



Διεύθυνση Σύνταξης

Γκλινάβου Α. - Κουρούκλη Ε.

Συντακτική Επιτροπή

Αμμάρι Μ.

Αργύρα Ε.

Δίπλας Δ.

Καμπέση Π.

Κρέσπη Α.

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Λαμπροπούλου Αικατερίνη

Αναισθησιολόγος

Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας

Εισαγωγή

Η κεφαλαλγία ως πάθηση είναι πολύ συχνή, με ιδιαίτερα αυξημένη επίπτωση στο γενικό πληθυσμό.^{1,2} Η ημικρανία χαρακτηρίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) ως μια έντονα δυσάρεστη κατάσταση που περιορίζει τη δραστηριότητα, με επιπολασμό 12%-13% (18% για τις γυναίκες και 6.5% για τους άντρες).

Η χρόνια καθημερινή κεφαλαλγία, είναι μια κατάσταση που ορίζεται ως η κεφαλαλγία που διαρκεί 15 ή και παραπάνω ημέρες, μηνιαίως, αφορά το 3%-5% του πληθυσμού παγκοσμίως^{3,4} και σχετίζεται με μια υψηλή κοινωνικοοικονομική επίπτωση, η οποία είναι δύσκολο να εκτιμηθεί με ακρίβεια

Κατάταξη και διάγνωση των κεφαλαλγιών

Πριν από το 1998 δεν υπήρχε καμία συστηματοποιημένη ή διεθνής κατάταξη των κεφαλαλγιών, που να βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία να διευκολύνουν την εκτίμηση και διάγνωση του είδους της κεφαλαλγίας. Η Εταιρεία Ταξινόμησης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Κεφαλαλγίας δημοσίευσε το 1998 την πρώτη διεθνή ταξινόμηση για τις κεφαλαλγίες (International Classification of Headaches Disorders -ICHD1) ενώ η δεύτερη δημοσιεύτηκε το 2004 (International Classification of Headaches Disorders-ICHD2), 15 χρόνια αργότερα, όταν νοσολογικές και κλινικές έρευνες επέτρεψαν τον καλύτερο διαχωρισμό των κλινικών μορφών των κεφαλαλγιών. Η ICHD2 αναγνωρίστηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και χρησιμοποιήθηκε ως η βάση για τη διάγνωση των ειδικών κατηγοριών κεφαλαλγίας οι οποίες περιλαμβάνονται στην παγκόσμια ταξινόμηση των διαφόρων παθήσεων (International Classification of diseases-10, ICD-10).

Είναι πραγματικά πολύ σημαντικό για κάθε πεδίο της ιατρικής να υπάρχει μια ταξινόμηση που να χαίρει της αποδοχής από την διεθνή ιατρική κοινότητα, πόσο μάλλον για την κεφαλαλγία η οποία αποτελεί ένα νέο πεδίο έρευνας και μελέτης.

Η ICHD-2 ακολουθεί ένα ιεραρχικό σύστημα ταξινόμησης το οποίο χωρίζεται σε τρία κύρια μέρη. Το πρώτο μέρος, αφορά τέσσερις κύριες κατηγορίες πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας, το οποίο στη συνέχεια υποδιαιρείται σε 57 υποκατηγορίες. Το δεύτερο μέρος έχει οκτώ κύριες κατηγορίες δευτεροπαθούς κεφαλαλγίας που υποδιαιρείται σε συνολικά 152 υποκατηγορίες. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει τις νευραλγίες των κρανιακών νεύρων, πόνο που αφορά την περιοχή του προσώπου καθώς και άλλες κεφαλαλγίες οι οποίες δεν έχουν πλήρως καθοριστεί ακόμα. Μολονότι η ταξινόμηση αυτή έχει περιορισμούς όταν εφαρμόζεται στην κλινική πράξη, παρέχει ένα χρήσιμο εργαλείο, με το οποίο οι κεφαλαλγίες μπορούν να διαγνωστούν και να μελετηθούν με τον ίδιο τρόπο από όλα τα μέλη της ιατρικής κοινότητας τόσο στην έρευνα όσο και στην κλινική εφαρμογή. Με κατανόηση των ειδικών χαρακτηριστικών για το κάθε είδος κεφαλαλγίας η διάγνωση μπορεί να είναι ακριβής και η θεραπεία πιο αποτελεσματική.

Η κατάταξη των κεφαλαλγιών είναι μακροσκελής ώστε, δεν αναμένεται η αποστήθιση της από τον κλινικό γιατρό. Ακόμα και μέλη της διεθνούς κοινότητας ταξινόμησης δεν είναι ικανά να αριθμήσουν όλες τις υποκατηγορίες.

Στην παρακάτω αναφορά για τις κεφαλαλγίες δεν έχουν συμπεριληφθεί οι δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες καθώς και κάποιες από τις υποκατηγορίες των πρωτοπαθών που θεωρούνται σπάνιες και δεν παρουσιάζουν τόσο μεγάλο κλινικό ενδιαφέρον για τον αναισθησιολόγο και γενικότερα για τον γιατρό που ασχολείται σε ιατρεία πόνου με το θέμα αυτό.

Σχετικά με τις δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες παρότι αφορούν ένα μικρό ποσοστό των εκδηλώσεων κεφαλαλγίας,² στην διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να τις έχουμε υπόψη μας, διότι δυνητικά αφορούν σοβαρές, ακόμα και απειλητικές καταστάσεις για την ίδια τη ζωή .

Πίνακας 1 Πρωτοπαθείς Κεφαλαλγίες

1. Ημικρανία
 - 1.1 Ημικρανία χωρίς αύρα
 - 1.2 Ημικρανία με αύρα
 - 1.2.1 Τυπική αύρα με ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία,
 - 1.2.2 Τυπική αύρα χωρίς ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία,
 - 1.2.3 Τυπική αύρα χωρίς κεφαλαλγία,
 - 1.2.4 Οικογενής ημιπληγική κεφαλαλγία,
 - 1.2.5 Σποραδική ημιπληγική κεφαλαλγία,
 - 1.2.6 Κεφαλαλγία βασικής αρτηρίας)
 - 1.3 Περιοδικά σύνδρομο της παιδικής ηλικίας που είναι συχνά πρόδρομο κεφαλαλγίας
 - 1.4 Αμφιβληστροειδική ημικρανία
 - 1.5 Επιπλοκές της ημικρανίας (χρόνια ημικρανία, ημικρανική κατάσταση, εμμένουσα αύρα χωρίς έμφρακτο, ημικρανικό έμφρακτο, επιληπτική κρίση που εκλύεται από ημικρανία)
 - 1.6 Πιθανή κεφαλαλγία
2. Κεφαλαλγία τάσεως
 - 2.1 Μη συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τάσεως
 - 2.1.1 με περικράνια ευαισθησία,
 - 2.1.2 χωρίς περικράνια ευαισθησία
 - 2.2 Συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τάσεως
 - 2.2.1 με περικράνια ευαισθησία,
 - 2.2.2 χωρίς περικράνια ευαισθησία
 - 2.3 Χρόνια κεφαλαλγία τάσεως
 - 2.3.1 με περικράνια ευαισθησία,
 - 2.3.2 χωρίς περικράνια ευαισθησία)
 - 2.4 Πιθανή κεφαλαλγία τάσεως
3. Αθροιστικού τύπου κεφαλαλγία, άλλες κεφαλαλγίες οφειλόμενες σε δυσλειτουργία του τριδύμου
 - 3.1 Αθροιστικού τύπου κεφαλαλγία
 - 3.2 Παροξυσμική ημικρανία
 - 3.3 Βραχείας διάρκειας μονόπλευρες κρίσεις κεφαλαλγίας νευραλγικόμορφου τύπου με ένεση του επιπεφυκότα και διακρύρροια
 - 3.4 Πιθανή τριδυμική κεφαλαλγία του αυτόνομου
4. Άλλες πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες
 - 4.1 Πρωτοπαθής διαξιφιστική κεφαλαλγία
 - 4.2 Πρωτοπαθής κεφαλαλγία εκδηλωμένη με βήχα
 - 4.3 Πρωτοπαθής κεφαλαλγία κατά την διάρκεια προσπάθειας
 - 4.4 Πρωτοπαθής κεφαλαλγία συσχετιζόμενη με τη σεξουαλική δραστηριότητα
 - 4.5 Υπνική κεφαλαλγία
 - 4.6 Πρωτοπαθής κερανοβόλος κεφαλαλγία
 - 4.7 Συνεχής ημικρανία
 - 4.8 Νέα καθημερινή εμμένουσα κεφαλαλγία

1. ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Η ημικρανία είναι μία από τις πιο συχνές πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες με τρεις φορές μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες. Στο 90% των περιπτώσεων πρόκειται για ημικρανία χωρίς αύρα. Συνήθως οι κρίσεις ξεκινούν στην παιδική και εφηβική ηλικία ενώ σπανιότερα μετά τα 30 χρόνια. Εκδηλώνεται συχνότερα στις ηλικίες μεταξύ 25 και 55 και κυρίως στη λευκή φυλή.⁵

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν αποδείξει το υψηλό ποσοστό επίπτωσης και την υψηλή κοινωνικοοικονομική επιρροή. Υπολογίζεται ότι πάνω από 50% των ασθενών με σοβαρή ανικανότητα λόγω των ημικρανικών κρίσεων εκδηλώνουν αποχή από τον ενεργό εργασιακό χρόνο κατά 90%.⁶ Σε μία μελέτη ο Breslau παρουσιάζει ότι οι ασθενείς με ημικρανία έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν κατάθλιψη, έξι φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης συμπτωμάτων πανικού και πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης αγχώδους συνδρομής.⁷

Η ημικρανία διαχωρίζεται σε δύο κυρίως τύπους. Την 1.1 ημικρανία χωρίς αύρα η οποία είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένη συμπτωματολογία και από την 1.2 ημικρανία με αύρα στην οποία εκδηλώνονται εστιακά νευρολογικά συμπτώματα τα οποία συνήθως προϋπάρχουν ή μερικές φορές εκδηλώνονται μαζί με την κεφαλαλγία.

Ημικρανία χωρίς αύρα

Υποτροπιάζουσα κεφαλαλγία η οποία εκδηλώνεται με κρίσεις διάρκειας 4-72 ωρών. Είναι ο συχνότερος τύπος ημικρανίας, έχει συχνότητα εκδήλωσης και προκαλεί μεγαλύτερη ανικανότητα σε σχέση με την ημικρανία με αύρα.⁸ Τα τυπικά χαρακτηριστικά αυτής της κεφαλαλγίας είναι η μονόπλευρη εντόπιση, ο σφυγμικός χαρακτήρας, η μέτρια ή ισχυρή ένταση, η επίταση με την καθημερινή φυσική δραστηριότητα και η συσχέτιση με ναυτία ή/και φωτοφοβία, ηχοφοβία.

Διαγνωστικά Κριτήρια:

- A. Τουλάχιστον 5 κρίσεις που πληρούν τα κριτήρια B-Δ.
- B. Κρίσεις διάρκειας 4-72 ωρών.
- Γ. Ο πονοκέφαλος θα πρέπει να έχει τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: μονόπλευρη εντόπιση, σφυγμικό χαρακτήρα, μέτρια έως ισχυρή ένταση πόνου, επιδείνωση με την καθημερινή φυσική δραστηριότητα (πχ ανέβασμα σκάλας ή περπάτημα).
- Δ. Κατά την διάρκεια της κεφαλαλγίας θα πρέπει να εκδηλώνεται τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω συμπτώματα: 1) ναυτία ή και έμετος 2) φωτοφοβία και ηχοφοβία⁹
- E. Να μην αποδίδεται σε άλλη πάθηση¹⁰

Headache Classification of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24 (Suppl 1):1-60

Η κεφαλαλγία από την ημικρανία, είναι συνήθως αμφοτερόπλευρος στα παιδιά, ενώ εκδηλώνεται με την μονόπλευρη εντόπιση του, αργά στην εφηβεία και στην ενηλικίωση.^{11, 12} Η

εντόπιση της κεφαλαλγίας, είναι συνήθως μετωποκροταφική. Η Ινιακή κεφαλαλγία στα παιδιά, είτε μονόπλευρη είτε αμφοτερόπλευρη, είναι σπάνια αλλά χτυπάει το "καμπανακι κινδύνου", για πιθανή ύπαρξη εξεργασίας. Πολύ συχνά συσχετίζεται με την έμμηνο ρύση.

Οι πολύ συχνές κρίσεις ημικρανίας, ταξινομούνται τώρα σε μία νέα κατηγορία που ονομάζεται Χρόνια ημικρανία εφόσον δεν συσχετίζεται με υπερκατανάλωση φαρμάκων. Επιπρόσθετα η ημικρανία χωρίς αύρα είναι περισσότερο επιρρεπής σε υποτροπή λόγω της συχνής και συχνά αλόγιστης συμπτωματικής αγωγής, οδηγώντας σε μια καινούρια κατηγορία δευτεροπαθούς κεφαλαλγίας που κωδικοποιείται ως Κεφαλαλγία από υπερκατανάλωση φαρμάκων.^{13,14}

Κατά την διάρκεια των κρίσεων ημικρανίας χωρίς αύρα η εγκεφαλική αιματική ροή δεν παρουσιάζει αλλαγή, γεγονός που συνηγορεί στην μη καταστολή του φλοιού.¹⁵ Παρατηρούνται μόνο κάποιες μη ειδικές αλλαγές λόγω της ενεργοποίησης κέντρων του στελέχους (κυρίως η περιοχή γύρω από τον υδραγωγό του Sylvius)¹⁶ και του φλοιού εξαιτίας του πόνου. Από την άλλη πλευρά είναι σαφής η συσχέτιση με τα μόρια-αγγελιοφόρους του νιτρικού οξέος (NO) και με το συσχετιζόμενο με την καλσιτονίνη γονίδιο (CGRP).

Τα προηγούμενα χρόνια η νόσος θεωρείτο ότι είχε πρωτοπαθώς αγγειακή αιτιολογία, σήμερα ερευνάται η σημασία της ευαισθητοποίησης των περιαγγειακών τελικών νευρικών ινών κατά την διάρκεια των κρίσεων.¹⁷ Η ανακάλυψη των τρυπτανών, αγωνιστών της 5-HT_{1B/D}, προκαλώντας αγγειοσύσπαση εκλεκτικά στα διεσταλμένα εγκεφαλικά αγγεία, και δρώντας στις απολήξεις του τριδύμου μειώνοντας τη νευρική διεγερσιμότητα και την απελευθέρωση παραγόντων φλεγμονής βοήθησε σημαντικά, καθώς οι ουσίες αυτές παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα λόγω της υψηλής ειδικότητας αγωνιστή-υποδοχέα επιβάλλοντας ταυτόχρονα την εκ νέου μελέτη των μηχανισμών παθογένειας αυτού του είδους ημικρανίας. Επομένως η επεισοδιακή δυσλειτουργία των νευρώνων του στελέχους ίσως έχουν ρόλο "κλειδί" στον ημικρανικό πόνο μέσω αποκλίνουσας ενεργοποίησης ή εξασθενημένης τροποποίησης των νευρικών ώσεων μέσα στο τριδυμικό σύστημα. Από την στιγμή που η περιοχή γύρω από τον υδραγωγό του Sylvius αποτελεί ισχυρό anti-nociceptive κέντρο του εγκεφάλου, αυτό προσφέρει νέες προσεγγίσεις για τα ταχέως δρώντα φάρμακα κατά της ημικρανίας. Εξάλλου στην περιοχή περί τον υδραγωγό του Sylvius φαίνεται να δρουν και οι τρυπτάνες.¹⁸

