



in conjunction with

Lifting The Burden

The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide

a partnership in action between the World Health Organization, World Headache Alliance, International Headache Society and European Headache Federation

PRINCIPIILE EUROPENE DE MANAGEMENT AL CEFALEELOR FRECVENT ÎNTÎLNITE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

TJ Steiner¹, K Paemeleire², R Jensen³, D Valade⁴, L Savi⁵, MJA Lainez⁶, H-C Diener⁷, P Martelletti⁸ & EGM Couturier⁹

Din partea Societății Europene de Cefalee (“*EHF – European Headache Federation*”) și a “*Lifting the burden*” (Campania globală de reducere a dizabilității datorate cefaleei pe întreg mapamondul)

¹Division of Neuroscience and Mental Health, Imperial College London, London, UK;

² Department of Neurology, Ghent University Hospital. Ghent, Belgium;

³Danish Headache Centre, Department of Neurology, University of Copenhagen, Glostrup Hospital, Glostrup, Denmark;

⁴Centre d’Urgence des Céphalées, Hôpital Lariboisière, Paris, France;

⁵Headache Centre, Department of Neurosciences, University of Turin, Turin, Italy;

⁶Department of Neurology, University Clinic Hospital, Valencia University, Spain;

⁷Department of Neurology, University of Duisberg-Essen, Essen, Germany;

⁸Department of Medical Sciences, Regional Referral Headache Centre, Saint Andreea Hospital, Rome, Italy;

¹⁰Medisch Centrum Boerhaave, Amsterdam, The Netherlands

Aceste principii sunt publicate în *J Headache Pain* 2007; 8 (supplement 1)

1. CEFALEEA CA SIMPTOM DE PREZENTARE

Cea mai mare parte dintre indivizi prezintă ocazional cefalee, dar o consideră ca fiind ceva normal.

Cefaleea devine la un moment dat o problemă în viața la aproximativ 40% din populația Europei. Patru tipuri de cefalee sunt frecvent întâlnite în asistența medicală primară. Toate au o bază neurobiologică. Acestea sunt dizabilitante și afectează calitatea vieții indivizilor.

Tipurile de cefalee frecvent întâlnite în asistența primară	
Migrena	De obicei apare episodic, survenind la 12-16% din populația generală, cu o preponderență la sexul feminin - cu un raport pe sexe de 3/1
Cefaleea de tip tensional	De obicei apare episodic, afectând > 80% dintre indivizi din timp în timp; la cel puțin 10 % apare recurență frecventă și la 2-3% dintre adulți și la unii copii este cronică, survenind lunar într-un număr mai mare de zile decât numărul zilelor fără cefalee
Cefaleea de tip "cluster"	Cefalee intensă și cu recurență frecventă dar cu durată scurtă a atacurilor cefalalgice, afectând până la 3/1000 dintre bărbați și până la 1/2000 dintre femei
Cefaleea de abuz medicamentos	Cefalee cronică zilnică survenind la până la 3% dintre adulți, cu un raport între sexe de 5/1 în favoarea sexului feminin și la 1% dintre copii și adolescenți; acesta este o cefalee secundară, dar survine numai ca o complicație a unei cefalee pre-existente, de obicei migrenă sau cefalee de tip tensional

Un pacient poate avea mai multe tipuri de cefalee concomitent.

Există un mare număr de **cefalee secundare**. Unele dintre acestea sunt severe și trebuie recunoscute (vezi capitolul de Management #4). *Diagnosticul diferențial al cefaleelor frecvent întâlnite*, dar în total ele sunt prezente la < 1% dintre pacienții care se prezintă cu cefalee.

2. DIAGNOSTICUL CEFALEEI

Anamneza pacientului cu cefalee

Anamneza este foarte importantă în diagnosticarea cefaleelor primare și a cefaleei de abuz medicamentos (tabel). Nu există teste diagnostice utile. Istoricul trebuie să evidențieze orice semn de alarmă sugestiv pentru o cefalee de tip secundar.

Întrebările care trebuie adresate în cursul anamnezei	
Câte tipuri diferite de cefalee prezintă pacientul ? Este necesar să se facă istoricul pentru fiecare tip de cefalee în parte.	
Întrebări referitoare la timp	<ul style="list-style-type: none"> • De ce ați venit la consult acum? • Când de recent a debutat cefaleea ? • Cât de frecvente sunt crizele și ce model temporal prezintă cefaleea (episodic sau zilnic și/sau neremitentă)? • Cât de mult durează?
Întrebări referitoare la caracterele cefaleei	<ul style="list-style-type: none"> • Ce intensitate are durerea? • Ce natură și ce calitate are durerea? • Care este locul de apariție și de iradiere al durerii? • Care sunt simptomele asociate?
Întrebări referitoare la cauză	<ul style="list-style-type: none"> • Care sunt factorii predispozanți și/sau declanșatori ? • Care sunt factorii care agravează și/sau ameliorează durerea? • Există istoric familial de cefalee similară?
Întrebări referitoare la răspuns	<ul style="list-style-type: none"> • Ce face pacientul în timpul cefaleei? • Cât de mult este limitată sau împiedicată activitatea de către cefalee? • Ce medicație a fost folosită sau este folosită, în ce mod și cu ce efect?
Starea de sănătate între atacuri	<ul style="list-style-type: none"> • Între atacuri vă reveniți complet sau există simptome reziduale sau persistente? • Resimțiți îngrijorare, anxietate, teamă cu privire la recurența atacurilor, și/sau a cauzei cefaleei?

Semne de alarmă în timpul istoricului

Orice tip nou de cefalee la un anumit pacient trebuie tratat cu atenție. Semnele de alarmă specifice sunt :

- Cefalee de tip “lovitură de trăsnet” (“Thunderclap”) (cefalee intensă cu caracter “exploziv” sau cu debut brusc), care sugerează hemoragie subarahnoidiană

- Cefalee cu aură atipică (durată > 1 oră sau care cuprinde deficit motor), care poate fi simptom de accident vascular cerebral (AVC) sau de atac ischemic tranzitor (AIT)
- Aură fără cefalee care în absența unui istoric de migrenă cu aură, care poate fi un simptom de AVC sau AIT
- Aură care survine pentru prima dată la o pacientă în timpul folosirii de contraceptive orale, care indică riscul de AVC
- Cefalee nou apărută care survine la un pacient cu vârsta de peste 50 ani, care poate fi un simptom de arterită temporală sau de tumoră intracraniană, sau care survine la un copil pre-puberal
- Cefalee progresivă, care se agravează în câteva săptămâni sau mai mult, care poate indica un proces expansiv intracranian
- Cefalee agravată de postură sau de manevre care cresc presiunea intracraniană, care poate indica o tumoră intracraniană
- Cefalee nou apărută la un pacient cu istoric de neoplazie, infecție HIV sau imunodeficiență

Calendare de diagnostic

Odată ce cauzele severe de cefalee au fost excluse, trebuie menținut jurnalul de cefalee pentru câteva săptămâni pentru clarificarea tipului de cefalee și a simptomelor asociate, cât și pentru clarificarea asupra folosirii sau abuzului de medicație.

