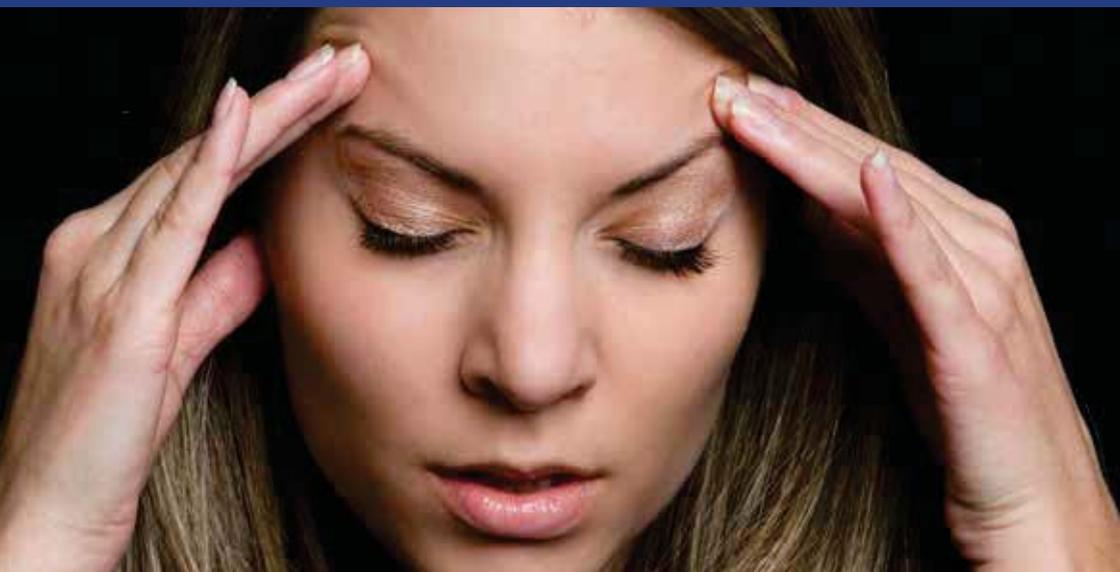


LE CEFALEE.
COSA SONO,
QUALI SONO I SINTOMI
E COME POSSIAMO CURARLE.

Collana “piùinforma”



WHAT'S NEW IN
MONTALEGRO
CULTURA DELLA SALUTE





Dott. FABIO BANDINI
Medico chirurgo

Nato a Livorno il 16/09/1960.

Laurea in Medicina e Chirurgia
presso l'Università degli Studi
di Genova nel luglio 1985.

Abilitazione all'esercizio della
professione Medico Chirurgica
nel 1985.

Specializzazione in Neurologia
presso l'Università degli Studi
di Genova nel 1989.

Specializzazione in
Neurofisiopatologia presso
l'Università degli Studi di Genova
nel 1992.

Direttore della Struttura
Complessa Neurologia
dell'Ospedale S. Paolo di Savona
dal 2010.

Fabio Bandini garantisce di essere l'autore e l'unico titolare di ogni e qualsiasi diritto esclusivo relativo all'opera oggetto della pubblicazione "Le cefalee. Cosa sono, quali sono i sintomi e come possiamo curarle".

Egli si impegna pertanto a garantire e manlevare l'Editore da eventuali pretese e/o azioni di terzi che rivendicassero diritti sull'opera oggetto della presente pubblicazione, impegnandosi a tenerlo indenne da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dall'accertamento dell'altrui paternità dell'opera e/o di parti di essa.

