

G.C. Manzoni • P. Torelli

## Le cefalee croniche quotidiane: cosa sappiamo e cosa resta da conoscere

**Riassunto** Con la denominazione cefalea cronica quotidiana (CCQ) ci si riferisce ad un gruppo vasto ed eterogeneo di cefalee che non sono esaurientemente contemplate nella nuova revisione della classificazione internazionale delle cefalee (ICHD-II). In questa, al fine di dare una risposta alle critiche al riguardo già subite dalla precedente edizione (IHS '88), sono state introdotte l'emicrania cronica e la *new daily persistent headache* (NDPH). Per la prima sono però stati stabiliti dei criteri diagnostici che la rendono molto poco aderente alla realtà clinica e la seconda è entità clinica rara, di dubbia esistenza e poco distinguibile dalla cefalea di tipo tensivo cronica. Tra i molti punti che restano ancora da chiarire relativamente alla CCQ, vi sono l'effettivo ruolo svolto dall'uso eccessivo di farmaci sintomatici, dal profilo di personalità di base dei pazienti che ne sono affetti, dagli eventi stressanti e da alcune patologie concomitanti e le opportune strategie di trattamento da adottare.

**Parole chiave** Cefalea cronica quotidiana • Emicrania cronica • Cefalea da uso eccessivo di farmaci • Emicrania trasformata • Cefalea di tipo tensivo cronica

G.C. Manzoni (✉) • P. Torelli  
Centro Cefalee  
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma  
Clinica Neurologica  
Padiglione Barbieri, Ospedale Maggiore  
Viale Gramsci 14, I-43100 Parma, Italia  
e-mail: giancamillo.manzoni@unipr.it

La denominazione cefalea cronica quotidiana (CCQ) venne introdotta nei primi anni '80 [1, 2] al fine di identificare, e quindi opportunamente studiare, i pazienti che riferiscono di soffrire di cefalea tutti, o quasi tutti, i giorni da molti mesi, o più spesso anni, consecutivi.

A quasi un quarto di secolo di distanza, nonostante l'impegno profuso da autorevoli ricercatori, la CCQ continua a costituire il capitolo più ostico e più contrastato nell'ambito delle diverse forme di cefalea.

Il dibattito, dai toni a volte fin troppo aspri, che sta oggi investendo la CCQ è di grande importanza perché attiene ad una forma di cefalea non rara [3], altamente invalidante e di assai difficile gestione e trattamento [4].

L'aspetto preliminare che deve essere affrontato per un corretto approccio alla CCQ è quello della sua sistematizzazione nosografico-classificativa.

La classificazione della *International Headache Society* (IHS) del 1988 [5] ha mostrato, a questo riguardo, pesanti carenze che, purtroppo, la recente seconda edizione della *International Classification of Headache Disorders* (ICHD-II) pubblicata nel 2004 [6] non sembra aver superato.

Infatti, le due novità introdotte dalla ICHD-II relativamente al capitolo CCQ (da rilevare che questa denominazione non è ancora ufficialmente accettata dalla ICHD-II) sono l'inserimento della emicrania cronica (EC) tra le complicanze dell'emicrania (codice 1.5.1) e della cosiddetta *New Daily Persistent Headache* (NDPH) nel gruppo 4 "altre cefalee primarie" (codice 4.8).

Per quanto riguarda la EC, così come delineata dai relativi criteri diagnostici (attacchi di emicrania senza aura per almeno 15 giorni al mese da almeno 3 mesi con uso di triptani o ergotamina o oppioidi o analgesici di combinazione meno di 10 giorni al mese e di analgesici semplici meno di 15 giorni al mese), si tratta di un'emicrania ad alta frequenza che nulla ha a che spartire con la CCQ. Infatti negli USA Bigal et al. [7], in un tentativo di riclassificazione di 638 pazienti con CCQ osservati nell'arco di un ventennio al *New England Medical Center of Headache* di Stamford, Connecticut, applicando rigidamente i criteri diagnostici

della ICHD-II, riescono a porre diagnosi di EC solo in 9 casi; in considerazione del fatto che utilizzando i criteri diagnostici di Silberstein et al. [8] sono invece classificabili come affetti da emicrania trasformata (ET) senza eccessivo uso di sintomatici ben 158 pazienti della stessa casistica, gli autori ritengono che la diagnosi di EC, così come impostata ed ufficializzata nella ICHD-II, non apporti alcun vantaggio sostanziale nella diagnostica delle CCQ.

Altro grosso limite della ICHD-II è che, come ben dimostrato nella stessa analisi di Bigal et al. [7], la maggior parte dei pazienti affetti da CCQ riceve diagnosi multiple, in molti casi addirittura 4 o 5 diagnosi alcune delle quali solo probabili.