Examinarea fizică a pacienților cu cefalee

Migrena, cefaleea de tip tensional, cefaleea tip “cluster” și cefaleea de abuz medicamentos sunt diagnosticate numai pe baza anamnezei. Semnele clinice sunt prezente la pacienții cu “cluster” numai în timpul atacurilor.

Examinarea fizică este obligatorie atunci când istoricul este sugestiv pentru cefalee de tip secundar.

Semne de alarmă la examinarea fizică

- hipertremia asociată cu cefalee
- semne neurologice focale asociate cu cefaleea

Investigațiile paraclinice ale pacienților cu cefalee

Investigațiile paraclinice, inclusive cele neuroimagistice, sunt indicate atunci când istoricul sau examinarea fizică sugerează faptul că cefaleea poate fi secundară altei condiții.

3. CARACTERE TIPICE ALE CEFALEELOR FRECVENT ÎNTÂLNITE

MIGRENA

Migrena se prezintă sub 2 subtipuri principale, migrena cu aură și migrena fără aură. Un pacient poate să aibă ambele forme.

Migrena fără aură

Adulții cu migrenă fără aură descriu în mod tipic:

- episoade recurente de atacuri de cefalee moderate sau severă care:
 - sunt frecvent unilaterale și/sau pulsatile
 - durează între 4 ore și 3 zile
 - sunt frecvent asociate cu greață și/sau vărsătură
 - sunt agravate de activitatea fizică de rutină
- în timpul atacurilor cefalalgice activitatea este limitată și preferă un mediu întunecat și liniștit
- absența simptomelor între atacuri.

La **copii** :

- atacurile sunt de durată mai scurtă
- cefaleea este mai frecvent bilaterală și mai puțin frecvent pulsatilă
- tulburările gastrointestinale sunt proeminente.

Migrena cu aură

Afectează o treime din populația cu migrenă și reprezintă 10% din totalul atacurilor migrenoase.

- este caracterizată prin simptome de aură precedând cefaleea, constând din simptome neurologice care se dezvoltă gradual în > 5 minute și se remit până în 60 minute:
 - tulburări vizuale de tip hemianopsie, sau scotom scintilant care se expandează (pacienții pot fi rugați să îl deseneze)
 - și/sau paresetezii unilaterale ale mâinii, brațului și/sau feței
 - și/sau disfazie (rareori)
- celelalte caractere sunt similare cu cele ale migrenei fără aură.

Aura tipică fără cefalee poate apărea la pacienții cu istoric de migrenă cu aură.

CEFALEEA DE TIP TENSIONAL

Această afecțiune prezintă 3 subtipuri. Numai 2 dintre acestea sunt importante din punct de vedere medical: cefaleea de tip tensional episodică cu crize frecvente și cefaleea de tip tensional cronică.

Cefaleea de tip tensional cu crize frecvente

- apare sub formă de episoade asemănătoare atacurilor, cel puțin 1 dată pe lună, durând ore până la câteva zile
- poate fi unilaterală dar cel mai frecvent este generalizată
- este în mod tipic descrisă ca o presiune sau ca o constricție ca o bandă strânsă în jurul capului, sau este resimțită la nivel cervical
- lipsește complexul de simptome asociate caracteristice migrenei

Cefalee de tip tensional cronică

- prin definiție survine în ≥ 15 zile pentru > 3 luni și poate fi zilnică sau fără remisiune
- în alte privințe similară cefaleei de tip tensional cu crize frecvente.

CEFALEEA TIP “CLUSTER”

Această entitate este ușor de recunoscut și survine sub forma a 2 subtipuri: cefalee tip “cluster” episodică și cefalee tip “cluster” cronică.

Cefaleea tip “cluster” **episodică** apare sub forma unor salve de atacuri grupate (“perioadă de cluster”), cu o durată tipică de 6-12 săptămâni, o dată pe an sau la 2 ani, și apoi se remit până la noua perioadă de “cluster”.

Cefaleea tip “cluster” **cronică** - care persistă fără remisiuni - este mai puțin frecvent întâlnită. Se poate dezvolta din cefaleea tip “cluster” episodică și poate reveni la aceasta.

Cefaleea tip “cluster”:

- afectează în special sexul masculin;
- se manifestă ca cefalee strict unilaterală, atroce, în jurul globului ocular;
- prezintă o recurență frecventă, în mod tipic 1 dată sau de mai multe ori pe zi, de obicei noaptea;
- are o durată scurtă, de 15-180 minute (tipic 30-60 minute)
- se prezintă în mod caracteristic semene de disfuncție vegetativă strict unilateral incluzând oricare dintre cele de mai jos:
 - ochi roșu și lăcrimare
 - rinoree sau obstrucție nazală
 - ptoză
- determină agitație marcată (pacientul nu poate să rămână în pat, se deplasează prin cameră, chiar iese în afară).

Rezumatul caracteristicilor distinctive ale cefaleelor frecvent întâlnite (NB: 2 sau mai multe tipuri de cefalee pot surveni concomitent)

	Migrenă	Cefalee de tip tensional	Cefalee tip “cluster”
Profil temporal	Episoade recurente sub formă de atacuri, cu durată 4 ore până la 3 zile Frecvență de obicei 1-2/lună dar variază de la 1/an la 2/săptămână; Absența simptomelor între atacuri	Cefalee tip tensional episodică: Episoade recurente sub formă de atacuri cu durată de ore până la câteva zile; 1-14 zile afectate pe lună; Absența simptomelor între atacuri Cefalee de tip tensional cronică: ≥ 15 zile afectate pe lună (zilnic sau fără remisiune)	“Cluster”episodic: Atacuri cu durată scurtă (15-180 minute) cu recurență frecventă (tipic ≥1/zi) sub formă grupată (“perioada de cluster”) de 6-12 săptămâni, cu apariție 1/an sau la 2 ani, care se remit apoi “Cluster”cronic: similar, dar fără remisiuni între perioadele de “cluster
Caracteristici tipice ale cefaleei	Frecvent unilateral și/sau pulsatilă	Poate fi unilateral dar mai frecvent generalizată; poate fi resimțită la nivel cervical; În mod tipic descrisă ca presiune sau constricție	Strict unilaterală, în jurul globului ocular
Intensitatea cefaleei	În mod tipic moderată sau severă	Tipic ușoară sau moderată	Foarte severă
Simptome asociate	Deseori greață și/sau vărsătură; Deseori foto- și/sau fonofobia	Absente (ușoară greață, dar nu și vomă poate acompania forma cronică de cefalee de tip tensional)	Semne vegetative strict ipsilaterale: oricare dintre – ochi roșu și lăcrimare, rinoree sau obstrucție nazală, ptoză
Comportament reactiv	Evitarea activității fizice (poate fi repaus la pat); preferință pentru o atmosferă întunecată și liniștită	Nimic specific	Agitație marcată