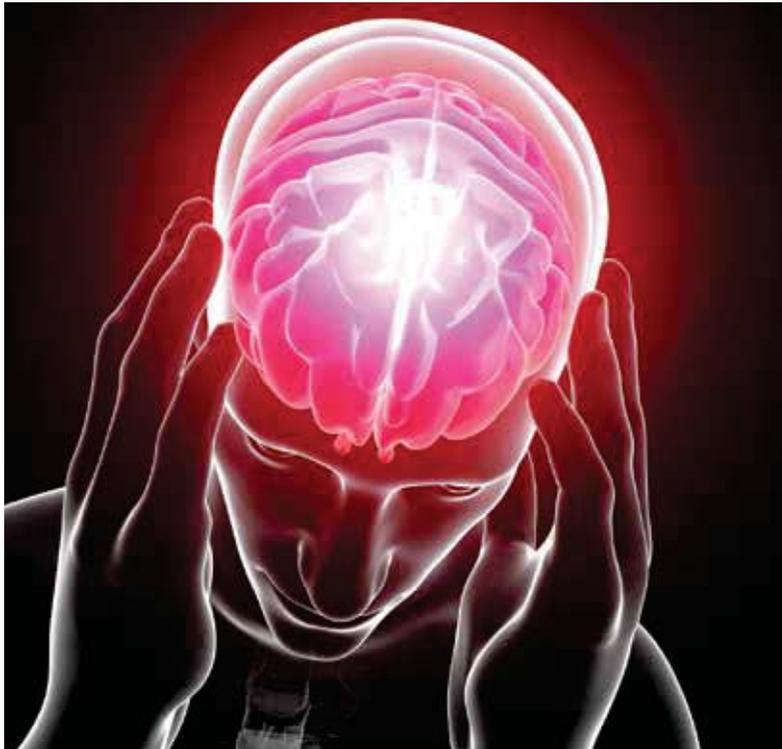
La cefalea (mal di testa) è un disturbo molto comune nella popolazione e rappresenta uno dei più frequenti motivi di consultazione medica. Quasi ognuno ha avuto modo di soffrire, almeno una volta nella vita, di una crisi di cefalea.

La cefalea diventa un vero e proprio disturbo quando si presenta in modo ripetitivo, soprattutto se con un dolore di intensità tale da rendere problematico qualsiasi tipo di attività. Le sue conseguenze a volte sono considerevoli sia per l'individuo che ne è affetto, con un grave peggioramento della qualità della vita, sia per la società, per la quale comporta un elevato costo (impiego di risorse per la gestione della malattia, perdita di giornate lavorative e ridotta efficienza sul lavoro, conseguenze psicofisiche). È noto che i Pazienti che più soffrono di cefalea sono quelli di età adulta e quindi nel pieno della propria attività produttiva.

Le cefalee si caratterizzano per l'eterogeneità e la molteplicità dei possibili fattori causanti. Occorre stabilire una netta distinzione tra cefalea "malattia" (cefalea primaria) e cefalea "sintomo" (cefalea secondaria). Nelle cefalee primarie il dolore rappresenta in sé la patologia (cefalea "malattia"). Non sono quindi sostenute da altre malattie (origine sconosciuta, con importante componente genetica) e rappresentano, fortunatamente, la grande maggioranza dei casi (circa il 90%). Le cefalee secondarie sono legate a condizioni patologiche ben definite, di cui sono la spia (cefalea "sintomo").

La distinzione tra cefalea 'primaria' e 'secondaria' è di fondamentale importanza, perché il primo tipo rappresenta uno dei pochi casi in medicina in cui una malattia non risulta diagnosticabile con mezzi laboratoristici o strumentali ma soltanto anamnestici, ovvero basati su un corretto "racconto" da parte del Paziente. Spesso la riluttanza

nell'accettare l'assenza di una causa organica porta il Paziente (e talora anche il Medico) a eseguire ripetutamente inutili e costosi esami diagnostici e rischia di condurre infine il Paziente alla frustrazione di chi, portatore di una malattia non documentabile, può sentirsi trattato come chi lamenta una malattia che "non c'è".



CEFALEE PRIMARIE

Le più comuni cefalee primarie sono l'emicrania, la cefalea tensiva, la cefalea "a grappolo" e la nevralgia trigeminale.

Emicrania

L'emicrania è la più comune forma di cefalea disabilitante. Interessa una consistente percentuale della popolazione (circa il 18%). L'emicrania presenta un'elevata predisposizione familiare (circa 50% dei casi) e colpisce più le donne che gli uomini, in un rapporto di circa 3 a 1.

Le crisi emicraniche si presentano con una frequenza molto variabile (da pochi attacchi in un anno a 2-3 volte alla settimana). Il dolore è in genere pulsante, si manifesta con esordio lento da un solo lato della testa ('emi-crania', anche se tale caratteristica non è obbligatoria), in regione temporale e/o orbitaria e si intensifica con il movimento. Spesso si associano altri sintomi come nausea, vomito, intolleranza alla luce (fotofobia), al rumore (fonofobia) e agli odori (osmofobia), sudorazione 'fredda', brividi e pallore: il Paziente desidera rimanere coricato, al buio, in assenza di qualsiasi stimolazione. È quasi sempre preclusa qualsiasi attività della vita quotidiana.

