del dolore

Emicrania



Cefalea di tipo tensivo



Cefalea a oculo



DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA LE CEFALEE PRIMARIE E SECONDARIE

SEGNALI D'ALLARME

- Insorgenza improvvisa di una cefalea qualitativamente differente e/o molto intensa (*“la peggiore della mia vita”*)
- Modificazioni delle caratteristiche della cefalea
- Decorso ingravescente, progressivo
- Esordio dopo la quarta decade
- Provocata da attività fisica, sessuale, da tosse
- Mancata risposta a terapia adeguata
- Segni/sintomi sistemici o neurologici

4.4 CEFALEA ASSOCIATA AD ATTIVITÀ SESSUALE

CARATTERISTICHE CLINICHE

Prevalenza life-time: **1%**

Rasmussen, 1992

Il **4-12%** delle ESA si manifestano dopo **attività sessuale**

Fisher, 1968; Lundberg, 1974

4.4.2 Cefalea da orgasmo

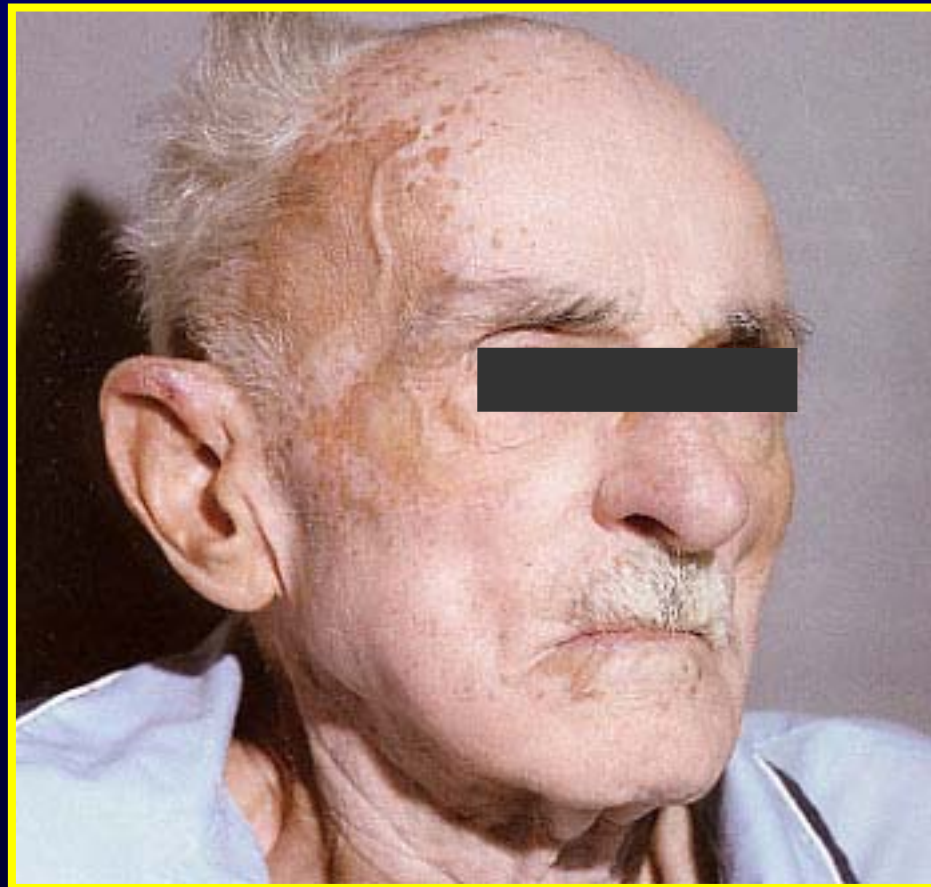
Durante l'orgasmo aumento della pressione sistolica (~40-100 mmHg) e diastolica (~20-50 mmHg)

Ruolo delle variazioni PA?

6. CEFALEA ATTRIBUITA PATOLOGIA VASCOLARE DEL CRANIO E CERVICALE

6.4 CEFALEA ATTRIBUITA A AD ARTERITI

6.4.1 CEFALEA ATTRIBUITA AD ARTERITE A CELLULE GIGANTI



6.4.1 CEFALEA ATTRIBUITA AD ARTERITE A CELLULE GIGANTI ("ARTERITE DI HORTON")

CARATTERISTICHE CLINICHE

Epidemiologia

Età > 50 anni; aumento esponenziale con l'età
Incidenza annuale 3-9 casi per 100.000

