



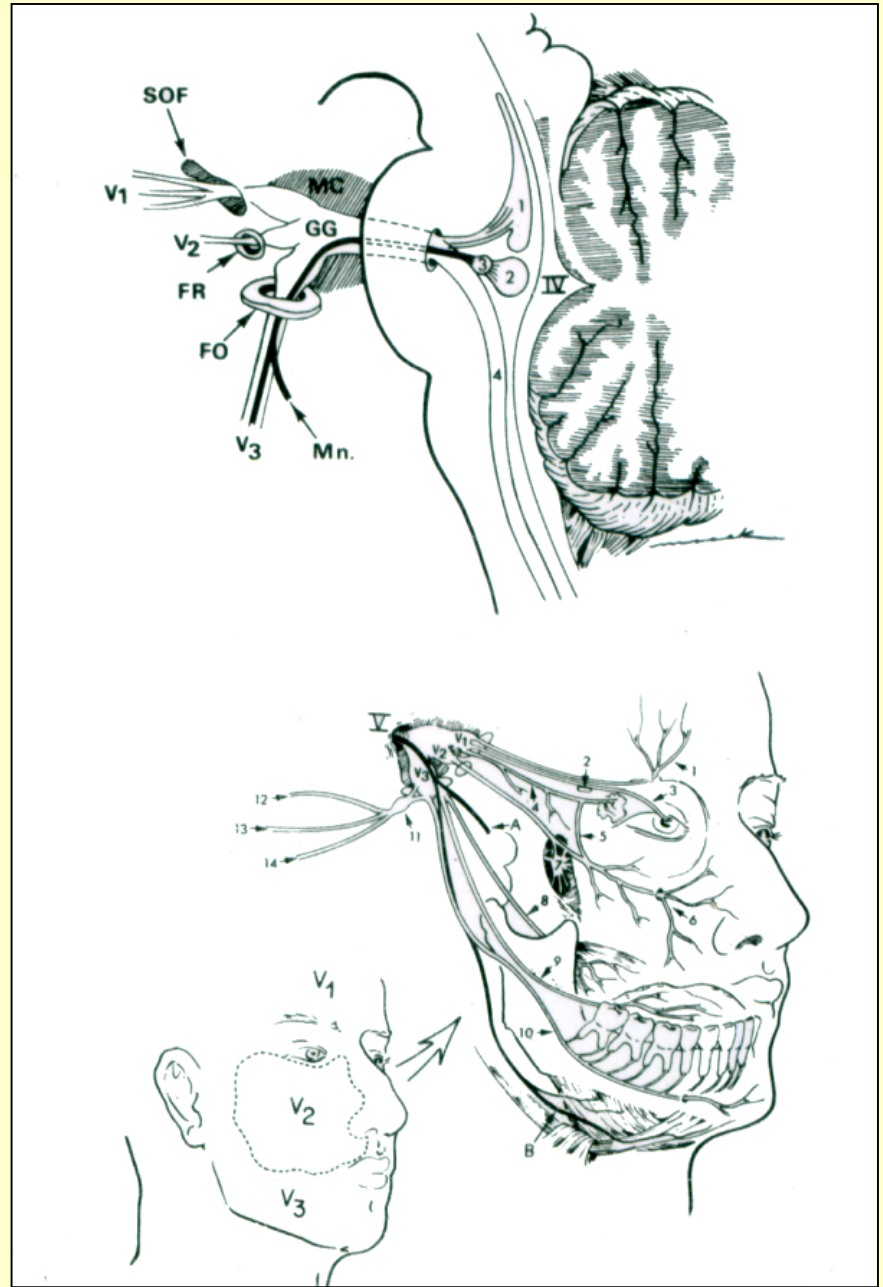
# Trigemino Nevralgia Cefalea

Dipartimento Scienze Neurologiche  
Università La Sapienza



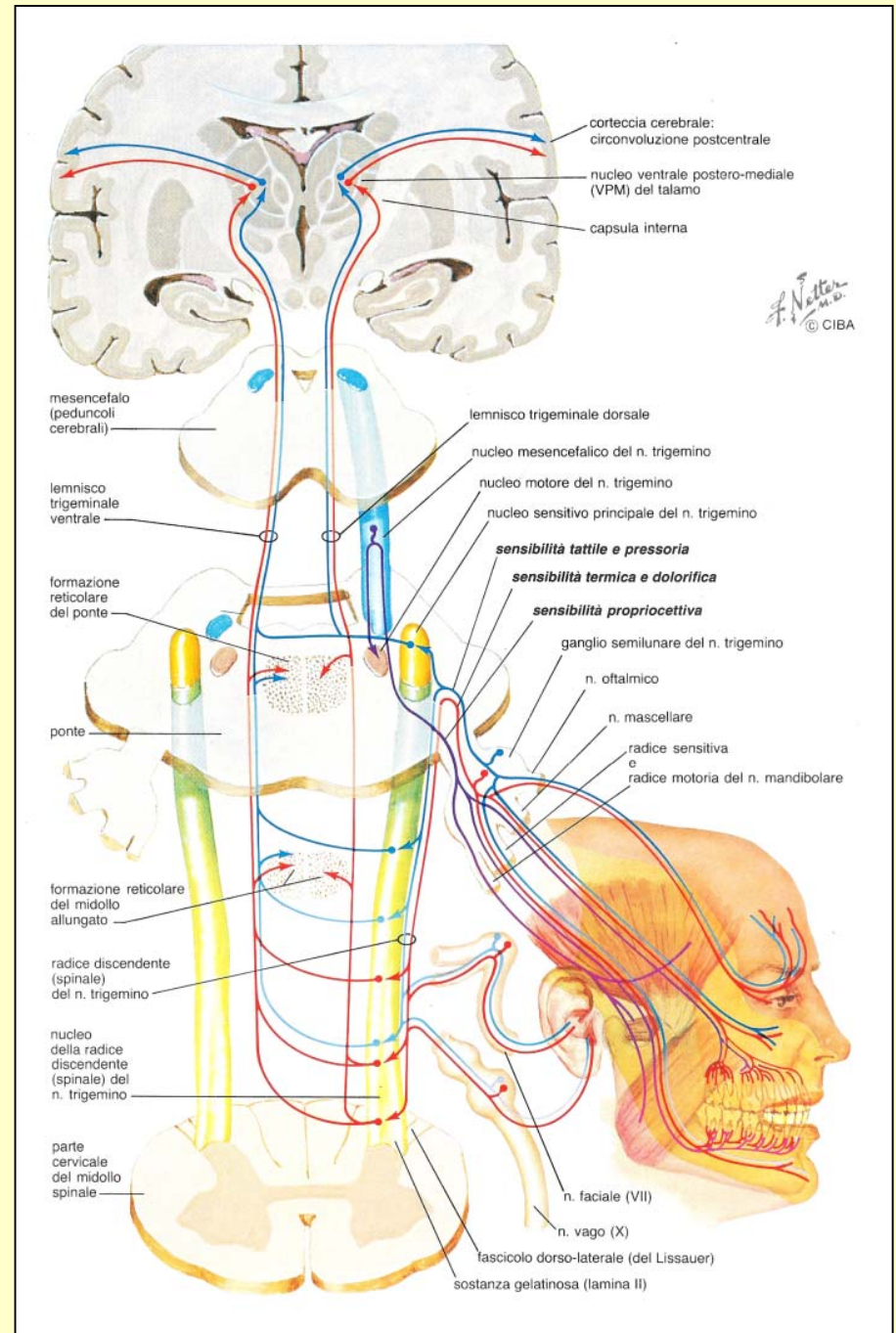


# Sistema Trigeminale 1





# Sistema Trigeminale 2





# Nevralgia Trigeminale

## Diagnosi e fisiopatologia

La nevralgia trigeminale (*tic douloureux*) è il più comune dolore neuropatico nel