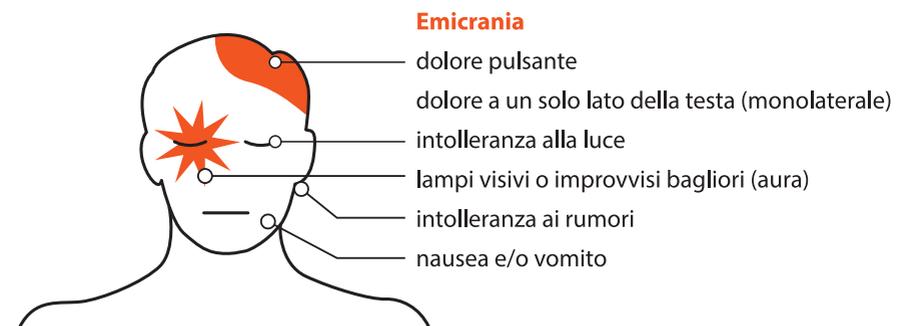
Si distinguono due tipi di emicrania: l'emicrania "con aura" e l'emicrania "senza aura". Con il termine "aura" si intende l'insieme dei sintomi neurologici transitori che precedono la comparsa del dolore (in genere disturbi visivi come luci lampeggianti, linee zigzaganti ma, più raramente, anche disturbi sensitivi come i formicolii a una parte del capo o, ancora, difficoltà a esprimersi). I sintomi dell'aura sono quelli che colpiscono e preoccupano maggiormente il Paziente poiché rappresentano vere e proprie disfunzioni neurologiche improvvise, per molti versi assimilabili ai sintomi di un ictus cerebrale. L'origine di questi sintomi è invece legata a un fenomeno di "depolariz-

zazione" dei neuroni della corteccia cerebrale ("spreading depression") con un significato completamente diverso e, per fortuna, con prognosi decisamente migliore.

Diversi fattori sono in grado di provocare una crisi emicranica, agendo su un terreno di predisposizione geneticamente determinato. Alcuni alimenti - come alcol, eccesso o difetto di caffeina, formaggi stagionati, salumi, cioccolato, frutta secca o certi tipi di frutta fresca (soprattutto banane, agrumi, melone, anguria, fichi, fragole, kiwi) o di verdura fresca (cavoli, verza, crauti, broccoli, zucca, carote) o di pesce (crostacei, frutti di mare), lieviti e fermenti lattici vivi, liquirizia, glutammato di sodio ("cefalea del ristorante cinese") - possono indurre una crisi emicranica, poiché contengono particolari sostanze che dilatano i vasi sanguigni del cranio, scatenando l'emicrania. In questi casi, è necessario saper individuare gli alimenti "a rischio", anche perché sono sempre gli stessi in ogni Paziente. Anche il digiuno può scatenare la cefalea, a causa dell'abbassamento della glicemia che ha un effetto dilatante sui vasi sanguigni del cranio.

Anche particolari condizioni ambientali possono provocare o aggravare l'emicrania (es. locali con molto fumo o rumore, o molto luminosi, il freddo, il vento, un'eccessiva esposizione al sole). Uno tra i fattori maggiormente implicati nell'esordio dell'attacco emicranico è sicuramente il cosiddetto "stress" quotidiano, così come le modificazioni dell'igiene di vita, in particolare il ritmo sonno-veglia. Questo è quanto accade con la cosiddetta cefalea da week-end, un attacco di emicrania che aggredisce abitualmente durante il fine settimana, quando si modificano gli orari del sonno rispettati dal

lunedì al venerdì. Anche le variazioni ormonali sono implicate nella genesi e nello scatenamento dell'attacco emicranico, ragione per cui molte donne soffrono di emicrania dopo la pubertà e durante il periodo mestruale, mentre la cefalea subisce un netto miglioramento in gravidanza e dopo la menopausa. L'emicrania mestruale insorge tipicamente 1-2 giorni prima del ciclo e può estendersi fino a 3-4 giorni dopo. La fase mestruale è poi particolarmente critica poiché gli attacchi peggiorano nel 70% dei casi. La causa sembra collegata al brusco calo di particolari ormoni (estrogeni) nel sangue. I contraccettivi orali a base di estrogeni e progestinici (la cosiddetta "pillola") possono sia scatenare sia peggiorare la frequenza dell'emicrania.