Bengtsson, 1982; Hauser, 1971

Clinica

- Cefalea in sede temporale (mono o bilaterale)
- Intensità moderata o forte
- Arteria dello scalpo edematosa ed indurita
- Claudicatio mandibolare infrequente ma patognomica
- Spesso si associa febbre e dolenzia muscolare diffusa
- Possibili episodi di amaurosi fugax

Laboratorio

- VES e PCR aumentata
- Biopsia a. temporale (cellule giganti)

Terapia

- Drastica risposta alla terapia steroidea (entro 48 ore)

7.4 CEFALEA ATTRIBUITA A NEOPLASIA INTRACRANICA

CARATTERISTICHE CLINICHE

Sintomi o segni di malattia endocranica
Criteri IHS: Conferma mediante esami appropriati
Rapporto temporale

Caratteristiche di tipo tensivo nel 77%
Nel 9% caratteri emicranici.

Distribuzione spesso bilaterale (72%)
Frequentemente sede frontale (68%)

11. CEFALIE O DOLORI FACCIALI ATTRIBUITE A PATOLOGIE DEL CRANIO, COLLO, OCCHI, ORECCHI, NASO E SENI PARANASALI, DENTI, BOCCA O ALTRE STRUTTURE DEL CAPO

- 11.1 Cefalea attribuita a patologia delle ossa craniche
- 11.2 Cefalea attribuita a patologie del collo
- 11.3 Cefalea attribuita a patologie degli occhi
 - 11.3.1 Cefalea attribuita a glaucoma acuto
 - 11.3.2 Cefalea attribuita a vizi di rifrazione
 - 11.3.3 Cefalea attribuita a eteroforia o eterotropia
 - 11.3.4 Cefalea attribuita a patologia infiammatoria
- 11.4 Cefalea attribuita a patologie degli orecchi
- 11.5 Cefalea attribuita a rinosinusite
- 11.6 Cefalea attribuita a patologia dei denti, mandibola e strutture correlate
- 11.7 Cefalea o dolori facciali attribuiti ad alterazioni dell'articolazione temporomandibolare
- 11.8 Cefalea attribuita ad altri disordini

Storia pregressa di cefalea
E.O. Generale e
Neurologico nella norma
Quadro clinico soddisfa
i criteri IHS
per cefalea primaria

CEFALEA PRIMARIA

**Esami
strumentali
No**

Modificazione
quadro clinico

Segni d'allarme

**Esami
strumentali
Si**

Cefalea ingravescente o
improvvisa
senza storia pregressa
E.O. Neurologico positivo

**POSSIBILE
CEFALEA SECONDARIA**

**Esami
strumentali
Si**

- Eemicrania oftalmoplegica
- E. Emiplegica Familiare
- Eemicrania Basilare
- E. con aura prolungata
- Ripetuti episodi di aura senza cefalea

ESCLUDERE PATOLOGIA ORGANICA

- Aneurisma c.i., Tolosa-Hunt processo espansivo parasellare
- Tumore fossa cranica posteriore, infarto cerebellare
- Patologia vascolare acuta

**Esami
strumentali
Si**

INQUADRAMENTO TERAPEUTICO

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

Raccolta dei dati
anamnestici

Esame obiettivo
generale e neurologico

Esami laboratoristici
e/o strumentali

Esclusione di forme
secondarie

DIAGNOSI DI EMICRANIA

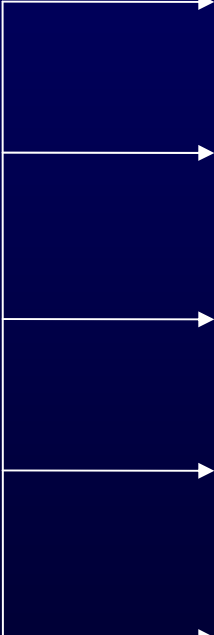
Terapia di attacco

Terapia di profilassi

CLASSI DI FARMACI

TERAPIA DELL'ATTACCO

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

- 
- Agonisti serotoninergici
 - Derivati dell'ergot
 - FANS
 - Analgesici di combinazione
 - Antiemetici

CONSIGLI GENERALI

TERAPIA DELL'ATTACCO

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

Assunzione del farmaco

- Pieno dosaggio
- Il più precocemente possibile

Tipo di formulazione

Utilizzare formulazioni per via rettale o parenterale o contenenti antiemetico se presente importante componente vegetativa

