E' emicrania o sono necessari studi di neuroimaging?

Data 03 dicembre 2006
Categoria neurologia

In caso di cefalea la storia e l'esame clinico possono aiutare quando si deve decidere se richiedere o meno un accertamento di neuroimaging, ma vanno considerate anche le aspettative e le ansie del paziente e i timori del medico di una diagnosi errata.

Questa revisione sistematica si proponeva di valutare l'utilità dell'anamnesi e dell'esame clinico nel distinguere il paziente con emicrania da quello con altri tipi di cefalea che potrebbero richiedere una studio di immagine neurologica.
L'analisi della letteratura ha permesso di ritrovare 4 studi sull'emicrania (1745 pazienti) e 11 sulle indagini di neuroimaging (3725 pazienti). I segni clinici che permettono di diagnosticare l'emicrania sono 5: pulsatilità, durata 4-72 ore, cefalea unilaterale, nausea, cefalea che non permette di esplicare le normali attività quotidiane. Se sono presenti 4 criteri su 5 la probabilità di avere di fronte un paziente emicranico (LR = likelihood ratio) è molto elevata, pari a 24. Se sono presenti 3 criteri su 5 la LR si riduce a 3,5, se ne sono presenti 2 la LR diventa di appena 0,41. Ricordo che tanto più elevata è la LR tanto più è probabile l'evento preso in considerazione.
Per quanto riguarda la necessità di eseguire studi di immagine neurologici, la presenza di numerosi segni o sintomi era correlata con una probabilità più o meno elevata di ritrovare anomalie cerebrali: cefalea a grappolo (LR 10,7), segni neurologici all'esame clinico (LR 5,3), cefalea indefinita, vale a dre non a grappolo, non emicranica e non tensiva (LR 3,8), cefalea con aura (LR 3,2), cefalea aggravata dall'esercizio o dalla manovra di Valsalva (LR 2,3), cefalea con vomito (LR 1,8). Nessun segno clinico risultò utile ad escludere una condizione patologica significativa.

Fonte:
Detsky ME et al. Does This Patient With Headache Have a Migraine or Need Neuroimaging?
JAMA. 2006 Sept 13;296:1274-1283.

Commento di Renato Rossi

Questo studio, peraltro encomiabile nel suo tentativo di razionalizzare l'approccio al paziente con cefalea, conferma concetti già noti e risaputi e d'altra parte contribuisce in parte a creare nuove incertezze.
I 5 criteri clinico-anamnestici che, se presenti, permettono di diagnosticare un'emicrania e quindi di evitare il ricorso ad accertamenti radiologici (TAC, RMN) sono quelli classici enumerati da tutte le linee guida. Il problema nasce quando non sono tutti presenti. Per esempio in presenza di 2 soli criteri la probabilità di emicrania è bassa: in questo caso bisogna o no eseguire un accertamento radiologioco?
Sull'altro versante viene anche maggior incertezza. Se era scontato che la presenza di segni neurologici all'esame obiettivo è predittiva di una patologia endocranica, meno lo era la presenza del grappolo, dell'aura, del vomito e dell'aggravamento con lo sforzo o la manovra del Valsalva (tutti segni che generalmente i medici associano più all'emicrania che ad una patologia cerebrale). In più nessun segno clinico risulta, se presente, di una qualche utilità per escludere una patologia endocranica.
Lo studio non ha preso in considerazione però un dato che invece acquista importanza nella pratica, vale a dire la storia clinica. Diverso sarà infatti il comportamento di fronte ad un paziente che presenta crisi emicraniche tipiche da anni sempre uguali a se stesse rispetto ad un altro in cui frequenza, gravità e caratteri sono cambiati di recente. E diverso sarà anche il comportamento di fronte ad un paziente in cui la cefalea è insorta da poco tempo.
Vanno considerati poi due aspetti che nella pratica clinica acquistano estrema rilevanza: le aspettative, le ansie e le paure del paziente e i timori del medico di sbagliare inquadramento diagnostico. Come sostenuto da altri , riteniamo che non si debba esitare a richiedere un accertamento radiologico qualora si abbia anche il minino dubbio o la minima incertezza o financo qualora l'esame sia utile a tranquillizzare un paziente che tema di avere una grave patologia cerebrale.

Bibliografia
1. Goadsby PJ. To scan or not to scan in headache. BMJ 2004; 329:469.

Commento di Giuseppe Ressa

Sono contrario a soddisfare le ansie immotivate dei pazienti, in caso contrario entriamo in una spirale assai pericolosa, applicando, infatti, lo stesso metro di giudizio dobbiamo cedere se il paziente pretende una gastroscopia perche' teme un cancro per il suo fastidio all'epigastrio e via di seguito.
Questa condotta ha portato all'avvilimento della nostra figura professionale, la cui parola e competenza non conta nulla, all'esaltazione acritica degli esami strumentali, alla moltiplicazione delle ansie e della spesa sanitaria pur di accontentare il paziente - cliente.
Un triste epilogo per una figura che fino a pochi lustri orsono aveva ancora uno spessore intellettuale da ispirare fiducia in modo quasi naturale e che non sentiva il bisogno di avere tante cartuccelle per sentirsi sicuro e per fare le diagnosi per le scorciatoie diagnostiche. Le stesse equazioni, adesso, le risolviamo in otto passaggi, prima in due, massimo tre,

perché si era allenati a far girare il cervello e si era apprezzati per quello. Che avvilimento e che stravolgimento di rapporto sentirsi dire "Facciamo una bella risonanza per questo mal di testa, dottore" ! E io pago, anzi, tutti paghiamo: come pazienti, come medici e come contribuenti.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 18/11/2026 alle ore 17:20 | Pagina 2 di 2