

XV CONGRESSO NAZIONALE S.I.S.C.

*“Le cefalee nella società del terzo millennio:
aspetti multidisciplinari”*

Firenze, 11-13 giugno 2001

**Emicrania, cefalee e dolori cefalici
correlati a disturbi dell'apparato
visivo: aspetti epidemiologici, clinici e
medico-legali**

Cosimo Loré*, Cosimo Mazzotta**

* Dipartimento di Scienze Medico-Legali e Socio-Sanitarie (Università degli Studi di Siena)

** Dipartimento del Distretto Cefalico e Scheletrico (Università degli Studi di Siena)

Emicranie, cefalee e dolori cefalici sono in costante aumento nella popolazione adulta e infantile, rappresentando le cause più frequenti di dolore nel distretto cranio-cefalico. Nonostante la maggior parte dei dolori cefalici cronici-ricorrenti siano di origine benigna, ogni caso merita uno studio approfondito nel tentativo, sempre da perseguire, di stabilirne la possibile eziologia ai fini di un corretto inquadramento prognostico e terapeutico

Data la complessità dei quadri clinici,
l'estrema varietà di cause e le diverse
conseguenze sul piano clinico, prognostico,
terapeutico, etico e medico-legale, la diagnosi
e la gestione del paziente affetto da dolore
cefalico necessitano di un approccio
multidisciplinare che impegni collegialmente
il *Medico di base*, il *Neurologo*, l'*Oftalmologo*,
l'*Internista*, l'*Odontoiatra*, il *Pediatra*,
l'*Otorinolaringoiatra*, lo *Psichiatra*, il
Neuroradiologo, il *Fisiologo* e
il *Medico Legale*

**Ciascuno degli operatori sanitari
che a vario titolo si occupano di
emicrania, cefalea e dolori cefalici,
può imbattersi per primo di fronte
a tali sintomi oppure essere
interpellato come
*consulente specialista sia intra che
extra-moenia***

L' *Oftalmologo* si trova spesso per primo ad essere consultato dal paziente cefalalgico od emicranico, data la spiccata tendenza dei dolori cefalici acuti sub-acuti e cronici, sia primari che di origine secondaria, a presentarsi fin dall'esordio o per irradiazione in regione perioculare ed oculare, non di rado accompagnati da un complesso *corteo sintomatologico visivo e visuo-percettivo*

EPIDEMIOLOGIA

Emicrania primaria

- *Prevalenza*: 6-7 % nel sesso maschile, 15-17% nel sesso femminile
- 1/5 dei casi: presenza di *aura visiva*
- maggiore intorno alla IV decade : 30% nel sesso femminile, 10% nel sesso maschile
- diminuzione all'aumentare dell'età : 3% nel sesso maschile, 7-9% nel sesso femminile
- sesso femminile più colpito: rapporto M/F 3:1

EPIDEMIOLOGIA

Emicrania primaria

*Incidenza: 10 casi per 1000
annui nel sesso maschile,
20 casi per 1000 annui nel
sesso femminile*

EPIDEMIOLOGIA

Cefalea muscolo - tensiva

- *Prevalenza*: 36% nel sesso maschile, 42% nel sesso femminile (rapporto M/F 1:2 circa)
- maggiore nei soggetti di razza bianca
- maggiore negli individui con livello di istruzione medio-elevato
- *Incidenza*: non vi sono studi sufficientemente ampi ed attendibili (sottostimata) su questa forma

EPIDEMIOLOGIA

Cefalea a grappolo

- *Prevalenza: 3-5 per 100.000*
(predilezione per il sesso maschile)
- *Incidenza: 9,8 casi per 100.000 annui*
(rapporto M/F 4:1)

EPIDEMIOLOGIA

dolori cefalici oftalmici

- Non vi sono studi sufficientemente ampi ed omogenei sulla prevalenza e sulla incidenza delle cefalee di origine oftalmica, esse seguono i dati epidemiologici della malattia oculare di base, tuttavia data la frequenza della sintomatologia oculare e perioculare in tutti i tipi di cefalea, le percentuali indicate sono sufficientemente attendibili anche in campo oftalmologico

EPIDEMIOLOGIA

difficoltà:

- Soggettività della sintomatologia, confusione, sintomi mal riferiti, non riferiti, non ricordati.
- variabilità del numero e dell'intensità delle crisi
- difficoltà di inquadramento nosologico nei vari tipi di cefalea
- mancanza di parametri standardizzati di tipo qualitativo e quantitativo
- difficoltà e scarsi studi prospettici e sistematici sulle varie tipologie di dolore cefalico e sue correlazioni
- scarsi studi di popolazione

EMICRANIA PRIMARIA SENZA AURA

- **Attacchi ricorrenti della durata di 4-72 ore**
- **Dolore unilaterale, pulsante, di intensità da moderata a severa**
- **Peggioramento con le attività fisiche routinarie**
- **Associazione con: *fotofobia*, nausea, vomito, fonofobia, possibile *epifora*, *edema palpebrale ed iperemia congiuntivale* .**
- **E.O. Oftalmologico, Neurologico e generale: negativi per cause organiche e/o tossiche**

EMICRANIA PRIMARIA CON AURA

- Attacchi dolorosi ricorrenti associati a uno o più sintomi neurologici focali reversibili indicativi di disfunzione della corteccia visiva o del tronco encefalico: aura
- aura di 4-20 min., di durata non superiore a 60 min.
- cefalea entro 60 min, o prima dell'aura, talora assente
- Aure: manifestazioni neurosensoriali varie associate o non associate a deficit focali (visiva caratteristica)

EMICRANIA OFTALMICA

- **DOLORE CEFALICO IRRADIATO LUNGO LA PRIMA BRANCA (V-1) DEL NERVO TRIGEMINO**
- **DI FREQUENTE OSSERVAZIONE OFTALMOLOGICA**
- **DOLORE OCULARE**
- **DOLORE ORBITARIO**
- **AURA VISIVA**

EMICRANIA OFTALMICA

- **AURA VISIVA:** DURATA MEDIA DI CIRCA 15-30 MINUTI, TALORA POCHI MINUTI (4-20 min.), RARAMENTE ALCUNI SECONDI, MAI OLTRE 60 MINUTI
- **CEFALEA:** PUO' PRECEDERE, ACCOMPAGNARE O PIU' FREQUENTEMENTE SEGUIRE I DISTURBI VISIVI
- **DISTURBO VISIVO:** PREVALENTEMENTE DI TIPO BINOCULARE

EMICRANIA OFTALMICA

- L'AURA VISIVA METTE IN ALLARME IL PAZIENTE SPESSO PIU' DEL DOLORE
- IN CIRCA IL 15% DEI CASI LA CEFALEA NON COMPARE
- POSSIBILI ASSOCIAZIONI: ALLUCINAZIONI, VERTIGINI, ACROPARESI, ACROPARESTESIE, IPERECCITABILITA', D.A.P., DISORIENTAMENTO, SENSO DI OPPRESSIONE VASOSPASMO CORONARICO (documentato), ALTERAZIONI DELL'UMORE, ETC.

SINTOMI VISIVI ASSOCIATI AD EMICRANIA OFTALMICA

- SCOTOMI SINTILLANTI
- ANNEBBIAMENTO
- FOTOPSIE:
PERCEZIONE DI
FIGURE LUMINOSE,
CERCHI, CORONE,
LINEE SPEZZATE,
STELLINE, ETC.
- METAMORFOPSIE
- MICRO-MACROPSIE
- OSCILLOPSIE
- MIODESOPSIE
- POLIOPIA
- DIPLOPIA
- EMIANOPSIE
- DEFICIT ALTIMETRICI
DEL CAMPO VISIVO
- AMUROSIS FUGAX
- CROMATOPSIE
- ALLUCINAZIONI VIS.

SEGNI OCULARI ASSOCIATI AD EMICRANIA OFTALMICA

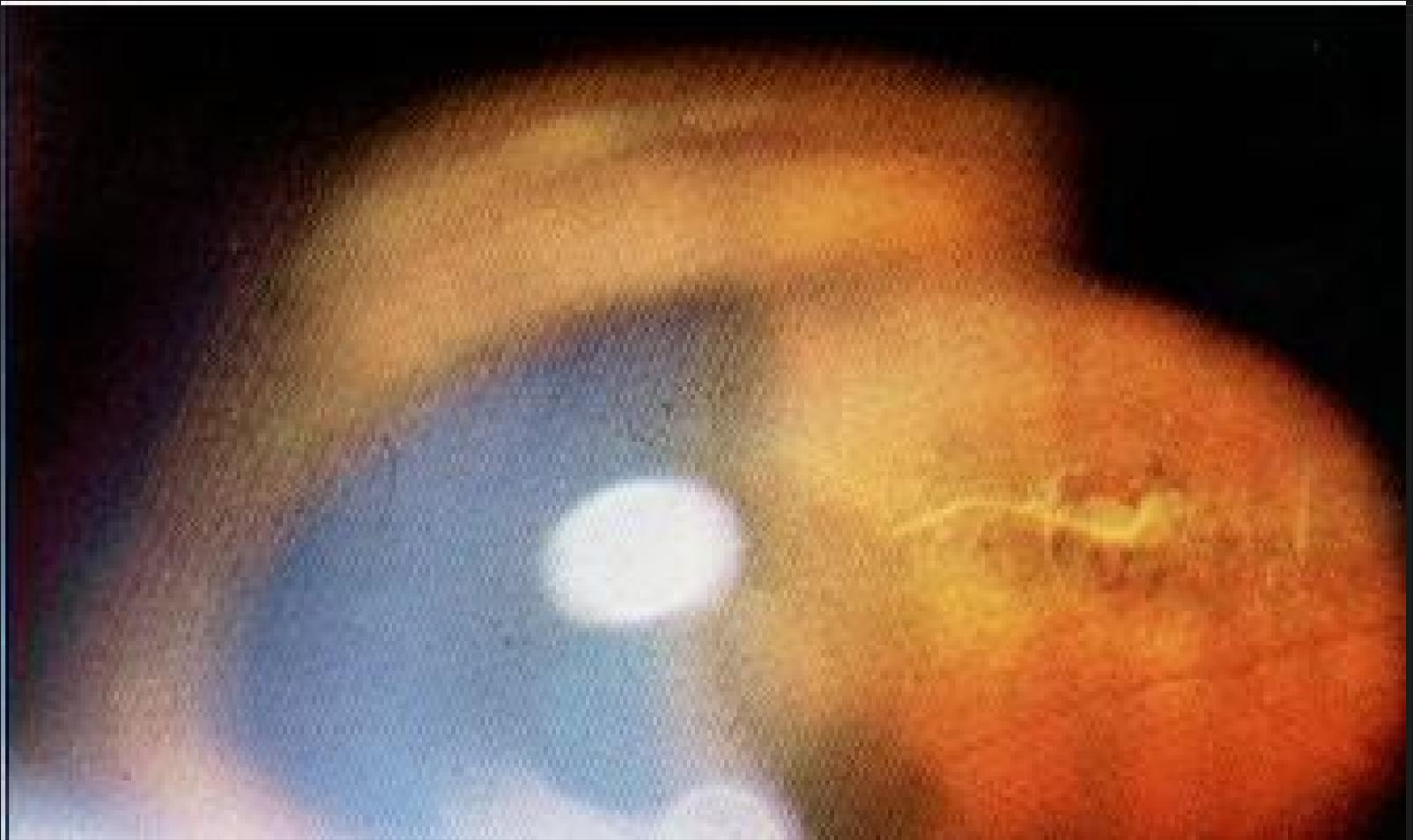
- EDEMA PALPEBRALE
- EMIPTOSI
- IPEREMIA CONGIUNTIVALE
- CHEMOSI CONGIUNTIVALE
- ANISOCORIA
- PSEUDO-HORNER SYNDROME
- IPERLACRIMIA - EPIFORA

