

ANIRCEF

Newsletter

EDITORIALE

Anche quest'anno si è tenuto a Stresa dal 28 al 30 maggio il periodico appuntamento "Headache Seminar 2015", che ogni due anni richiama sulle rive del Lago Maggiore i massimi esperti nazionali e internazionali sul capitolo delle cefalee, focalizzato quest'anno sulle attuali ricerche cliniche e sulle novità terapeutiche. L'incontro è stato anche l'occasione per consolidare i rapporti internazionali fra i ricercatori dell'ANIRCEF e i massimi esperti mondiali del pianeta cefalee come Alan Rapoport della UCLA University, Jean Shoenen dell'Università di Liegi e Frank Andrasik dell'Università of Memphis.

Per quanto riguarda la ricerca clinica un'indagine sponsorizzata dalla Fondazione Italiana Cefalee (Ficfe) e condotta dall'Università di Torino in collaborazione con Federfarma Piemonte ha evidenziato che sono per lo più donne fra i 40 e i 60 (77,5%) le maggiori acquirenti di prodotti contro il mal di testa in farmacia e sono anche quelle che utilizzano farmaci più specifici puntando spesso direttamente sui triptani. Secondo lo studio presentato dal Dott. Giovanni Battista Allais, le donne gestiscono meglio l'emicrania perché si rivolgono di più al medico rispetto agli uomini, affrontano di più di questo problema e si affidano maggiormente ai centri specialistici. Un altro aspetto clinico molto dibattuto che ha evidenziato delle disparità tra la scuola Americana e quella Italiana riguarda la famosa aspirina che, se presa in eccesso, secondo gli Americani può far cronicizzare la cefalea tanto che è stata inserita, insieme al paracetamolo, per la prima volta nella nuova classificazione ICHD-3beta tra i farmaci in grado di favorire la cronicizzazione dell'emicrania. Come fa notare il professor Gian Camillo Manzoni, portavoce del gruppo dei critici al congresso di Stresa, inserire l'aspirina da sola o il singolo paracetamolo tra i farmaci in grado di cronicizzare la cefalea è eccessivo, tenuto conto che non ci sono in letteratura dati per suffragare tale affermazione e che nella nuova classificazione si parla semplicemente di "presa per più di 15 giorni al mese per almeno 3 mesi", senza far alcun riferimento alle numero di somministrazioni e al dosaggio, che può variare per le varie formulazioni orali tra i 325 e i 900 mg. L'altro tema importante trattato nel Focus è stato quello delle nuove strategie terapeutiche fra le quali spiccano alcune "curiosità", che nel prossimo futuro potrebbero modificare il nostro approccio alle cefalee. Un vecchio farmaco con nuova veste è stato presentato dal Professor Alan Rapoport. Si tratta del Levadex, in sigla MAP0004, che ha come principio attivo la diidroergotamina (DHE), usata come sintomatico nell'emicrania fin dal 1930 e che arriverà presto in una nuova versione spray nasale attraverso un nuovo meccanismo che garantirebbe una rapidità d'azione (circa 12 minuti) sovrapponibile a quelle della DHE e.v. Altre due novità riguardano il "vecchio triptano" sumatriptan. La prima è il Sumatriptan Optinose in sigla AVP-825 (Treximet) che combina 85 mg di sumatriptan e 500 mg di naprossene sodico attraverso una formulazione unica che consente la rapida

disgregazione del sumatriptan senza influenzare la disintegrazione del naprossene sodico e che ha mostrato una percentuale significativamente maggiore di riduzione del dolore nell'attacco emicranico a due ore rispetto alla singola somministrazione di sumatriptan 85 mg o di naprossene sodico 500 mg. L'altra novità è il cerotto transdermico elettronico "Sumatriptan iontophoretic" (Zelrix), approvato dalla FDA nel 2013, basato su una tecnica di rilascio controllato del sumatriptan che utilizza una lieve corrente elettrica per il trasporto e l'attivazione del farmaco attraverso la pelle utilizzando un processo ionoforetico che permette il passaggio costante del farmaco nel flusso sanguigno. Zelrix evitando la necessità di una somministrazione orale, potrebbe rappresentare una valida alternativa soprattutto per i pazienti che presentano nausea o vomito all'inizio della crisi o per quei pazienti che ritardano l'assunzione del farmaco.