CEFALEEA DE ABUZ MEDICAMENTOS

Cefaleea de abuz medicamentos este un sindrom de cefalee cronică ce reprezintă agravarea unei cefalee pre-existente (de obicei migrenă sau cefalee de tip tensional) prin folosirea exagerată cronică a *medicației administrate pentru tratarea cefaleei sau al altui tip de durere*.

Toate medicamentele folosite pentru tratamentul acut al atacurilor cefalalgice pot avea acest efect. Frecvența, regularitatea și durata administrării medicamentelor sunt factori de risc importanți în apariția acestui tip de cefalee.

Din istoric se poate constata creșterea frecvenței episoadelor de cefalee, cu creșterea ingestiei medicamentoase, în decurs de luni până la mai mulți ani.

Medicația de abuz medicamentos:

- se asociază cu :
 - folosirea analgezicelor simple ≥ 15 zile pe lună *și/sau*
 - folosirea opioizilor, ergoților sau triptanilor, sau a oricărei combinații dintre acestea pentru ≥ 10 zile pe lună
 - survine zilnic sau cvasi-zilnic
- este prezentă – și cel mai adesea este cea mai intensă – dimineața la trezire
- este inițial agravată de încercările de întrerupere a medicației.

Diagnosticul de cefalee de abuz medicamentos este confirmat dacă simptomele se ameliorează în decurs de 2 luni după întreruperea medicației folosită excesiv.

4. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL CEFALEELOR FRECVENT ÎNTÂLNITE

Fiecare tip de cefalee primară se află pe lista de diagnostic diferențial al celorlalte tipuri de cefalee primară. Cefaleea de abuz medicamentos se află pe lista de diagnostic diferențial al migrenei și al cefaleei de tip tensional.

În alte privințe, diagnosticul diferențial include un mic număr de cefalee de tip secundar severe care sunt important de recunoscut.

Semne de alarmă la anamneză sau la examenul fizic

- cefalee nou apărută sau neașteptată la un anumit pacient, sau care are caractere noi
- Cefalee de tip “lovitură de trăsnet” (“Thunderclap”) (cefalee intensă cu debut “exploziv” sau brusc), care sugerează o hemoragie subarahnoidiană
- Cefalee cu aură atipică (durată > 1 oră sau care cuprinde deficit motor), care poate fi simptom de accident vascular cerebral (AVC) sau de atac ischemic tranzitor (AIT)
- Aură fără cefalee care în absența unui istoric de migrenă cu aură, care poate fi un simptom de AVC sau AIT
- Aură care survine pentru prima dată la o pacientă în timpul folosirii de contraceptive orale, care indică riscul de AVC
- Cefalee nou apărută care survine la un pacient cu vârsta de peste 50 ani, care poate fi un simptom de arterită temporală sau de tumoră intracraniană, sau care survine la un copil pre-puberal
- Cefalee progresivă, care se agravează în curs de câteva săptămâni sau mai mult, care poate indica un proces expansiv intracranian
- Cefalee agravată de postură sau de manevre care cresc presiunea intracraniană, care poate indica o tumoră intracraniană
- Cefalee nou apărută la un pacient cu istoric de neoplazie, infecție HIV sau imunodeficiență
- Hipertermie inexplicabilă asociată cu cefalee, care poate indica o meningită
- Semne neurologice focale asociate cu cefaleea.

5. ASPECTE GENERALE ALE MANAGEMENTULUI CEFALEELOR

Următoarele principii sunt de importanță generală pentru toate tipurile de cefalee tratate în cadrul asistenței medicale primare.

Cunoașterea impactului

- Cefaleea recurentă dizabilitantă este o povară pentru individ, dar are și un impact asupra altor persoane – acestea cuprinzând familia, colegii de muncă și angajatorul.
- Cefaleea recurentă dizabilitantă poate duce la compromiterea stilului de viață fie ca răspuns la atacurile cefalalgice, fie pentru evitarea acestora. În acest mod, cefaleele episodice pot avea un impact continuu.

Indicele HALT, elaborat de “*Lifting the burden*” – disponibil actual în limbile engleză, franceză, germană, italiană, olandeză, portugheză și spaniolă – este un instrument necesar pentru evaluarea dizabilității cefaleei în ceea ce privește timpul pierdut.

Scopuri realiste ale managementului

- Afecțiunile cefalalice nu pot fi vindicate dar pot fi tratate eficient în cele mai multe cazuri.
- Cefaleele se remit de obicei la vârste înaintate.

Liniștirea/Încurajarea pacientului și acordarea explicațiilor

- Mulți pacienți cu cefalee recurentă se tem în mod eronat de existența unei boli subiacente. Nu trebuie omisă niciodată liniștirea și încurajarea corespunzătoare a pacientului.
- Explicațiile repezintă un element crucial în tratamentul preventiv al pacienților cu migrenă sau cu cefalee de tip tensional episodică cu crize frecvente care se află la risc de escaladare a consumului medicamentos.

O serie de broșuri pentru pacienți a fost elaborată de către “*Lifting the burden*” – disponibile actual în limbile engleză, franceză, germană, italiană, olandeză, portugheză și spaniolă. Acestea oferă explicații de bază cu privire la migrenă, cefaleea de tip tensional, cefaleea tip “cluster” și cefaleea de abuz medicamentos, precum și asupra tratamentului acestora.

Cauze și factori precipitanți

- Deși pacienții doresc să afle cauza cefaleei lor, acest lucru nu poate fi posibil. Atât factorii genetici cât și cei de mediu care contribuie la procese fiziopatologice care nu sunt încă pe deplin cunoscute.