DIAGNOSI DIFFERENZIALE OFTAMOLOGICA

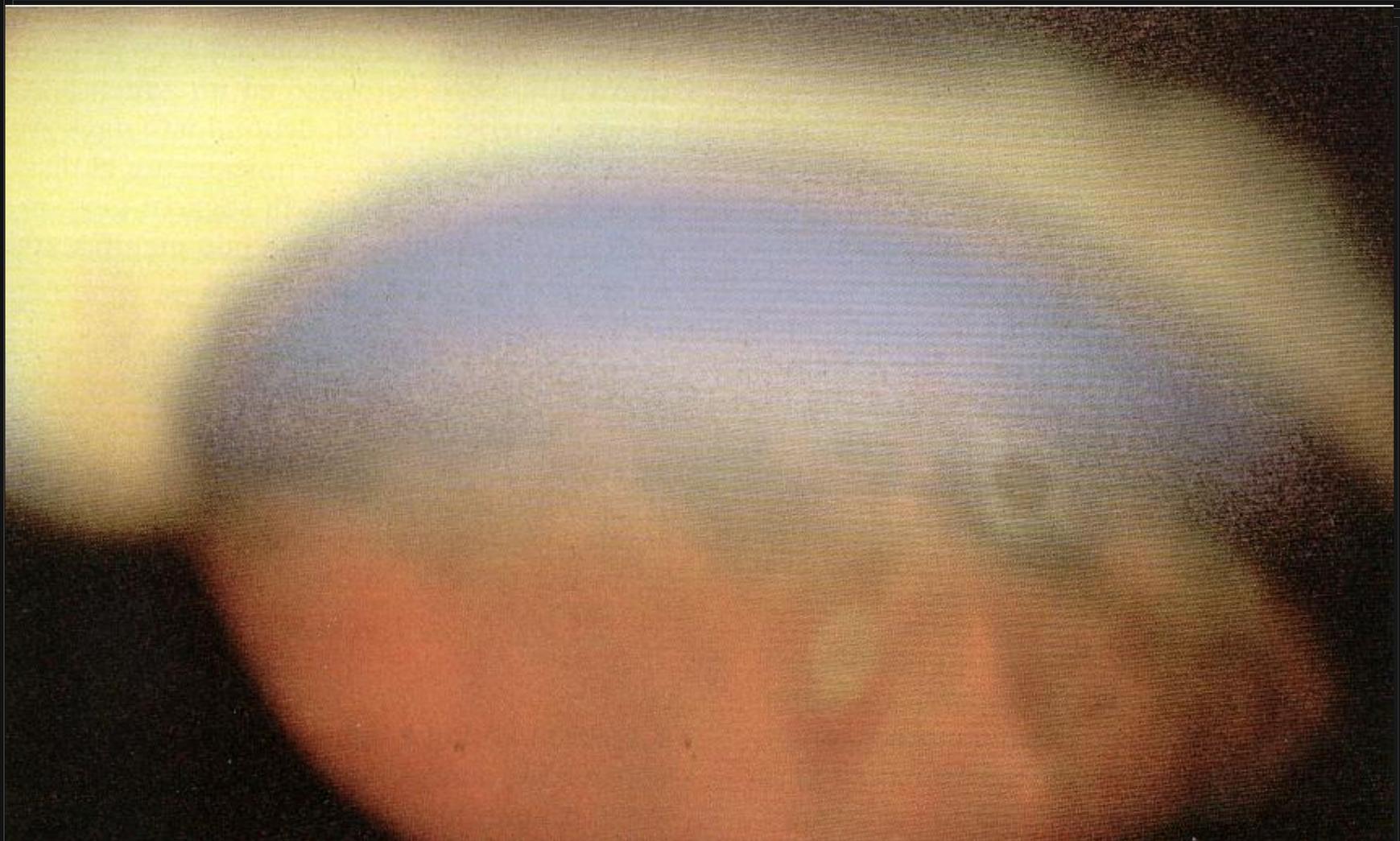
- DEGENERAZIONI RETINICHE REGMATOGENE
- LACERAZIONI RETINICHE PERIFERICHE
- FORI E MICROFORI RETINICI
- DISTACCO DI VITREO PARZIALE O TOTALE
- DISTACCO DI RETINA E RETINOSCHISI
- TRAZIONI VITREO-RETINICHE
- VITREORETINOPATIA PROLIFERATIVA (PVR)
- FLOGOSI RETINO-COROIDEALI - DDC
- NEOPLASIE ENDO-OCULARI (D.R. SOLIDO)



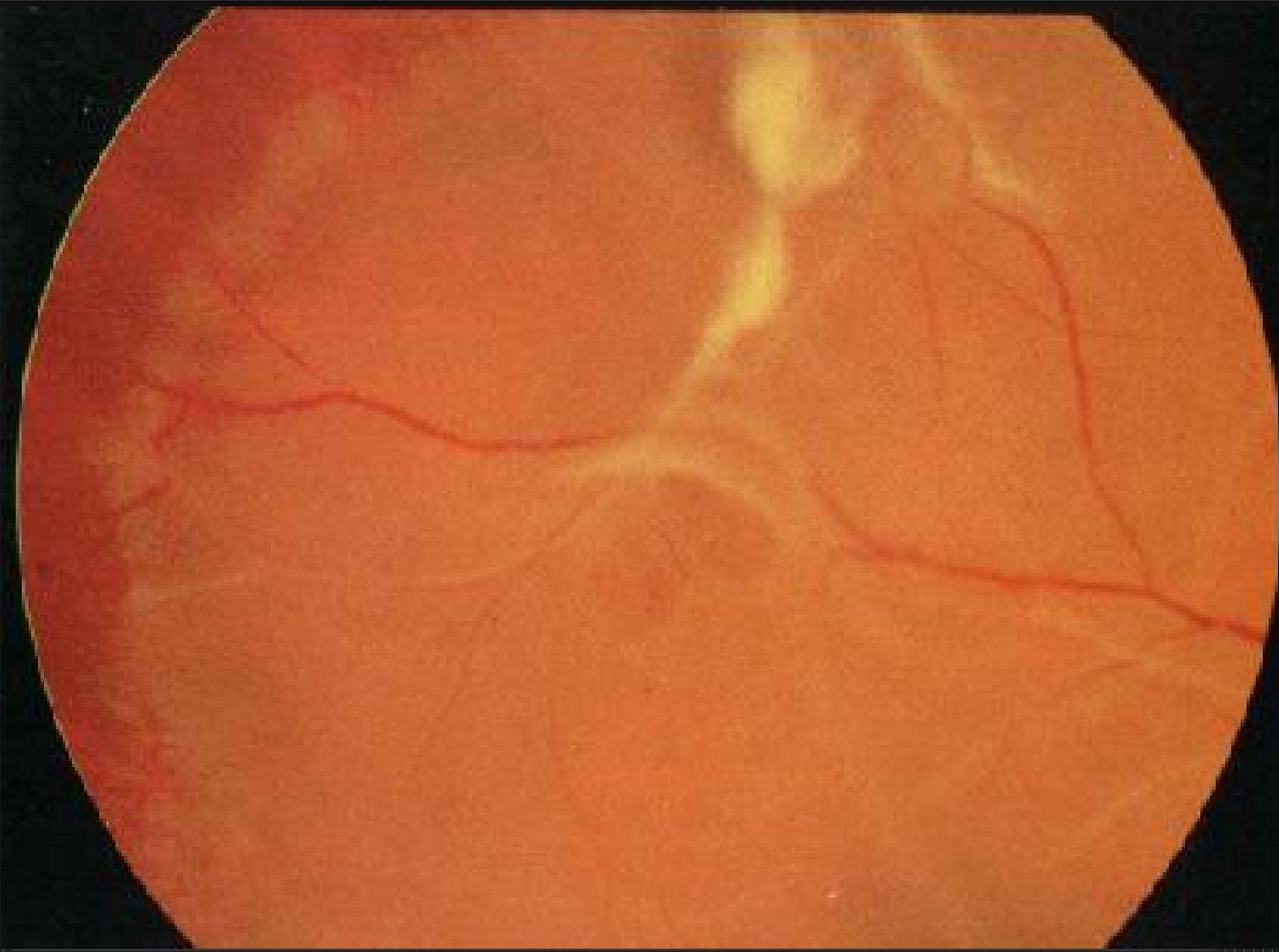
**EDEMA PALPEBRALE, IPEREMIA E CHEMOSI
CONGIUNTIVALE IN PAZIENTE CON EMICRANIA
OFTALMICA**



**DEGENERAZIONE RETINICA PERIFERICA A
PALIZZATA**



**FORO RETINICO PERIFERICO IN AREA
DEGENERATIVA REGMATOGENA "A BAVA DI
LIMACA"**



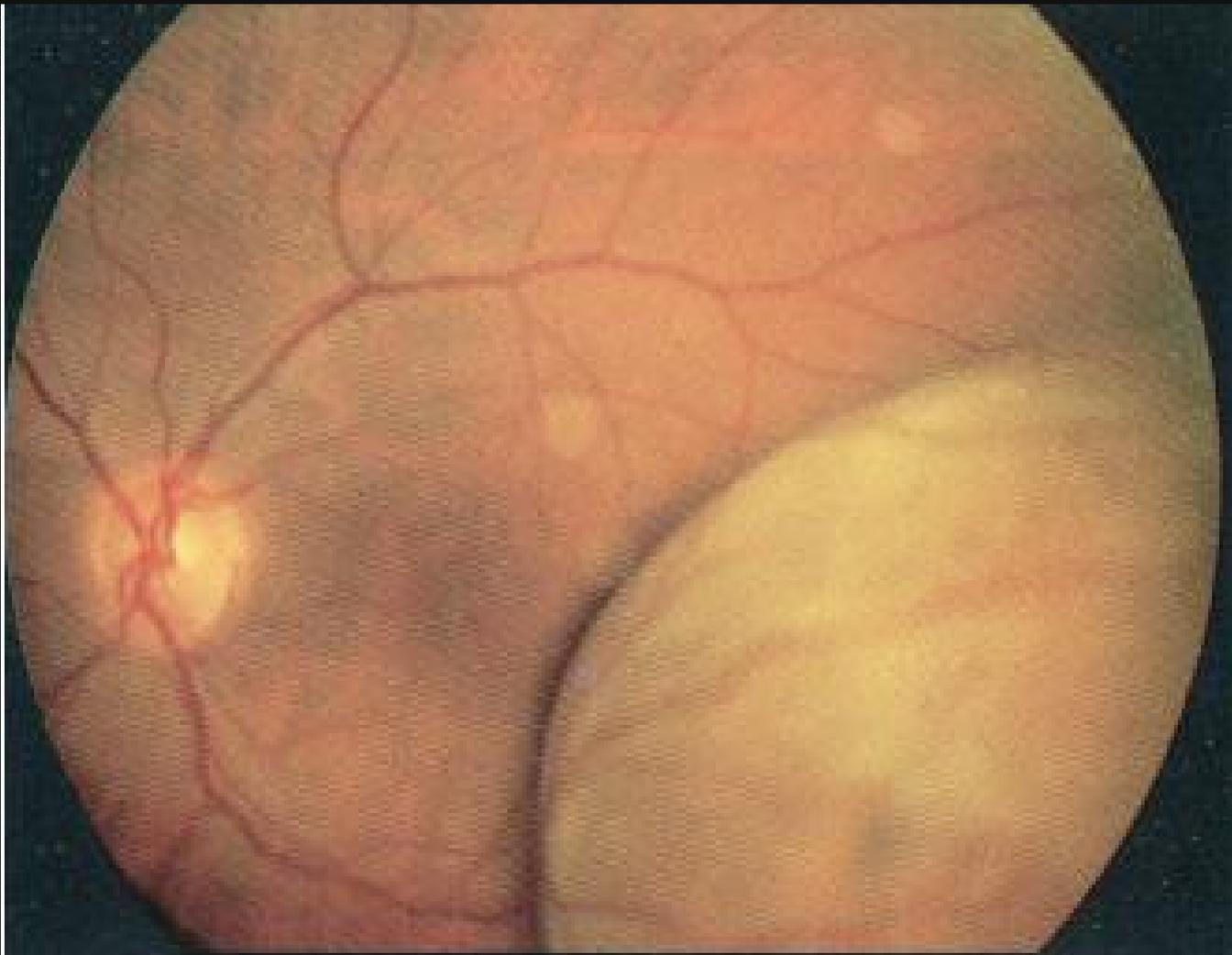
**DISTACCO RETINICO REGMATIGENO-TRAZIONALE
TRAZIONE VITREO-RETINICA MEMBRANOSA, FORI
RETINICI**