Ημικρανία με αύρα

Η "κλασική ημικρανία", όπως ονομαζόταν παλαιότερα η ημικρανία με αύρα, αφορά μια υποτροπιάζουσα διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από περιοδικά εμφανιζόμενα επεισόδια κεφαλαλγίας τα οποία συνυπάρχουν με εστιακή νευρολογική συμπτωματολογία που αναπτύσσεται εντός 5-20 λεπτών και διαρκεί λιγότερο από 60 λεπτά. Στην κατηγορία αυτή της κεφαλαλγίας ανήκουν 6 υποκατηγορίες (Πίν.1) με κυριότερη την 1.2.1 τυπική ημικρανία με αύρα.¹⁹

Η αύρα, είναι μία σειρά από νευρολογικά συμπτώματα, τα οποία εκδηλώνονται ακριβώς πριν ή με την έναρξη της κεφαλαλγίας. Πολλοί ασθενείς έχουν αποκλειστικά κρίσεις ημικρα-

νίας χωρίς αύρα ενώ αυτοί που εκδηλώνουν κυρίως ημικρανίες με αύρα μπορεί να έχουν και ημικρανικές κρίσεις χωρίς αύρα. Συνήθως διαρκούν έως και 1 ώρα και περιλαμβάνουν: 1) Διαταραχές της όρασης (παροδικές τυφλές κηλίδες, θολή όραση, σκοτώματα, φώτα που αναβοσβήνουν, τεθλασμένες γραμμές), 2) διαταραχές του λόγου, 3) παράξενες αισθήσεις από σημεία του σώματος όπως, ζάλη, αιμοδιά, μυρμηγκιασμα, απώλεια της αισθητικότητας και αδυναμία μέλους. Περιστασιακά η αύρα μπορεί να εκδηλωθεί μετά την εγκατάσταση της κεφαλαλγίας. Επίσης, η αύρα δεν είναι προγνωστική της βαρύτητας της επερχόμενης κρίσης. Πριν ή ταυτόχρονα με την έναρξη των συμπτωμάτων της αύρας μειώνεται η εγκεφαλική αιματική ροή σε ορισμένες περιοχές του φλοιού που αντιστοιχούν στην κλινική συμπτωματολογία. Η μείωση της αιματικής ροής επεκτείνεται από τις οπίσθιες περιοχές προς τις πρόσθιες, ενώ μετά από μερικές ώρες την ισχαιμία ακολουθεί η υπεραιμία.²⁰

Η πρόδρομη φάση, πριν την αύρα, χαρακτηρίζεται από μη ειδικά συμπτώματα όπως κόπωση και χασιμορευτικό, αδυναμία συγκέντρωσης, αλλαγή της διάθεσης, μυαλγία, ευαισθησία στο φως ή τον ήχο, ωχρότητα, κατακράτηση υγρών.^{21,22} Τα πρόδρομα συμπτώματα συμβαίνουν περίπου στο 50-70% των κρίσεων και διαρκούν από ώρες έως δύο μέρες πριν την κρίση της κεφαλαλγίας. Η πλειονότητα των ασθενών έχει μάθει να διακρίνει μέσω κάποιων απ' τα παραπάνω συμπτώματα την έλευση της ημικρανίας. Λανθασμένα δε, μπορεί να εκληφθούν σαν εκλυτικοί παράγοντες. Προφανώς οφείλονται σε νευροχημικές μεταβολές και συνήθως συνεχίζονται σ' όλη τη διάρκεια της κρίσης αλλά απλώς στη συνέχεια σκιάζονται από την ίδια την κεφαλαλγία.²³

Τυπική αύρα με ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία

Αυτή η κατηγορία ημικρανίας είναι η πιο συχνή από τις ημικρανίες με αύρα.²⁴ Η διάγνωση συνήθως τίθεται μόνο από τη λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού αν και κάποιες καταστάσεις όπως απόφραξη των καρωτίδων ή αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες και η επιληψία μπορεί να εκδηλωθούν με την ίδια συμπτωματολογία.²⁵ Σ' αυτόν τον τύπο ημικρανίας η αύρα εκδηλώνεται κυρίως με την οπτική μορφή της, την αισθητική αύρα να έρχεται δεύτερη σε σειρά και τις διαταραχές λόγου σε τρίτη. Εφόσον συνυπάρχει και κινητική διαταραχή τότε η ημικρανία κωδικοποιείται ως οικογενής ημιπληγική ημικρανία.

Τα διαγνωστικά κριτήρια που τη χαρακτηρίζουν είναι τα ακόλουθα:

- A. Τουλάχιστον 2 κρίσεις που πληρούν τα κριτήρια B-Δ
- B. Η αύρα περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα, χωρίς σε αυτά να περιλαμβάνεται η μυϊκή αδυναμία:
 1. Πλήρως αναστρέψιμες οπτικές διαταραχές, που περιλαμβάνουν λάμπεις, κηλίδες, γραμμές ή απώλεια της όρασης
 2. Πλήρως αναστρέψιμες αισθητικές διαταραχές, που περιλαμβάνουν αίσθημα βελονών ή αιμοδιάς
 3. Πλήρως αναστρέψιμες οπτικές διαταραχές του λόγου
- Γ. Τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:
 1. Ομόνυμες οπτικές διαταραχές, και/ή μονόπλευρη αισθητική συμπτωματολογία
 2. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα αύρας, τα οποία

εξελίσσονται σε ≥ 5 λεπτά και/ή διαφορετικά συμπτώματα τα οποία εκδηλώνονται σε χρόνο ≥ 5 λεπτά

3. Καθένα από τα συμπτώματα διαρκούν ≥ 5 και ≤ 60 λεπτά

Δ. Ο πονοκέφαλος που πληρεί τα κριτήρια Α-Δ για τη ημικρανία χωρίς αύρα και εκδηλώνεται κατά την διάρκεια της αύρας η ακολουθεί την αύρα μέσα σε 60 λεπτά.

Ε. Η συμπτωματολογία να μην αποδίδεται σε άλλη νοσολογική οντότητα

Headache Classification of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia 2004;24 (Suppl 1):1-60

Γενικά σχόλια για τις υπόλοιπες, πιο σημαντικές κατηγορίες των ημικρανιών

Στην τυπική αύρα χωρίς ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία έχουμε εκδήλωση τυπικών συμπτωμάτων αύρας, διάρκειας όχι μεγαλύτερης της μίας ώρας χωρίς όμως να συνοδεύεται από κεφαλαλγία. Απαιτείται προσοχή, όταν η αύρα εμφανίζεται μετά την ηλικία των 40 ετών, οι οπτικές διαταραχές εκδηλώνονται κυρίως με ημιανοψία ή όταν η διάρκεια της αύρας είναι πολύ μικρή ή παρατείνεται πάνω από 60 λεπτά. Σε αυτή την περίπτωση άλλες αιτίες θα πρέπει να αναζητηθούν.²⁶

Στα περιοδικά σύνδρομα της παιδικής ηλικίας συμπεριλαμβάνεται ο κυκλικός έμετος και η κοιλιακή ημικρανία. Ο κυκλικός έμετος αφορά υποτροπιάζουσες κρίσεις συνήθως στερεότυπα εκδηλούμενες για τον κάθε ασθενή με έμετο και έντονη ναυτία. Τα επεισόδια αυτά συσχετίζονται με εκδήλωση ωχρότητας και λήθαργου. Τα συμπτώματα εξαφανίζονται πλήρως ανάμεσα στις κρίσεις.^{27, 28} Η κοιλιακή ημικρανία είναι μια ιδιοπαθής υποτροπιάζουσα διαταραχή που εμφανίζεται κυρίως στα παιδιά και εκδηλώνεται με περιοδικό πόνο στη μεσότητα της κοιλιάς με διάρκεια 1-72 ώρες και πλήρη ύφεση μεταξύ των επεισοδίων. Η ένταση του πόνου είναι μέτρια έως σοβαρή και συσχετίζεται με αγγειοκινητική συμπτωματολογία (flushing), ναυτία, έμετο.²⁹ Τα περισσότερα παιδιά με κοιλιακή ημικρανία θα αναπτύξουν ημικρανία αργότερα.

