



## GRUPPO DI STUDIO EPILESSIA CEFALEE

### Scopo dello studio

Valutare la prevalenza di cefalea primaria intercritica in pazienti con diagnosi di epilessia, in rapporto all'età, sesso, tipo di sindrome epilettica, frequenza delle crisi, tipo di crisi. Valutare inoltre la presenza e le caratteristiche cliniche di cefalea peritale (pre-ictale/ictale/post-ictale).

### Metodologia dello studio

Vanno reclutati tutti i pazienti che vediamo ambulatoriamente in modo consecutivo, con diagnosi di epilessia da almeno 12 mesi e con storia di cefalea da almeno 12 mesi. Viene formulata la diagnosi di cefalea primaria secondo i criteri internazionali (IHCD-II) mediante un questionario standardizzato che valuta età d'insorgenza, carattere, intensità, sede e durata del dolore, eventuali sintomi di accompagnamento, aura, frequenza degli attacchi. Le varie caratteristiche cliniche della cefalea interictale e della eventuale cefalea peri-ictale vengono quindi richieste nelle successive visite di controllo in caso non si riesca a completare il questionario alla prima valutazione. *I dati dei pazienti arruolati vanno riportati solo se ottenuti da intervista ambulatoriale e non tramite contatto telefonico.*

Vengono esclusi pazienti con encefalopatia epilettica.

A Mantova è stato inoltre discusso di iniziare a ***mantenere suddivisi età evolutiva ed età adulta***; per tale motivo per questo studio andranno considerati pazienti con **età  $\geq$  a 16 aa**. Questo perché anche nella classificazione delle cefalee ci sono differenze tra età evolutiva ed adulta.

L'inizio della raccolta dati è stato il febbraio 2010; a maggio 2010 sono stati già arruolati quasi 1000 pazienti. La proposta è quella arruolare pazienti per complessivamente 12 mesi, considerando però di ottenere nelle visite di controllo i dati non ottenuti o non richiesti per motivi di tempo alla prima visita: per tale motivo il consiglio è quello *di arruolare un numero di paziente all'incirca pari al doppio* (meglio ovviamente se un po' di più) *di quelli inviati per l'abstract della LICE* in modo da superare i 2000 pazienti. Il lavoro più "sostanzioso" sull'argomento finora presente in letteratura (Ottman & Lipton, Neurology 1994) prende in considerazione dati raccolti mediante intervista telefonica su 1948 pazienti epilettici; per tale motivo andrebbe superata quota 2000 ma con intervista face to face e con il maggior numero di dati possibili.



## Note al data base

centro appartenenza	nome cognome	data nascita	sesso età	EPI	Età esordio	durata malattia	tipo di crisi	Localizzazione crisi	frequenza	terapia
CEF	Età esordio	note	frequenza	2011						

cef preictale	cef iccale	cefalea post.ictale	caratteristiche	sede	tipo	intensità	segni accompagn	durata (h)
---------------	------------	---------------------	-----------------	------	------	-----------	-----------------	------------

Nella casella **EPI** va riportata la sindrome epilettica; andrebbe riportata la suddivisione in Generalizzata/Idiopatica e quindi in Idiopatica/Sintomatica/Criptogenetica, od ovviamente non classificabile.

Per quanto riguarda i dati già inviati:

- focale non meglio precisato, viene intesa come criptogenetica.
- idiopatico non meglio precisato, viene inteso come generalizzata.

Va considerato quindi che i **pazienti con unico episodio critico (primo)** non vanno inclusi, anche se non passati 12 mesi dall'episodio.

Per quanto riguarda il **TIPO di CRISI** è stata proposta una eventuale *suddivisione localizzatoria* (quando possibile) al posto della suddivisione secondo L'ILAE (parziali semplici/complesse..); è stata pertanto aggiunta una nuova colonna con localizzazione delle crisi che andrà compilata segnalando la sede (temporale, frontale...), se possibile il lato (temporale dx...) dato utile quando andremo a valutare le cefalee ictali, *segnalerei inoltre se dato mancante o non definibile*.

Altro aspetto da iniziare a considerare è la **FREQUENZA DELLE CRISI**: sono divise in circa annuali (da una ogni 2 anni ad un massimo di 2 per anno) circa mensili (da almeno 3 per anno a 12 per anno) plurimensili (+ 1/mese) o plurisettimanali, considerando quindi i pazienti con non più crisi da oltre 2 anni in un altro gruppo; credo che anche su questo dobbiamo accordarci.

### Casella CEF

Per quanto riguarda le cefalee proporrei come acronimi ESA per emicrania senza aura ECA per e. con aura, E probabile (*da riportare nei casi dubbi*), CT per cefalea tensiva che andrebbe poi ulteriormente divisa in cronica/episodica/infrequente a seconda della frequenza (ma quello lo posso fare io se viene riportata la frequenza degli attacchi), le altre sono rare e credo che non ci saranno problemi anche se rimane il nome completo di diagnosi.

Si potrebbero inoltre rivalutare i pazienti con cefalea non classificabile: a tal proposito sul file excel vi è un secondo foglio di lavoro che rispecchia grossomodo il questionario per la cefalea (come compilato dal gruppo di Bari); i casi di cefalea di dubbia diagnosi si potrebbero mettere lì per venire discussi successivamente per la definizione diagnostica.

La presenza di **cefalea pre-ictale/ictale/postictale** con le loro caratteristiche (prevalentemente sede del dolore da porre nelle note), andrebbe iniziato ad essere richiesto ad i pazienti selezionati.