RETINOSCHISI PERIFERICA



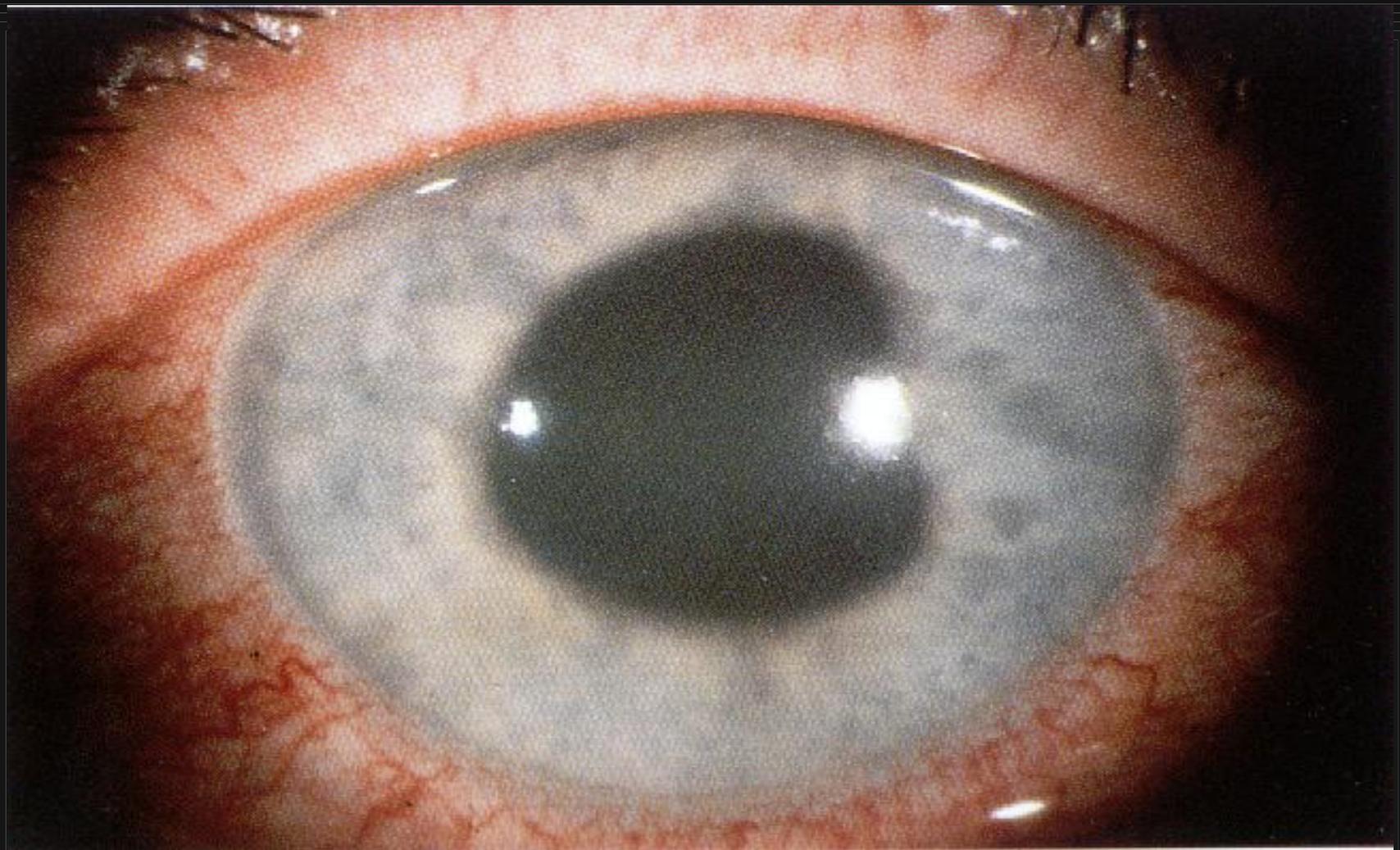
**VITREO-RETINOPATIA PROLIFERATIVA
MEMBRANA EPIRETINICA**



DISTACCO RETINICO SOLIDO

DOLORE CEFALICO CORRELATO A PATOLOGIA DEL BULBO OCULARE

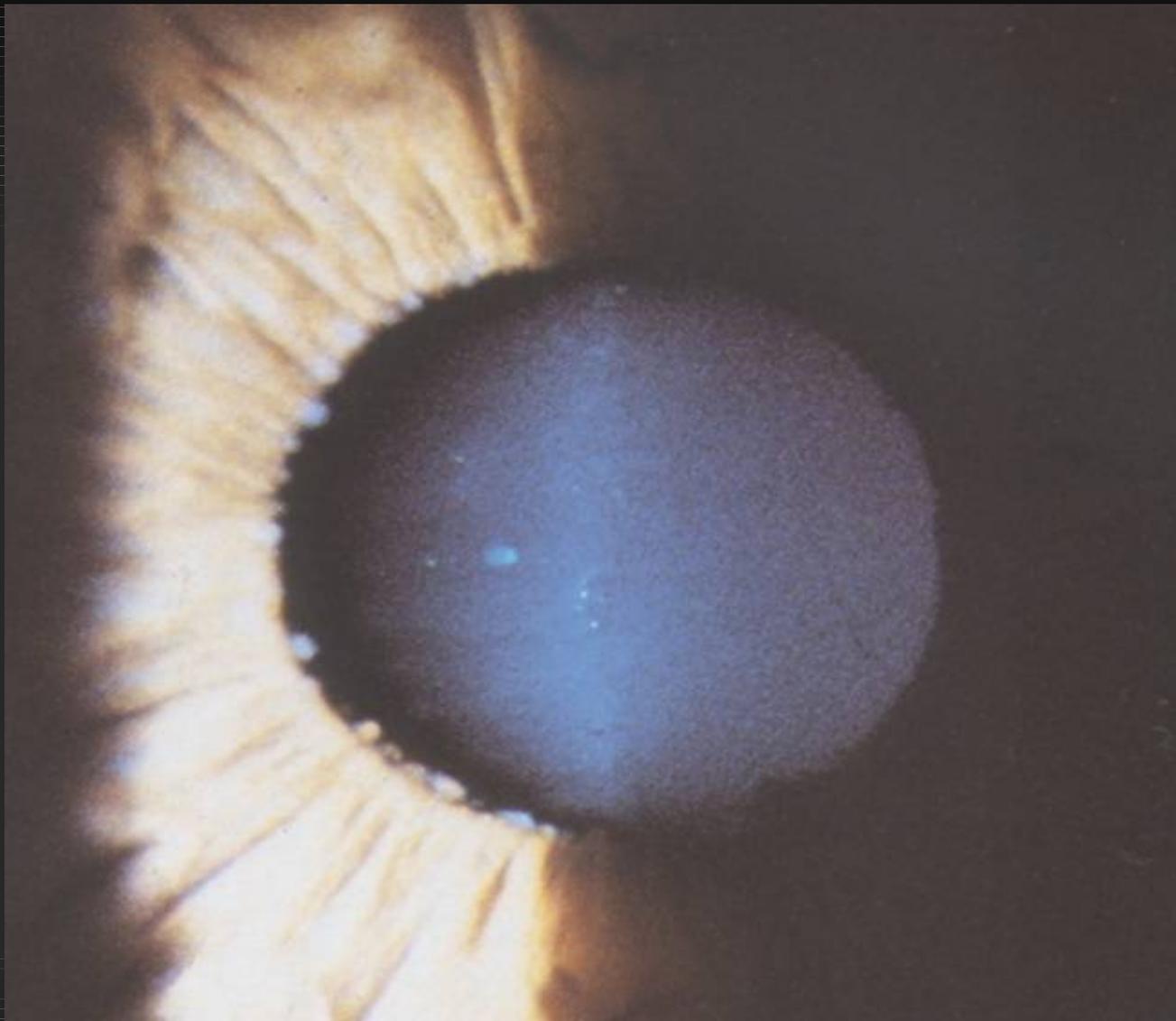
- ATTACCO ACUTO DI GLAUCOMA
- GLAUCOMA SUB-ACUTO E CRONICO AD ANGOLO STRETTO
- GLAUCOMA CRONICO AD ANGOLO APERTO
- IRIDOCICLITE E S. DI POSNER-SCHLOSSMAN
- UVEITI IPERTENSIVE
- NEURITE OTTICA INTRABULBARE
- NEURITE OTTICA RETROBULBARE
- SCLERITE ED EPISCLERITE A. e P.