Il nuovo futuro terapeutico, con farmaci finalmente nuovi, riguarderebbe la terapia di profilassi dell'emicrania attraverso una nuova classe farmacologica, gli anticorpi monoclonali anti-CGRP, che presto potrebbero essere messi in commercio. Il CGRP è il più potente vasodilatatore conosciuto che viene rilasciato dal sistema trigeminale e che gioca un ruolo importante anche nella modulazione del dolore. Gli anticorpi monoclonali si legano selettivamente al recettore del CGRP inibendone la sua funzione, al contrario di quanto succede con i triptani che nel trattamento acuto dell'emicrania ne ridurrebbero solo le concentrazioni circolanti. Attualmente sono in studio fase IIb quattro molecole (TEV 48125, AMG 334, ALD 403, LY 2951742) che dai primi dati presentati negli ultimi congressi hanno evidenziato una buona risposta terapeutica, una buona compliance del paziente (singola somministrazione mensile nella maggior parte delle molecole) e con effetti collaterali lievi e transitori. Naturalmente necessitano ulteriori studi con l'inclusione di specifiche categorie di pazienti cefalalgici, una maggiore numerosità dei campioni e un follow-up maggiore per la valutazione di eventuali effetti indesiderati nel lungo termine.

Un ulteriore nuovo capitolo sembrerebbe aprirsi nella gestione terapeutica dei pazienti cefalalgici la neuro-elettrocutanea, una nuova classe di neurostimolatori che possono essere gestiti direttamente dal paziente senza bisogno di interventi neurochirurgici. Per questi dati presentati dal Dott. Giorgio Lambru, si rimanda al bell'articolo presente nella pagina successiva dallo stesso redatto.

Infine "tutti" i ringraziamenti possibili al sempre verde Prof. Gennaro Bussone, per aver organizzato in mezzo a mille difficoltà e per la nona volta questa ennesimo bellissimo incontro di Stresa, che continua a essere un magnifico contenitore scientifico e rappresenta per noi tutti un'isola felice in cui confrontarci in un clima di serena amicizia.

Florindo d'Onofrio

SOMMARIO

Editoriale	pag. 1
Articolo Scientifico LA NEUROSTIMOLAZIONE NEL TRATTAMENTO DELL'EMICRANIA	pag. 2
Rassegna bibliografica	pag. 3
Caso clinico	pag. 3
Congressi ed eventi ANIRCEF	pag. 4
Comunicato ASC	pag. 4

CONSIGLIO DIRETTIVO ANIRCEF:

Presidenti Onorari:

Prof. Vincenzo Bonavita
Prof. Gennaro Bussone

Past President:

Dr. Marco Aguggia

Presidente:

Prof. Pietro Cortelli

Presidente Eletto:

Dr. Fabio Frediani

Presidente SIN:

Prof. Aldo Quattrone

Segretario:

Dr.ssa Sabina Cevoli

Tesoriere:

Dr. Florindo d'Onofrio

Consiglio Direttivo:

Prof. Piero Barbanti
Dr. Gerardo Casucci
Dr. Giovanni D'Andrea
Dott.ssa Licia Grazi
Prof. Gian Camillo Manzoni
Dr. ssa M. Gabriella Saracco
Prof. Gioacchino Tedeschi

BOARD SCIENTIFICO:

Direzione Scientifica

Vincenzo Bonavita, Gennaro Bussone
Gian Camillo Manzoni

Direttore Scientifico

Florindo d'Onofrio

Comitato di Redazione

Gerardo Casucci, Sabina Cevoli
Daniela Cologno, Fabio Frediani
Licia Grazi, Franca Moschiano
Paola Torelli