Η οικογενής ημιπληγική ημικρανία χαρακτηρίζεται η ημικρανία με αύρα, η οποία συνοδεύεται με διαταραχές κινητικότητας ενώ υπάρχει τουλάχιστον ένα συγγενικό πρόσωπο (α' ή β' βαθμού συγγένειας) το οποίο εκδηλώνει ημικρανία με αύρα και κινητική διαταραχή. Στην οικογενή ημικρανία πολλές φορές ίσως είναι δύσκολο να διακρίνουμε τη διαταραχή της κινητικότητας από την απώλεια αισθητικότητας.^{31,32} Έχουν βρεθεί ειδικοί γενετικοί τύποι που πιστοποιούν ότι υπάρχουν δύο μεταλλαγμένα γονίδια στο χρωμόσωμα 19 και στο χρωμόσωμα 1 τα οποία είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση των δύο γενετικών μορφών της οικογενούς ημιπληγικής ημικρανίας (FHM1, FHM2).³³ Κατά την διάρκεια των κρίσεων της οικογενούς ημιπληγικής ημικρανίας μπορεί να εκδηλωθούν διαταραχές της συνείδησης (ακόμα και κόμα), πυρετός, πλειοκύτωση του Ε.Ν.Υ και σύγχυση.

Στην κατηγορία των επιπλοκών της ημικρανίας περιλαμβάνεται ένας τύπος κεφαλαλγίας που παρουσιάζει όλο και μεγαλύτερη επίπτωση: η χρόνια ημικρανία. Ως χρόνια ημικρανία ορίζεται η ημικρανία που εκδηλώνεται για 15 ή περισσότερες

ημέρες και για πάνω από 3 μήνες το χρόνο, χωρίς να υπάρχει υπερκατανάλωση αναλγητικών φαρμάκων.³⁴ Οι περισσότερες περιπτώσεις χρόνιας ημικρανίας ξεκινούν ως ημικρανία χωρίς αύρα (ποσοστό 75%)³⁵ με αποτέλεσμα η χρονιότητα να θεωρείται ως επιπλοκή της περιοδικής ημικρανίας. Καθώς η χρονιότητα εγκαθίσταται η κεφαλαλγία τείνει να χάνει τον επεισοδιακό της χαρακτήρα. Όταν όμως υπάρχει υπερκατανάλωση φαρμάκων τα χρόνια συμπτώματα θα πρέπει να αποδίδονται σε αυτήν την αιτία. Οι ασθενείς με χρόνια ημικρανία είναι ευαίσθητοι σε μια ποικιλία από φωτεινά, ηχητικά, οσφρητικά, απτικά ερεθίσματα ακόμα και ενδιάμεσα των κρίσεων. Άλλα συμπτώματα της χρόνιας ημικρανίας είναι η χρόνια ναυτία, η μειωμένη όρεξη, οι διαταραχές ύπνου, η ζάλη, η αδυναμία και οι διαταραχές συμπεριφοράς και διάθεσης.³⁶ Υπάρχουν πολλά ενδογενή, εξωγενή ερεθίσματα τα οποία είναι ικανά να αυξήσουν την ένταση της κεφαλαλγίας ή των συμπτωμάτων της. Τέτοια ερεθίσματα είναι οι ορμονικές διακυμάνσεις, το stress, η πείνα, η φυσική δραστηριότητα, οι περιβαλλοντικές αλλαγές, η έκθεση σε έντονο φως ή ήχο.³⁷ Γενικά οι ασθενείς με χρόνια ημικρανία εμφανίζουν έναν "υπερευαίσθητο", "υπεραντιδραστικό" σε αισθητικά και φυσικά ερεθίσματα φαινότυπο.

2. ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΤΑΣΕΩΣ

Η κεφαλαλγία τάσεως είναι ο πιο συχνός τύπος κεφαλαλγίας.³⁸ Ταξινομείται όπως φαίνεται στον πίνακα 1 σε μη συχνή, συχνή, χρόνια κεφαλαλγία τάσεως και ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι περιγράνιας ευαισθησίας. Η επίπτωση της στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται στις διάφορες μελέτες μεταξύ 30-78%.³⁹ Παράδοξο είναι ότι ενώ η κεφαλαλγία τάσεως αποτελεί τον τύπο κεφαλαλγίας με την μεγαλύτερη κοινωνικοοικονομική επίπτωση είναι από τις λιγότερο μελετημένες. Ο παθογενετικός μηχανισμός της για χρόνια θεωρείτο ότι ήταν πρωτοπαθώς ψυχογενής. Μελέτες που δημοσιεύτηκαν αμέσως μετά την πρώτη διεθνή ταξινόμηση για τις κεφαλαλγίες (ICHD1) πρότειναν τη νευροβιολογική της βάση τουλάχιστον για τους πιο σοβαρούς^{40, 41} τύπους. Οι ακριβείς μηχανισμοί δεν είναι ακόμα γνωστοί. Μια πρόσφατη έρευνα αποδεικνύει μέτρια αύξηση των αντιφλεγμονωδών κυτοκινών (anti-inflammatory cytokines) στην μη συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τάσεως.⁴² Για κάποιους τύπους όπως στην μη συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τάσεως και στην συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τάσεως εμπλέκονται περιφερικοί μηχανισμοί παραγωγής πόνου, ενώ για την χρόνια κεφαλαλγία τάσεως κεντρικοί.⁴³

Όλοι οι τύποι κεφαλαλγίας τάσεως παρουσιάζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά.

- Κεφαλαλγία η οποία διαρκεί από 30 λεπτά μέχρι 7 ημέρες (στο χρόνια τύπο η κεφαλαλγία τάσεως έχει διάρκεια από ώρες μέχρι συνεχή μορφή).

- Τα χαρακτηριστικά της κεφαλαλγίας είναι: αμφοτερόπληρη εντόπιση, χαρακτηρισικά πιεστικός /συσφιγκτικός (όχι σφυγμικός), ήπια ή μέτρια ένταση, μη επιδείνωση με την καθημερινή δραστηριότητα.

- Επίσης δεν θα πρέπει να εκδηλώνεται ναυτία ή έμετος (μπορεί ωστόσο να υπάρχει ανορεξία) και η κεφαλαλγία να μην συσχετίζεται με άλλη διαταραχή.