territorio facciale. La forma cosiddetta idiopatica è cronica ed interessa la popolazione anziana, con più frequente esordio tra 60 e 70 anni.

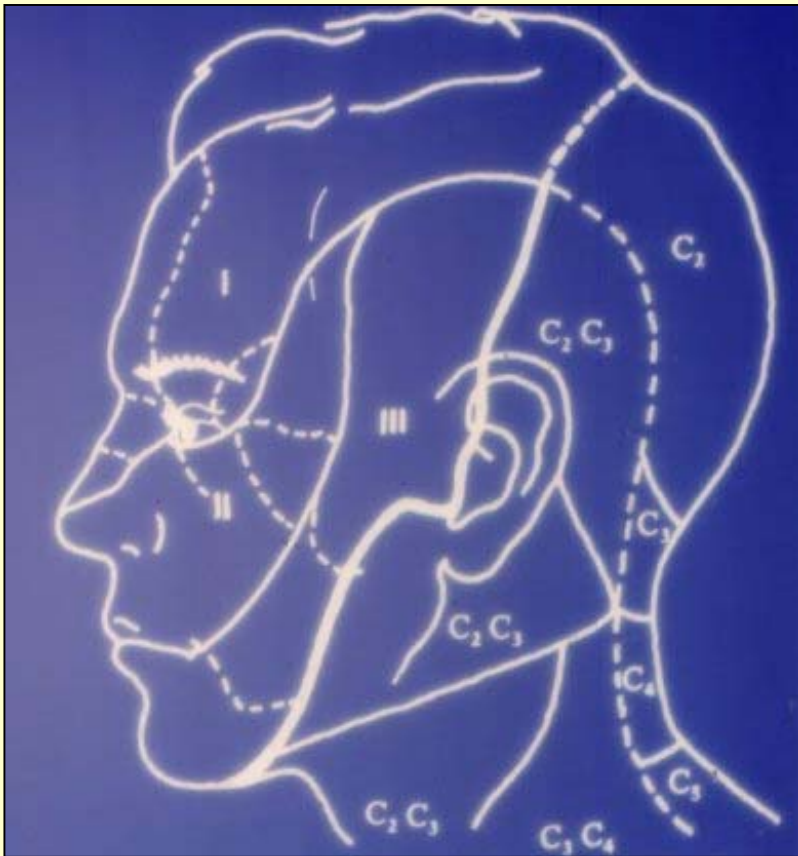
La diagnosi clinica è semplice, basata sulla presenza di dolore parossistico (spesso descritto come scossa elettrica) evocato da manovre innocue come il tocco lieve del viso, parlare, masticare.