LA NEUROSTIMOLAZIONE NEL TRATTAMENTO DELL'EMICRANIA

L'emicrania rappresenta uno dei più comuni e invalidanti disordini neurologici riscontrati nella pratica clinica. La forma cronica di emicrania, caratterizzata dalla presenza di 15 o più giorni di cefalea al mese per più di 3 mesi, colpisce il 2-3% della popolazione generale e risulta in livelli di disabilità sostanziali per il paziente, oltre che ad elevati costi "diretti", legati all'utilizzo frequente e spesso inappropriato di risorse sanitarie e "indiretti", legati per lo più alla scarsa produttività sul lavoro dei soggetti emicranici cronici. I progressi nel campo della terapia dell'emicrania ha consentito, ad una sostanziale proporzione di individui affetti, di beneficiare di trattamenti medici efficaci nel tenere sotto controllo la cefalea. Tuttavia, limiti della terapia medica dell'emicrania includono: il rischio di effetti collaterali e pertanto la scarsa aderenza dei soggetti emicranici ai trattamenti preventivi; la presenza limitata di studi controllati su trattamenti di profilassi dell'emicrania; la controindicazione nell'uso dei triptani per il trattamento dell'attacco acuto in soggetti con patologie cardiovascolari. Questi fattori fanno sì che una significativa minoranza di pazienti emicranici diventino refrattari ai trattamenti medici. In questo contesto, terapie di neurostimolazione di target neuronali centrali e periferici probabilmente coinvolti nella patogenesi dell'emicrania, sono recentemente emerse come approcci promettenti. Risultati positivi provenienti da studi in aperto sull'utilizzo della stimolazione periferica dei nervi occipitali nel trattamento dell'emicrania cronica hanno condotto alla pubblicazione di tre studi sponsorizzati randomizzati multicentrici. Tuttavia l'efficacia della stimolazione occipitale dimostrata in questi studi è stata deludente, sebbene i tre studi siano stati criticati per problemi metodologici legati alla difficoltà nel creare un adeguato "blinding", alla inadeguata selezione dei pazienti e alla elevata proporzione di complicanze che hanno richiesto numerose revisioni chirurgiche. Pertanto, alla luce delle evidenze disponibili, risulta difficile ad oggi esprimere un giudizio definitivo sulla neurostimolazione occipitale, la cui reale efficacia potrebbe essere stata sottostimata a causa dei significativi limiti metodologici degli studi fin qui condotti.

Più recentemente devices di neurostimolazione non invasivi sono stati testati su targets anatomici possibilmente coinvolti nel processo emicranico. In un studio randomizzato in doppio cieco, l'efficacia e la safety della stimolazione transcutanea del nervo supraorbitario (Cefaly®), è stata testata in pazienti affetti da emicrania episodica. Circa il 40% dei pazienti trattati con Cefaly (38,1%) riportava una riduzione di almeno il 50% dei giorni di emicrania/mese, rispetto al gruppo trattato con sham (12,1%). L'utilizzo del device è apparso ben tollerato, con solo il 4,3% dei pazienti che riportava lievi effetti collaterali (sonnolenza, cefalea post-trattamento, irritazione locale, insonnia). Uno studio in aperto sull'efficacia e la safety della stimolazione transcutanea del nervo vago (Gammacore®) nel trattamento acuto dell'emicrania in 27 pazienti (2 stimolazioni della durata di 90 secondi somministrate ad un intervallo di 15 minuti sulla branca cervicale destra del nervo vago), ha dimostrato una modesta efficacia, con solo il 22% degli attacchi controllati completamente (pain-free) a 2 ore dal trattamento e il 43% degli attacchi controllati parzialmente (pain relief), senza tuttavia rilevanti effetti collaterali riportati. Dati preliminari sull'efficacia del Gammacore nella profilassi dell'emicrania cronica, sono stati presentati al congresso Migraine Trust di Copenhagen (studio EVENT, 2014). Tale studio randomizzato controllato versus sham sembra suggerire un'efficacia del device sulla profilassi dell'emicrania cronica di tipo cumulativo. A 2 mesi di utilizzo del device (3 applicazioni al giorno, 2 stimolazioni per applicazione) solamente l'11% dei pazienti riportava una riduzione del 50% dei giorni di emicrania rispetto al baseline. Percentuale che aumen-