Η συχνότητα εμφάνισης της κεφαλαλγίας αποτελεί κριτήριο

ταξινόμησης σε μη συχνή κεφαλαλγία τάσεως (10 επεισόδια που συμβαίνουν <1 ημέρα/μήνα ή <12 ημέρες/έτος), συχνή κεφαλαλγία τάσεως (10 επεισόδια που συμβαίνουν ≥1 ημέρα/μήνα ή ≥12 ημέρες/έτος) και χρόνια κεφαλαλγία τάσεως όπου η κεφαλαλγία έχει συχνότητα εκδήλωσης 15 ημέρες/μήνα για διάστημα > από 3 μήνες. Η ύπαρξη περικράνιας ευαισθησίας ή όχι αποτελεί επιπλέον κριτήριο ταξινόμησης σε κεφαλαλγία τάσεως με περικράνια ευαισθησία ή κεφαλαλγία τάσεως χωρίς περικράνια ευαισθησία αντίστοιχα. Η διάγνωση περικράνιας ευαισθησίας είναι το πιο σημαντικό εύρημα στους ασθενείς με κεφαλαλγία τάσεως.⁴⁴ Αυτή καταγράφεται με ψηλάφηση κάνοντας μικρές στροφικές κινήσεις και ασκώντας σταθερή πίεση με τον δεύτερο-τρίτο δάκτυλο στη μετωπιαία, κροταφική περιοχή καθώς και στην περιοχή των μασητήρων, του στερονοκλειδομαστοειδή, των περυγοειδών, των σπληνικών και του τραπεζοειδούς. Σε κάθε μυ καταγράφεται με βαθμολογία 0-3 η περικράνια ευαισθησία και στην συνέχεια αθροίζεται για όλες τις μυϊκές ομάδες συνολικά. Έχει αποδειχθεί ότι η χρήση ειδικά ευαίσθητων συσκευών επιτρέπει την ψηλάφηση των αυχενικών μυών με ελεγχόμενη πίεση ώστε η κλινική εκτίμηση της περικράνιας ευαισθησίας να είναι πιο ακριβής και δυναμικά αναπαραγόμενη. Με αυτό τον τρόπο το σύμπτωμα μπορεί να εκτιμηθεί σε κάθε συνεδρία και να αποτελέσει έτσι ένα εργαλείο για την θεραπευτική αντιμετώπιση της ίδιας της κεφαλαλγίας.⁴⁵

Η συχνή κεφαλαλγία τάσεως συνυπάρχει σε μεγάλο ποσοστό με την ημικρανία χωρίς αύρα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των δύο αυτών τύπων κεφαλαλγίας διαφέρει σημαντικά καθιστώντας αναγκαία τη διατήρηση "ημερολόγιου κεφαλαλγίας" καθώς και εκπαίδευση των ασθενών ώστε ξεχωρίζοντας τα δύο αυτά είδη κεφαλαλγίας να λαμβάνουν την κατάλληλη αγωγή και να προλαμβάνεται η υπερκατανάλωση φαρμάκων. Σε μία πρόσφατη μελέτη φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της χρόνιας κεφαλαλγίας τάσεως και της ημικρανίας χωρίς αύρα, ενώ κάτι τέτοιο δεν ισχύει για την χρόνια κεφαλαλγία τάσεως και την ημικρανία με αύρα.^{46,47}

Πίνακας 2. Χρόνια ημικρανία, Χρόνια κεφαλαλγία τάσεως: διαφοροδιαγνωστικά κριτήρια	
ΧΡΟΝΙΑ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	ΧΡΟΝΙΑ ΚΕΦΑΛΓΙΑ ΤΑΣΕΩΣ
Μονόπλευρη εντόπιση Σφυγμικός χαρακτήρας Μέτρια-σοβαρή ένταση Επιδείνωση με τη φυσική φυσική δραστηριότητα Εκδήλωση ναυτίας-εμέτου Ανορεξία	Αμφοτερόπλευρη εντόπιση Μη σφυγμικός χαρακτήρας Ήπια-σοβαρή ένταση Μη επιδείνωση με τη δραστηριότητα Σπάνια, εκδήλωση ήπιας ναυτίας Ανορεξία

Με την εισαγωγή, στην τελευταία ταξινόμηση των κεφαλαλγιών, της χρόνιας ημικρανίας προκύπτει σύγχυση στην διάκριση μεταξύ αυτής και της χρόνιας κεφαλαλγίας τάσεως αφού η διάρκεια και των δύο είναι η ίδια (>15 ημέρες και για >3 μή-

νες). Τα διαφοροδιαγνωστικά κριτήρια για καθεμία από αυτές όπως φαίνονται στον πίνακα 2 μπορούν να βοηθήσουν τον κλινικό γιατρό αποτρέποντας τον από πιθανή λάθος διάγνωση αν και πάντα θα πρέπει να έχει στο μυαλό του ότι θεωρητικά υπάρχει η πιθανότητα ένας ασθενής να πληρεί τις προϋποθέσεις για ταξινόμηση και στις δύο διαγνώσεις .

3. ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ, ΑΛΛΕΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΙΑΔΥΜΟΥ

Η αθροιστικού τύπου κεφαλαλγία μολονότι εμφανίζει πολύ μικρότερη επίπτωση από την ημικρανία (279/100.000 πληθυσμό)^{48,49} συνοδεύεται σε μεγάλο βαθμό από εκδήλωση ανικανότητας, λόγω των πολλαπλών καθημερινών, μεγάλης έντασης κρίσεων κεφαλαλγίας, η οποία, σε πολλές περιπτώσεις διακόπτει τον ύπνο. Οι άντρες προσβάλλονται σχεδόν τέσσερις φορές συχνότερα από τις γυναίκες.⁵⁰ Η αθροιστικού τύπου κεφαλαλγία εκδηλώνεται με δύο μορφές, την επεισοδιακή όπου συνυπάρχει η "ενεργή περίοδος"(active period) με καθημερινές ή σχεδόν καθημερινές κρίσεις και η "περίοδος ύφεσης"(remission period) κατά την οποία ο ασθενής είναι ελεύθερος συμπτωμάτων και την χρόνια μορφή όπου η περίοδος ύφεσης δεν υπάρχει ή αν υπάρχει διαρκεί λιγότερο από έναν μήνα.

Η επεισοδιακή αθροιστικού τύπου κεφαλαλγία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους κύκλους κρίσεων που διαρκούν από 2 εβδομάδες έως 3 μήνες με μία έως οκτώ κρίσεις την ημέρα. Οι κρίσεις είναι εξαιρετικά επώδυνες ώστε αυτός ο τύπος κεφαλαλγίας να χαρακτηρίζεται ως "η κεφαλαλγία της αυτοκτονίας". Ο πόνος εντοπίζεται αυστηρά από την μία πλευρά της κεφαλής στην κροταφική περιοχή, στην περιοχή του οφθαλμικού κόγχου καθώς και υπερκογχικά και διαρκεί 15-180 λεπτά. Πολλές φορές οι κρίσεις μπορεί να εκδηλωθούν μέσα σε 60-120 λεπτά από την έναρξη του ύπνου κατά την διάρκεια της REM (rapid eye movement) φάσης.^{51,52}

Τόσο η αθροιστικού τύπου όσο και οι άλλες κεφαλαλγίες που οφείλονται σε δυσλειτουργία του τριδύμου μοιράζονται κλινικά χαρακτηριστικά κεφαλαλγίας με εκδηλώσεις από το κεντρικό παρασυμπαθητικό σύστημα όπως δακρύρροια, ένεση του επιπεφυκότα, ρινόρροια, ρινική συμφόρηση, οίδημα των βλεφάρων, εφίδρωση του προσώπου, μύση και βλεφαρόπτωση σύστοιχα της εντόπισης της κεφαλαλγίας. Οι κρίσεις συσχετίζονται με ενεργοποίηση της φαιάς ουσίας του οπίσθιου υποθάλαμου,⁵³ ενώ κατά την διάρκεια των κρίσεων ο ασθενής με αθροιστικού τύπου κεφαλαλγία είναι ανήσυχος και διεγερτικός σε αντίθεση με αυτόν που πάσχει από ημικρανία που προτιμά την ηρεμία και την ακινησία.