- Mulți pacienți caută ajutor în identificarea factorilor precipitanți. Importanța factorilor precipitanți în migrenă este supradimensionată. Când sunt relevanți pentru un anumit pacient, de obicei se pun singuri în evidență. Factorii precipitanți pot fi mai greu identificați când au un efect cumulativ, contribuind împreună la depășirea “pragului” peste care se inițiază atacurile. Chiar dacă sunt identificați, factorii precipitanți nu sunt totdeauna evitabili.
- Contrar părerii populare, nu există o “dietă a migrenosului”. Singurii factori precipitanți dietetici dovediți sunt alcoolul și monoglutamatul de sodiu.

Urmărirea

Fiecare pacient căruia îi este oferit tratamentul, sau aceluia căruia li s-a schimbat tratamentul – necesită urmărirea pentru a ne asigura că s-a stabilit tratamentul optim.

Se recomandă folosirea unei măsuri de urmărirea a evoluției. Indexul HURT este în curs de elaborare de către “*Lifting the burden*” în mod special pentru a ghida urmărirea în asistența medicală primară.

Jurnale și calendare

Jurnalele sunt recomandate pentru :

- înregistrarea simptomelor și a profilului temporal care contribuie la un diagnostic corect
- înregistrarea medicației folosite și a abuzului medicamentos
- evidențierea asocierii cu ciclul menstrual sau cu alți factori precipitanți

Calendarele sunt recomandate pentru :

- încurajarea complianței la medicația preventivă
- înregistrarea efectului tratamentului
- monitorizarea folosirii medicației în acut și a abuzului în decursul urmării
- cartografierea evoluției.

6. RECOMANDĂRILE PENTRU PACIENȚI

Pacienții cu afecțiuni cefalalgice solicită frecvent informații. Mulți dintre aceștia găsesc sau au găsit informații derutante pe internet.

Tratamente non-farmacologice

La întrebările pacienților cu privire la următoarele trebuie date astfel de sfaturi:

- **Biofeedback-ul și terapiile de relaxare:** pot fi utile și sunt opțiuni potențial utile atunci când tratamentul medicamentos trebuie evitat. Pentru aplicare lor sunt necesari terapeuți specializați, dar în cele mai multe țări există numai câțiva astfel de terapeuți specializați.
- **Fizioterapia:** aduce beneficii dovedite la pacienții cu cefalee de tip tensional. Este necesară terapie specializată și individualizată care însă nu este larg accesibilă în multe țări.
- **Acupunctura :** poate aduce beneficii pentru unii pacienți cu migrenă sau cu cefalee de tip tensional, deși studiile clinice mari nu au găsit diferențe între acupunctură și placebo. Necesită terapie specializată și individualizată.
- **Stimularea electrică nervoasă transcutanată:** poate fi de ajutor în durerea cronică dar nu are o valoare dovedită în tratarea cefaleelor.
- **Tratamentul stomatologic:** incluzând aplicare de splint-uri și de gutiere, nu are o valoare dovedită în tratamentul cefaleei și trebuie descurajat.
- **Ochelarii:** trebuie recomandați de un specialist și purtați ori de câte ori este nevoie, dar erorile de refracție sunt rareori cauza cefaleelor dificil de tratat.
- **Tratamentele naturiste pe bază de plante:** nu sunt de obicei recomandate. “Butterbur” prezintă ceva eficiență conform studiilor clinice și folosirea sa este aprobată în unele țări, dar preparatele aflate în vânzare au un conținut variabil și o toxicitate nedeterminată. Preparatele “feverfew” aflate în vânzare pretutindeni au un conținut extrem de variabil și toxicitatea lor nu este bine înțeleasă.
- **Homeopatia:** are o valoare nedovedită. Nu există argumente pentru vânzările “over-the-counter” a remediilor homeopatice.
- **Reflexologia:** nu are o bază științifică.
- **Aparatele:** multe se află pe piață, unele costisitoare și promovate fără dovezi ale eficienței lor. “Testimonials” poate fi atribuit efectului placebo și trebuie desconsiderat.
- **Închiderea foramen ovale patent (PFO) :** sunt insuficiente dovezi care să susțină ipoteza că frecvența migrenei este îmbunătățită de închiderea PFO, o

procedură care presupune un risc mic dar relevant de evenimente adverse severe incluzând accidentul vascular cerebral, tamponada pericardică, fibrilația atrială și decesul. Sunt în curs de desfășurare studii prospective suplimentare și închiderea PFO pentru profilaxia migrenei nu trebuie efectuată în afara acestor studii.

- **Alte proceduri chirurgicale pentru față și gât** : nu produc beneficii și sunt potențial dăunătoare.

Contracepția hormonală și terapia de substituție hormonală (HRT)

Cefaleea este frecvent efectul secundar al contraceptivelor orale combinate (COCs) și multe femei descriu debutul sau agravarea migrenei după începerea administrării acestora.

Următoarele recomandări trebuie făcute pacientelor migrenoase aflate în tratament cu contraceptive hormonale:

- atât migrena cu aură cât și componentul etinilestradiol al contraceptivelor orale combinate sunt factori de risc independenți în apariția accidentului vascular cerebral la femeile tinere
- sunt recomandate alternative la contraceptivele orale combinate la femeile cu migrenă cu aură și factori de risc adiționali pentru apariția accidentului vascular cerebral (inclusiv fumatul)
- contracepția pe bază numai de progesteron este acceptabilă pentru orice subtip de migrenă

Terapia de substituție hormonală (HRT) nu este contraindicată în migrenă; decizia privind începerea sau continuarea HRT trebuie luată în acord cu criteriile generale de aplicare.

Resurse pentru pacient

“*Lifting the burden*” a produs o serie de broșuri pentru pacienți despre cefaleele frecvent întâlnite și despre tratamentul acestora și una despre hormonii feminini și cefalee. Acestea sunt actual disponibile în limbile engleză, franceză, germană, italiană, portugheză și spaniolă.

“World Headache Alliance” (WHA)

WHA este o organizație caritabilă “de umbrelă”. Website-ul său conține multe informații pentru pacienții cu cefalee și link-uri cu multe alte site-uri inclusive ai organizațiilor sale membre din 26 de țări.

Website: www.w-h-a.org

7. TRATAMENTUL ATACULUI MIGRENOS

Toți **adulții** cu migrenă trebuie să aibă acces la medicația folosită în acut pentru tratamentul atacului migrenos.

Copiii cu atacuri de scurtă durată pot răspunde la repausul la pat fără tratament medical.