tava a circa il 40% a 6 mesi. L'applicazione della stimolazione magnetica transcranica (TMS) nel campo delle cefalee è di recente acquisizione. La TMS della corteccia occipitale sembrerebbe avere un effetto positivo nel trattamento dell'emicrania con aura, attraverso l'inibizione della cortical spreading depression. L'efficacia e la safety di un apposito device portatile (SpringTMS®) è stata valutata in uno studio randomizzato in doppio cieco condotto su pazienti affetti da emicrania con aura. Il pain-free a 2 ore è stato raggiunto dal 39% dei pazienti che hanno trattato l'attacco con sTMS diretta sulla corteccia occipitale rispetto al gruppo di pazienti trattato con stimolazione sham (22%). Sorprende come nello studio non vi sia stata nessuna analisi dell'occorrenza e durata dell'aura emicranica dopo trattamento con TMS. Un recentissimo studio in aperto ha valutato l'efficacia della sTMS nell'emicrania senz'aura ed emicrania cronica. A 3 mesi di trattamento con sTMS, gli autori hanno osservato una riduzione del numero di giorni di cefalea/mese da 12 a 9 nei pazienti affetti da emicrania episodica e da 24 a 16 nei pazienti con emicrania cronica, suggerendo un possibile ruolo di questo approccio nel trattamento dell' di tutte le forme di emicrania, non solo quella con aura.

Il problema principale degli studi condotti nel campo della neurostimolazione invasiva (stimolazione occipitale) e non invasiva (Cefaly, Gammacore, sTMS) è l'impossibilità di creare un sham affidabile che possa garantire un adeguato "blinding" dei pazienti. Questo è dovuto alla necessità di provocare parestesie durante la stimolazione per assicurare l'effetto terapeutico. Pertanto, un'alternativa alla neurostimolazione convenzionale potrebbe essere offerta dalla stimolazione spinale ad alta frequenza (10kHz) parestesia-free, utilizzata con successo nel dolore neuropatico (HF10 SCS, SENZA Nevro®). Inoltre, un recente studio in aperto condotto in pazienti con emicrania cronica refrattaria ai trattamenti medici (inclusa la tossina botulinica), ha mostrato una riduzione di almeno il 30% dei giorni di cefalea/mese nel 50% dei pazienti (7 su 14) e una riduzione media di 12 giorni di cefalea/mese nei responders. Un paziente solo ha riportato la migrazione dell'elettrodo a 6 mesi di follow-up.

Negli ultimi anni la neurostimolazione periferica ha assunto un ruolo sempre più di primo piano nella terapia dell'emicrania. La scarsa qualità degli studi condotti fin ora nel campo stimolazione occipitale ha probabilmente mascherato la potenziale efficacia di tale terapia. Studi futuri caratterizzati da una migliore selezione dei pazienti e degli outcomes potrebbero svelare la reale efficacia di tale trattamento. Inoltre, lo studio di devices "paresthesia-free" in grado di produrre una stimolazione ad alta frequenza, potrebbero condurre all'esecuzione dei primi studi multicentrici randomizzati contro placebo realmente "in cieco" e chiarire definitivamente il ruolo terapeutico della stimolazione invasiva nell'emicrania. Lo sviluppo di devices non invasivi è sicuramente un approccio che merita di essere approfondito in virtù dell'elevata tollerabilità di tali trattamenti, sebbene i primi dati pubblicati sull'efficacia di tali terapie nell'emicrania siano poco entusiasmanti.

In conclusione, studi futuri dovranno dimostrare la reale efficacia clinica degli approcci di neurostimolazione invasivi e non e il loro ruolo nell'armamentario terapeutico dell'emicrania. Data la complessità della gestione terapeutica di pazienti con emicrania cronica refrattaria ai trattamenti medici tradizionali, le terapie di neurostimolazione dovrebbero essere considerate come parte integrante di programmi terapeutici multidisciplinari in grado di contrastare i molteplici aspetti biologici della condizione emicranica.

Obesity, abdominal obesity and migraine: A cross-sectional analysis of ELSA-Brasil baseline data Itamar S Santos. Cephalalgia, April 2015; vol. 35 (5): 426-436.