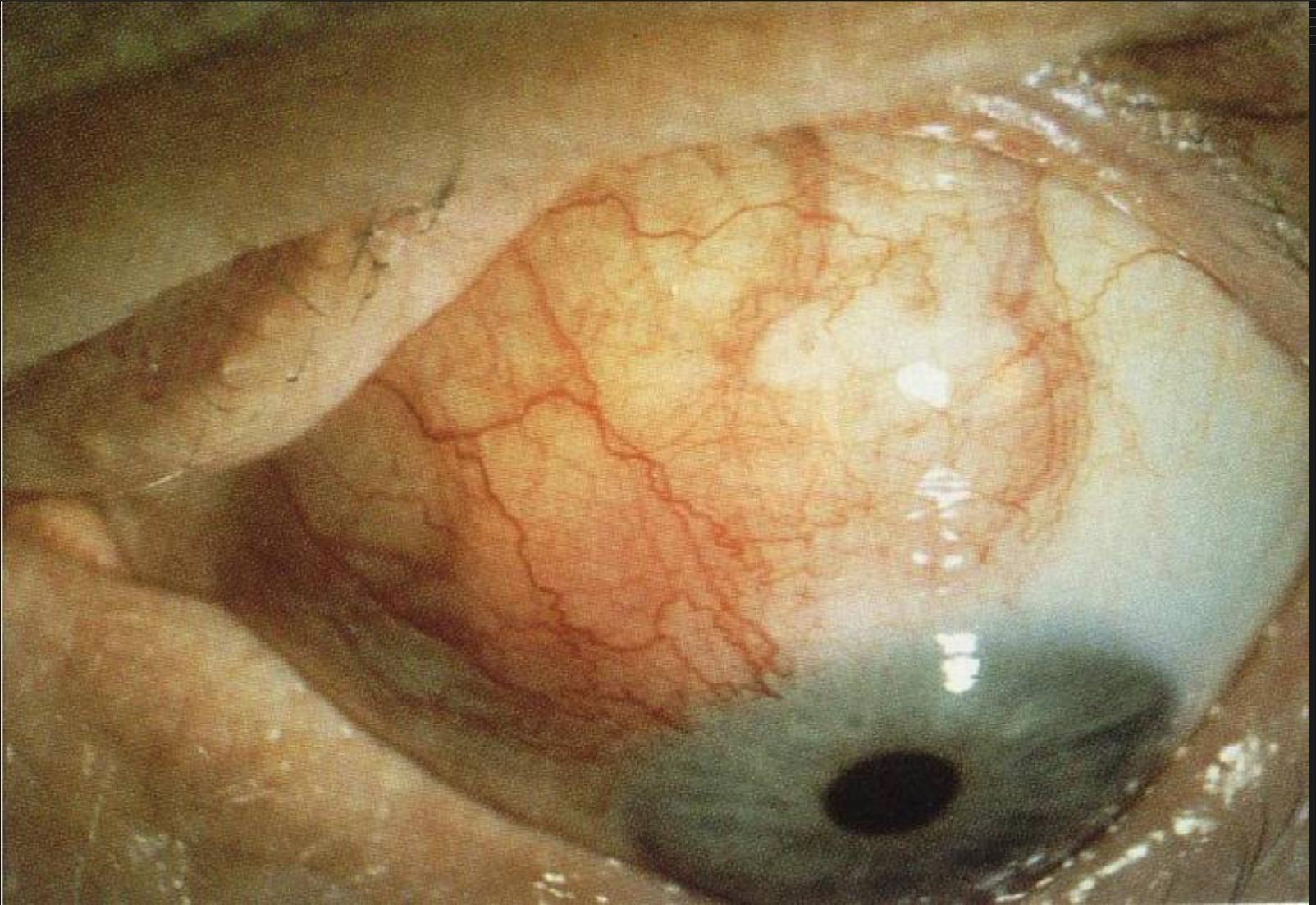
ATTACCO ACUTO DI GLAUCOMA



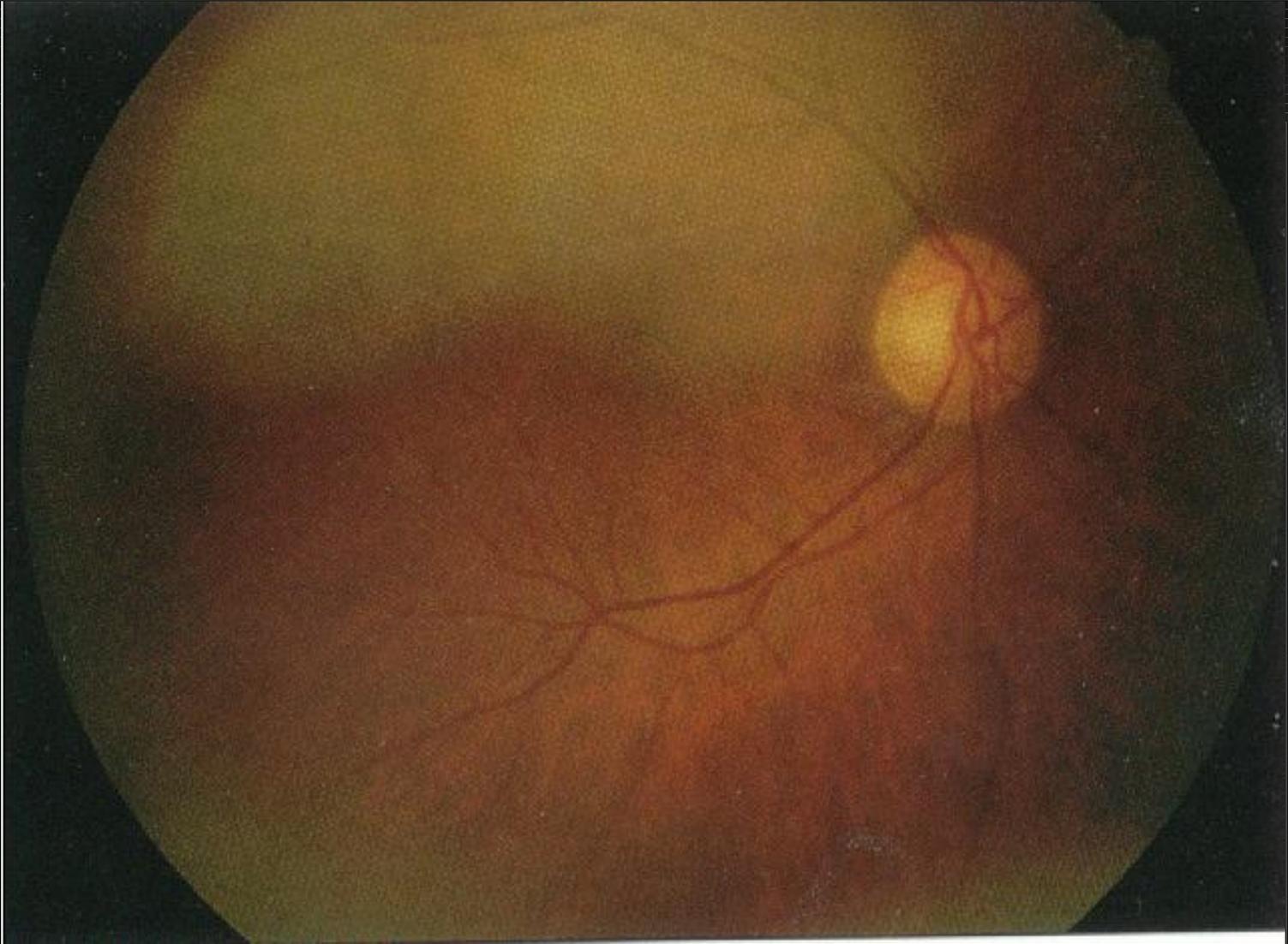
UVEITE ANTERIORE: PRECIPITATI ENDOTELIALI



**UVEITE: DEPOSITI NODULARI SULL'ORLETTO
PUPILLARE
(NODULI DI BUSACCA)**



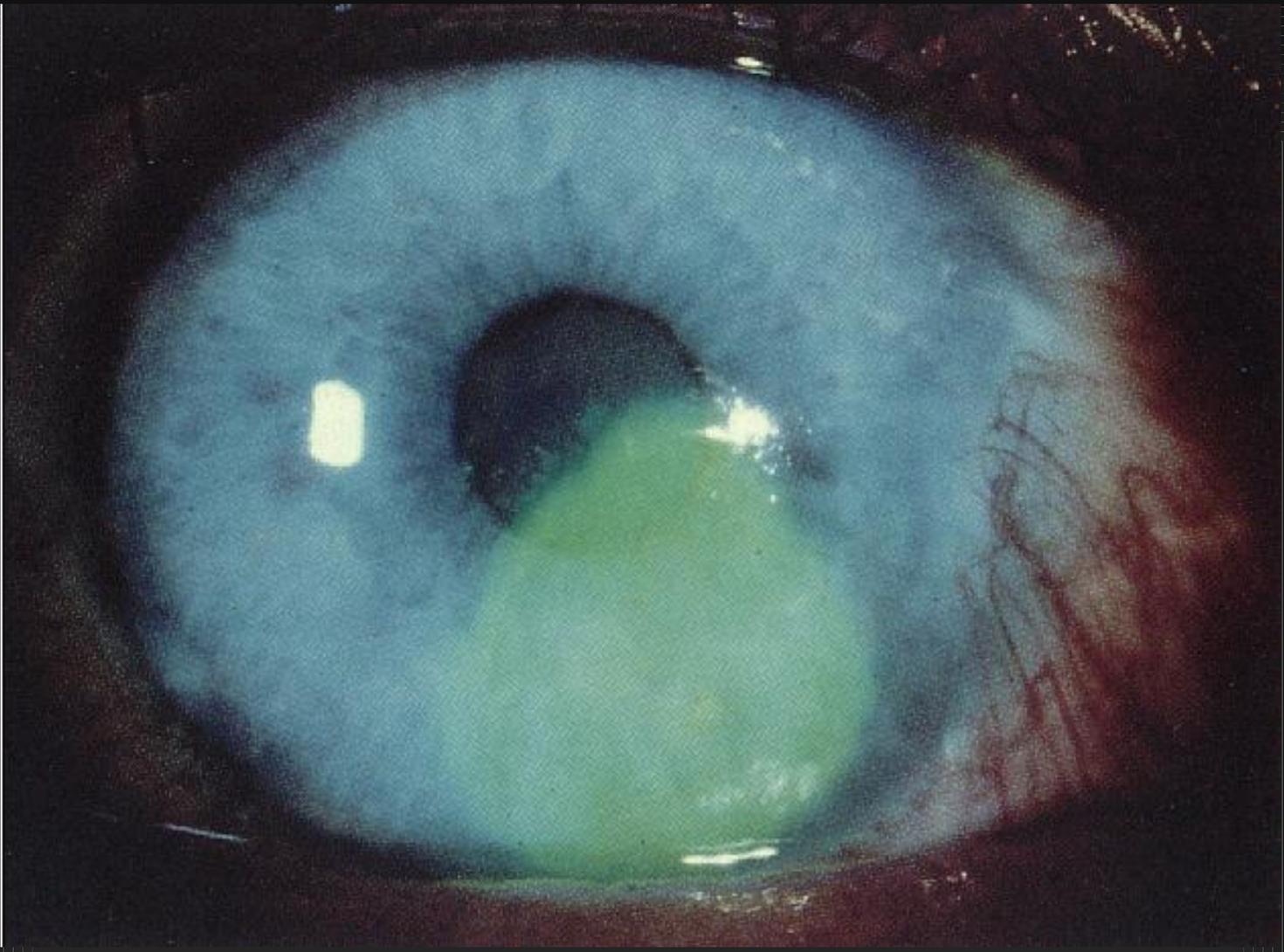
SCLERITE NODULARE SUPEROTEMPORALE



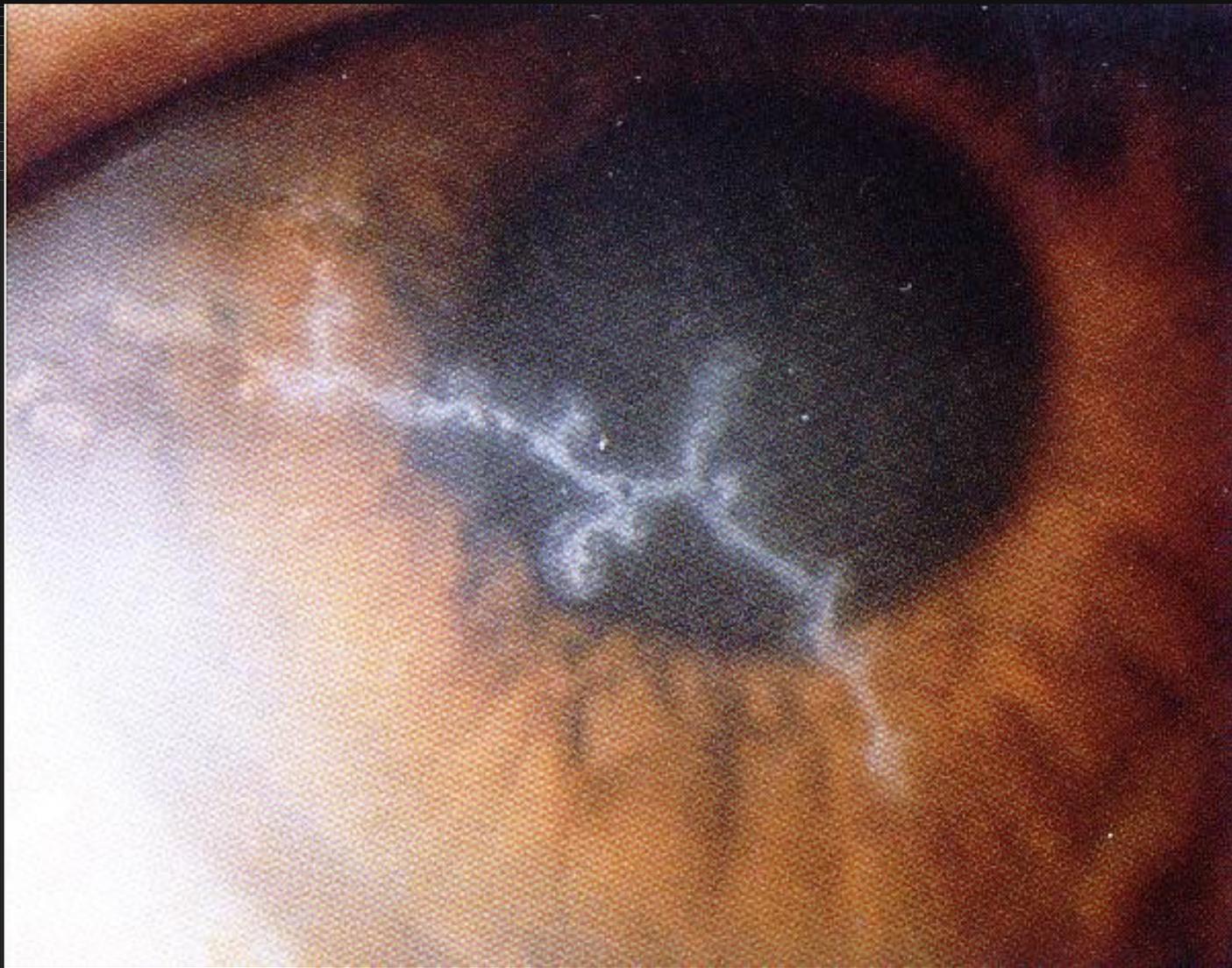
SCLERITE POSTERIORE

DOLORE CEFALICO CORRELATO A PATOLOGIA DEL BULBO OCULARE

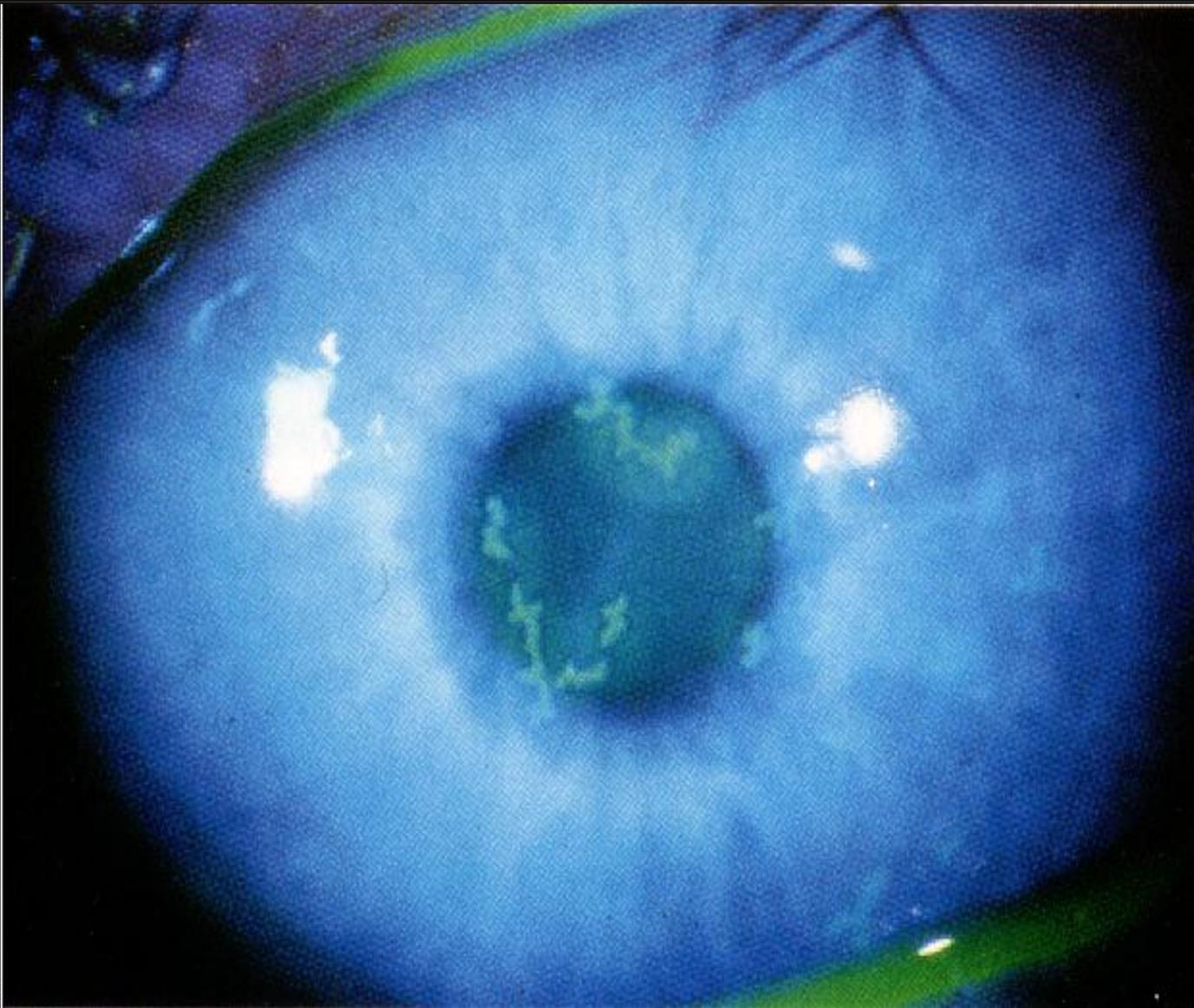
- DIFETTI REFRAATTIVI (*astenopia accomodativa*)
- STRABISMO LATENTE E MICROSTRABISMO
- DEFICIT MOV. BINOCULARI DISGIUNTI
- CORPI ESTRANEI CORNEALI
- CONGIUNTIVITI ACUTE E SUB-ACUTE
- ABRASIONI CORNEALI
- EROSIONE EPITELIALE RECIDIVANTE
- CHERATITI, CHERATOPATIE, ULCERE CORNEALI,
SCOMPENSO CORNEALE ACUTO