Questo fenomeno implica attivazione ectopica e comunicazione efaptica tra fibre nervose, probabilmente a livello dell'ingresso della radice trigeminale nel troncoencefalo.



# Nevralgia Trigeminale

## Diagnosi 2



Nell'esame clinico delle sensibilità occorre ricordare i territori delle tre divisioni.

In particolare è utile ricordare che la I divisione (oftalmica) arriva fino al terzo posteriore dello scalpo e che la III divisione mandibolare ingloba parte dell'orecchio e la tempia, ma non l'angolo della mandibola, che è innervato dalle radici cervicali.



## Nevralgia trigeminale: Diagnosi differenziale con forme sintomatiche

A volte non è facile l'identificazione delle forme sintomatiche. Queste ultime sono solitamente secondarie a sclerosi multipla o a masse benigne dell'angolo ponto-cerebellare (neurinomi dell'acustico, meningiomi, colesteatomi).

Gli elementi che devono far sospettare una forma sintomatica sono una età di esordio inferiore ai 50 anni, l'esordio del dolore in divisione oftalmica, la bilateralità, la presenza di deficit sensitivi.

La diagnostica strumentale prevede prima il controllo neurofisiologico (riflessi trigeminali e potenziali evocati) che consentono di discriminare tra forme idiopatiche e secondarie, quindi la risonanza magnetica, per identificare la natura della lesione; la tomografia assiale computerizzata è insufficiente.

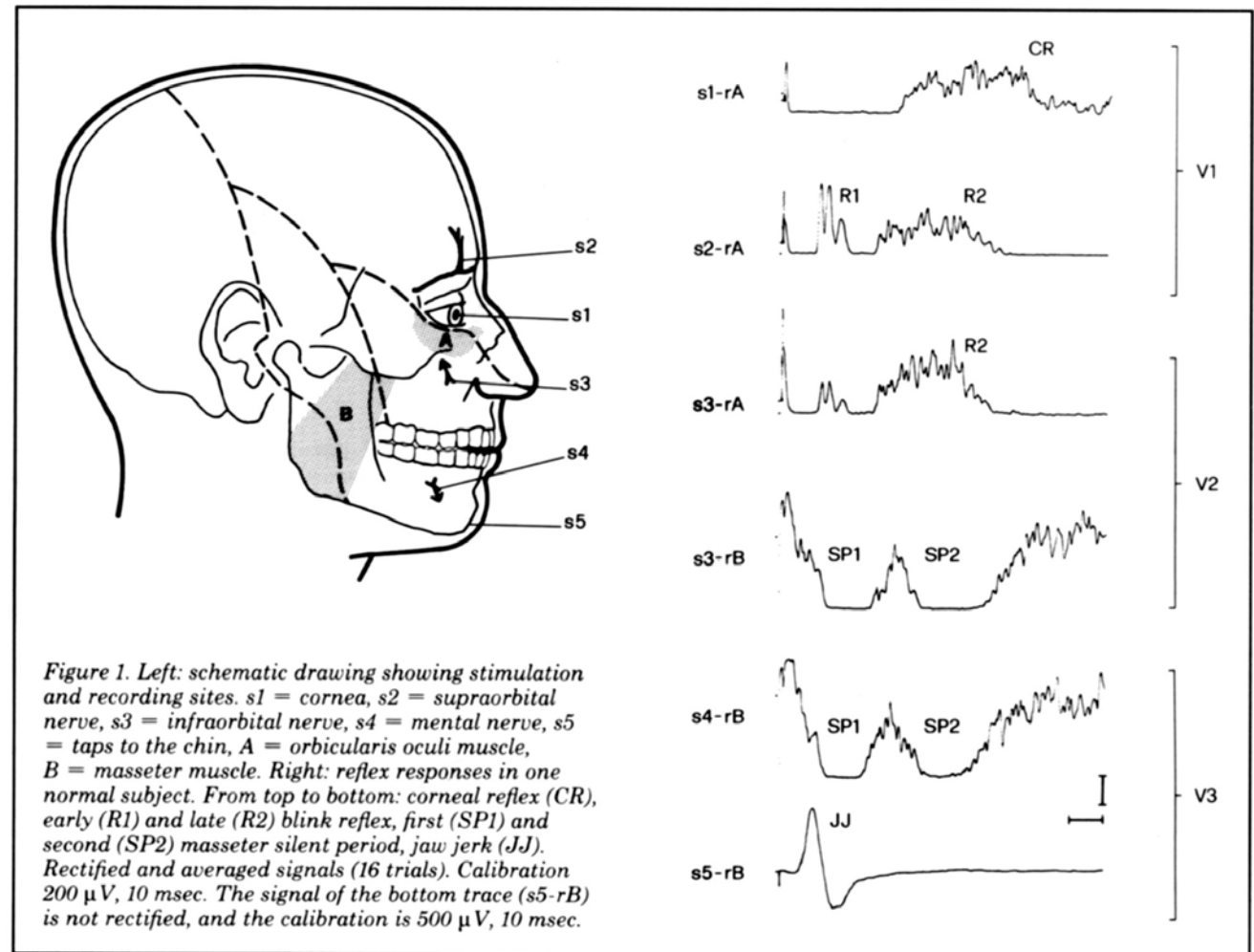




# Diagnostica Neurofisiologica: Riflessi Trigeminali

I Riflessi trigeminali contribuiscono a differenziare le forme idiopatiche da quelle sintomatiche perché le risposte riflesse sono normali in quasi tutti i pazienti con TN idiopatica e anormali in quelli con TN sintomatica.