La adulți și la copii, folosirea regulată cu o frecvență ridicată (în > 2 zile/săptămână) a medicației folosită în acut pentru tratamentul atacului migrenos poate să determine apariția cefaleei de abuz medicamentos.

INTERVENȚIA MEDICAMENTOASĂ

Toți pacienții trebuie să urmeze un tratament în trepte (management treptat), cu tratarea de obicei a 3 atacuri pe fiecare treaptă înainte de a trece la următoarea treaptă. Această strategie, dacă este urmărită corect, realizează cel mai eficient și cu cel mai judicious raport cost/eficiență pentru tratamentul individualizat al pacientului.

1. Pasul întâi : terapia simptomatică

- analgesia simplă
- plus, dacă este necesar, antiemetic.

Analgezice	Antiemetice
Acid acetil-salicilic 900-1000 mg (<i>numai</i> la adulți) <i>sau</i> Ibuprofen 400-800 mg <i>sau</i> Diclofenac 50-100 mg <i>sau</i> Ketoprofen 100 mg <i>sau</i> Naproxen 500-1000 mg <i>sau</i> (dacă acestea sunt contraindicate) Paracetamol 1000 mg	Domperidone 20 mg <i>sau</i> Metoclopramid 10 mg

Ghidurile locale pot recomanda încercarea a mai mult de 1 analgezic pe această treaptă înainte de a trece la treapta 2.

Pentru paracetamol există dovezi limitate asupra eficacității sale și nu este medicament de primă-linie.

Principiile treptei 1

- folosirea analgezicelor solubile sau a formulelor dispersabile oral
- tratamentul precoce al atacului, cu doza adecvată

- medicamentul prokinetic antiemetic inhibă staza gastrică, care este un semn precoce al migrenei și care alterează biodisponibilitatea medicației
- administrarea rectală poate fi preferabilă în prezența vomei:
 - supozitoare analgezice (oricare dintre diclofenac 100mg, ibuprofen 400 mg, ketoprofen 100-200 mg sau naproxen 500-1000 mg)
 - dacă este necesar, supozitoare antiemetice (fie domperidone 30 mg sau metoclopramid 20 mg)

Pasul 1 la copii (dacă este necesar)

- pentru analgezie: folosire ibuprofen 200-400 mg, în funcție de vârstă și de greutate
- ca antiemetice: folosire domperidone 10-20 mg, în funcție de vârstă și de greutate

2. Pasul doi : terapia specifică

Terapia specifică anti-migrenoasă, forme farmaceutice și doze disponibile pentru pasul doi (disponibilitatea variază de la țară la țară)	
Almotriptan	Comprimate 12.5 mg
Eletriptan	Comprimate 20 mg și 40 mg (80 mg poate fi eficiente atunci când 40 mg nu sunt eficiente)
Frovatriptan	Comprimate 2.5 mg
Naratriptan	Comprimate 2.5 mg
Rizatriptan	Comprimate 10 mg (și 5 mg, dacă se folosește concomitent cu propranolol); vafe dispersibile oral 10 mg
Sumatriptan	Comprimate și tablete rapid dispersibile 50 mg și 100 mg, supozitoare 25 mg, spray nasal 10 mg (aprobat și pentru adolescenți) și 20 mg; injecții subcutanate 6 mg
Zolmitriptan	Comprimate 2.5 mg și 5 mg; tablete dispersibile oral 2.5 mg și 5 mg spray nasal 5 mg
Ergotamină tartrat	Comprimate 1 mg și 2 mg; supozitoare 2 mg

Principiile pasului doi

- triptanii trebuie oferii tuturor pacienților la care pasul 1 nu a fost eficient, dacă sunt disponibili și dacă nu sunt contraindicați
- ergotamina are o biodisponibilitate foarte redusă și nepredictibilă, care îi afectează eficiența, are o farmacologie complexă și o durată de acțiune lungă, ceea ce determină tolerabilitate proastă

- triptanii nu trebuie folositi regulat în mai mult de 10 zile pe lună pentru a evita riscul de cefalee de abuz medicamentos
- triptanii diferă puțin între ei, dar există variații mari și imprevizibile în ceea ce privește răspunsul individual al pacientului la un anumit triptan; un triptan poate să fie eficient acolo unde altul nu a fost; pacienții trebuie să încerce mai mulți triptani, în diferite forme farmaceutice și să aleagă dintre ei
- doza inițială la toți triptanii (cu excepția, în unele cazuri, a eletriptanului) este de 1 comprimat
- cea de a doua doză pentru non-responderi nu este recomandată de cei mai mulți producători de triptani, dar dacă este luată o a doua doză în primele 2 ore după prima, aceasta poate fi eficientă în unele cazuri
- triptanii sunt mai eficienți dacă sunt administrați precoce, la momentul când cefaleea este încă ușoară (această instrucțiune trebuie dată numai pacienților care pot face în mod real diferența între migrenă și cefaleea de tip tensional)
- când este prezentă greața, trebuie să se mai adauge domperidone 20 mg sau metoclopramid 10 mg
- când este prezentă voma, se preferă sumatriptan supozitiare, zolmitriptan spray nasal (absorbit prin mucoasa nazală) sau sumatriptan injecții subcutanate
- când toți ceilalți triptani sunt ineficienți, trebuie luat în considerare sumatriptan 6 mg injecții subcutanate
- triptanii sunt asociați cu revenirea simptomelor în decurs de 48 ore (recădere) la 40 % dintre pacienții care nu au răspuns inițial

Tratamentul recăderii

- o a doua doză de triptan este de obicei eficientă
- această a doua doză poate determina încă o recădere (când aceasta se întâmplă repetat, trebuie schimbat triptanul)
- antiinflamatoarele nesteroidiene (NSAIDs) pot fi o alternativă eficientă.

Prevenirea recăderii

• dovezi limitate sugerează că una dintre următoarele poate preveni apariția unor recăderi :

- folosirea concomitentă a unui triptan și a unui antiinflamator nesteroidian
- folosirea unui triptan urmată de folosirea 6-12 ore mai târziu a unui antiinflamator nesteroidian

Contraindicații la pasul doi

Sarcina este în general o contraindicație în folosirea ergotaminei și a tuturor triptanilor.

Există precauții specifice pentru unii triptani (vezi farmacopeea).

Țoti triptanii și ergoții trebuie evitați la pacienții cu :

- hipertensiune arterială necontrolată
- boală coronariană cardiacă, boli cerebrovasculare și boli vasculare periferice
- multipli factori de risc pentru bolile coronariană sau cerebrovasculară.

Pasul doi la copii

Medicația specifică anti-migrenoasă nu s-a dovedit a fi eficientă la copii (sub 12 ani). Ineficiența pasului 1 este o indicație de referire la specialist.