In passato molti studi hanno cercato una possibile associazione fra emicrania ed obesità con risultati contrastanti. Gli autori hanno quindi deciso di valutare questa possibile associazione utilizzando un campione di popolazione costituita da 15.105 volontari provenienti da sei città brasiliane. Lo studio denominato ELSA-BRASIL Study è stato realizzato fra l'agosto del 2008 e il Dicembre del 2010. Le diagnosi di cefalea sono state effettuate utilizzando i criteri ICHD identificando i soggetti con emicrania definita, emicrania probabile con cefalea non emicranica e soggetti senza cefalea. Gli autori hanno poi suddiviso il gruppo degli emicranici in due gruppi: quello con emicrania non quotidiana (da 1 crisi al mese a sei crisi a settimana) e quelli con emicrania giornaliera (più di 24 attacchi al mese). Essi hanno inoltre calcolato per ogni partecipante il BMI (normopeso con BMI compreso tra 18,5 e 24,9; sovrappeso con BMI compreso tra 25,0 e 29,0; obeso con BMI >30), l'obesità addominale (girovita era > 88 cm nelle donne e > 102 cm negli uomini) ed ottenuto informazioni riguardanti: fumo, diabete, ipertensione arteriosa e, per i soggetti emicranici, l'eventuale utilizzo di terapia di profilassi. Gli autori trovano che la percentuale di soggetti obesi aumenta con l'aumentare della frequenza delle crisi emicraniche anche se non trovano alcuna associazione statisticamente significativa fra l'emicrania, sovrappeso ed obesità addominale sia nei soggetti giovani (<50 anni) che nei soggetti adulti (>50 anni), anche dopo stratificazione per sesso e razza. Inoltre rispetto ai soggetti senza cefalea in quelli con emicrania definita il rischio di un andamento quotidiano della cefalea è strettamente correlato all'obesità e nei soggetti di età compresa fra i 35-49 anni la presenza di obesità addominale influenza l'associazione fra sovrappeso ($p=0.009$) obesità ($p=0.006$) ed emicrania quotidiana. I dati presentati dagli autori suggeriscono che vi sia una forte interazione fra obesità ed emicrania ad alta frequenza, tuttavia saranno necessari ulteriori studi per confermare il loro dati e chiarire definitivamente il rapporto tra obesità, emicrania e rischio di cronicizzazione.

Cognitive dysfunction during migraine attacks: A study on migraine without aura Raquel Gil-Gouveia. Cephalalgia July 2015; vol. 35 (8): 662-674.

Spesso i pazienti con emicrania senz'aura lamentano disturbi cognitivi sia durante l'attacco che durante la fase libera dall'attacco. Le difficoltà cognitive che potrebbero contribuire alla disabilità dei pazienti durante gli attacchi di emicrania sono state trascurate dalla ricerca. Gli studi neuropsicologici eseguiti durante gli attacchi hanno prodotto risultati contraddittori a causa di differenze di progettazione e limitazioni. Partendo da tale osservazione gli autori hanno cercato di documentare i cambiamenti nelle prestazioni cognitive dei pazienti di emicrania durante gli attacchi e nel periodo libero dagli attacchi emicranici. Lo studio di tipo prospettico, cross over, randomizzato, ha coinvolto trentanove pazienti con emicrania a bassa frequenza secondo i criteri ICHD-II (37 femmine, media 38 anni) di cui 24 hanno terminato lo studio. L'età media del campione è risultata di 38 anni, con una scolarizzazione media di 19,3 anni e una durata media di malattia di 19,3 anni. Ad ogni partecipante è stata somministrata una batteria neuropsicologica che ha previsto i seguenti test: making test A e B, stroop test, symbol search, fluenze verbali, finger tapping, digit

span forward e backwards, il california verbal learning test, stroop reading. L'impatto dell'emicrania è stato valutato utilizzando l'Headache Impact test e il Migraine specific quality of life test (MSQoL). La possibile coesistenza di ansia e depressione è stata identificata utilizzando la scala di Zung e lo State Trait Anxiety Inventory Test (STAI). Il campione è stato esaminato mediante valutazione neuropsicologica durante una crisi emicranica e nell'intervallo libero dal dolore. Il 45,8% del campione ha presentato da uno a quattro attacchi al mese, nel 42% dei casi le crisi hanno avuto una durata compresa tra le quattro e le 24 ore e il 100% ha riportato crisi di intensità severa. Il punteggio medio alla scala di Zung è risultato di 48,7. I punteggi alla valutazione neuropsicologica sono risultati inferiori durante l'attacco emicranico rispetto alla fase libera da dolore in particolare differenze statisticamente significative sono state rilevate a carico del california verbal learning test ($p=0.01$), nello stroop word reading ($p=0.013$). I risultati suggeriscono l'esistenza di una disfunzione cerebrale reversibile durante gli attacchi di emicrania senza aura, che però potrebbe essere anche una conseguenza del dolore acuto. Questi dati da una parte confermano quanto spesso lamentato dai pazienti durante un attacco emicranico con la secondaria ricaduta sulla disabilità e dall'altra stimolano la formulazione di nuovi studi alla ricerca dei meccanismi fisiopatologici alla base del transitorio deficit cognitivo.