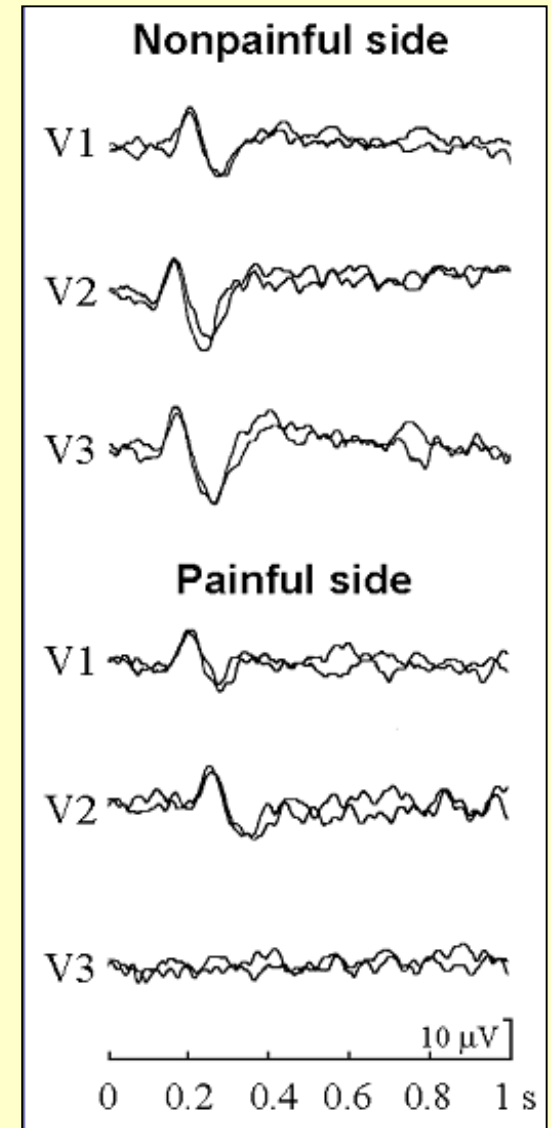
**Cruccu et al.**  
**Neurology**  
**1987**