FARMACI PRINCIPALI

TERAPIA DELL'ATTACCO

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

Gruppo I	Gruppo II	Gruppo III	Gruppo IV
Almotriptan Eletriptan Rizatriptan Sumatriptan Zolmitriptan ASA Ibuprofene Naprossene sodico Acetilsalicilato di lisina + Metoclopramide	Diclofenac Ketorolac Ketoprofene Metoclopramide Paracetamolo	Ergotamina + caffeina Ergotamina + caffeina + aminofenazone Indometacina + proclorperazina+ caffeina Piroxicam	Butalbital + propifenazone + caffeina Domperidone Desametasone Idrocortisone Nimesulide

OPZIONI TERAPEUTICHE

TERAPIA DELL'ATTACCO

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

Ergot derivati

Seconda scelta: attacchi invalidanti, bassa frequenza, non rispondenti agli altri farmaci

- Associare antiemetici sul dolore e sintomi di accompagnamento.
- Effetti indesiderati: Potenziale rischio di abuso

FANS ed analgesici

- Indicati per attacchi di **intensità medio-lieve**
- Associare antiemetici

Antiemetici

- Indicati come **coadiuvanti** della terapia sintomatica dell'attacco, quando sono presenti **nausea e vomito**

TRIPTANI

TERAPIA DELL'ATTACCO

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

CONTROINDICAZIONI

Cardiopatìa ischemica
Vasospasmo coronarico
Patologia cerebrovascolare
Ipertensione non controllata
Emicrania basilare
Emicrania emiplegica

EVENTI AVVERSI

Senso di pressione/costrizione toracica
Mialgia
Sonnolenza
Senso di caldo/freddo alla testa/arti
Parestesie
Instabilità/vertigini

EMICRANIA

INDICAZIONI PER LA PROFILASSI

TERAPIA DI PROFILASSI

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

Quando

Più di 2 crisi parzialmente o totalmente disabilitanti della durata complessiva di almeno 4 giorni

Perchè

Riduzione del 50% di frequenza ed intensità delle crisi

Come

Minima quantità di farmaco che presenta i minori effetti indesiderati

Considerare comorbidità

Impiego non inferiore ai 3 mesi a dose adeguata

EMICRANIA

INDICAZIONI PER LA PROFILASSI

TERAPIA DI PROFILASSI

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

QUANTIFICAZIONE DELLA DISABILITA'

Frequenza degli attacchi

Intensità degli attacchi

Bassa ≤ 2 crisi/mese

Media 3-5 crisi/mese

Alta ≥ 6 crisi/mese

Grado 3

Grado 2

Grado 1

Forti o totalmente
disabilitanti

Moderati o
parzialmente
disabilitanti

Lievi o non
disabilitanti

EMICRANIA

CLASSI DI FARMACI

TERAPIA DI PROFILASSI

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

-
- Beta bloccanti
 - Calcio antagonisti
 - Antagonisti serotoninergici
 - Antidepressivi triciclici
 - SSRI
 - Antiepilettici

BETA BLOCCANTI

TERAPIA DI PROFILASSI

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

	Livello di evidenza A studi clinici + B studi clinici ± C consenso	Forza scientifica Valutazione clinica 0 inefficace + scarsamente efficace ++ efficace +++ molto efficace		Effetti indesiderati	Dose raccomandata (mg/die)
Propranololo	A	+++	+++	Occasionali non gravi	80-240
Atenololo	A	++	+++	Occasionali non gravi	100
Metoprololo	B	++	++	Occasionali non gravi	200
Nadololo	B	+	++	Occasionali non gravi	80-240

BETA BLOCCANTI

TERAPIA DI PROFILASSI

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

Propranololo

Atenololo

Metoprololo

Nadololo

CONTROINDICAZIONI

Asma

BPCO

Diabete

Blocco di branca

Scopenso cardiaco

Vasculopatia

Gravidanza

Verapamile, IMAO

CALCIO ANTAGONISTI

TERAPIA DI PROFILASSI

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

	Livello di evidenza A studi clinici + B studi clinici ± C consenso	Effetto scientifico Valutazione clinica 0 inefficace + scarsamente efficace ++ efficace +++ molto efficace		Effetti indesiderati	Dose raccomandata (mg/die)
Flunarizina	A	+++	+++	Occasionali non gravi	5-10
Cinnarizina	B	+	+	Occasionali non gravi	75-150
Verapamil	B	+	+	Occasionali non gravi	240
Nimodipina	B	+	+	Occasionali non gravi	60-120
Diltiazem	B	?	0	Occasionali non gravi	?