Increased risk of urinary calculi in patients with migraine: A nationwide cohort study. Tsai M. Cephalalgia. 2015 Jul; vol 35(8): 652-61.

In questo studio gli autori hanno valutato se l'emicrania è associata ad un maggiore rischio di sviluppare calcoli renale e se l'utilizzo del topiramato come farmaco di profilassi possa influenzare questa possibile associazione. Lo studio, di tipo osservazionale e retrospettivo, è stato condotto utilizzando i dati provenienti dal Taiwan National Health Insurance Database (NHIRD). Sono state coinvolte due tipi di popolazione. La prima popolazione è costituita da soggetti che nel periodo compreso tra il Gennaio 2005 e il Dicembre 2009 avevano effettuato una visita neurologica e che avevano ricevuto una diagnosi di emicrania mentre la seconda popolazione era costituita da soggetti sani di pari scolarità, educazione e sesso. Il gruppo degli emicranici comprendeva i soggetti affetti da emicrania senz'aura, emicrania con aura e quelli con emicrania non specificata. Nel periodo di studio la comparsa di calcoli renale è stata definita utilizzando i registri delle visite ambulatoriali, degli interventi per calcoli renale o in relazione al numero di interventi di litotripsia. Gli autori hanno quindi identificato 147.399 emicranici (71% donne; 29% uomini) con un'età media di 41,9 anni; di questi il 12,3% era affetto da emicrania con aura, il 26,6% da emicrania senz'aura e il 61% da una forma di emicrania non specificata. Il rischio di sviluppare calcoli renali è risultato maggiore nel gruppo degli emicranici rispetto al gruppo controllo senza alcuna differenza statisticamente significativa fra gli emicranici con e senz'aura. Il rischio era più alto nei pazienti più giovani e nel sesso femminile. La probabilità di sviluppare un calcoli renale è invece risultata maggiore e statisticamente significativa nei pazienti in trattamento con topiramato rispetto a pazienti che assumevano altra terapia di profilassi. Questo studio presenta delle implicazioni cliniche importanti suggerendoci come sia necessaria un'attenta valutazione del rischio di sviluppare calcoli renali nei pazienti emicranici, indipendentemente dall'utilizzo di topiramato, al fine di mettere in atto misure di profilassi anche non farmacologiche.

Caso clinico a cura di Valentina Favoni e Sabina Cevoli

Il caso clinico presentato riguarda una donna con anamnesi personale priva di antecedenti di rilievo, in particolare negativa per cefalea. All'età di quarantatré anni inizia a presentare attacchi progressivamente ingrandenti di cefalea costrittiva ad esordio violento e di breve durata, associati a nausea, transitoria perdita dell'udito ed acufeni. La sintomatologia trae beneficio dall'assunzione del clonazepam. Nel sospetto di una "cefalea sentinella" la paziente esegue Risonanza Magnetica dell'encefalo che documenta la presenza, a livello del forame di Monro, di una neoformazione tondeggiante a segnale prevalentemente lipidico determinante effetto massa sul terzo ventricolo con ampia distensione del sistema ventricolare, compatibile con idrocefalo associato. Per il peggioramento della sintomatologia con comparsa di episodi di vomito associati alla cefalea, la paziente viene ricoverata d'urgenza presso l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna. L'esame obiettivo neurologico all'ingresso è risultato negativo. La paziente è stata sottoposta ad intervento di asportazione endoscopica della neoformazione. Il referto istologico definitivo ha deposto per cisti colloide del III ventricolo. Il decorso clinico è risultato scevro di complicanze e si è osservata completa scomparsa della sintomatologia. Messaggio finale: La cisti colloide del III ventricolo è un tumore benigno dell'età adulta (30-50 anni). Costituisce lo 0,1-1% di tutti i tumori del sistema nervoso centrale. Clinicamente, i sintomi e segni prodotti dalla cisti sono legati all'aumento della pressione intracranica. Il sintomo più frequente è una cefalea parossistica, improvvisa ed intensa ("thunderclap headache"), associata a nausea e vomito. Sono stati riportati rari casi di morte improvvisa del paziente conseguenti alla completa ostruzione del forame di Monro. Tuttavia il rischio di morte rimane difficilmente prevedibile. Pertanto, in caso di cisti sintomatica, è indicato il trattamento neurochirurgico, che può essere eseguito secondo tre approcci: trans-corticale, trans-calloso oppure endoscopico. Il nostro caso sottolinea l'importanza di eseguire una indagine di neuroimmagini in pazienti che si presentano con una storia di cefalea di nuova insorgenza e con caratteristiche di thunderclap headache.

