

## Cefalee di tipo tensivo: il decalogo Al.Ce./A.Na.M.\*

Francesco Maria Avato<sup>1</sup>, Cherubino Di Lorenzo<sup>2</sup>, Ermes Rosan<sup>3</sup> (a cura di)

<sup>1</sup>Presidente Al.Ce.; <sup>2</sup>Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Milano; <sup>3</sup>Presidente A. Na.M.

### Premessa

**Definizione:** La cefalea di tipo tensivo (CTT) è una sindrome la cui diagnosi è esclusivamente clinico / anamnestica e si basa principalmente sulla presenza del sintomo “dolore cefalico”, in mancanza di ulteriori caratteristiche presenti in altri tipi di cefalea primaria. Tale forma era precedentemente indicata come “da contrazione muscolare”, “psicogena”, “psicomio genica”, “tensionale”, “da stress”, “essenziale” o “non-emigranica”. Il termine “di tipo tensivo” fu scelto dai membri del Comitato che redasse la prima Classificazione Internazionale delle Cefalee nel 1988 per sottolineare la patogenesi incerta, probabilmente coinvolgente un qualche tipo di tensione mentale o muscolare. Spesso erroneamente viene ancora definita con terminologie inesatte, quali “cefalea da tensione” o “cefalea muscolo-tensiva”. Attualmente, se ne distinguono tre forme, in base alla frequenza delle crisi: una forma episodica infrequente, una episodica frequente ed una cronica, ciascuna delle quali può esser associata a dolorabilità dei muscoli pericranici. **Classificazione:** In adesione alla classificazione IHS le cefalee di tipo tensivo sono inquadrabili in 4 raggruppamenti: Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica (associata o non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici), Cefalea di tipo tensivo episodica frequente (associata o non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici), Cefalea di tipo tensivo cronica (associata o non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici), probabile Cefalea di tipo tensivo (episodica sporadica, episodica frequente, cronica). **Epidemiologia:** La prevalenza a un anno della CTT episodica (CTTE) è del 63% (56% negli uomini e 71% nelle donne). La prevalenza della forma cronica

(presente per più di 15 giorni al mese da almeno 3 mesi) di CTT (CTTC) è del 3% (2% negli uomini, 5 % nelle donne). La CTT è la forma più comune di mal di testa, ma riceve molta poca attenzione da parte delle autorità sanitarie, dai ricercatori clinici o dalle Case Farmaceutiche. Ciò può essere dovuto al fatto che essa viene erroneamente considerata una patologia dal “basso impatto” e la maggior parte dei soggetti con CTT non ha mai consultato un medico per la cefalea e pratica l'autogestione, eventualmente con analgesici di libera vendita (OTC). Tuttavia, visti i numeri, le forme a maggior frequenza di crisi, o addirittura già croniche, costituiscono un grave problema di salute, con un enorme impatto socio-economico. **Fisiopatologia:** L'origine del dolore della CTT è ancora in parte sconosciuta: se ne ipotizza una genesi miofasciale (origine periferica), in contrapposizione ad una principalmente dovuta a meccanismi encefalici (origine centrale). Attualmente c'è un certo consenso nel ritenere i meccanismi periferici maggiormente coinvolti nella CTTE, mentre i meccanismi centrali avrebbero un ruolo più importante nella CTTC. Anche il coinvolgimento genetico non è chiaro, perché sebbene sia riportata una certa familiarità, è notevole l'impatto rivestito dalle condizioni ambientali sullo scatenamento delle crisi. La CTT può essere il risultato dell'interazione tra un alterato controllo discendente dei neuroni sensitivi trigeminali di secondo ordine e un'alterata sensibilità al dolore miofasciale associata ad un'eventuale contrattura della muscolatura pericraniale. La singola crisi di CTTE può verificarsi in chiunque, in risposta ad uno stress fisico, posturale o psicologico. La contrattura muscolare (in alcuni casi, veri e propri strappi) può sensibilizzare l'area, inducendo la nocicezione, che