EROSIONE CORNEALE



**CHERATITE DENDRITICA DA HERPES SIMPLEX
OFTALMICO**



**CHERATITE DENDRITICA DA HERPES ZOSTER
OFTALMICO**

EMICRANIA RETINICA

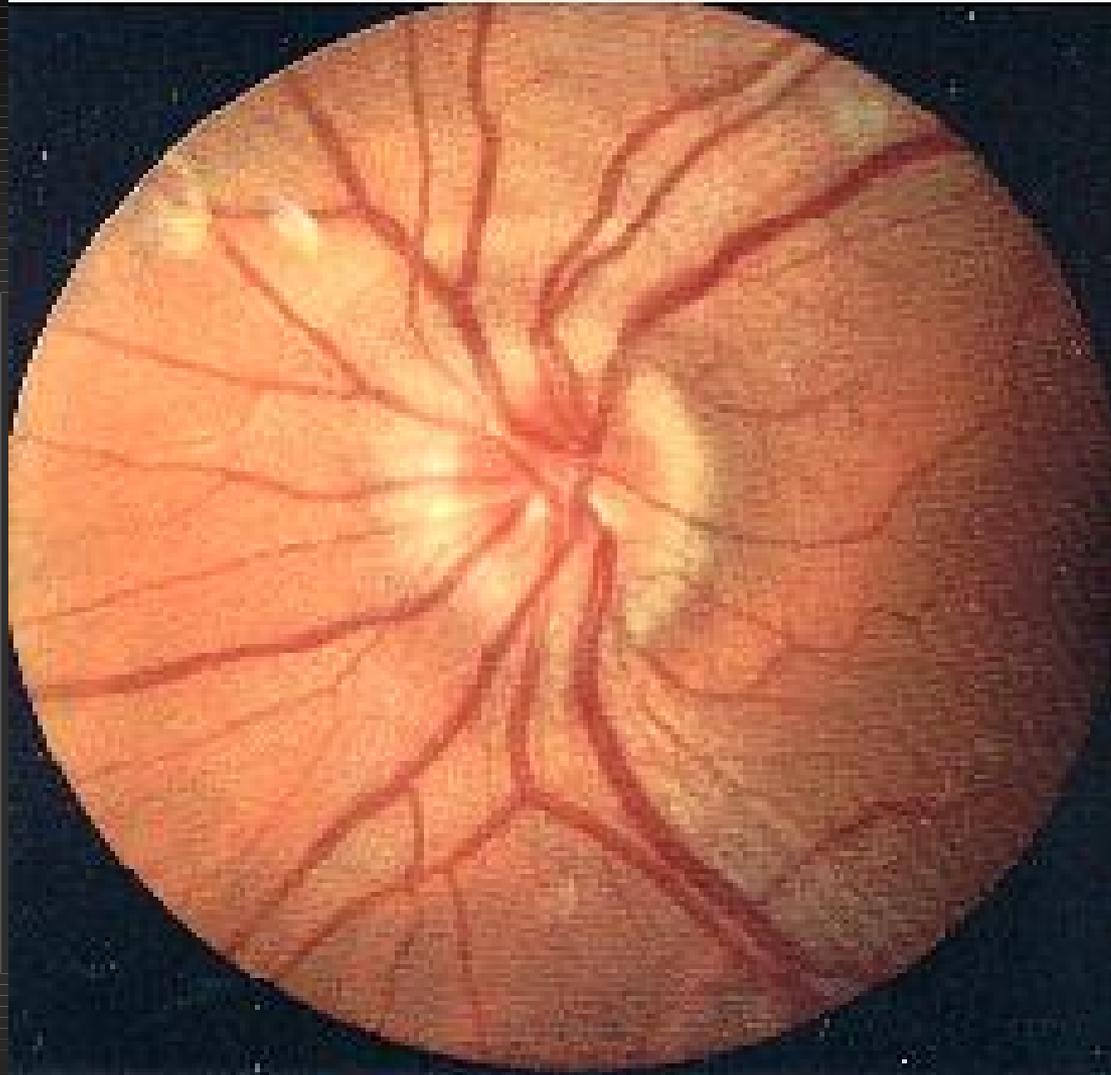
- ATTACCHI RIPETUTI DI SCOTOMI MONOCULARI RELATIVI O ASSOLUTI DI DURATA INFERIORE A 60 MIN.
- LA CEFALEA PUO' PRECEDERE O SEGUIRE I SINTOMI VISIVI
- I CRITERI DEVONO ESSERE RIGIDI: MONOLATERALITA', CEFALEA CHE POSSIBILMENTE PRECEDA LE ALTERAZIONI DEL CAMPO VISIVO
- MECCANISMO: VASOSPASMO ARTERIOSO UNILATERALE. POSSIBILE DEFICIT PERMENEENTE
- D.DIFFERENZIALE: PATOLOGIA VASCOLARE ATS CAROTIDEA, N.O.I.A., O.A.C.R., O.V.C.R, O.A.Cr.

EMICRANIA COMPLICATA

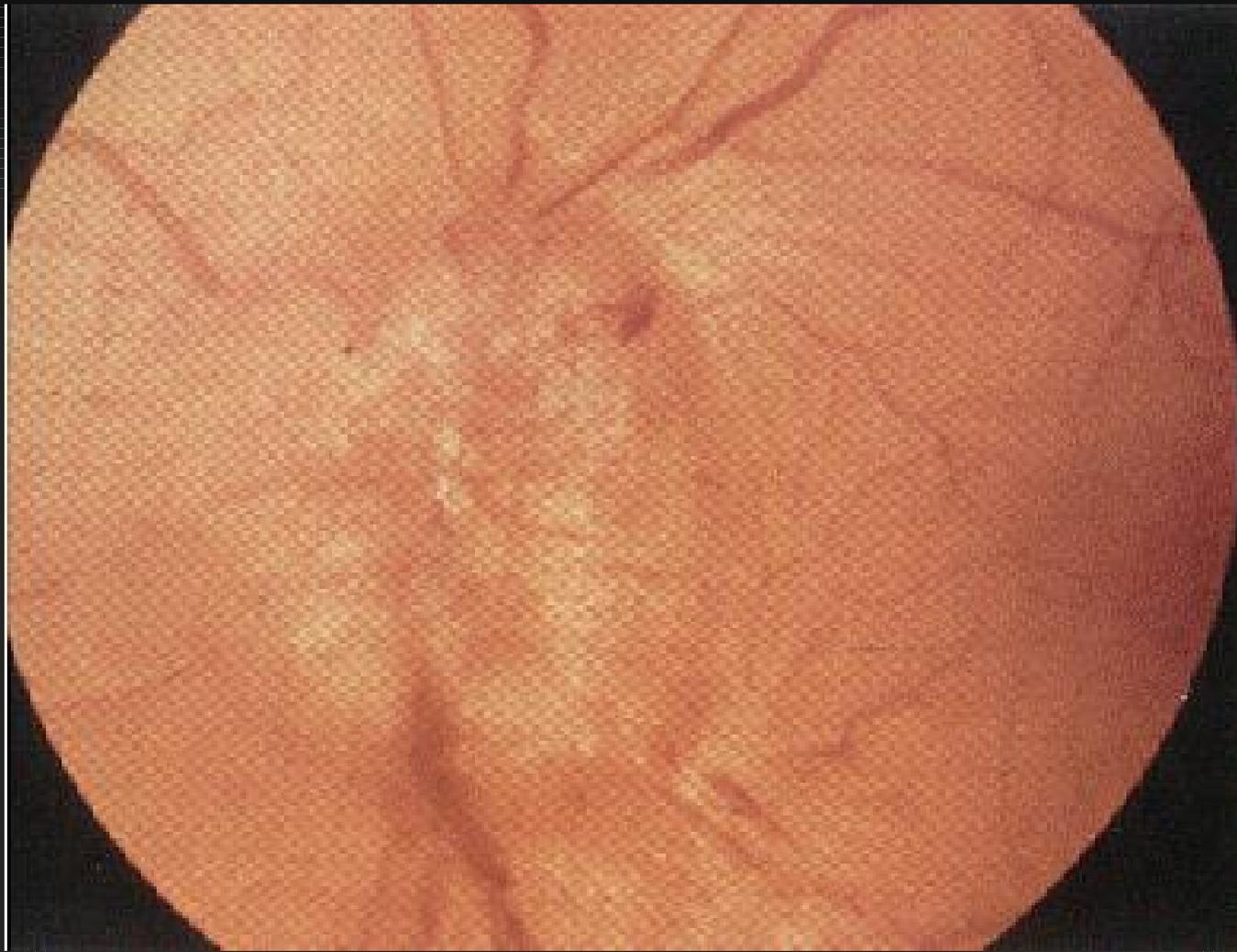
- ***STATO EMICRANICO***: ATTACCHI DI DURATA SUPERIORE A 72 ORE, CON INTERVALLO LIBERO INFERIORE ALLE 4 ORE
- ***INFARTO EMICRANICO***: AURA E SINTOMI CHE NON REGREDISCONO ENTRO 7 GIORNI, SI ASSOCIA L'EVIDENZA DI UN DANNO ISCHEMICO AGLI ESAMI NEURORADIOLOGICI, ***POSSIBILE ISCHEMIA RETINICA CON DEFICIT VISIVO PERMANENTE***

DIAGNOSI DIFFERENZIALE NEURO-OFTALMOLOGICA

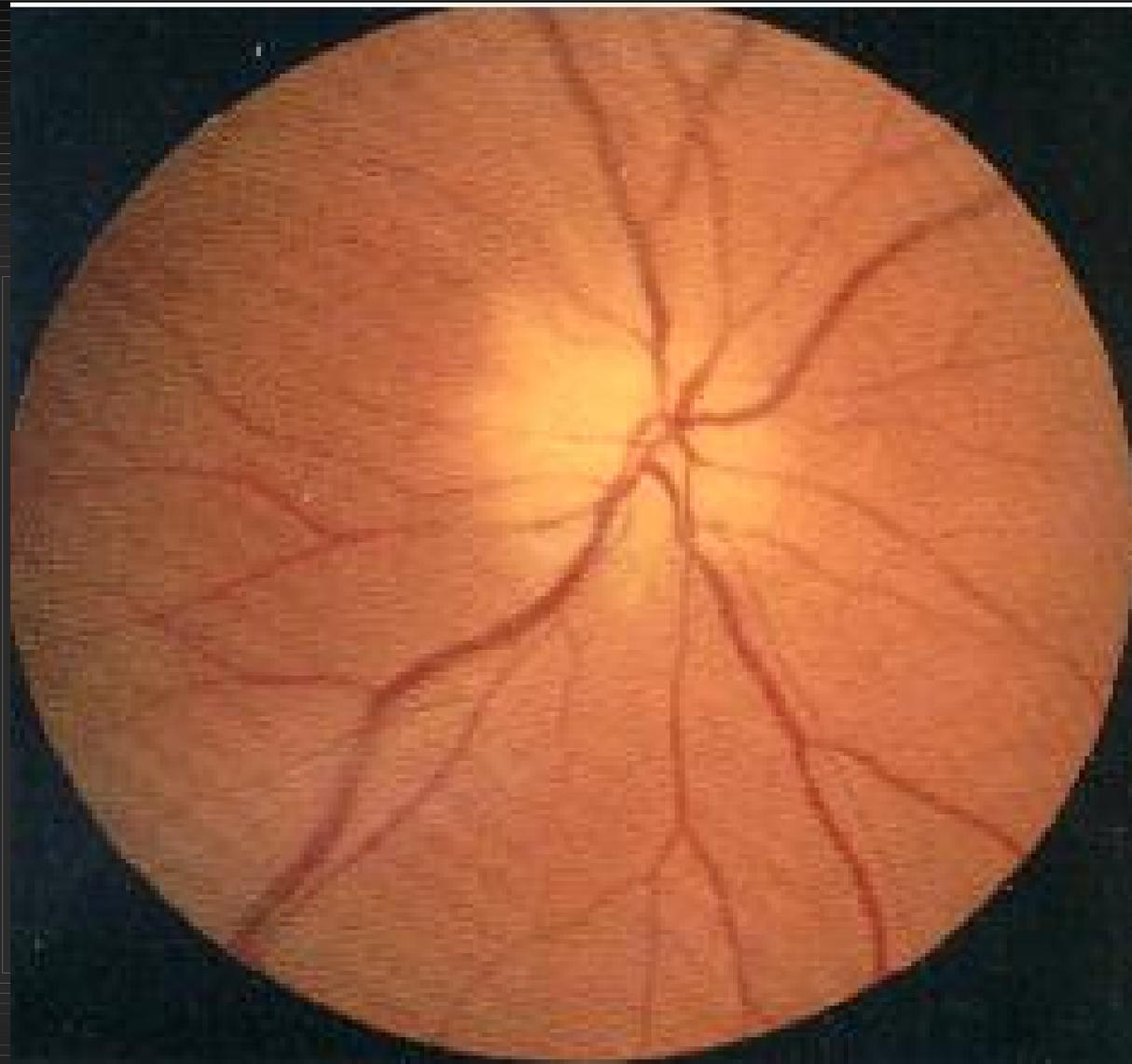
- NEURITI OTTICHE
- PAPILLEDEMI (ipertensione endocranica)
- NEUROPATIE OTTICHE ISCHEMICHE
- PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE
- PATOLOGIE ORBITARIE
- PATOLOGIE VASCOLARI D.C.V., D.V.B.,
- PATOLOGIE ORGANICHE DEL S.N.C.
- INTOSSICAZIONI E M. METABOLICHE