Urmărirea

Fiecare pacient la care i s-a oferit tratament, sau la care s-a schimbat tratamentul, necesită urmărire pentru a ne asigura că s-a stabilit tratamentul optim.

Folosirea calendarului este recomandată pentru a monitoriza folosirea medicației în acut pentru cuparea atacului migrenos sau abuzul medicamentos ca și pentru a înregistra efectul medicației.

Se recomandă folosirea unei măsuri de urmărire a evoluției. Indexul HURT este în curs de elaborare de către "*Lifting the burden*" în mod special pentru a ghida urmărirea în asistența medicală primară.

Informații pentru pacienți

"*Lifting the burden*" a produs o broșură informativă despre migrenă și tratamentul acesteia. Aceasta este actual disponibilă în limbile engleză, franceză, germană, italiană, olandeză, portugheză și spaniolă.

8. TRATAMENTUL PREVENTIV AL MIGRENEI

Orice pacient - adult sau copil - a cărui calitate a vieții este afectată prin migrenă, poate necesita tratament profilactic în plus față de medicația folosită pentru tratamentul acut atacului migrenos.

Indicații pentru profilaxie

Tratamentul profilactic trebuie *adăugat* când :

- atacurile cefalalgice determină dizabilitate în 2 sau mai multe zile pe lună, și
- optimizarea terapiei acute nu previne aceasta, și
- pacientul dorește să ia medicație zilnic.

Alte indicații ale profilaxiei sunt:

- riscul folosirii foarte frecvente a terapiei acute, chiar atunci când este eficientă (dar medicamentele profilactice nu sunt corespunzătoare pentru cefaleea de abuz)
- pentru copii cu frecvente absențe școlare.

Medicamente eficiente

Medicamente profilactice cu dovezi solide ale eficacității lor	
(disponibilitatea și aprobarea de prescriere variază de la țară la țară; folosirea medicamentelor fără licență rămâne responsabilitatea clinică individuală)	
Blocante beta-adrenergice fără agonism parțial	Atenolol 25-100 mg, de 2 ori pe zi <i>sau</i> Bisoprolol 5-10 mg, o dată pe zi <i>sau</i> Metoprolol 50-100 mg, de 2 ori pe zi <i>sau</i> Propranolol preparat retard 80 mg, o dată pe zi – 160 mg, de 2 ori pe zi
Topiramat	25 mg, o dată pe zi – 50 mg, de 2 ori pe zi
Flunarizină	5 – 10 mg, o dată pe zi
Valproat de sodium	600 – 1500 mg pe zi
Amitriptilină	10-100 mg seara, la culcare

Toate aceste medicamente au contraindicații și efecte adverse (vezi farmacopeea).

Principiile profilaxiei

- Trebuie completat un calendar de către fiecare pacient aflat sub tratament profilactic pentru a evalua eficacitatea și a promova complianța.

- Complanța redusă este un factor major care poate altera eficiența tratamentului profilactic al migrenei; dozarea 1 dată pe zi este asociată cu o complianță mai mare.
- Pentru fiecare medicament trebuie început cu cea mai mică doză din intervalul sugerat și să se crească doza în absența efectelor adverse supărătoare.
- Medicamentele care par ineficiente nu trebuie schimbate pre devereme; 2-3 luni poate fi intervalul minim pentru a obține sau a observa eficacitatea.
- După 6 luni de control bun (dar nu mai tâziu de 1 an) trebuie luată în considerare scăderea treptată a dozei în vederea întreruperii tratamentului.
- Amitriptilina ar fi de preferat când migrena coexistă cu cefaleea de tip tensional, cu depresia sau cu tulburările de somn.
- Propranolol are cele mai bune dovezi ale siguranței folosirii în timpul sarcinii.

Profilaxia la copii

- Beta-blocantele (doze ajustate funcție de greutate) sau flunarizina (ajustată în funcție de vârstă) - pot fi încercate.

Urmărirea

Fiecare pacient căruia i s-a oferit tratament profilactic, sau căruia i s-a schimbat tratamentul, necesită urmărirea pentru a ne asigura că s-a stabilit tratamentul optim.

Folosirea calendarului este recomandată pentru a încuraja complianța la tratamentul profilactic și pentru a înregistra efectul tratamentului.

Se recomandă folosirea unei măsuri de urmărire a evoluției. Indexul HURT este în curs de elaborare de către “*Lifting the burden*” în mod special pentru a ghida urmărirea în asistența medicală primară.

Dacă profilaxia eșuează

- eșecul poate fi datorat dozajului subterapeutic sau duratei insuficiente a tratamentului
- revedeți diagnosticul
- revedeți complianța
- revedeți celelalte medicamente, în special abuzul medicamentos
- dacă profilaxia continuă să aibă un beneficiu clar, trebuie întreruptă.

Informații pentru pacienți

“*Lifting the burden*” a produs o broșură informativă despre migrenă și tratamentul acesteia. Aceasta este actual disponibilă în limbile engleză, franceză, germană, italiană, olandeză, portugheză și spaniolă.

Contracepția hormonală și terapia de substituție hormonală (HRT)

Multe femei descriu debutul sau agravarea migrenei după începerea administrării de contraceptive orale combinate (COCs). Altele, descriu îmbunătățirea migrenei pre-existente.

Următoarele recomandări trebuie făcute pacienților migrenoase aflate în tratament cu contraceptive hormonale:

- atât migrena cu aură cât și componentul etinilestradiol al contraceptivelor orale combinate sunt factori de risc independenți în apariția accidentului vascular cerebral la femeile tinere
- sunt recomandate alternative la contraceptivele orale combinate la femeile cu migrenă cu aură și factori de risc adiționali pentru apariția accidentului vascular cerebral (inclusiv fumatul)
- contracepția pe bază numai de progesteron este acceptabilă pentru orice subtip de migrenă.

Terapia de substituție hormonală (HRT) nu este contraindicată în migrenă. Decizia privind începerea sau continuarea HRT trebuie luată în acord cu criteriile generale de aplicare.

“*Lifting the burden*” a produs o broșură informativă despre hormonii feminini și cefalee.

Toxina botulinică (Botox)

Pacienții pot întreba despre acest tratament.

Nu sunt dovezi suficiente pentru a susține eficacitatea Botox în prevenția migrenei. Acest tratament nu este recomandat.

Foramen ovale patent (PFO) și migrena

Pacienții pot întreba despre acest tratament.