ANTIDEPRESSIVI E SSRI

TERAPIA DI PROFILASSI

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

	Livello di evidenza A studi clinici + B studi clinici ± C consenso	Effetto scientifico 0 inefficace ++ efficace	Valutazione clinica + scarsamente efficace +++ molto efficace	Effetti indesiderati	Dose raccomandata (mg/die)
Amitriptilina	A	+++	+++	Frequenti non gravi	30-150
Nortriptilina	C	?	+	Frerquenti non gravi	10-75
Doxepina Imipramina	C	?	+	Frequenti non gravi	-
Fluoxetina	B	++	+	Occasionali non gravi	10-40
Fluvoxamina Paroxetina	C	?	+	Occasionali non gravi	-
Sertralina	C	?	+	Occasionali non gravi	-

ANTIEPILETTICI

TERAPIA DI PROFILASSI

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

	Livello di evidenza A studi clinici + B studi clinici ± C consenso	Effetto scientifico Valutazione clinica 0 inefficace + scarsamente efficace ++ efficace +++ molto efficace		Effetti indesiderati	Dose raccomandata (mg/die)
Valproato di sodio	A	+++	++	Frequenti non gravi	900-1500
Carbamazepina	B	++	0	Frequenti non gravi	600
Gabapentin	A	++	++	Occasionali non gravi	900-1200
Topiramato	B	++	?	Occasionali non gravi	50-100
Lamotrigina	B	++	?	Frequenti non gravi	100

TERAPIA DI PROFILASSI INTERMITTENTE FANS

TERAPIA DI PROFILASSI

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

	Livello di evidenza A studi clinici + B studi clinici ± C consenso	Effetto scientifico 0 inefficace ++ efficace	Valutazione clinica + scarsamente efficace +++ molto efficace	Effetti indesiderati	Dose raccomandata (mg/die)
ASA	B	+	+	Occasionali non gravi	1300
Ketoprofene	B	++	?	Occasionali non gravi	150
Naprossene	B	++	?	Occasionali non gravi	1100

FARMACI E COMORBIDITA'

TERAPIA DI PROFILASSI

LINEE GUIDA TERAPEUTICHE SISC

	INDICATO	CONTROINDICATO
DEPRESSIONE	AMITRIPTILINA	FLUNARIZINA BETA BLOCCANTI
ANSIA ATTACCHI DI PANICO	AMITRIPTILINA SSRI	BETA BLOCCANTI
EPILESSIA	ACIDO VALPROICO - LAMOTRIGINA GABAPENTIN - TOPIRAMATO	AMITRIPTILINA
ASMA - ALLERGIA		BETA BLOCCANTI
IPERTENSIONE	BETA BLOCCANTI Ca ²⁺ ANTAGONISTI	PIZOTIFENE
OBESITA'	TOPIRAMATO VERAPAMILE	PIZOTIFENE – FLUNARIZINA AMITRIPTILINA – ACIDO VALPROICO
GLAUCOMA		PIZOTIFENE AMITRIPTILINA

PROFILASSI CEFALEA A GRAPPOLO

Corticosteroidi

Prednisone (Deltacortene® 5 e 25 mg) range 50-100 mg/die

Calcio-antagonisti

Verapamile (Isoptin® 80 e 120 mg) range 180-360 mg/die

Antiepilettici

Acido Valproico (Depakin® 300 e 500 mg) range 300-1500mg/die

Topiramato (Topamax® 25 e 50 mg) range 50-200 mg/die

Stabilizzanti umore

Litio carbonato (Carbolithium® 100 e 300 mg) range 300-900 mg/die

FARMACI ANTI-EPILETTICI

Valproato sodico 500-1500 mg/die

alopecia, epatopatia, spina bifida, ovaio policistico

Topiramato 50-200 mg/die

calcolosi renale, parestesie, psicosi

STABILIZZANTI DELL'UMORE

Litio carbobato 300-900 mg/die

range terapeutico ristretto: controlli seriati litiemia
poliuria, ipotiroidismo, tremori

CALCIO-ANTAGONISTI

Verapamile 180-360 mg/die

Di prima scelta. Da utilizzare in presenza di depressione
ipertensione, tachicardia



Da evitare: associazione con beta-bloccanti

Terapia sintomatica

Triptani

Sumatriptan **IMIGRAN[®] 6 mg s.c.**
IMIGRAN[®] 20 mg spray
nasale

(maggior rapidità d'azione, elevata
biodisponibilità)

Ossigenoterapia

O₂ 15 l/min per 7 minuti

Terapia sintomatica

Ergotaminici

Ergotamina

ERGOTAN[®] i.m

Ergotamina/cafeina/aminofenazone

VIRDEX[®] supp

Ergotamina/cafeina

CAFERGOT[®] cp/supp

FANS

Indometacina

INDOXEN[®]/METACEN[®] cp/supp/i.m.