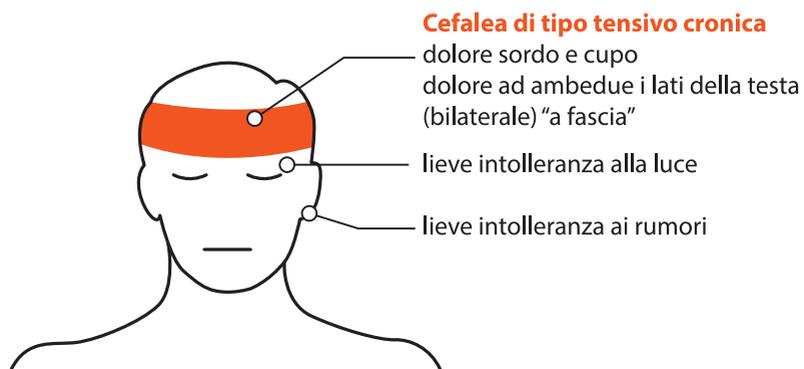


Cefalea tensiva

La cefalea tensiva è la forma più diffusa di cefalea. È caratterizzata dalla contrazione dei muscoli del collo e delle spalle e si manifesta come un dolore gravativo-costrittivo, di entità lieve-moderata,

quasi sempre localizzato sulla fronte o sulla nuca (in quest'ultimo caso spesso viene riferita in modo inappropriato alla arcinota "artrosi cervicale"). Il dolore è in genere definito come un cerchio o un casco. Foto e fonofobia sono rari, così come la nausea. In genere mai si verifica vomito. Generalmente non pregiudica le normali attività della vita quotidiana. La cefalea tensiva può essere episodica (presente per meno di quindici giorni al mese) oppure cronica (il dolore è presente, complessivamente, per più di quindici giorni al mese).

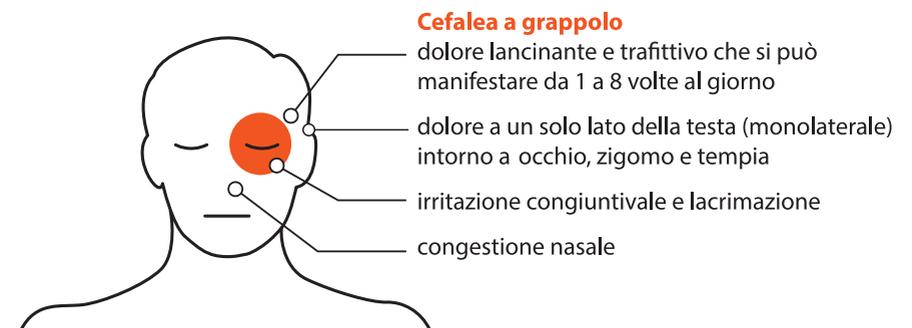
La tensione emotiva, lo stress, l'affaticamento mentale, la postura scorretta e prolungata del capo e del collo possono rappresentare fattori scatenanti e aggravanti. L'insorgenza è tipica in età giovanile. Analogamente all'emicrania, il disturbo prevale nel sesso femminile.



Cefalea a grappolo

Insorge in genere tra i venti e i quarant'anni. Colpisce in modo nettamente prevalente gli uomini (rapporto 7-9:1 rispetto al ses-

so femminile) e, a differenza dell'emicrania, non presenta aspetti di ereditarietà. È tipicamente caratterizzata da periodi attivi o grappoli ("cluster") di cefalea e da fasi prolungate di remissione. L'espressione "a grappolo" si riferisce infatti a crisi che avvengono in determinati periodi dell'anno (primavera, autunno e periodi di cambiamento climatico) separati da intervalli con assenza di crisi. Durante il grappolo, le crisi si raggruppano praticamente a orari fissi (tra le nove di sera e le dieci del mattino, in genere durante il sonno). Si possono avere da un minimo di una crisi ogni due giorni fino a otto crisi nelle 24 ore. L'attacco inizia in maniera rapida, raggiungendo la massima intensità entro 15 minuti e può durare fino a tre ore. Contestualmente la crisi, il Paziente, a differenza dell'emicrania, presenta un comportamento inquieto, con agitazione psicomotoria e incapacità a stare fermo. Il dolore, di tipo lanciaante, è generalmente monolaterale e localizzato intorno all'occhio e allo zigomo. La cefalea "a grappolo" presenta sintomi associati ben definiti, come lacrimazione, arrossamento e gonfiore oculare, contrazione della pupilla e congestione nasale. È una forma di cefalea abbastanza rara, ma molto dolorosa, al punto che è definita anche "cefalea da suicidio", tanto è intenso e violento il dolore che la caratterizza.