Εκλυτικοί παράγοντες της κεφαλαλγίας θεωρούνται το αλκοόλ, η ισταμίνη και η νιτρογλυκερίνη,⁵⁴ ενώ ως ηλικία πρώτης εκδήλωσης των συμπτωμάτων είναι συνήθως τα 20-40 έτη. Ο κλινικός γιατρός πριν κατατάξει μια κεφαλαλγία στην αθροιστικού τύπου θα πρέπει να έχει αποκλείσει ότι τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άλλες παθήσεις όπως μηνιγγίωμα του τριδύμου, ιδιοπαθής κακοήθης υπέρταση, ινιακό νευρίωμα που μιμούνται την συμπτωματολογία της αθροιστικού τύπου κεφαλαλγίας.⁵⁵

Η αθροιστικού τύπου κεφαλαλγία για χρόνια θεωρείτο σποραδική νόσος. Τις τελευταίες δεκαετίες της έχει αποδοθεί οικογενής εμφάνιση, καθώς πολλές περιπτώσεις αυτού του τύπου κεφαλαλγίας έχουν ανακωνωθεί μεταξύ των μονοζυγωτών διδύμων. Μελέτες γενεαλογικών δένδρων καταδεικνύουν ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού εμφανίζουν 5-8 φορές μεγαλύτερο σχετικό κίνδυνο εκδήλωσης της κεφαλαλγίας ενώ οι δεύτερου βαθμού 1-3 φορές.⁵⁶ Έχει προταθεί ότι σε ποσοστό περίπου 5% των περιπτώσεων μπορεί να είναι συγγενής η νόσος (επικρατούν αυτοσωμικός τύπος), ωστόσο ο ακριβής μηχανισμός μεταφοράς είναι αμφισβητούμενος.⁵⁷

Τα διαγνωστικά κριτήρια της επεισοδιακής και της χρόνιας αθροιστικού τύπου κεφαλαλγίας φαίνονται παρακάτω.

ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

Διαγνωστικά Κριτήρια

- A. Τουλάχιστον 5 κρίσεις που να πληρούν τα κριτήρια B-Δ
- B. Σοβαρός ή πολύ σοβαρός πονοκέφαλος που εντοπίζεται στην μία πλευρά με εντόπιση στον οφθαλμικό κόγχο, υπερκογχικά, κροταφικά. Ο πόνος έχει διάρκεια 15-180 λεπτά εάν δεν αντιμετωπιστεί.
- Γ. Τα συμπτώματα που συνοδεύουν τον πονοκέφαλο είναι τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:
 - 1. Σύστοιχη υπεραϊμία του επιπεφυκότα με ή χωρίς δακρύρροια
 - 2. Σύστοιχη ρινική συμφόρηση, με ή χωρίς ρινόρροια
 - 3. Σύστοιχο οίδημα των βλεφάρων
 - 4. Σύστοιχη εφίδρωση του προσώπου
 - 5. Σύστοιχη μύση και βλεφαρόπτωση
 - 6. Ανησυχία και διέγερση
- Δ. Η διάρκεια των κρίσεων έχουν συχνότητα από 1/ημέρα έως 8/ημέρα
- E. Δεν συσχετίζονται με άλλη νόσο
 - A. Κρίσεις που να πληρούν τα κριτήρια A-E
 - B. Τουλάχιστον 2 περιόδους κεφαλαλγίας διάρκειας 3-365 \geq 1 μήνα
 - 2. Χρόνια αθροιστικού τύπου κεφαλαλγία
 - A. Κρίσεις που να πληρούν τα κριτήρια A-E
 - B. Κρίσεις που επαναλαμβάνονται για >1 έτος χωρίς περιόδους ύφεσης ή αν υπάρχουν να έχουν διάρκεια <1 μήνα

Headache Classification of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24 (Suppl 1):1-60

Άλλες πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες

Στην ομάδα αυτή των πρωτοπαθών κεφαλαλγιών αναφέρονται κεφαλαλγίες οι οποίες είναι κλινικά ετερογενείς. Η παθογένεια τους δεν είναι ακόμα απολύτως γνωστή ενώ οι μέθοδοι αντιμετώπισής τους βασίζονται σε ανέκδοτες αναφορές και μη στοιχειοθετημένες μελέτες. Πολύ συχνά συγχέονται με τις δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες και απαιτούν συχνά, προσεκτική εκτίμηση με την βοήθεια των απεικονιστικών μεθόδων.⁵⁸

Όταν μια καινούρια κεφαλαλγία εκδηλώνεται για πρώτη φορά συσχετιζόμενη χρονικά με μια άλλη διαταραχή αυτή θα πρέπει να κωδικοποιείται (κατατάσσεται βάση του αιτιολογικού παράγοντα που την προκαλεί ως δευτεροπαθής κεφαλαλγία). Όταν όμως μια προϋπάρχουσα πρωτοπαθής κεφαλαλγία χειροτερεύει και συσχετίζεται χρονικά με μια άλλη διαταραχή που είναι γνωστό ότι προκαλεί πονοκέφαλο τότε υπάρχουν δύο πιθανότητες: είτε να οφείλεται στην προϋπάρχουσα πρωτοπαθή κεφαλαλγία ή αν ειδικά υπάρχει πολύ στενή χρονική συσχέτιση με τη δευτεροπαθή διαταραχή καθώς και έντονη επιδείνωση των συμπτωμάτων να αποδίδεται ταυτόχρονα στην πρωτοπαθή και στη δευτεροπαθή διαταραχή.

Οι κεφαλαλγίες αυτής της ομάδας οι οποίες παρουσιάζουν κλινικό ενδιαφέρον είναι οι ακόλουθες:

Πρωτοπαθής διαξιφιστική κεφαλαλγία. Χαρακτηρίζεται από εντοπισμένο διαξιφιστικό πόνο που έχει συνήθως εντόπιση στην περιοχή κατανομής του πρώτου κλάδου του τριδύμου (οφθαλμικός κόγχος, κροταφική χώρα, παρειά), μπορεί να μετακινηθεί από τη μία περιοχή της κεφαλής στην άλλη καθώς και στο αντίθετο ημισφαίριο και διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα. Συμβαίνει αυτόματα με ακανόνιστη συχνότητα μία ή περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας χωρίς να συσχετίζεται με οργανικές παθήσεις ή άλλες διαταραχές των δομών του εγκεφάλου.^{59, 60}

Πρωτοπαθής κεραννοβόλος κεφαλαλγία. Πολύ μεγάλης έντασης κεφαλαλγία, εκδηλώνεται ξαφνικά φτάνοντας στη μέγιστη ένταση της σε λιγότερο από ένα λεπτό και μπορεί να διαρκέσει από 1 ώρα έως 10 ημέρες.^{61, 62} Δεν παρουσιάζει κανονικότητα στην εκδήλωσή της. Ενδελεχής έλεγχος είναι απαραίτητος ώστε να αποκλειστούν δευτεροπαθείς αιτίες όπως ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, εγκεφαλικό ανεύρυσμα ή θρόμβωση, αγγειίτιδα του Κ.Ν.Σ, κολλοειδείς κύστες της τρίτης κοιλίας, χαμηλή πίεση του ΕΝΥ, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν την ίδια συμπτωματολογία.^{63, 64}

Νέα καθημερινή επιμένουσα κεφαλαλγία. Αφορά καθημερινό ήπιας έως μέτριας έντασης κεφαλαλγία. Έχει αμφοτερόπλευρο, πιεστικό ή συσφικτικό χαρακτήρα και μπορεί να συνοδεύεται με ένα από τα παρακάτω: φωτοφοβία, ηχοφοβία ή ναυτία (όχι έμετο). Χαρακτηριστικό αυτής της κεφαλαλγίας είναι η γρήγορη εγκατάσταση ενός συνεχούς πονοκεφάλου που δεν εμφανίζει τάση μείωσης της έντασής του και σχεδόν από την έναρξή του μέχρι το πολύ σε 3 ημέρες έχει σταθεροποιηθεί ως προς αυτή.^{65, 66} Αυτό αποτελεί και το κυριότερο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο σε σχέση με τη χρόνια κεφαλαλγία τάσεως όπου η ένταση του πονοκεφάλου παρουσιάζει διακύμανση και τάση για μείωση καθώς περνούν οι μέρες.⁶⁷ Με τη βοήθεια απεικονιστικών, εργαστηριακών μεθόδων θα πρέπει να αποκλείονται κεφαλαλγίες που οφείλονται σε δευτεροπαθή αίτια όπως χαμηλές πιέσεις του ΕΝΥ, μετατραυματική κεφαλαλγία, κεφαλαλγία που οφείλεται σε λοίμωξη του ΚΝΣ (κυρίως ιογενής). Η νέα καθημερινή επιμένουσα κεφαλαλγία μπορεί να πάρει δύο μορφές. Την αυτοπεριοριζόμενη μορφή που υφίσταται αυτόματα, συνήθως δίχως θεραπεία και την υποτροπιάζουσα η οποία είναι ανθεκτική ακόμα και σε επιθετικά προγράμματα θεραπείας.

ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

Η χρόνια καθημερινή κεφαλαλγία αφορά μια σύμπλοκη ομάδα από διαφορετικούς τύπους κεφαλαλγίας οι οποίες κάποιες φορές συνυπάρχουν και που υπολογίζεται να επηρεάζει πάνω από 4% του γενικού πληθυσμού. Η ετήσια επίπτωση αν αναχθεί σε κατηγοριοποιημένους τύπους κεφαλαλγίας είναι 2,1% για την χρόνια κεφαλαλγία τάσης, 1,3% για τη χρόνια ημικρανία και 0,6% για τις άλλες χρόνιες κεφαλαλγίες (ημικρανία που οφείλεται σε υπερκατανάλωση φαρμάκων).^{68, 69} Η επίπτωση της χρόνιας καθημερινής κεφαλαλγίας είναι περίπου ίδια στην Ασία και την Ευρώπη.⁷⁰ Περίπου 75% όλων των ασθενών με χρόνια ημικρανία αναφέρουν ότι η χρόνια κεφαλαλγία τους είναι συνέχεια μιας επεισοδιακής ημικρανίας και συχνά σχετίζεται με κατάχρηση φαρμάκων. Αν και ο αληθινός επιπολασμός δεν είναι γνωστός, η κεφαλαλγία η οφειλόμενη στην κατάχρηση φαρμάκων στις ΗΠΑ, φαίνεται ότι είναι μεγαλύτερο πρόβλημα σε σχέση με άλλες περιοχές του κόσμου. Υπολογίστηκε ότι 10% των ασθενών που εξετάστηκαν σε κέντρα κεφαλαλγίας στην Ευρώπη έχουν κεφαλαλγία οφειλόμενη σε υπερκατανάλωση φαρμάκων, ενώ για τις ΗΠΑ το ποσοστό αφορά πάνω από 80 % των ασθενών που εμφανίζονται σε αυτά τα κέντρα.

Μερικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη χρόνιας κεφαλαλγίας περιλαμβάνουν την κατάχρηση αναλγητικών και εργοταμίνης. Σε 80% των ασθενών η χρόνια κεφαλαλγία συνοδεύεται από κατάθλιψη. Σε μια άλλη μελέτη αναφέρεται ότι η συνοδος ψυχιατρική νοσηρότητα ανέρχεται σε 90% σε ασθενείς με χρόνια κεφαλαλγία.⁷¹ Στην ίδια μελέτη το 69% είχε γενικευμένο άγχος και το 25% μείζονα κατάθλιψη. Έχει παρατηρηθεί ότι η κατάθλιψη βελτιώνεται παράλληλα με την βελτίωση της καθημερινής κεφαλαλγίας και την διακοπή της κατάχρησης φαρμάκων. Η συνυπάρχουσα ψυχιατρική νοσηρότητα πιθανόν συνεισφέρει στην επιμονή της κεφαλαλγίας και στο επίπεδο της σχετιζόμενης με την κεφαλαλγία αναπηρίας. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την πρόοδο της κεφαλαλγίας ή με την φτωχή απάντηση στην θεραπεία είναι η συχνότητα της κεφαλαλγίας, ο δείκτης της μάζας του σώματος, και το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Επειδή τόσο η χρόνια καθημερινή κεφαλαλγία όσο και οι υπόλοιπες κατηγορίες αποτελούν για πολλούς ασθενείς μια νοσογόνο κατάσταση που επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητά τους, θα πρέπει η ιατρική κοινότητα να θέσει ως στόχο την στοιχειοθετημένη ταξινόμηση και διάγνωση των κεφαλαλγιών ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αντιμετώπιση και θεραπεία τους.

Βιβλιογραφία

1. Rasmussen BK: Epidemiology of headache. Cephalalgia 2001;21(7):774-777
2. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, et al: Epidemiology of headache in general population-prevalence study. J Clin Epidemiol 1991; 44:1147-1157
3. Hu XH, Markson Le, Lipton RB et al: Burden of migraine in the United States: Disability and economic costs. Arch Intern Med 1999;159:813-818
4. Menken M, Munsat TL, Toole JF. The global burden of disease study. Arch Neurol 2000;57:418-440
5. Breslau N, Rasmussen BK. The impact of migraine: epidemiology, risk factors, and co-morbidities. Neurology 2001; 56 (suppl 1): 4-12.
6. Lipton RB, Stewart WF, Simon D: Work-related disability: Results of the American Migraine Study. Cephalalgia 1996;16:231-238
7. Breslau N: Psychiatric comorbidity in migraine. Cephalalgia 1998; 18(Suppl 22):57-61
8. Friedman AP, Storch TJC, Merritt HH. Migraine and tension headaches. A clinical study of 2000 cases. Neurology 1954;4:773-8
9. Olesen J, Lipton RB. Migraine classification and diagnosis. International Headache Society criteria Neurology 1994; 44(Suppl 4):6-10
10. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. A population based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. Cephalalgia 1991;11:129-34
11. Lewis DW, Ashwal S, Dahl G et al. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology 2002;59:490-8
12. Rothner AD, Winner P. Headaches in children and adolescents. In Silberstein SD, Lipton RB, Dalession DJ. Wolff's Headache and other Head Pain. New York, Oxford University Press 2001:pp.539-61
13. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, et al: Prevalence of frequent headache in a population sample. Headache 1998;38:497-506
14. Diener HC, Dahlof CGH: Headache associated with chronic use of substances. In Olesen J, Tfelt-Hanses P, Welch KMA(eds): The headaches(ed2.). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000,pp871-878
15. Schreiber CP. The pathophysiology of migraine. Dis Mon. 2006 Oct;52(10):385-401
16. Welch KMA, Nagesh V, Aurora SK, Gelman N: Periaqueductal gray matter dysfunction in migraine: Causes or the burden of illness? Headache 2001;41:629-37
17. Cutter FM, Charles A. The neurogenic basis of migraine. Headache.2008 Oct;48(9):1411-4
18. Welch KMA, Mathew NT, Stone P, et al: Tolerability of sumatriptan : Clinical trials and post marketing experience. Cephalalgia 2000; 20:687-695
19. Goadsby Pj, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine-current understand and treatment. N Eng J Med 2002;346:257-70
20. Goadsby Pj. Migraine, aura, and cortical spreading depression: why are we talking about it? Ann Neurol 2001;49:4-6
21. Blau JN. Migraine prodromes separated from the aura: complete migraine. BMJ 1980;658-60
22. Silberstein SD, Young WB. Migraine aura and prodrome. Semin Neurol 1995;15:175-82
23. Blau JN. The clinical diagnosis of migraine: the beginning of therapy. J Neurol 1991; 238: S6-S11
24. Peres MF, Siow HC, Rozen TD. Hemicrania continua with aura. Cephalalgia 2002;22:246-8
25. Matharu MJ, Goadsby PJ. Post-traumatic paroxysmal hemicrania (CPH) with aura. Neurology 2001;56:273-5
26. Evans RW, Tietjen GE. Migrainous aura versus transient ischemic attack in elderly migraineur. Headache 2001;41:201-3
27. Haan J, Kors EE, Ferrari MD. Familial cyclic vomiting syndrome. Cephalalgia 2002;22:552-4
28. Li BU. Cyclic vomiting syndrome: age-old syndrome and new insights. Semin Pediatr Neurol 2001;8:13-2124