# Neurofisiologia: Potenziali Evocati Laser

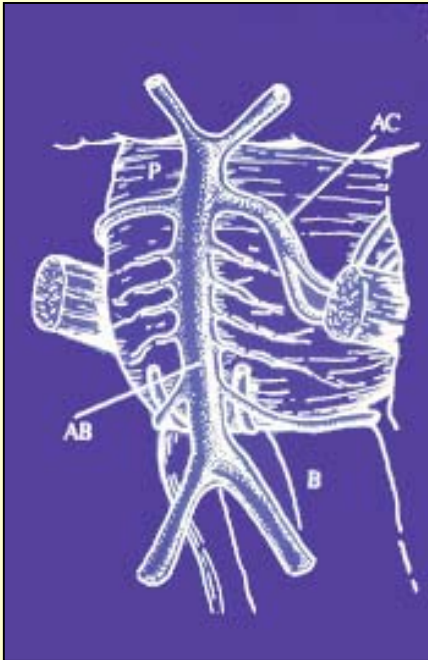
**Cruccu et al.  
Neurology  
2001**



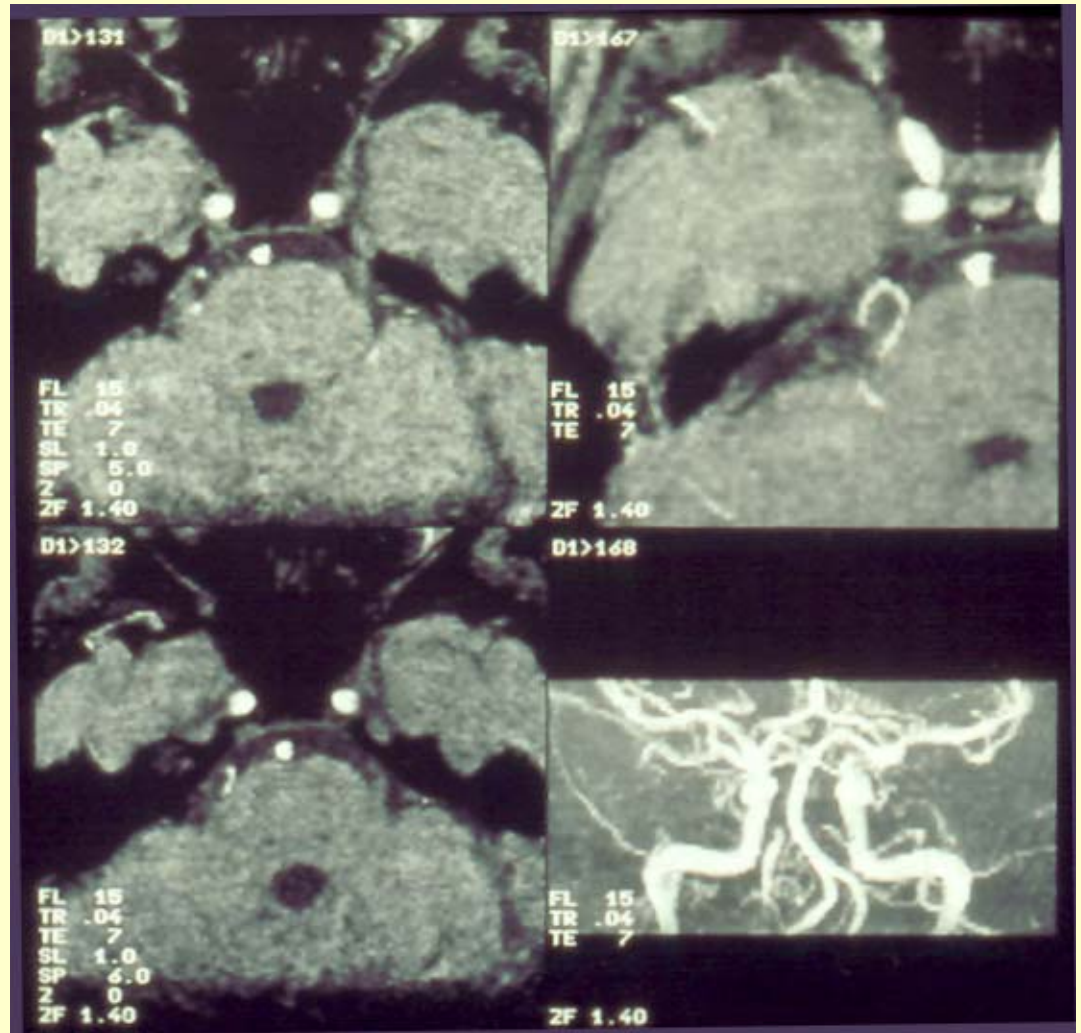
I Potenziali evocati laser sono probabilmente meno affidabili ma più sensibili, essendo ritardati in circa il 50% dei pazienti con TN idiopatica. In ogni caso, l'alterazione dei potenziali impone l'indagine MRI.



# Cause di Nevralgia Trigeminale 1



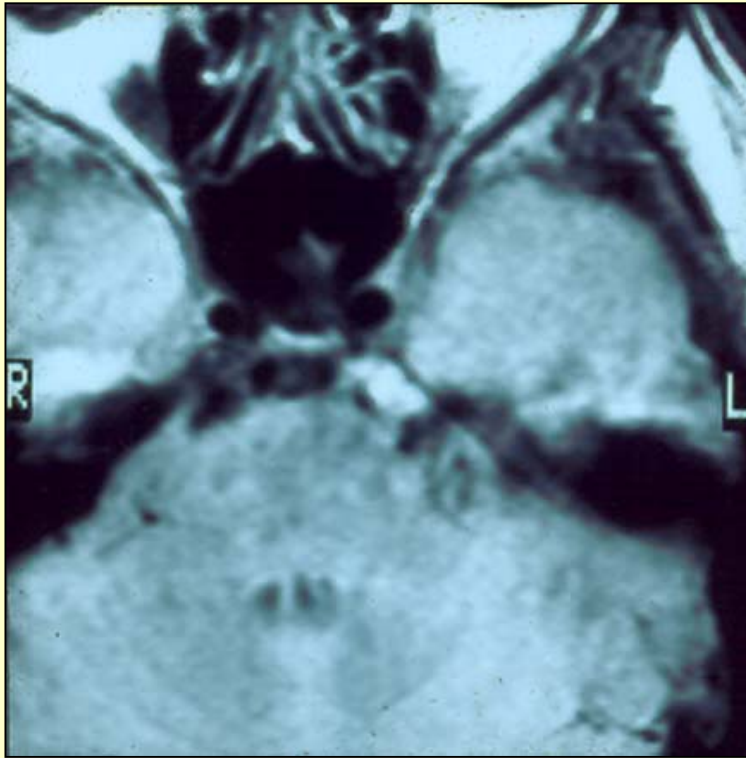
**Conflitto tra radice e piccole arterie cerebellari**