Nevralgia del trigemino

La nevralgia del trigemino, conosciuta anche come 'tic doloroso', è un dolore straziante al viso che tende a iniziare e terminare rapidamente, con attacchi simili a scosse elettriche, spesso scatenato ogni volta che si muove o si stimola la parte interessata (es. parlare, masticare, lavarsi il volto). Si stima che ne soffra circa una persona ogni 10.000, anche se i numeri veri potrebbero essere significativamente maggiori per via delle diagnosi frequentemente errate. Abitualmente si sviluppa dopo i 50 anni. Come si può desumere dal nome, il disturbo interessa il nervo trigemino (quinto nervo cranico), composto di tre branche ("tri-gemino") che portano al cervello la sensibilità della parte superiore, media e inferiore del volto e della cavità orale.

Gli attacchi dolorosi possono coinvolgere una o più branche. Più frequente è il coinvolgimento della branca media e inferiore, per cui alcuni dei sintomi iniziali sono avvertiti ai denti e alle gengive.

Molti Pazienti soffrono di un dolore sordo e continuo con ipersensibilità al caldo e al freddo prima dell'inizio dei sintomi più classici della nevralgia del trigemino. Questo periodo, denominato "pre-nevralgia trigeminale", rappresenta una considerevole sfida diagnostica, specialmente per l'odontoiatra che, molto spesso, è il primo sanitario al quale il Paziente si rivolge. Ma il dolore da nevralgia del trigemino non è provocato da problemi dentali; quello che può sembrare un mal di denti può

essere un sintomo precoce di nevralgia trigeminale. Non è raro che un Paziente con nevralgia del trigemino si sottoponga a valutazione da parte di una gran quantità di dentisti, stomatologi, otoiatri, etc. Alcuni trattamenti (cure canalari, estrazioni, etc.) sono praticati senza risultato, finché il dolore peggiora regolarmente e appaiono i più classici sintomi di nevralgia del trigemino.

| | EMICRANIA | CEFALEA TENSIVA | CEFALEA A GRAPPOLO | NEURALGIA TRIGEMINO |
|---------------------------|--------------------------------------|------------------------|--|--------------------------------|
| FAMILIARITÀ | presente | assente | presente | assente |
| PREVALENZA SESSO | 3:1 | 2:1 | 1:4 | 1:1 |
| QUALITÀ DOLORE | pulsante | gravativo, costrittivo | trafittivo, lanciaante | trafittivo, "scossa elettrica" |
| SEDE | unilaterale | bilaterale | unilaterale orbitale | unilaterale |
| INTENSITÀ | medio-forte | lieve-media | forte | forte |
| DURATA | 4 - 72 ore | 30 min - 7 giorni | 15 - 180 min | secondi |
| PROFILO TEMPORALE | episodico | episodico, cronico | cronobiologico | episodico |
| SEGNI E SINTOMI ASSOCIATI | nausea, vomito, fono-foto-osmo-fobia | nessuno | lacrimazione, ptosi, miosi, rinorrea, arrossamento congiuntivale | nessuno |
| COMPORTAMENTO PAZIENTE | isolamento, buio, silenzio, riposo | lievi modificazioni | irrequietezza | evitamento stimoli |

Cefalee secondarie

Le cefalee secondarie sono sintomo di un'altra malattia. Si manifestano come conseguenza di:

- > traumi cranici;
- > malattie o disfunzioni dei vasi sanguigni della circolazione cerebrale (es. ischemia, trombosi, aneurisma ed emorragia cerebrale);
- > malattie del cervello o delle strutture circostanti, come tumori o meningiti;
- > patologie dei seni paranasali, del collo, delle orecchie, del naso, dei denti, della bocca.

COSA FARE SE SI SOFFRE DI CEFALEA?

Bisogna rivolgersi al proprio Medico che cercherà di valutare se si tratta di una cefalea secondaria o, molto più verosimilmente, di una forma di cefalea primaria e vi indirizzerà dallo Specialista più appropriato secondo il suo giudizio, usualmente il Neurologo. In base alle risultanze della visita generale e neurologica, se nasce il sospetto di una cefalea secondaria saranno necessari alcuni esami strumentali, tra cui quelli neuroradiologici (TAC cranio e/o RM cranio) e altri tipi di accertamenti. In ogni caso, quando la cefalea diventa di entità e/o frequenza tale da risultare invalidante, è necessario rivolgersi al Medico per intraprendere eventuali terapie indirizzate a migliorare la qualità di vita del Paziente.

