

# Cefalee cervicogeniche: confronto tra criteri di diagnosi

Brugnoni G., Groppi M.

Istituto di Scienze ortopediche, traumatologiche e riabilitative (Dir. Prof. L. Bocchi)  
Università di Siena

## Premessa

Il problema della "Cervicogenic headache" (CGH) o cefalea di origine cervicale è tuttora aperto e i pareri sono discordi (1). Molti Autori negano l'esistenza di una CGH, o ritengono che sia limitata a ben pochi casi; alcuni di essi negano addirittura la correlazione tra cefalea e disturbi muscolari del capo e persino l'esistenza dei tender e trigger points.

Altri Autori, in specie quelli che si occupano di Medicina Manuale (MM), ritengono invece che sindromi mio-fasciali del capo, comprendenti tender e trigger points, possano essere all'origine di alcune cefalee e possano essere originate da disturbi del rachide cervicale (7).

I criteri di diagnosi elaborati dalle due maggiori Società della Cefalea, la IHS (5) e la IASP (6) differiscono sostanzialmente.

Per la prima non si può fare diagnosi in assenza di una dimostrabile patologia cervicale; la seconda invece enuncia una serie di condizioni cliniche compatibili con la diagnosi di CGH, ma non specifica se è necessaria una patologia cervicale ben precisa.

Sjaastad (11) ed il suo gruppo ha proposto un protocollo di diagnosi ed ha creato il termine CGH (tab. 1); per porre questa diagnosi è necessaria la presenza del punto I più uno dei punti IIa o del punto IIb. Il punto IIc è facoltativo.

In un recente lavoro di revisione dei criteri diagnostici, M. Leone ed altri (8) hanno presentato i risultati di due studi. Nel primo, di 500 casi di cefalea, hanno trovato solo due casi di dolore unilaterale scatenato dai movimenti o da posture del collo, e nessun caso di cefalea indotta dalla pressione sul collo. Nel secondo, su 440 casi di cefalea primaria, il 10% delle emicranie ed il 7% delle cefalee di tipo tensivo unilaterale poteva essere diagnosticato come cefalea cervicogenica seguendo i criteri su esposti.

Diversi sono i criteri di diagnosi che la MM utilizza, ormai lontani da quelli della Osteopatia o della Chiropratica, criteri proposti da Maigne (9), (10) e dalla sua Scuola (2), (3), che descriveremo in seguito. Sfortunatamente, chi non ha esperienza di MM e non ne conosce la semeiotica, non è in grado di rilevare alcuni segni fondamentali, di cui pure è stata dimostrata la obiettività e ripetibilità tra operatori diversi (4), ed in qualche caso non crede nemmeno alla loro esistenza.

Certamente l'impossibilità di disporre di esami strumentali o di esperimenti utilizzabili su larga scala per indagare e provare l'origine della cefalea impedisce di trovare un consenso diffuso a queste opinioni.

Alcuni elementi peraltro giocano a favore dell'ipotetica origine cervicale di alcune cefalee: il collo è ricco di nocicettori, sia nelle strutture muscolari che in quelle vascolari e osteoarticolari; un meccanismo di "riferimento del dolore" (referred pain) in partenza dalle strutture articolari vertebrali è sperimentalmente provato; conosciamo la distribuzione dei metameri del capo, e possiamo ricercare la presenza di zone dolorose o di modificazioni tissutali in queste strutture.

## Scopo del lavoro

Lo scopo del nostro lavoro è quello di valutare statisticamente le differenze di inquadramento diagnostico di un gruppo di pazienti cefalgici, effettuato utilizzando i criteri dati dalla IHS e da Sjaastad, e contemporaneamente quelli derivati dai lavori di R. Maigne e della sua Scuola.

## Materiali e metodi

Sono stati esaminati 285 pazienti presentatisi negli ultimi 4 anni alla nostra osservazione per cefalea cronica; o sofferenti di tale disturbo associato a disturbi dolorosi del rachide.

Come detto sopra, i pazienti sono stati inizialmente classificati secondo i criteri generali della IHS e secondo quelli di Sjaastad per la CGH e suddivisi in cinque gruppi: emicrania senza aura, emicrania con aura, cefalea di tipo tensivo unilaterale, tensivo bilaterale e cervicogenica (tab. 2); e nello stesso tempo esaminati secondo i criteri proposti da R. Maigne. Tra questi abbiamo considerato:

### Criteri obbligatori

Unilateralità del dolore, avvertito dal paziente in regione nucale, sovra o retro orbitaria.

Presenza di un "Disturbo intervertebrale minore" (DIM) cervicale a livello C2/C3 o C3/C4 cioè di una tumefazione dolorosa alla palpazione di una articolazione interapofisaria cervicale dal

Tabella 1 - Criteri maggiori per la diagnosi di CGH (Sjaastad et al., 1990)

I	Unilateralità del dolore al capo senza cambiamento di lato
II	Sintomi e segni di interessamento del collo:
a)	Provocazione degli attacchi:
	1) Dolore, apparentemente di natura similare, scatenato da movimenti del collo e/o da posizioni scomode prolungate.
	2) Dolore similare per distribuzione e carattere a quello spontaneo, risvegliato dalla pressione esterna sulla regione ipsilaterale superiore, posteriore del collo o sulla regione occipitale.
b)	Dolore ipsilaterale al collo, spalla o arto superiore di natura piuttosto vaga, non radicolare.
c)	Ridotta ampiezza di movimento del rachide cervicale