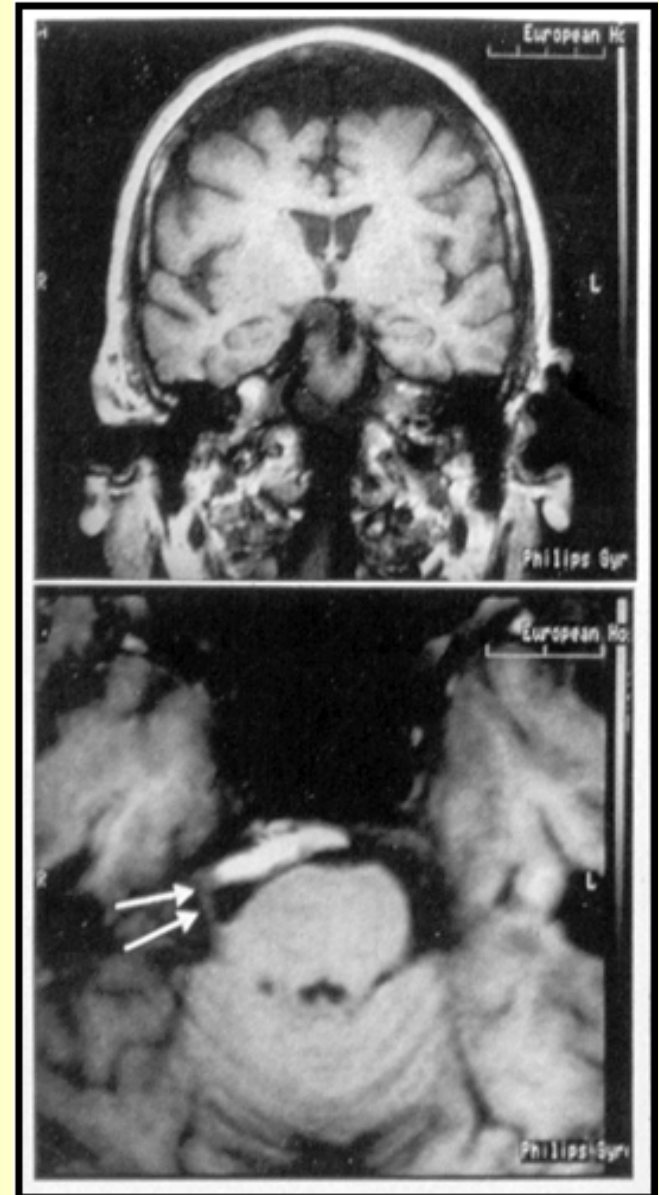
**Studio MRI/MRA per documentare conflitto neurovascolare**



## Cause di Nevralgia Trigeminale Sintomatica 2



**Tumori benigni  
dell'angolo ponto-  
cerebellare**



**Anomalie vasali  
(megadolicobasilare)**



## Cause di Nevralgia Trigeminale Sintomatica 3

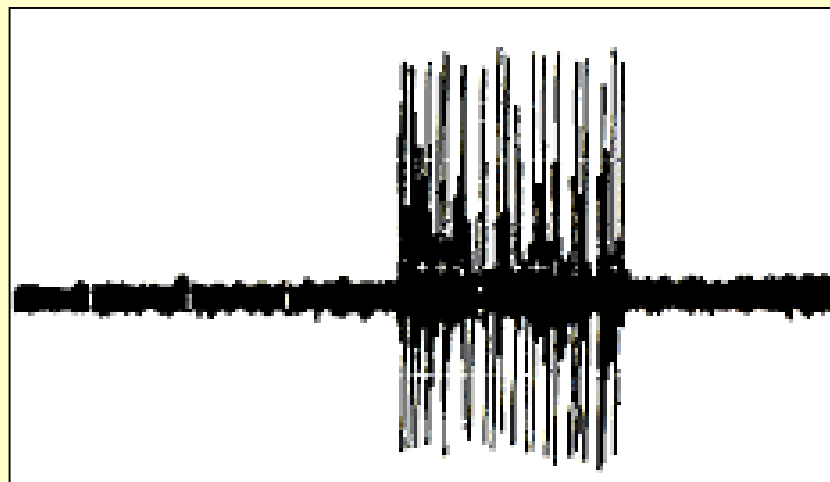


**Placche di demielinizzazione in corso di sclerosi multipla, poste nella *entry zone* della radice nel ponte**



# Nevralgia trigeminale: Terapia medica

Il dolore parossistico, in particolare quello percepito come scossa elettrica, è probabilmente dovuto a raffiche in alta frequenza di potenziali d'azione, generati ectopicamente lungo fibra.