NEURITE OTTICA INFIAMMATORIA



PAPILLA DA STASI: IPERTENSIONE ENDOCRANICA



**NEUROPATIA OTTICA ISCHEMICA
ANTERIORE**

CEFALEA MUSCOLO-TENSIVA

- ATTACCHI DI DURATA DA 30 MINUTI A INTERE GIORNATE (CRONICI O EPISODICI)
- BILATERALE E DIFFUSA, DI INTENSITA' VARIABILE (SPESSO MODERATA), NON PULSANTE, NON PEGGIORA CON L'ATTIVITA' FISICA, SPESSO CON L'ATTIVITA' INTELLETTUALE, USO DI VDT
- ESORDIO GRADUALE RISPETTO ALL'EMICRANIA, MAGGIORE DURATA
- *POSSIBILI ASSOCIAZIONI OCULARI: FOTOFOBIA, IPERMETROPIA, ASTIGMATISMO, MICROSTABISMO, FORIE, ASTENOPIA ACCOMODATIVA E MUSCOLARE, IPEREMIA CONGIUNTIVALE E BLEFARITE IPEREMICA*

CEFALEA A GRAPPOLO

- ATTACCHI DOLOROSI VIOLENTI, UNILATERALI (MINIMO 5 AL GIORNO), SPESSO NOTTURNO, DI DURATA DA 15 A 180 MIN., SPONTANEI O SCATENATI DA FREDDO, CALDO, ALCOOL ETC.
- PREVALENTE NEL SESSO MASCHILE TRA LA III° E LA V° DECADE
- LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE: ORBITARIA, SOVRAORBITARIA, TEMPORALE
- *ASSOCIAZIONI OCULARI: INIEZIONE CONGIUNTIVALE, LACRIMAZIONE, CONGESTIONE NASALE, RINORREA, MIOSI, PTOSI, EDEMA PALPEBRALE, SUDORAZIONE FACCIALE*

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

CEFALEA A GRAPPOLO

- SINDROME DI RAEDER
- NEVRALGIA DEL TRIGEMINO
- ARTERITE TEMPORALE DI HORTON
- ANEURISMI DELLA CAROTIDE INTERNA E DELLA BIFORCAZIONE
- DISPLASIA FIBROVASCOLARE
- TRAUMI E TUMORI DEL G. DI GASSER
- TUMORI DELLA F.C.M.
- RINOSINUSITE CRONICA
- OSTEITI
- INFEZIONI ODONTOGENE

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- PATOLOGIE DEL S.N.C. E PERIFERICO
- PATOLOGIE DEL BULBO OCULARE
- PATOLOGIE DELL'ORBITA
- PATOLOGIE RINOSINUSALI
- PATOLOGIE DELL'ORECCHIO
- PATOLOGIE CERVICALI
- PATOLOGIE DENTALI
- PATOLOGIE DELLA A.T.M.
- DISTURBI NEURO-PSICHICI

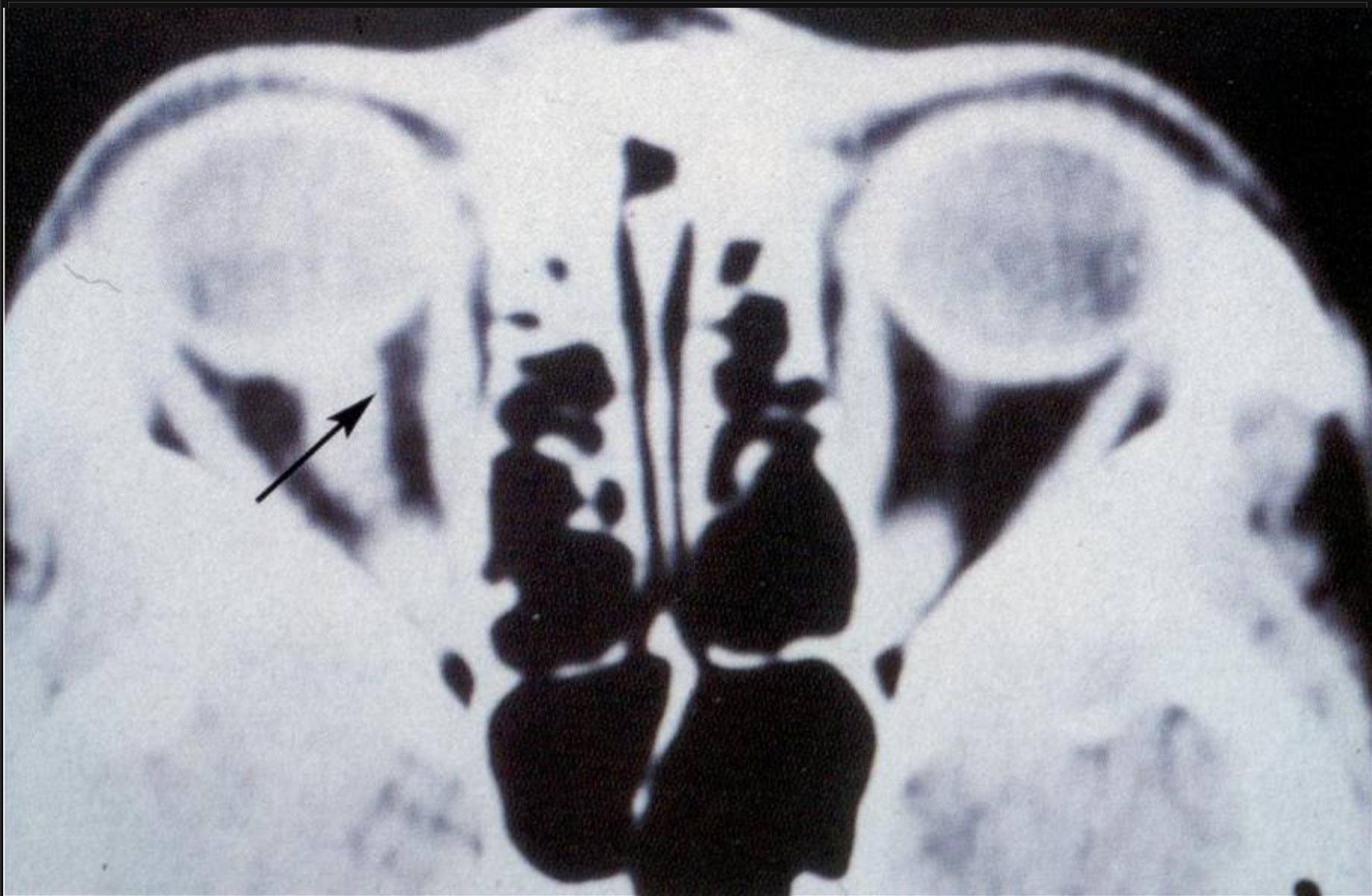
PATOLOGIA ORBITARIA

- NEOPLASTICA
- VASCOLARE
- FLOGISTICA
- MALFORMATIVA

PATOLOGIA NEOPLASTICA ORBITARIA ASSOCIATA A CEFALEA E

DEFICIT VISIVI

- **MENINGIOMI DEL N.O. E DELLE GUAINE**
- **GLIOMA DEL N.O.**
- **EMANGIOMA CAPILLARE E CAVERNOSO**
- **RABDOMIOSARCOMA**
- **EMANGIOENDOTELIOMA**
- **EMANGIOPERICITOMA**
- **LINFOMA E LINFANGIOMA**
- **NEURINOMA E NEUROFIBROMA**
- **ISTIOCITOSI-X**
- **METASTASI DA K SISTEMICI**



TC: MENINGIOMA DEL NERVO OTTICO

PATOLOGIA ORBITARIA FLOGISTICA CORRELATA A DOLORE CEFALICO E DEFICIT VISIVI

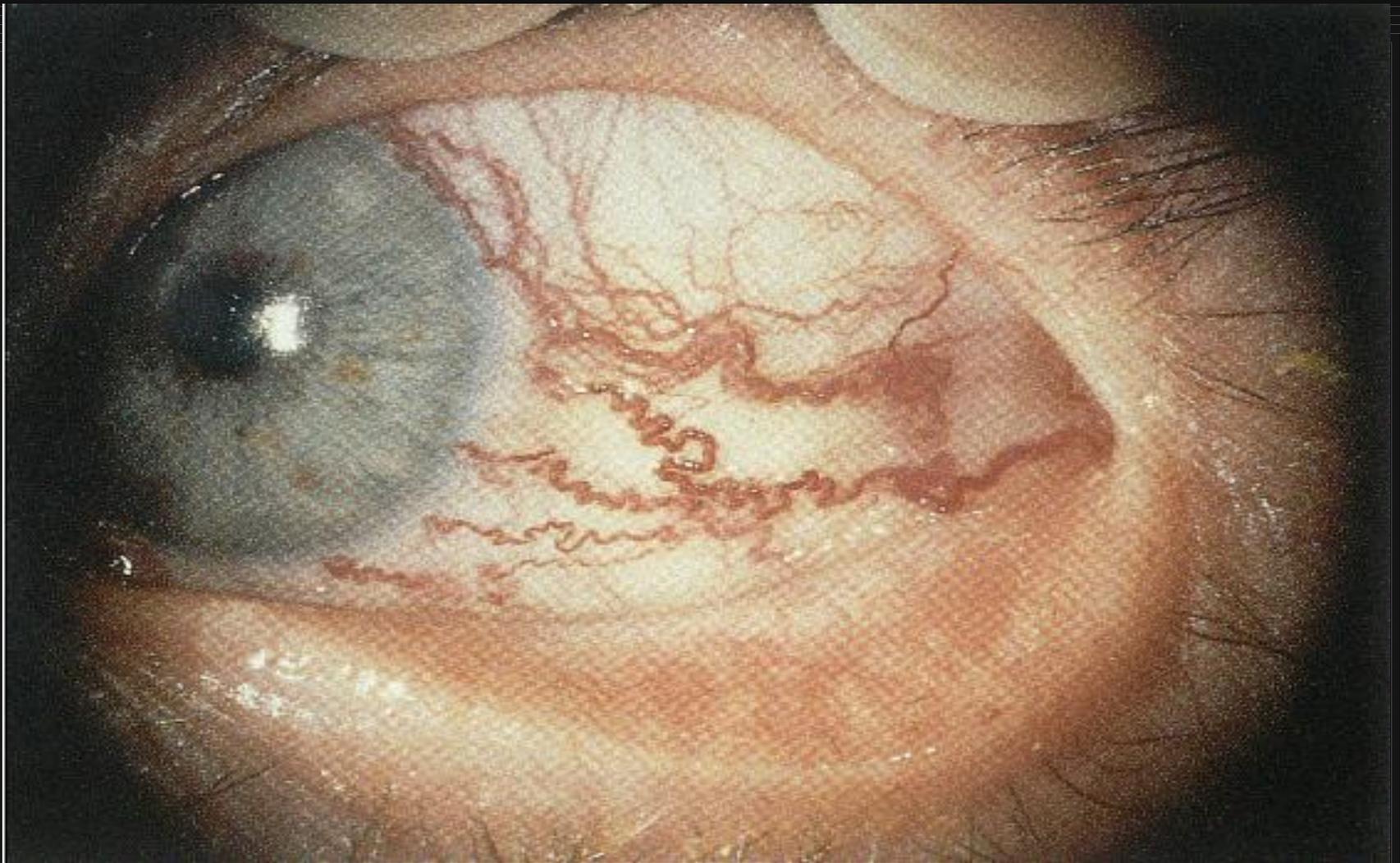
- PSEUDOTUMOR INFIAMMATORIO IDIOPATICO
- CELLULITE ORBITARIA
- MALATTIA DI BASEDOW
- MIOSITE
- TENONITE
- PERISCLERITE
- S. DI TOLOSA-HUNT
- VASCULITI (Granulomatosi di W., P.A.N., Sarcoidosi)