Nu sunt suficiente dovezi care să susțină ipoteza că frecvența migrenei este îmbunătățită de închiderea PFO. Această procedură presupune un risc mic dar relevant de evenimente adverse severe incluzând accidentul vascular cerebral, tamponada pericardică, fibrilația atrială și decesul. Sunt în curs de desfășurare studii prospective suplimentare, închiderea PFO pentru profilaxia migrenei nu trebuie efectuată în afara acestor studii.

9. TRATAMENTUL MEDICAL AL CEFALEEI DE TIP TENSIONAL

Tratamentul medicamentos are un scop limitat în cefaleea de tip tensional, totuși este eficient la mulți pacienți.

Poate fi indicată fie medicație acută, fie cea profilactică.

Tratamentul acut trebuie folosit cu atenție atunci când cefaleea este frecventă deoarece există riscul de apariție a cefaleei de abuz medicamentos.

Intervenția acută

- Tratamentul simptomatic cu analgezice “over-the-counter” este adecvat pentru cefaleea de tip tensional episodică care survine în ≤ 2 zile/săptămână
 - acetil acetil-salicilic 6000-1000 mg (numai la adulți)
 - ibuprofen 400 – 800 mg
 - paracetamol 1000 mg este mai puțin eficient.
- Cefaleea de tip tensional episodică cu crize > 2 zile pe săptămână are indicație de profilaxie în locul, sau în plus față de tratamentul acut.
- Pentru cefaleea de tip tensional cronică - este puțin probabil ca aceste tratamente să fie eficiente, însă expun pacientul la riscul de apariție a cefaleei de abuz medicamentos.

Principiile intervenției acute

- Opioizii trebuie evitați - în special :
 - codeina și dihidrocodeina
 - dextropropoxiphene
 - combinațiile analgezice care conțin unele dintre acestea.
- Barbituricele nu-și au locul în tratamentul cefaleei de tip tensional.
- Pe măsură ce crește frecvența cefaleelor, așa crește și riscul apariției cefaleei de abuz medicamentos.

Profilaxia

- Amitriptilina, 10-100 mg seara, la culcare - este medicamentul de ales pentru cefaleea tip tensional episodică frecventă sau cronică.
- Nortriptilina determină mai puține efecte adverse anticolinergice dar există mai puține dovezi ale eficienței sale amitriptilina poate fi înlocuită de nortriptilină la aceeași doză).

Principiile profilaxiei

- Intoleranța este redusă dacă se începe cu doze mici (10 mg) și crescută cu 10-25 mg la fiecare 1-2 săptămâni.
- Trebuie ținut un calendar pentru a evalua eficiența și a promova complianța.
- Profilaxia care pare ineficientă nu trebuie întreruptă prea devreme; 2-3 luni este intervalul minim pentru a atinge și a observa eficiența.
- După 6 luni de control bun trebuie luată în considerare scăderea treptată a medicației, dar uneori este indicată prelungirea tratamentului.

Urmărirea

Fiecare pacient căruia i s-a oferit tratament profilactic, sau căruia i s-a schimbat tratamentul, necesită urmărire pentru a ne asigura că s-a stabilit tratamentul optim.

Folosirea calendarului este recomandată pentru a încuraja complianța la tratamentul profilactic și pentru a înregistra efectul tratamentului.

Se recomandă folosirea unei măsuri de urmărire a evoluției. Indexul HURT este în curs de elaborare de către “*Lifting the burden*” în mod special pentru a ghida urmărirea în asistența medicală primară.

Dacă profilaxia eșuează

- eșecul se poate datora dozajului subterapeutic sau duratei insuficiente a tratamentului
- reevaluarea diagnosticului
- reevaluarea complianței (pacienții care nu sunt informați că urmează o medicație folosită frecvent ca antidepresivă și cărora nu li s-a spus de ce, pot renunța la medicație atunci când află acest lucru)
- reevaluarea altei medicații, în special al abuzului medicamentos
- când profilaxia tot nu are un beneficiu clar, trebuie întreruptă.

Managementul durerii

În ciuda celor mai susținute eforturi, cefaleea de tip tensional cronică este frecvent refractară la tratamentul medical.

Pacienții aflați în această situație necesită includerea într-un program de management al durerii cu abordare psihologică.

Informații pentru pacienți

“Lifting the burden” a produs o broșură informativă despre cefaleea de tip tensional și tratamentul acesteia. Aceasta este actual disponibilă în limbile engleză, franceză, germană, italiană, olandeză, portugheză și spaniolă.

Toxina botulinică (Botox)

Pacienții pot întreba despre acest tratament.

Nu sunt dovezi suficiente pentru a susține eficacitatea Botox în cefaleea de tip tensional. Acest tratament nu este recomandat.

10. TRATMENTUL MEDICAL AL CEFALEEI TIP “CLUSTER”

Managementul cefaleei “cluster” este mai bine să fie lăsat pentru specialiști cu experiență care se întâlnesc frecvent cu această afecțiune.

Atât în cefaleea “cluster” episodică cât și în cea cronică obiectivul este supresia totală a atacurilor. Aceasta nu se obține întotdeauna.

Atât medicația acută cât și cea profilactică au un rol în managementul “cluster”-ului, dar prevenția reprezintă baza tratamentului în cele mai multe cazuri.

TERAPII ACUTE

- Sumatriptan 6 mg subcutanat – este singura terapie acută cu înaltă eficiență dovedită, dar nu poate fi folosită mai mult de 2 ori pe zi.
- Oxigen 100 % la o rată ≥ 7 l/min pentru 15 minute (necesită o mască cu supapă și regulator) - ajută unii pacienți și poate fi folosită cât de frecvent este nevoie.
- Analgezicele, inclusive opioidele, nu își au locul în tratamentul cefaleei “cluster”.

PROFILAXIA

Principii

- medicamentele din tabel sunt utilizate de specialiști care pun în balanță pe de o parte eficacitatea și pe de alta toxicitatea
- profilaxia “cluster”-ului episodic trebuie să înceapă cât de precoce posibil după începerea unei noi perioade de “cluster” și trebuie întreruptă prin scădere progresivă după 2 săptămâni de la remisiunea completă (cu excepția prednisolonului, care se folosește numai în cure scurte)
- pentru “cluster”-ul cronic, tratamentele trebuie continuate pe termen îndelungat
- eșecul unui medicament nu prezice eșecul pentru alte medicamente
- pot fi încercate combinațiile, dar potențiala lor toxicitate este evident mai mare.