Le insormontabili difficoltà che la ICHD-II incontra nell'approccio alle CCQ derivano dal fatto che questa classificazione, come già la precedente versione della IHS, è per ben preciso intendimento e per espressa dichiarazione dei membri dei comitati che hanno provveduto alla sua formulazione una classificazione di attacchi e non di pazienti; questo principio risulta sostanzialmente incompatibile con un tipo di cefalea, come la CCQ, che si sviluppa nella stragrande maggioranza dei casi gradualmente e progressivamente nel corso di molti anni, influenzata da molteplici fattori endogeni ed ambientali che incidono su un terreno di predisposizione forse geneticamente determinato, fino a realizzare il quadro clinico rilevabile al momento dell'osservazione. La ICHD-II fotografa gli attacchi, ma la CCQ è patologia estremamente complessa e dinamica. Nella maggioranza dei casi i pazienti che ne sono affetti utilizzano quotidianamente farmaci sintomatici che inquinano notevolmente non solo l'evoluzione nel tempo della forma originaria di cefalea, ma anche la fenomenologia stessa del mal di testa di una singola giornata. L'applicazione di criteri diagnostici statici, quali sono quelli della ICHD-II, non può che rivelarsi forzata ed inadeguata nella CCQ.

Anche l'altra novità della ICHD-II, l'introduzione della NDPH, forma rara di cefalea primaria ad andamento cronico quotidiano, non apporta alcun sostanziale contributo al chiarimento del capitolo delle CCQ. Infatti, se analizziamo i criteri diagnostici che la ICHD-II stabilisce per questa forma di cefalea, si nota che sono molto simili a quelli della cefalea di tipo tensivo cronica dalla quale differiscono fondamentalmente solo perché la cefalea deve obbligatoriamente essere quotidiana (e non presente almeno 15 giorni al mese) e senza alcun periodo di remissione fin dall'esordio.

Al di là della a tutt'oggi irrisolta questione nosografico-classificativa, passaggio preliminare indispensabile per poter approntare in modo scientificamente adeguato qualsiasi studio sulla CCQ, molti sono i punti che restano da chiarire in questo tipo di cefalea.

Tra i più importanti, il ruolo svolto dall'uso regolarmente quotidiano di farmaci sintomatici. Sappiamo che la maggioranza dei soggetti affetti da CCQ ha per molti anni sofferto, prima di sviluppare questo tipo di cefalea ad andamento cronico quotidiano, di una cefalea primaria ad

andamento accessuale, di solito un'emicrania senza aura [9]. Sappiamo anche che la maggior parte di questi pazienti utilizza farmaci sintomatici in modo massiccio e costante [4]. Non sappiamo però se l'uso eccessivo di questi farmaci è causa o conseguenza della CCQ [10].

Pure da chiarire resta l'effettivo ruolo svolto nelle CCQ dal profilo di personalità di base del paziente, dagli eventi stressanti della vita e da alcune patologie, prime fra tutte l'ipertensione arteriosa e le disfunzioni tiroidee, ma anche le trombosi venose cerebrali e l'ipertensione endocranica idiopatica senza papilledema [11].

La CCQ, così come oggi l'intendiamo, costituisce un gruppo vasto ed eterogeneo di forme di cefalea relativamente alle quali le conoscenze sono a tutt'oggi ancora assai limitate. La sua stessa denominazione, alquanto generica, è destinata a sparire quando finalmente i progressi della ricerca avranno permesso la definitiva individuazione delle diverse forme che la compongono e delle relative strategie terapeutiche da adottare.

## Bibliografia

1. Mathew NT, Stubits E, Nigam MP (1982) Transformed or evolutive migraine. *Headache* 22:66-68
2. Nappi G, Savoldi F (1985) Headache. Diagnostic system and taxonomic criteria. John Libbey Eurotext, London
3. Castillo J, Murioz P, Guitera V, Pascual J (1999) Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 39:190-196
4. Katsarava Z, Muessig M, Dzagnidze A, Fritsche G, Diener HC, Limmroth V (2005) Medication overuse headache rates and predictors for relapse in a 4-year prospective study. *Cephalalgia* 25:12-15
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (1988) Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 8[Suppl 7]:1-96
6. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (2004) The international classification of headache disorders, 2nd edn. *Cephalalgia* 24[Suppl 1]:1-160
7. Bigal ME, Tepper SJ, Sheftell FD, Rapoport AM, Lipton RB (2004) Chronic daily headache: correlation between the 2004 and the 1988 International Headache Society diagnostic criteria. *Headache* 44:684-691
8. Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT (1994) Classification of daily and near daily headaches: proposed revision to the HIS criteria. *Headache* 34:1-7
9. Manzoni GC, Granella F, Sandrini G, Cavallini A, Zanferrari C, Nappi G (1995) Classification of chronic daily headache by International Headache Society criteria: limits and new proposals. *Cephalalgia* 15:37-43
10. Tepper SJ, Dodick DW (2002) Debate: analgesic overuse is a cause, not consequence, of chronic daily headache. *Headache* 42:543-554
11. Quattrone A, Bono F, Olivieri RL et al (2001) Cerebral venous thrombosis and isolated intracranial hypertension without papilledema in CDH. *Neurology* 57:31-36