PSEUDOTUMOR INFIAMMATORIO DELL'ORBITA

PATOLOGIA ORBITARIA VASCOLARE CORRELATA A DOLORE CEFALICO E DEFICIT VISIVI

- VARICI ORBITARIE
- FISTOLA CAROTIDO-CAVERNOSA
- TROMBOSI DELLE VENE OFTALMICHE
- ANGIOMA CAVERNOSO
- ANGIOMA CAPILLARE
- TROMBOSI DEL SENO CAVERNOSO
- EMANGIOENDOTELIOMA
- EMANGIOPERICITOMA



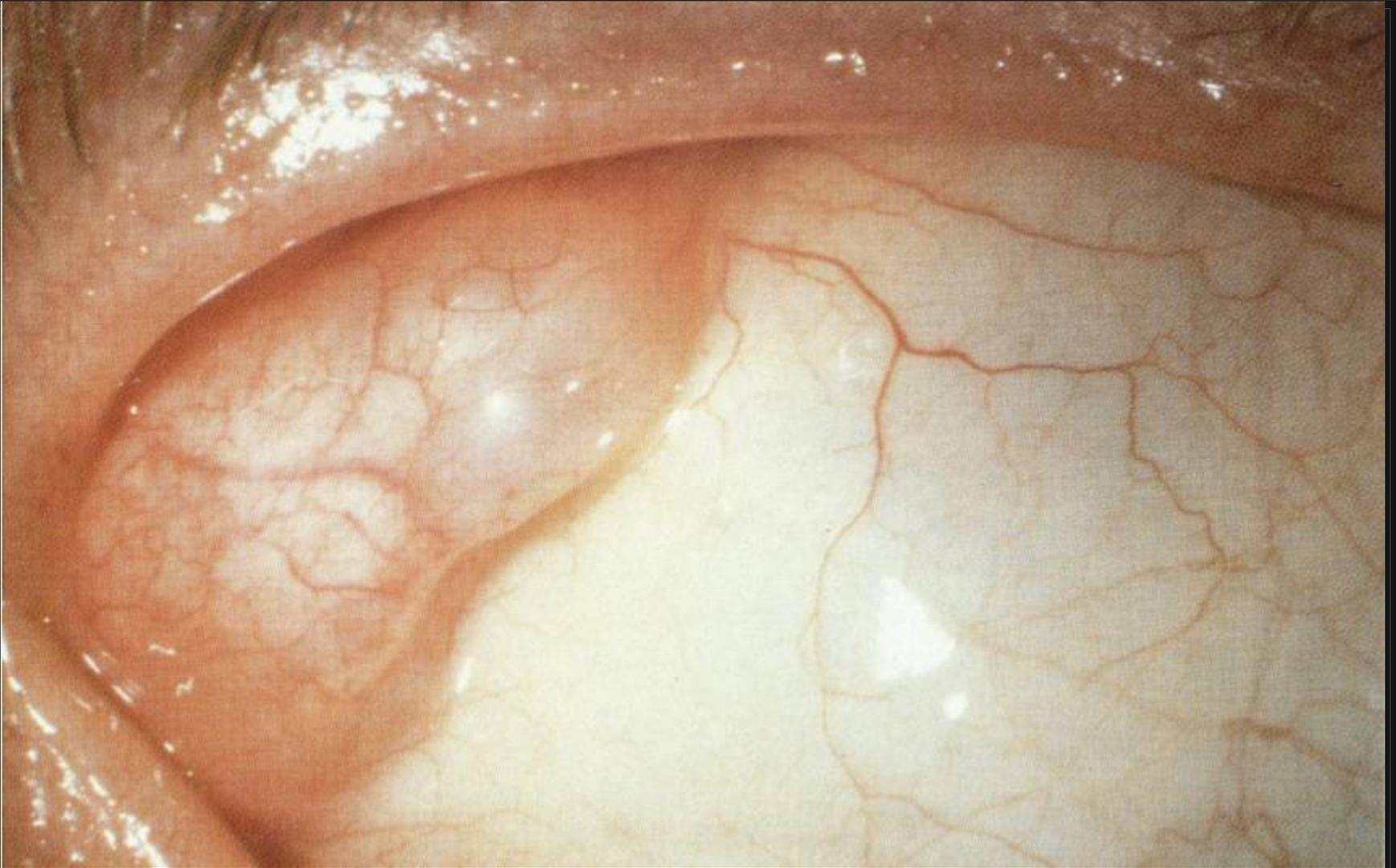
**CAPUT MEDUSAE CONGIUNTIVALE: FISTOLA
CAROTIDO-CAVERNOSA**

PATOLOGIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE ASSOCIATA A DOLORE CEFALICO

- **DACRIOADENITE ACUTA**
- **LINFOMA**
- **CILINDROMA**
- **ADENOCARCINOMA**
- **K - MUCOEPIDERMIOIDE**



**DACRIOADENITE
ACUTA**



**CARCINOMA ADENOIDE-CISTICO DELLA
GHIANDOLA LACRIMALE**



TC: TUMORE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE

SINTOMATOLOGIA CORRELATA A PATOLOGIA ORBITARIA

- ESOF TALMO-PROPTOSI (non sempre evidenti)
- IPEREMIA E CHEMOSI CONGIUNTIVALE
- CAPUT MEDUSAE CONGIUNTIVALE
- MIDRIASI, OFTALMOPLEGIA, BLEFAROPTOSI
- GLAUCOMA SECONDARIO
- DOLORE OCULARE E PERIOCULARE
- CEFALEA, NAUSEA, VOMITO
- RIDUZIONE DEL VISUS (spesso tardiva)
- EDEMA DELLA PAPILLA OTTICA, ATROFIA

DOLORI CEFALICI SECONDARI ASSOCIATI A DISTURBI VISIVI DI PERTINENZA NEURO-OFTALMOLOGICA

- **TUMORI CEREBRALI**
- **TUMORI CEREBELLARI**
- **TUMORI DEL NERVO OTTICO, DEL CHIASMA E DELLE VIE OTTICHE RETROCHIASMATICHE**
- **TUMORI DEL C.G.L. E DEL TALAMO (RARI)**
- **TUMORI DEL III° VENTRICOLO (INFUNDIBOLO)**
- **TUMORI DEL T.E., MESENCEFALICI E DEI TUBERCOLI QUADRIGEMINI (S. di Parinaud, Oftalmoplegia internucleare)**
- **NEOPLASIE E MALATTIE DELL'ORBITA INTRACONICHE ED EXTRACONICHE**
- **TUMORI IPOFISARI E CRANIOFARINGIOMA**

DOLORI CEFALICI SECONDARI DI PERTINENZA

NEURO-OFTALMOLOGICA

- ANEURISMI DELLA CAROTIDE INTERNA
- ANEURISMI CAROTIDO-OFTALMICI
- ANEURISMI DELLA ARTERIA
COMUNICANTE ANTERIORE
- EMORRAGIA SUB-ARACNOIDEA E
SINDROME DI TERSON
- PSEUDOTUMOR CEREBRI
- SINDROME DELLA SELLA VUOTA

SINTOMATOLOGIA

- CEFALEA (specie al risveglio)
- NAUSEA E VOMITO
- EDEMA DELLA PAPPILLA OTTICA DA STASI
- PARALISI DEI NN. OCULOMOTORI
- DIPLOPIA
- AMAUROSIS FUGAX
- ANISOCORIA
- DISCROMATOPSIA (specie xantopsia)
- DEFICIT DEL CAMPO VISIVO
- MICRO E MACROPSIA
- METAMORFOPSIA E FOTOPSIA
- ATROFIA OTTICA

DOLORI CEFALICI NEURO-OFTALMICI

- NEVRALGIA DEL TRIGEMINO E N. SVRAORBITARIO
- NEVRALGIA DA HERPES ZOSTER E SIMPLEX OFTALMICO
- EMICRANIA OFTALMICA
- EMICRANIA OFTALMOPLEGICA
- CEFALEA A GRAPPOLO

SINTOMATOLOGIA

- **EMICRANIA PRE-INFARTUALE**
- **CEFALEA E DOLORE PERIOCULARE**
- **OFTALMOPLEGIA**
- **DIPLOPIA**
- **PTOSI**
- **ANISOCORIA**
- **AMAUROSIS FUGAX**
- **RAPIDA RIDUZIONE DEL VISUS**
- **PROPTOSI**

PATOLOGIA VASCOLARE NEURO-OFTALMICA ASSOCIATA A CEFALEA

- **NEUROPATIA OTTICA ISCHEMICA A. e P.**
- **ARTERITE TEMPORALE DI HORTON**
- **OCCLUSIONE DELLA V.C. R.**
- **OCCLUSIONE DELLA A.C.R.**
- **SINDROME DI TERSON**
- **ANEURISMA DELLA CAROTIDE INTERNA**
- **TROMBOSI DEL SENO CAVERNOSO**