Medicamente folosite de specialiști pentru profilaxia cefaleei “cluster”	
(toate sunt potențial toxice : vezi farmacopeea)	
Verapamil 240-960 mg zilnic	Se recomandă monitorizare ECG
Prednisolon 60-80 mg odată pe zi pentru 2-4 zile, întrerupt prin reducerea dozei în decurs de 2-3 săptămâni	Poate necesita repetare datorită recăderii în timpul reducerii dozei
Carbonat de litiu 600- 1600 mg zilnic	Trebuie monitorizat nivelul litemiei
Ergotamină tartrat 2-4 mg zilnic intrarectal	De obicei cu pauză fiecare a 7-a zi Nu poate fi folosită concomitent cu sumatriptan
Metisergidă 1-2 mg de 3 ori pe zi	Folosirea trebuie întreruptă pentru cel puțin 1 lună la fiecare 6 luni de tratament Nu se recomandă folosirea concomitentă cu sumatriptan

Urmărirea

Fiecare pacient cu “cluster” activ necesită urmărirea frecventă atât pentru a ne asigura că este menținut tratamentul optim, cât și pentru monitorizarea toxicității.

Informații pentru pacient

“*Lifting the burden*” a produs o broșură informativă despre cefaleea “cluster” și tratamentul acesteia. Aceasta este actual disponibilă în limbile engleză, franceză, germană, italiană, olandeză, portugheză și spaniolă.

11. MANAGEMENTUL CEFALEEI DE ABUZ MEDICAMENTOS

Cefaleea de abuz medicamentos reprezintă agravarea unei cefalee primare prin folosirea cronică a medicației administrate pentru tratarea acesteia.

Odată ce a apărut această condiție, este importantă intervenția precoce. Prognosticul pe termen îndelungat depinde de durata abuzului medicamentos.

Management

- Cel mai bun tratament îl reprezintă prevenția – prin educarea pacientului.
- Singurul tratament eficient pentru cefaleea de abuz medicamentos odată instalată constă în întreruperea medicamentului (medicamentelor) suspecte.

Obiective

Există 4 obiective separate pentru managementul complet al cefaleei de abuz medicamentos (MOH) - și toate sunt importante:

- primul este să se realizeze întreruperea medicației excesive
- al 2-lea, care trebuie să îi urmeze, este recuperarea cefaleei de abuz
- cel de al 3-lea este revederea și reevaluarea cefaleei primare subiacente (migrenă sau cefalee de tip tensional)
- al 4-lea este prevenirea recăderii.

Principii

- Este vital să reușească explicația clară că “tratamentul” pe care un pacient îl ia pentru ameliorarea cefaleei este în realitatea cauza acesteia.
- Pacienții trebuie să fie încurajați și asigurați că prin întreruperea tratamentului evoluția va fi bună.
- De cele mai multe ori, întreruperea bruscă (cu o avertizare prealabilă) este realizată cu succes; internarea în spital este rareori necesară.
- Întreruperea determină inițial agravarea cefaleei, așa că trebuie planificată pentru a evita alterarea neneesară a stilului de viață (pot fi necesare 1-2 săptămâni de concediu medical).
- După 1-2 săptămâni, de obicei, cefaleea începe să se amelioreze

- recuperarea continuă încet pentru câteva săptămâni – luni.

Urmărirea

- Fiecare pacient cărui i s-a întrerupt medicația necesită urmărire pentru a i se oferi susținere și a i se observa evoluția.
- Prima reexaminare se recomandă să fie după 2-3 săptămâni pentru a ne asigura că s-a realizat întreruperea.
- Este recomandată susținut folosirea unui calendar pentru a înregistra simptomele și folosirea medicației în timpul întreruperii medicației de abuz, pecum și pentru înregistrarea modificărilor din profilul cefaleei.
- Cei mai mulți pacienți revin la tipul lor inițial de cefalee (migrenă sau cefalee de tip tensional) în decurs de 2 luni; aceasta necesită reevaluare și management adecvat.
- Pentru a evita recăderea este necesară urmărire ulterioară, cei mai mulți pacienți necesită susținere prelungită: rata de recădere este în jur de 40% în decurs de 5 ani.

Re-introducerea medicației întrerupte

- Medicația întreruptă trebuie ulterior evitată pe cât posibil.
- Atunci când este necesar, poate fi reintrodusă cu atenție după 2 luni.
- Frecvența folosirii nu trebuie niciodată să depășească 2 zile/săptămână pe baze regulate.

Informații pentru pacienți

“*Lifting the burden*” a produs o broșură informativă despre cefaleea de abuz și tratamentul acesteia. Aceasta este actual disponibilă în limbile engleză, franceză, germană, italiană, olandeză, portugheză și spaniolă.

12. MANAGEMENTUL CEFALEEI ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ : CÂND SĂ SE TRIMITĂ PACIENTUL LA SPECIALIST

Cele mai multe cefalee primare și cefaleea de abuz medicamentos pot fi cel mai bine urmărite prin asistența medicală primară.

Motive pentru trimiterea la specialist:

- incertitudinea diagnosticului după o evaluare corespunzătoare
- diagnostic de cefalee “cluster” (cele mai multe cazuri sunt cel mai bine tratate de specialist)
- suspiciunea de cefalee de tip secundar severă, sau cazuri la care sunt necesare investigații pentru a exclude o patologie importantă (poate fi necesară trimitere imediată) :
 - orice cefalee nouă sau neașteptată la un anumit pacient, dar în special dacă:
 - cefalee “în lovitură de trăznet” nou apărută (cefalee intensă cu debut brusc sau exploziv”)
 - cefalee nou apărută la un pacient cu vârsta mai mare de 50 ani
 - cefalee nou apărută la un copil pre-puberal
 - cefalee nou apărută la un pacient cu istoric de neoplasm, infecție HIV sau imunodeficiență
 - migrenă cu aură neobișnuită, în special dacă:
 - aura are durată > 1 oră
 - aura se manifestă prin deficit motor
 - aură fără cefalee în absența unui istoric de migrenă cu aură
 - aură care apare pentru prima odată cu folosirea anticoncepționalelor orale combinate
 - cefalee cu agravare progresivă în decurs de săptămâni sau mai mult
 - cefalee asociată cu modificările posturale sugestive pentru hipertensiune intracraniană sau hipotensiune intracraniană
 - cefalee asociată cu febră inexplicabilă
 - cefalee asociată cu semne fizice inexplicabile
- eșec persistent al cefaleei
- afecțiuni comorbide care necesită tratamentul specialistului
- prezența factorilor de risc pentru boala coronariană cardiacă care pot necesita trimitere la cardiolog înainte de folosirea triptanilor.