QUANDO PREOCCUPARSI SE SI SOFFRE DI CEFALEA?

Esistono dei criteri di allarme per i quali è indispensabile ri-

volgersi sempre al proprio Medico. Questi sono: l'insorgenza improvvisa di una nuova cefalea, il cambiamento improvviso delle caratteristiche di una cefalea, l'insorgenza in età superiore ai 40, il dolore sempre dallo stesso lato, il peggioramento del dolore dopo tosse, starnuto o sforzo fisico, il decorso che tende progressivamente ad aggravarsi, il dolore a insorgenza notturna, la coesistenza di febbre, convulsioni, perdita di coscienza o stati confusionali, la resistenza ai trattamenti abitualmente usati o comunque a trattamenti sintomatici o preventivi specifici.

LE TERAPIE

Le diverse forme di cefalea primaria hanno ciascuna una cura specifica. Ne consegue che, affinché la cura sia veramente efficace, è fondamentale identificare con la maggior precisione possibile il tipo di cefalea primaria in questione e le sue caratteristiche.

La terapia più adatta sarà quasi sempre di tipo farmacologico nel caso dell'emicrania, della cefalea "a grappolo" e della nevralgia del trigemino, mentre si potrà ricorrere anche a metodi di cura alternativi nel caso della cefalea tensiva (e talvolta nell'emicrania).

La prevenzione della cefalea è possibile applicando e rispettando, innanzitutto, alcune semplici norme e buone abitudini di vita: controllare la propria dieta, eliminare o ridurre il fumo o l'alcool, fare un'adeguata attività fisica, non assumere o mantenere a lungo posizioni del corpo scorrette e cercare di gestire, per quanto possibile, ansia e stress.

Molto importante è evitare l'automedicazione: spesso chi soffre di cefalea sarebbe costretto ad annullare impegni familiari e di lavoro. Per evitare questo, interrompendo la crisi, fa ricorso all'uso di analgesici sintomatici. Questi farmaci, inizialmente efficaci, con l'andar del tempo lo sono sempre meno e spesso inducono il Paziente a un uso eccessivo. L'abuso di analgesici sintomatici è una condizione particolarmente temibile, in quanto tendono a condurre il Paziente in uno stato di "cefalea cronica quotidiana", spesso invalidante e con conseguenze socio-economiche rilevanti.

Emicrania

La terapia in acuto si basa generalmente sulla prescrizione di analgesici non oppiacei (es. acido acetilsalicilico o ibuprofene), in associazione a un farmaco anti-nausea per ridurre il vomito e favorire lo svuotamento gastrico. Se gli attacchi precedenti (di qualsiasi gravità) non sono stati controllati con un analgesico tradizionale, si deve ricorrere ai triptani (farmaci selettivi per l'emicrania, agonisti della serotonina). Se il Paziente non dovesse rispondere a un triptano, lo si può sostituire con un altro della stessa classe.

I Pazienti che ricorrono a qualsiasi trattamento acuto o sintomatico per la cefalea sono a rischio di cefalea da eccessivo uso di farmaci. Per ridurre questo rischio e il rischio di dipendenza è bene non usare gli analgesici oppioidi di routine per trattare l'emicrania acuta.

Un trattamento farmacologico preventivo va considerato in Pazienti con emicranie ricorrenti che interferiscono in misura considerevole con la loro routine quotidiana. Questo non

bloccherà tutti gli attacchi e potrebbe non essere efficace in caso di cefalea da eccessivo uso di farmaci. La scelta dipende dalle comorbidità (cioè se nella persona sono presenti due o più disturbi di origine diversa), dalle potenziali interazioni farmacologiche e dalle preferenze del Paziente. Il farmaco di prima scelta a scopo profilattico è il propranololo (80-240 mg/die); in alternativa, si possono prescrivere l'antidepressivo triciclico amitriptilina (25-150 mg) o un antiepilettico (topiramato 50-200 mg/die o sodio valproato 800-1500 mg/die). Recentemente l'uso della tossina botulinica è stato autorizzato dall'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) per il trattamento dell'emicrania cronica.

Alcune raccomandazioni dedicate alle donne



- > Non si devono prescrivere contraccettivi orali combinati in donne che soffrono di emicrania con aura perché aumenterebbero il rischio di stroke (cioè di una lesione) ischemico.