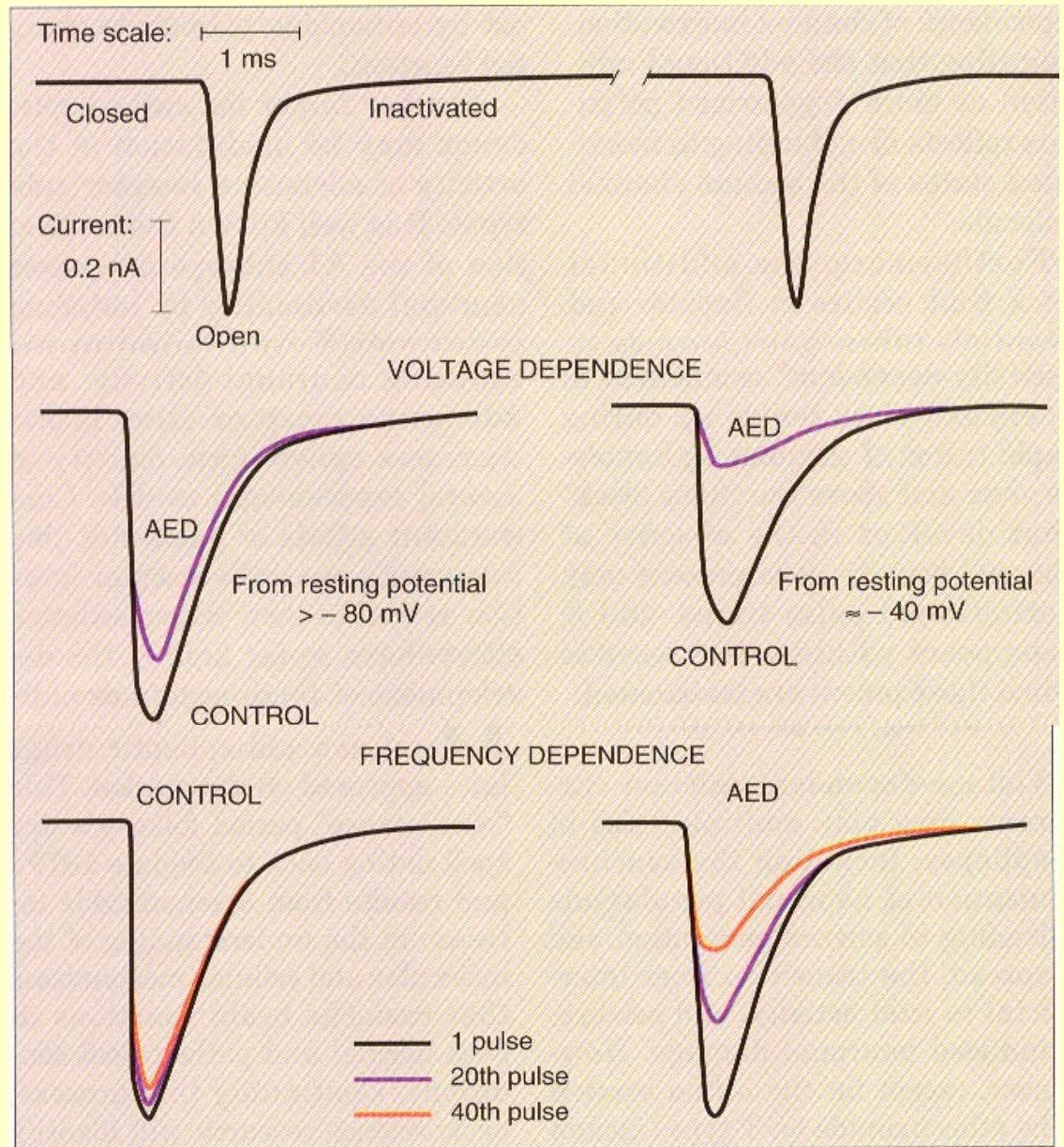
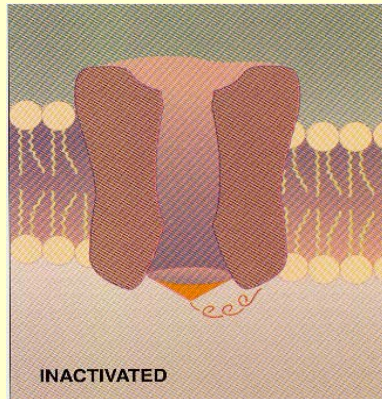
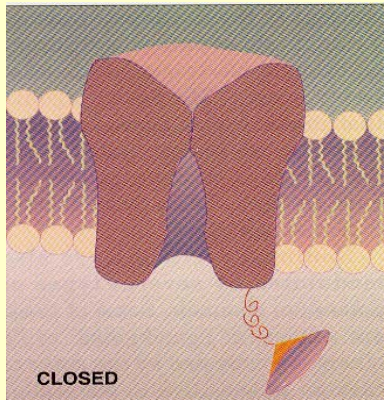
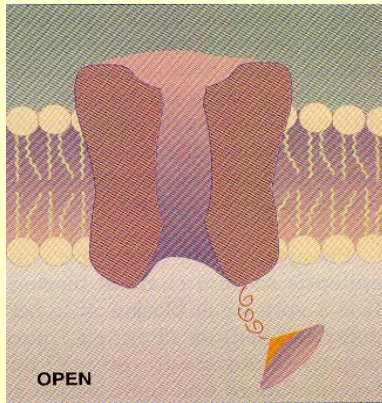


La terapia medica si basa sull'uso di **antiepilettici che bloccano i canali sodio** in modo voltaggio-dipendente.

Il farmaco tradizionalmente più impiegato è la **carbamazepina** (400-800 mg), molto efficace, ma spesso foriero di effetti collaterali di rilievo, soprattutto nell'anziano (indispensabile emocromo 3-4 volte l'anno)

Attualmente l'opzione di prima scelta è l'**oxcarbazepina** (900-1500 mg) (indispensabile dosaggio sodio nei primi 3 mesi)







# Nevralgia trigeminale: Terapia chirurgica 1

Le terapie chirurgiche  
sono di due tipi:

- a) interventi in fossa  
cranica posteriore  
(volti a risolvere  
l'eventuale conflitto  
neuro-vascolare)