29. Russel G, Abu-Arafen I, Symon DN. Abdominal migraine: evidence of existence and treatment options. *Pediatr Drugs* 2002;4:1-8
30. Al Twaijri WA, Shevell MI. Pediatric migraine equivalents: occurrence and clinical features in practice. *Pediatr Neurol* 2002;26:365-8
31. Thomsen LL, Ostergaard E, Olesen J, Russell MB. Evidence for a separate type of migraine with aura: Sporadic Hemiplegic migraine. *Neurology* 2003; 60:595-601
32. Thomsen LL, Eriksen MK, Roemer SF, et al. A population-based study of familial hemiplegic migraine suggests revised diagnostic criteria. *Brain* 2002;125:1379-91
33. De Fusco M, Marconi R, Silvestri L, et al. Haploinsufficiency of ATP1A2 encoding the Na/k pump $\alpha 2$ subunit associated with familial hemiplegic migraine type 2. *Nat Genet* 2003; advance online publication
34. Bigal ME, Sheftel FD, Rapport AM, Lipton RB, Tepper SJ. Chronic daily headache in a tertiary care population: correlation between International Headache Society diagnostic criteria and proposed revisions of criteria for chronic daily headache. *Cephalalgia* 2002;22:432-8
35. Moschiano F, D' Amico D, Schieroni F, et al: Neurobiology of chronic migraine. *Neurol Sci* 2003;24(Suppl): S94-S96
36. Vingen JV, Sant T, Stover LJ: Sensitivity to various stimuli in primary headaches: A questionnaire study. *Headache* 1999; 39:552-8
37. Stewart WF, Scher AI, Lipton RB, Stressful life events and risk of chronic daily headache: results from the frequent headache epidemiology study. *Cephalalgia* 2001;21:279
38. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, et al: Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998;279:381-3
39. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in geographically defined general population: studies. *Clin J Pain* 1993;9:174-82
40. Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Nitric oxide-induced headache in patients with chronic tension type headache. *Brain* 2000; 23:1830-7
41. Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Schifter S, Janssen Olesen I, Olesen J. Calcitonin gene-related peptide (CGRP) in chronic type headache. *Adv Stud Med* 2001;1:54-5
42. Bo SH, Davidsen EM, Gulbrandsen P, Dietrichs E, Bovim G, Stovner LJ, White LR. Cerebrospinal fluid cytokine levels in migraine, tension-type headache and cervicogenic headache : *Cephalalgia*; 2009 Mar;29(3):365-72
43. Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache-possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia* 2000; 20:486-508
44. Mongini F, Ciccone G, Derigibus A, Ferrero L, Mongini T. Muscle tenderness in different headache types and its relation to anxiety and depression. *Pain*. 2004 Nov;112(1-2):59-64
45. Fernandez-de-Las-Penas C, Cuadrado ML, Arendt-Nielsen L, Ge HY, Pareja JA. Increased pericranial tenderness, decreased pressure pain threshold, and headache clinical parameters in chronic tension-type headache patients. *Clin J Pain*. 2007 May;23(4):346-52
46. Straube A, Empl M, Ceballos-Baumann A, Tolle T, Stefenelli U, Pfaffenrath V; Dysport. Pericranial injection of botulinum toxin type A (Dysport) for tension-type headache - a multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Eur J Neurol*. 2008 Mar;15(3):205-13
47. Aaseth K, Grande RB, Lundqvist C, Russell MB. Interrelation of chronic tension-type headache with and without medication overuse and migraine in the general population: the Akershus study of chronic headache. *Cephalalgia*. Mar 2009;29(3):331-7
48. Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of migraine and depressive disorders. *Cephalalgia* 1999;19:211-17
49. Torelli P, Castellini Cucurachi L, Devetak M, Lambru G, Manzoni GC. Cluster headache prevalence: methodological considerations. A review of the literature. *P, Acta Biomed*. 2006 Apr;77(1):4-9
50. Finkel AD. Epidemiology of cluster headache. *Curr Pain Headache Rep* 2003;7:144-9
51. Nobre ME, Leal AJ, Filho PM. Investigation into sleep disturbance of patients suffering from cluster headache. *Cephalalgia*. 2005 Jul;25(7):488-92
52. Della Marca G, Vollono C, Rubino M, Capuano A, Di Trapani G, Mariotti P. A sleep study in cluster headache. *Cephalalgia*. 2006 Mar;26(3):290-4
53. May A, Bahra A, Buchel C, Frackowiak RSJ, Goadsby PJ. Hypothalamic activation in cluster headache attacks. *Lancet* 1998;351:275-8
54. Ekbon K. Nitroglycerin as a provocative agent in cluster headache. *Archives of neurology* 1968;19:487-93
55. Alty J, Kempster P, Raghav S. Cluster-like headache secondary to trigeminal meningioma. *Neurology*. 2008 May 13;70 (20):1938. No abstract available.
56. Montagna P. The primary headaches: genetics, epigenetics and a behavioural genetic model. *J Headache Pain*. 2008 Apr;9 (2):57-69
57. Russel MB, Andersson PG, Thomsen LL, Iselius L. Cluster headache in an autosomal dominantly inherited disorders in some families a complex segregation analysis. *Journal of Medical Genetics* 1995;32:954-6
58. Pascual J. Other primary headaches. *Neurol Clin*. 2009 May;27(2):557-71
59. Ammache Z, Graber M, Davis P. Idiopathic stabbing headache associated with mononuclear visual loss. *Arch Neurol* 2000;57:745-6
60. Pareja JA, Ruiz J, de Isla C, al-Sabbab H, Espejo J. Idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). *Cephalalgia* 1996;16:93-6
61. Carg RK. Recurrent thunderclap headache associated with reversible vasospasm causing stroke. *Cephalalgia* 2001; 21:78-9
62. Landtblom AM, Fridriksson S, Boivie J, Hillman J, Johansson G, Johansson I. Sudden onset headache: a prospective study of features incidence and causes. *Cephalalgia* 2002; 22:354-0
63. Linn FHH, Wijdicks EFM. Causes and management of thunderclap headache: a comprehensive review. *The neurologist* 2002;8:279-89
64. Nowak DA, Rodiek SO, Henneken S, Zinner J, Schreiner R, Fuchs H-H, Topka H. Reversible segmental cerebral vasoconstriction (Call-Fleming syndrome): are calcium channel inhibitors a potential treatment option? *Cephalalgia* 2003;23:218-22
65. Goadsby PJ, Boes C. New daily persistent headache. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2002;72(Suppl 2):ii6-ii9
66. Li D, Rosen TD. The clinical characterization of the new daily persistent headache. *Cephalalgia* 2002;22:66-9
67. Mack KJ. New daily persistent headache in children and adults. *Curr Pain Headache Rep*. 2009 Feb;13(1):47-51.
68. Scher AI, Lipton RB: The frequent headache epidemiology (FrHE) study. *Pain* 2003;16:81-9
69. Saper JR. Chronic daily headache: transformational migraine, chronic migraine, and related disorders. 2008 Mar;8(2):100-7
70. Wang SJ, Fuh JL, et al: Chronic daily headache in Chinese elderly: Prevalence risk factors and biannual follow up. *Neurology* 2000;54:314-19
71. Verri AP, Cecchini P, Galli C, et al: Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia* 1998;18:45-9