\*Al.Ce. = Alleanza Cefalalgici; A.Na.M. = Associazione Nazionale Massoterapisti, Massaggiatori e Operatori sportivi

si ripercuoterà su di un conseguente processo di transitoria “sensitizzazione centrale” dovuto allo stimolo doloroso protratto nel tempo e aggravato da un eventuale stress psicologico. Inoltre, i meccanismi emotivi aumentano la tensione muscolare attraverso il sistema limbico e allo stesso tempo riducono il tono del sistema antinocicettivo endogeno. Tutto ciò potrebbe determinare lo scatenamento e la ricorrenza delle singole crisi di CTT. **Cronicizzazione:** All’aumentare della frequenza degli attacchi, conseguirebbe un aumentato coinvolgimento dei meccanismi centrali che per fenomeni di plasticità neuronale indurrebbero uno stato di sensitizzazione persistente, con conseguente sensibilizzazione dei neuroni nocicettivi e ridotta attività nel sistema antinocicettivo. Tutto ciò potrebbe gradualmente portare alla cronicizzazione della CTT.

### Note esplicative al Decalogo

1. Al fine di ridurre gli stress fisici e psichici.
2. Possibilmente senza ricorso a benzodiazepine o altri farmaci, semplicemente anticipando l’orario della cena, riducendo il carico alimentare serale (in cui le fonti lipidiche e proteiche dovrebbero essere minime, privilegiando il consumo moderato di carboidrati a “basso indice glicemico”, pasta o riso, preferibilmente integrali, pane integrale, legumi, frutta e verdura) e tutte le attività potenzialmente eccitanti.
3. E’ noto che l’attività fisica si correla con aumento della sintesi endogena di enkefaline. Va ovviamente calibrato in funzione della situazione generale del paziente, con particolare riferimento alle condizioni cardio-circolatorie. Attenzione, privilegiare l’attività

---

### Il decalogo

1. Educare il paziente al miglioramento della propria “igiene di vita”
2. Educare il paziente al miglioramento della qualità del sonno
3. Educare il paziente ad aumentare la propria attività fisica
4. Programmare adeguato wash-out da precedenti politerapie
5. Definire caso per caso la terapia sintomatica più adatta
6. Definire caso per caso le terapie profilattiche “di fondo”
7. Valutare l’opportunità di terapie psicologiche personalizzate
8. Testare l’efficacia di terapie strumentali
9. Affiancare cicli di terapia manuale mirata
10. Raccomandabile, sempre, adeguata idratazione

fisica al mattino anziché alla sera.

4. Spesso il paziente si presenta allo Specialista con una storia più o meno razionale di trattamenti che possono rendere difficile la corretta diagnosi e rallentare la valutazione di efficacia delle terapie prescritte. L’uso eccessivo e incongruo di farmaci può trasformare la cefalea, facendola cronicizzare o modificandone le caratteristiche.
5. Il farmaco sintomatico va assunto all’esordio della crisi, preferendo formulazioni contenenti un solo principio attivo e al minor dosaggio utile a raggiungere la completa risoluzione del dolore nel minor tempo possibile. L’efficacia della terapia prescritta deve essere monitorata nel tempo con l’uso del diario, attraverso il quale valutare le caratteristiche delle recidive, gli effetti del farmaco sul dolore e sui sintomi di accompagnamento, il consumo di farmaci, ed i possibili effetti indesiderati. Non esistono studi atti a stabilire la superiorità di un FANS su altri farmaci della medesima classe, mentre esistono evidenze scientifiche sufficienti a supportare l’efficacia di: acido acetilsalicilico (ASA), diclofenac, ibuprofene, ketoprofene, lumiracoxib, metamizolo, naprossene sodico, e paracetamolo. Se il paziente sa di non essere responsivo ad un certo analgesico, è meglio che non lo assuma: gli farà solo male, senza apportare alcun beneficio.
6. La terapia di fondo (profilattica) deve essere instaurata parallelamente alla terapia sintomatica, se sono presenti almeno 4 giorni al mese di cefalea parzialmente disabilitante, o quando gli attacchi, sebbene presenti per meno di 4 giorni al mese, siano particolarmente temuti dal paziente, condizionando in maniera negativa la sua qualità di vita. Il farmaco di profilassi andrebbe utilizzato partendo da dosaggi molto bassi e progressivamente crescenti, arrestandosi alla quantità minima efficace, possibilmente con la minima incidenza di reazioni avverse, mantenendo il trattamento per almeno 3-6 mesi e prestando particolare attenzione alle comorbidità dei pazienti, alla concomitante assunzione di altri farmaci, alle donne in gravidanza o allattamento e ai bambini. In generale, sono utilizzati farmaci appartenenti alle seguenti classi farmacologiche: antidepressivi (triciclici come l’amitriptilina, SSRI e altri antidepressivi, come la mirtazapina), miorelassanti (come la tizani-