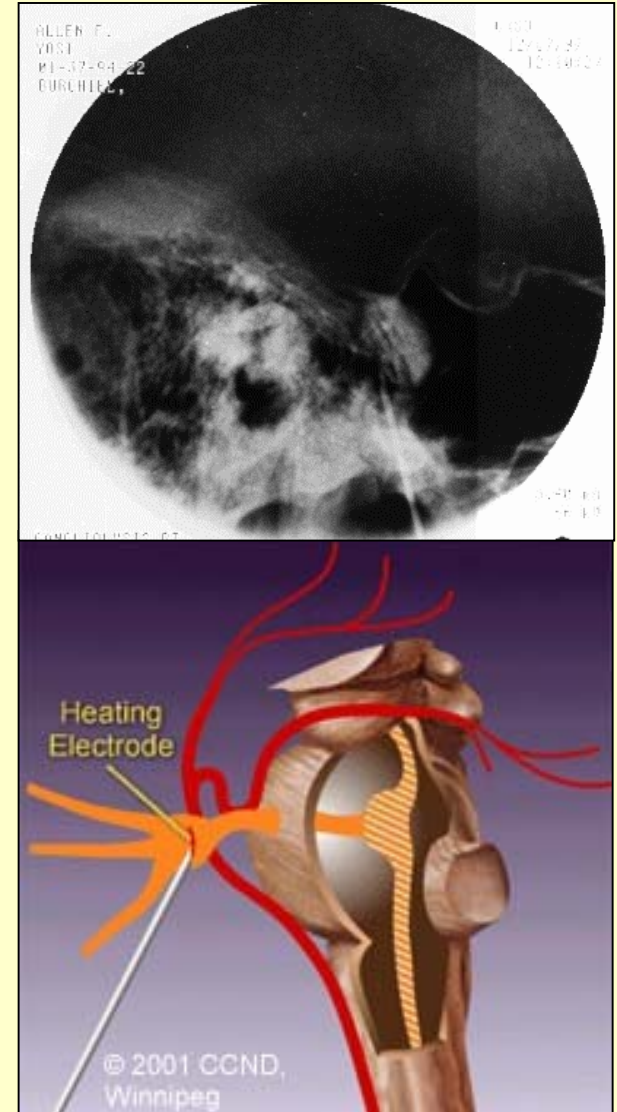




# Nevralgia trigeminale: Terapia chirurgica 2

Le terapie chirurgiche  
sono di due tipi:

b) interventi percutanei  
per via anteriore  
(termocoagulazione in  
radiofrequenza,  
glicerolizzazione,  
microcompressione)





# Cefalee primarie e secondarie

Le **cefalee primarie** si possono dividere in due gruppi:

- muscolo-tensive
- vasomotorie

Le **cefalee secondarie** sono associate a:

- patologie del sistema nervoso (tumori, malformazioni vascolari, ematomi, emorragia subaracnoidea, meningiti)
- patologie di interesse oculistico
- patologie di interesse otorino
- patologie tumorali o infiammatorie extracraniche
- disfunzione temporo-mandibolare



# Cefalee Vasomotorie

Le **cefalee vasomotorie** comprendono (tra l'altro):

- Eemicrania comune (senza aura)
- Eemicrania classica (con aura)
- Eemicrania cronica quotidiana
- Cefalea a grappolo
- Cluster-Tic
- SUNCT



# Cefalea a grappolo (cluster headache)

La **cefalea a grappolo** è caratterizzata da:

- Forte prevalenza nel sesso maschile
- Insorgenza nella III-IV decade
- Attacchi brevi (20-120 min), esordio a orario fisso, spesso notturno
- Dolore intenso, strettamente unilaterale, nella regione dell'occhio, tempia, mascellare
- L'occhio si arrossa e lacrima; spesso la narice ipsilaterale si tappa, con abbondante rinorrea alla fine della crisi
- Gli attacchi si ripetono qualche volta al giorno (anche un solo attacco al giorno) per 2-4 settimane, poi scompaiono per lunghi periodi (anche anni); alcuni pazienti hanno anche solo 2 grappoli in tutta la vita.
- Esiste una forma, detta "cronica", in cui la sintomatologia è la stessa, ma non ha l'andamento "a grappolo"



# Eemicrania classica (Migraine with aura)

L'**emicrania classica** è caratterizzata da:

- Forte prevalenza nel sesso femminile
- Familiarità
- Attacchi di durata variabile (30 min – molte ore)
- Aura visiva (fosfeni, scotomi monooculari o emianopsie)
- Dolore pulsante, a volte a destra, a volte a sinistra, nella regione temporale, o di tutto un emicranio
- Disturbi vegetativi, foto- e fonofobia
- Frequenza variabile, ma bassa (pochi attacchi al mese, più frequentemente perimestruali); assente in gravidanza; peggiorata da alcool, cioccolato; migliora con il caffè
- Eemicrania comitata e complicata
- Equivalenti emicranici



# Cefalea muscolo-tensiva

La **cefalea muscolo-tensiva** è caratterizzata da:

- Discreta prevalenza nel sesso femminile
- Lunga durata (da molte ore a “persistente”)
- Dolore tensivo-gravativo, frontale, bilaterale, retronucale
- Frequenza elevata (da molti giorni al mese a quotidiana)
- Dolorabilità muscoli del collo o tempie
- Associazione con artrosi cervicale, malocclusione, disturbi accomodazione-convergenza, depressione, ansia





# Terapia

## **Cefalea muscolo-tensiva:**

- Amitriptilina 1 mg / Kg; nuoto; fisiokinesiterapia; movimento;

## **Cefalea a grappolo:**

- In acuto: O<sub>2</sub>, indometacina, triptani
- Profilassi: litio, antiepilettici

## **Emicrania:**

- In acuto: triptani, caffeina, ergotamina
- Profilassi: calcioantagonisti (flunarizina 5 mg /die)  
amitriptilina 1 mg / Kg  
beta-bloccanti (Inderal 80 mg / die)