- > Più della metà delle donne con emicrania riferisce un aumento della frequenza e dell'intensità degli attacchi in prossimità delle mestruazioni. Se gli attacchi non rispondono agli analgesici minori, è raccomandato l'uso di triptani.
- > La terapia ormonale sostitutiva potrebbe peggiorare l'emicrania e dovrebbe essere presa in considerazione in caso si assistesse a un aggravamento dell'emicrania.
- > Durante la gravidanza, in caso di emicrania acuta si può prescrivere paracetamolo. Per quanto riguarda gli altri farmaci, è opportuno ponderare bene se i rischi per il feto superano i benefici per la madre.

Cefalea tensiva

Per il trattamento acuto, la scelta cadrà su acido acetilsalicilico o paracetamolo (oppure su altri farmaci anti-infiammatori non cortisonici). Gli analgesici non eliminano la cefalea, ma offrono soltanto un sollievo temporaneo dei sintomi. Se è necessaria una profilassi, i farmaci di scelta sono gli antidepressivi triciclici, in particolare amitriptilina o nortriptilina (25-100 mg/die). Tra gli effetti collaterali di questi farmaci ricordiamo l'aumento di peso, la sonnolenza e la secchezza delle fauci. Non si tratta di analgesici, ma di farmaci che stabilizzano i livelli di sostanze chimiche cerebrali, come la serotonina, che possono essere legati alla comparsa di cefalea. Utilizzare questi farmaci non significa pertanto essere affetti da depressione. Tra gli altri farmaci in grado di prevenire la cefalea tensiva ricordiamo gli anticonvulsivanti, come il topiramato e il gabapentin e i miorilassanti come la tizanidina. I farmaci preventivi possono impiegare diverse settimane prima di accumularsi nel sistema nervoso e quindi diventare efficaci.

Diverse strategie non farmacologiche sono in grado di diminuire la gravità e la frequenza della cefalea tensiva e quest'approccio può diventare parte integrante di qualsiasi terapia contro la cefalea. Lo stress è una delle cause più frequenti della cefalea tensiva. Un modo per diminuirlo è quello di pianificare e organizzare per tempo la giornata; un altro modo è quello di concedersi più tempo per rilassarsi. Esistono inoltre diverse tecniche di rilassamento, tra cui ricordiamo il biofeedback. Quest'ultimo, eseguito con l'aiuto di un terapeuta e di varie apparecchiature, insegna a controllare diverse reazioni dell'organismo permettendo così di alleviare il dolore. Anche una postura corretta può aiutare a ridurre al minimo la tensione dei muscoli, dei legamenti, dei tendini e delle ossa. L'agopuntura può alleviare temporaneamente il dolore causato dalla cefalea tensiva. Tra le altre tecniche di rilassamento ricordiamo le tecniche di respirazione, lo yoga, la meditazione e il rilassamento muscolare progressivo. Nella terapia della cefalea tensiva, la terapia farmacologica affiancata dalle tecniche di gestione dello stress può rivelarsi più efficace della semplice terapia farmacologica.

Cefalea "a grappolo"

Nell'acuzie il trattamento di prima scelta prevede la somministrazione per via sottocutanea di 6 mg di sumatriptan (triptano); nei Pazienti che non tollerano il sumatriptan per via sottocutanea, si può prescrivere la formulazione per via nasale di sumatriptan o zolmitriptan. Negli attacchi acuti si è dimostrata efficace anche la somministrazione di ossigeno 100% (7-12 litri al minuto). La profilassi è particolarmente indicata in questo tipo di cefalea perché può aiutare a ridurre la

durata degli attacchi e anche perché, data la brevità di durata della singola crisi, spesso il trattamento sintomatico non ha il tempo di agire. Il farmaco di prima scelta è il verapamile (240-960 mg). In alternativa, si possono somministrare il carbonato di litio e gli steroidi (60 mg prednisolone per 5 giorni, da ridurre di 10 mg ogni 2 giorni fino a interruzione).

Recentemente, è stato segnalato che il blocco del nervo grande occipitale può ridurre significativamente gli attacchi di cefalea "a grappolo" in circa 2/3 dei Pazienti. Altrettanto recentemente, la stimolazione cerebrale profonda dell'ipotalamo postero-inferiore si è rivelata efficace nella maggioranza di un campione di Pazienti con cefalea "a grappolo" intrattabile.