- dina e la ciclobenzapirina), benzodiazepine (come il diazepam), altri farmaci (come il topiramato).
7. Vi è una solida evidenza scientifica per l'utilizzo di tecniche di rilassamento, interventi cognitivo-comportamentali (TCC) e biofeedback (BFK) nella gestione delle CTT, con tassi di successo prossimi al 50% osservati anche con sole 3-4 sessioni al mese. Un trattamento comportamentale può produrre un miglioramento più lentamente rispetto ad uno farmacologico, ma più persistente, anche per diversi anni, senza sessioni di richiamo intermedie o contatti con il terapeuta. I miglioramenti sono simili per ogni modalità di trattamento, ma pazienti che non rispondono ad uno, potrebbero rispondere ad altri approcci, o beneficiare dell'effetto sinergico della loro combinazione (ad es. associando un intervento cognitivo comportamentale con una tecnica di BFK). Anche l'associazione di tali trattamenti con i farmaci triciclici porta a benefici maggiori per i pazienti rispetto alle due terapie effettuate separatamente. Fattori prognostici favorevoli a tali trattamenti possono essere considerati una buona aderenza alla terapia e una precoce capacità di rilassarsi mediante la tecnica adottata. Fattori prognostici sfavorevoli sono l'abuso di sintomatici, il dolore ininterrotto, ed avere alti punteggi alle scale psicometriche misuranti la depressione e altri disturbi psicopatologici. Nelle linee guida italiane, le tecniche segnalate come potenzialmente efficaci nella profilassi della CTT sono: BFK, TCC, terapie di rilassamento, psicoterapia breve strategia e terapia del sonno.
  8. Mezzi come la TENS, o l'applicazione di caldo o freddo, come pure dispositivi riequilibranti ad energie sottili possono risultare utili. La Ioniterapia tissutale diretta, con applicazione giornaliera in area cervicale, per almeno 30 minuti, attualmente allo studio, sembra consentire un "riequilibrio dell'omeostasi muscolare", alterata in presenza di contratture e dolorabilità, con risultati apprezzabili fin dalle prime sedute.
  9. Valutarla ex juvantibus: varie tecniche di terapia fisica sono impiegate nel trattamento di CTT e comprendono la ginnastica posturale, l'educazione ergonomica, la massoterapia, le manipolazioni. Nessuna di queste tecniche ha mai dimostrato di essere efficace nel lungo termine; tuttavia, un trattamento fisico specifico come il massaggio può essere utile sia per trattare episodi acuti che come possibile terapia di profilassi non farmacologica. Infatti, nel lungo termine, il massaggio si è mostrato in grado di ridurre l'intensità della cefalea in media solo del 23%, tuttavia, tale risultato è stato comunque superiore all'agopuntura, adottata nello studio in questione come dato come terapia di confronto. Inoltre, uno studio in cui vi era un programma congiunto di più metodiche associate al massaggio, quali il rilassamento e gli esercizi a domicilio, si è documentato un beneficio di tale approccio nelle forme croniche di CTT. Nelle Linee Guida della SICS (Società Italiana per lo Studio delle Cefalee), le tecniche segnalate come potenzialmente efficaci nel trattamento "di fondo" della CTT sono: fisioterapia (oltre all'attività fisica), osteopatia, chiropratica, pranoterapia e, più recentemente, massoterapia e terapie termali.
  10. Un'adeguata idratazione del paziente, soprattutto se anziano, è sempre raccomandabile. Andrebbe privilegiato il consumo di acque oligominerali o minimamente mineralizzate, a pH leggermente alcalino o, ancor meglio, il consumo di acque ottenute con depuratori domestici ad osmosi inversa.

### Principale bibliografia di riferimento

1. Kropp P., Egli G., Sandor P.S., Tension-type headache: introduction and diagnostic criteria. In: Nappi G., Moskowitz (eds). Headache. Handbook of Clinical Neurology. Elsevier 2011;97 (3<sup>rd</sup> Series):355-358
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33(9):629-808