1° Congresso Nazionale Congiunto ANIRCEF - SISC

Roma, 29 - 31 Ottobre 2015
Consiglio Nazionale delle Ricerche
Piazzale Aldo Moro, 7 - Roma
Segreteria: valerio.deangelis@uniroma1.it
Website: congressoanircefsisc2015.com;
www.anircef.it; www.sisc.it
Duerre Congressi S.r.l.
Via degli Scipioni, 220 - 00192 Roma
Tel 06.36010376 Int. 205 - Cell 333.2734097
Fax 06.32111435
francescaromanabritti@duerrecongressi.com
www.duerrecongressi.com

II SEMINARIO CLINICO MULTIMEDIALE DI

FORMAZIONE SULLE CEFALEE

Corso Residenziale ASC in 2 Moduli, Frascati, (RM)
Febbraio e novembre 2016
Per ulteriori informazioni contattare la
Segreteria Organizzativa:
EVA Communication S.r.l.
Via Romeo Rodriguez Pereira, 151/D
00136 Roma
Tel. +39 06 6861549 - Fax +39 06 68392125
E-mail: asc@evacommunication.it;
info@evacommunication.it.

XLVI CONGRESSO SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA

Genova, 10-13 Ottobre 2015
Magazzini del Cotone

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA SIN
Studio Conventur Siena
Via del Cavallerizzo 1 - 53100 Siena
Tel 0577 285040-45333-270870
Fax 0577 289334
email: info@conventursiena.it - www.neuro.it

CONGRESSI INTERNAZIONALI 10 TH EHF (EUROPEAN HEADACHE FEDERATION) CONGRESS

11-12 Dicembre 2015
The 2015 Christmas Meeting on CGRP and
HEADACHE
Acropolis Museum, Athens, Greece
Informazioni: 10ehfcongress-athens2015.com

F.I.CEF.

Fondazione Italiana Cefalee Onlus devolvi il **5 x 1000** alla **F.I.CEF. Onlus**:

C.F.: 95111730636

+39 02 26684799

+39 339 6824354

segreteria@ficef.org - www.ficef.org



ASC - Associazione per una Scuola delle Cefalee

COMUNICATO

Iscrizioni a quota agevolata al
II SEMINARIO CLINICO MULTIMEDIALE DI FORMAZIONE SULLE CEFALEE

Corso Residenziale ECM in 2 Moduli

1° Modulo "LE CEFALEE PRIMARIE": Febbraio 2016*

2° Modulo "LE CEFALEE SECONDARIE E OLTRE": Novembre 2016*

*date provvisorie

Grand Hotel Villa Tuscolana, Frascati (RM)

È disponibile un numero limitato di posti al 1° Seminario Clinico di Formazione sulle Cefalee in due moduli **alla quota di iscrizione agevolata di € 1.000,00 + IVA (22%)**, quota comprensiva di vitto e alloggio.

Il Corso è accreditato ECM (Provider ASC ID 619) per Medici, Odontoiatri, Farmacisti, e rilascia crediti formativi (mediamente 45 crediti formativi ECM, pari a quasi il 100% dei crediti annui richiesti a ciascun professionista).

Per ulteriori informazioni su requisiti e modalità e per richiedere la scheda di PRE-RICHIESTA iscrizione alla quota agevolata (le richieste ricevute, corredate da CV, saranno valutate dal Comitato Scientifico ASC), contattare la Segreteria Organizzativa:

EVA Communication S.r.l.

Via Romeo Rodriguez Pereira, 151/D - 00136 Roma

Tel. +39 06 6861549 - Fax +39 06 68392125

E-mail: asc@evacommunication.it; info@evacommunication.it

Le richieste dovranno pervenire alla Segreteria tassativamente entro il 30 Dicembre 2015

Per ulteriori informazioni sui corsi ASC si rimanda al sito www.anircef.it/opencms/sezioni/asc/