Nevralgia del trigemino

Il trattamento medico consiste nell'assunzione di farmaci. Il più usato è la carbamazepina. Durante tutte le fasi di trattamento farmacologico, i Pazienti devono avere una buona comunicazione con il loro Medico ed essere istruiti sul monitoraggio e sulle reazioni dei farmaci. Il Paziente deve sapere che è necessario mantenere un livello adeguato del farmaco nel sangue per un buon sollievo dal dolore: prendere il farmaco in modo irregolare è sbagliato. Dopo che il Paziente è senza dolore per 4-6 settimane, il farmaco viene gradualmente ridotto. La sospensione improvvisa del farmaco può provocare seri effetti collaterali. Gli analgesici, per esempio l'aspirina e i narcotici, non sono efficaci per controllare il dolore da nevralgia del trigemino, poiché i dolori sono dell'intensità di una scossa elettrica e gli attacchi di breve durata.

Le procedure chirurgiche sono riservate ai Pazienti che non tollerano la terapia con i farmaci e presentano severi effetti

collaterali da questa terapia. Inoltre la terapia microchirurgica è indicata in tutti i Pazienti giovani e per coloro che non vogliono prendere farmaci per tutta la vita.

Spesso, all'inizio, i farmaci hanno un buon effetto ma, dopo un po' di tempo (assuefazione), può rendersi necessario il loro aumento con conseguente comparsa di importanti effetti collaterali. In questi casi è possibile eseguire l'intervento chirurgico di decompressione del nervo trigemino da parte dei vasi sanguigni. Questo si esegue in anestesia generale e generalmente il Paziente rimane ricoverato per 4-5 giorni e può riprendere una vita normale dopo 2-3 settimane. L'intervento dà un risultato positivo (scomparsa del dolore) e duraturo nell'85% dei casi. Il rischio di complicazioni è intorno al 2-3%. Un'alternativa all'intervento è l'esecuzione di una procedura chirurgica di minore entità, con una degenza di un solo giorno, che consiste nel distruggere una parte del nervo per via percutanea. Purtroppo questa terapia, se efficace, è solo temporanea (mentre la tecnica descritta prima è duratura) e lascia il Paziente con una diminuita sensibilità a livello del viso e della lingua (la stessa sensazione che si ha dopo un'estrazione dentaria) che può essere molto sgradevole. Questa procedura può essere però ripetuta nel tempo.

PUBBLICAZIONE

What's new in

COLLANA

piùinforma



MONTALLEGRO

TITOLO

Le cefalee. Cosa sono, quali sono i sintomi e come possiamo curarle.

AUTORE

Dott. Fabio Bandini

EDIZIONE

Casa di Cura Villa Montallegro

DIRETTORE RESPONSABILE

Francesco Berti Riboli

HA COLLABORATO

Mario Bottaro (Redazione)

Stampato nel mese di settembre 2013



COLLANA "PIÙINFORMA"

Guida alla prevenzione delle malattie dei tempi moderni.

Nell'ultimo secolo l'aspettativa di vita media della popolazione italiana ha fatto un balzo avanti di oltre 20 anni. Se ai primi del '900 un neonato poteva sperare di raggiungere i 50 anni, oggi sa che molto probabilmente supererà gli 80.

Questo ha comportato un cambiamento radicale nella percezione della salute (e della malattia). Sono aumentate le forme croniche, dovute all'usura del corpo e alle abitudini di vita e alimentari tipiche del benessere e del mondo occidentale; oggi non si muore più (o quasi più) di polmonite, ma ci si ammala di artrosi, diabete o ipertensione arteriosa. "piùinforma" vuole offrire ai nostri Pazienti un aiuto nella prevenzione, nella diagnosi e nella terapia delle malattie croniche che non ci consentono di sentirci "in forma".

Altre pubblicazioni della stessa collana:

La cataratta. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

Il russamento. Cosa è e come possiamo curarlo.

Le allergie respiratorie. Cosa sono, quali sono i sintomi e come possiamo curarle.

L'ipertrofia prostatica benigna. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

L'ernia inguinale. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

L'incontinenza urinaria maschile. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

La stipsi. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

CASA DI CURA VILLA MONTALLEGRO

Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova - Tel. +39 010 35311 - Fax +39 010 3531 397

Call center +39 010 3531.283 (lunedì - venerdì dalle ore 9 alle 13 e dalle ore 13.30 alle ore 18)

clienti@montallegro.it - info@montallegro.it - www.montallegro.it