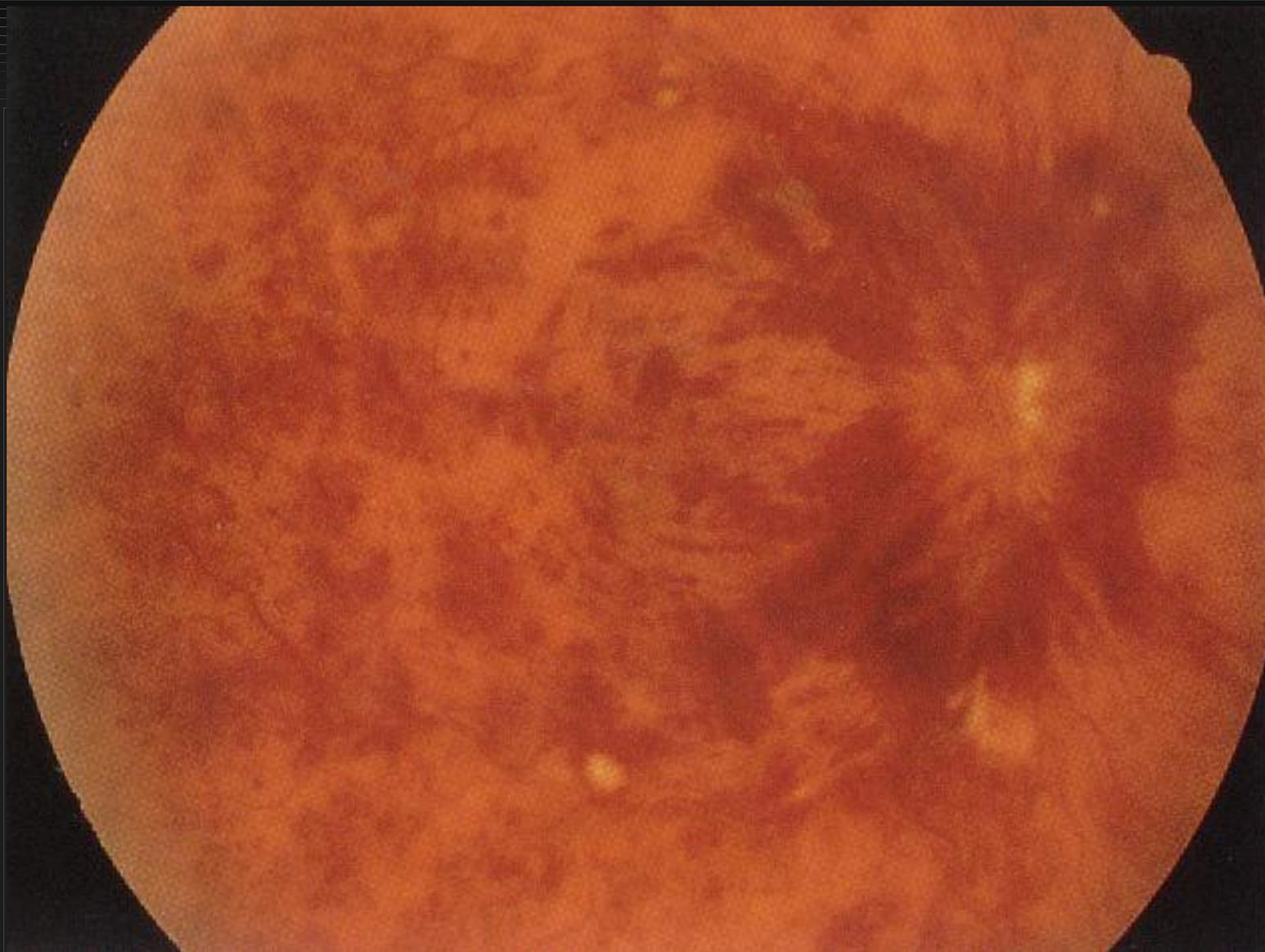
**NEUROPATIA OTTICA ISCHEMICA
ACUTA**



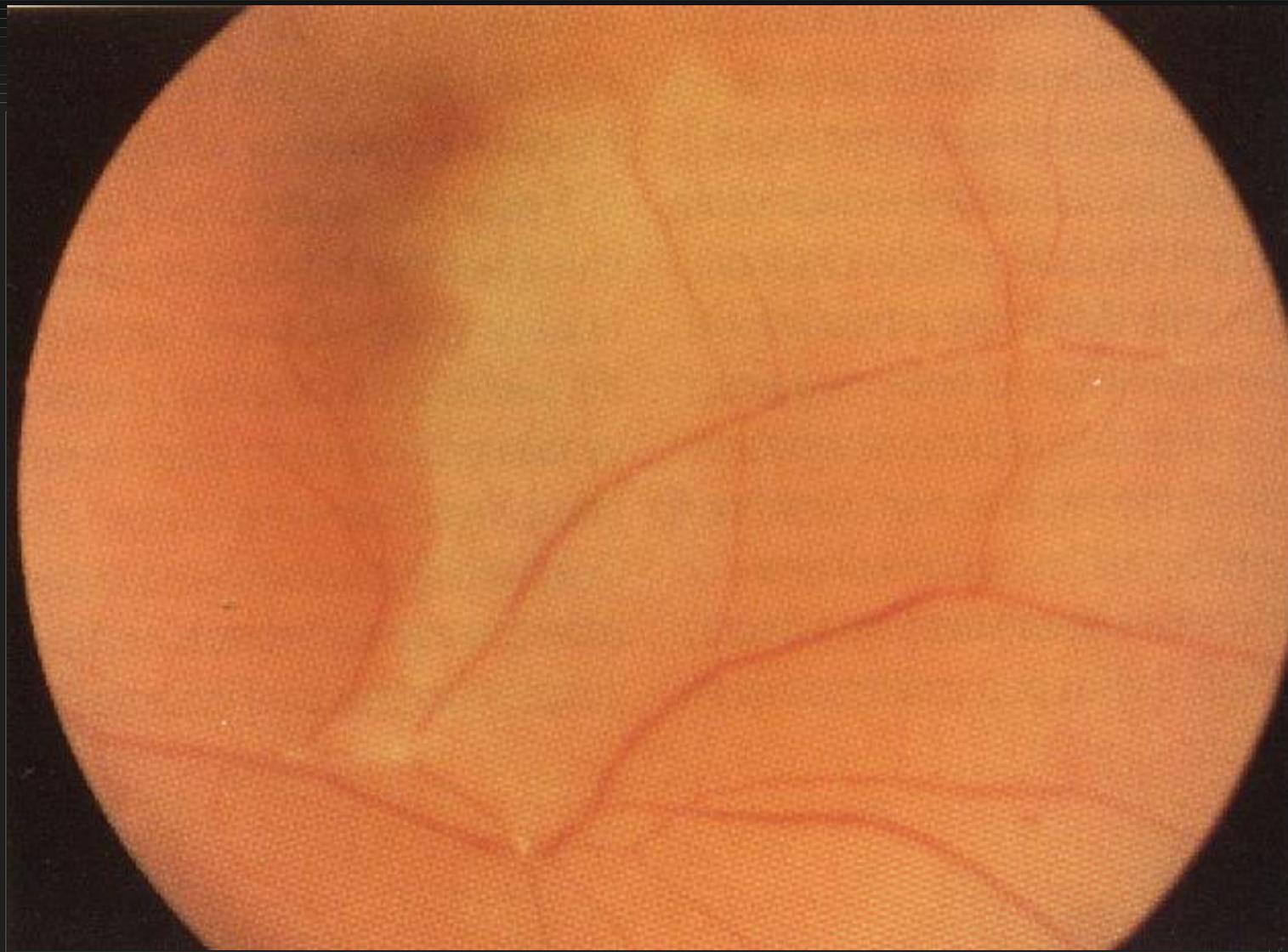
ARTERITE TEMPORALE



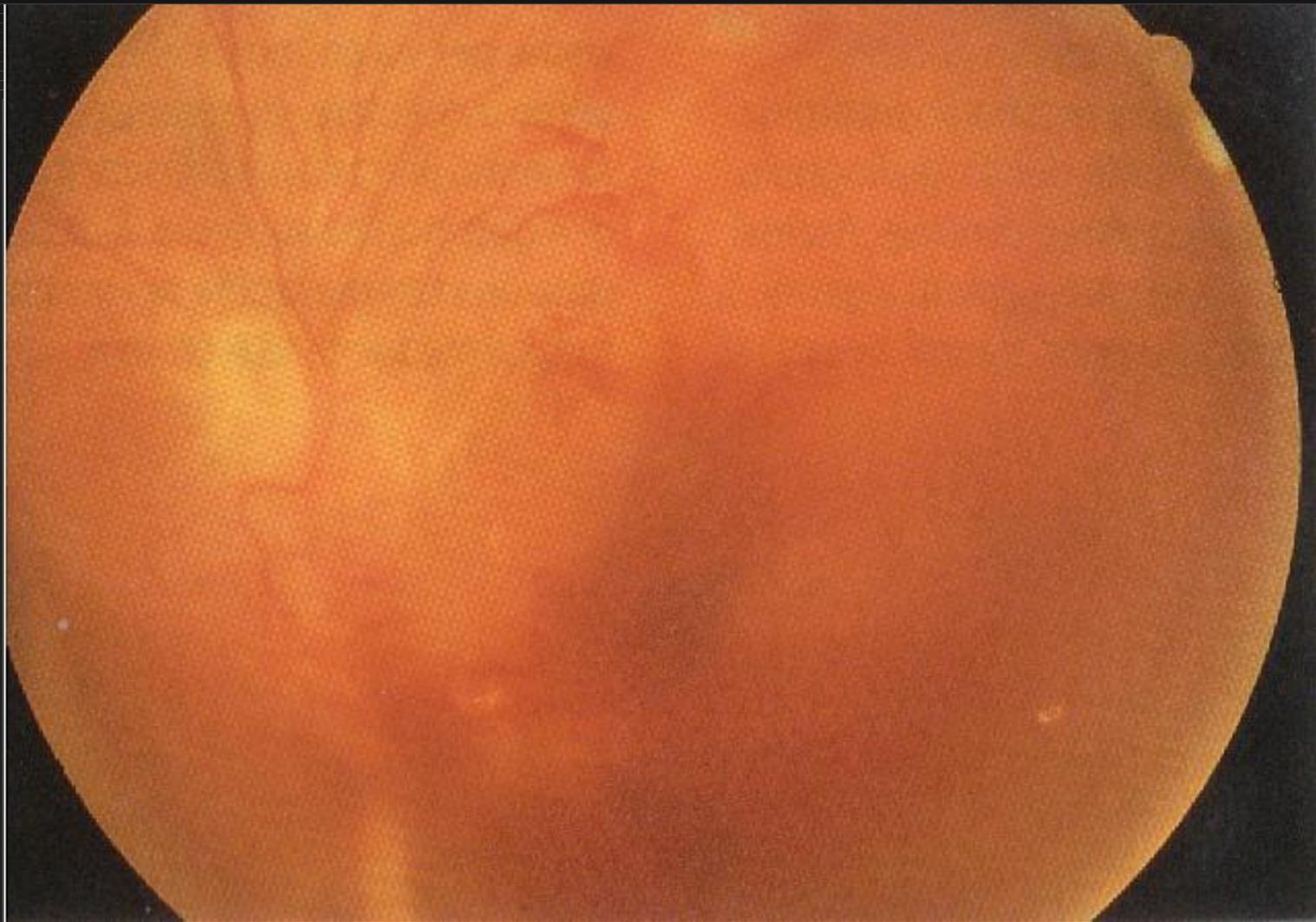
OCCLUSIONE VENOSA DI BRANCA



**OCCLUSIONE DELLA VENA CENTRALE
RETINICA**



**OCCLUSIONE EMBOLICA DI UN RAMO DELLA
ARTERIA CENTRALE RETINICA**



**EMOVITREO MASSIVO IN SINDROME DI
TERSON**

OFTALMOPLEGIA DOLOROSA

paralisi di uno o più nervi oculomotori associata a dolore cefalico

- SINDROME DELLA F.O.S.
- SINDROME DELL'APICE ORBITARIO
- SINDROME DEL SENO CAVERNOSO
- NEOPLASIE DEL T.E. E CEREBRALI
- NEOPLASIE CEREBELLARI
- MALATTIE DEMIELINIZZANTI (S.M.)
- EMICRANIA OFTALMOPLEGICA

SINDROME DELLA F.O.S

- MENINGIOMA DELL'ALA SFENOIDALE
- NEOPLASIE ORBITARIE EXTRACONICHE
- PSEUDOTUMOR INFIAMMATORIO
- SINDROME DI TOLOSA-HUNT
- SARCOIDOSI E GRANULOMATOSI
- ISTIOCITOSI-X
- FISTOLA C.C. - VARICI ORBITARIE
- EMATOMA RETROBULBARE

SINTOMATOLOGIA NELLA S.F.O.S

Interessamento III°, IV°, V°1, VI°, f.s.c.

- OFTALMOPLEGIA DOLOROSA
- RIDUZIONE DEL VISUS FINO A CECITA'
- GLAUCOMA SECONDARIO (c.v.o.s)
- PROPTOSI ASIMMETRICA
- ALTERAZIONI DEL CAMPO VISIVO
- S. DI HORNER (int. Fibre oculo-simpatiche)

SINDROME DELL'APICE ORBITARIO

- MENINGIOMA DELL'ALA SFENOIDALE
- MENINGIOMA DEL NERVO OTTICO
- GLIOMA DEL NERVO OTTICO (GVOA)
- PSEUDOTUMOR INFIAMMATORIO
- GRANULOMATOSI (bilaterali)
- TRAUMI ORBITO-FACCIALI (edema-emorragia-frattura canalicolare)
- ALTRE NEOPLASIE ORBITARIE

SINTOMATOLOGIA S.A.O.

interessamento del III°, IV°, V°1, VI°, N.O.

- ESOF TALMO
- PROPTOSI
- OFTALMOPLEGIA
- DIPLOPIA
- ANISOCORIA
- PAPILLEDEMA
- DOLORE OCULARE E CEFALICO
- RIDUZIONE DEL VISUS - CECITA'
- SCOTOMA CENTRO-CIECALE

SINDROME DEL SENO CAVERNOSO

- FISTOLA CAROTIDO-CAVERNOSA
- ANEURISMA CAROTIDEO INTRACAVERNOSO
- TROMBOSI SETTICA (cellulite orbitaria, sinusopatie)
- TROMBOSI ASETTICA (traumatica, post-chirurgica)
- ADENOMA IPOFISARIO (espansione laterale)
- PINEALOMA

SINTOMATOLOGIA

SINDROME DEL SENO CAVERNOSO

interessamento III°, IV°, V°1-2, VI° nn.c

- **ESOF TALMO**
- **DOLORE OCULARE - CEFALEA**
- **PAPILLEDEMA**
- **OFTALMOPLÉGIA**
- **PARESTESIE**
- **DIFFICOLTÀ MASTICATORIE**
- **SINDROME DI PARINAUD**

EMICRANIA OFTALMOPLEGICA

- PIU' FREQUENTE IN ETA' PEDIATRICA
- ATTACCHI RICORRENTI DI CEFALEA
- PARALISI DI UNO O PIU' NERVI OCULOMOTORI
- FREQUENTE INTERESSAMENTO DEL III° ,
RARAMENTE IL VI° NERVO CRANICO
- FREQUENTI NAUSEA E VOMITO
- LA PARESI SEGUE LA CEFALEA (1 SETT.) E PUO'
DURARE PER GIORNI (3-5 SETT.), PUO' RESIDUARE
ANISOCORIA (LIEVE MIDRIASI)
- NON SONO DIMOSTRABILI PATOLOGIE
ORGANICHE INTRACRANICHE, DEL T.E. E
DELL'ORBITA (DIAGNOSI DI ESCLUSIONE)

ALTRE CAUSE DI OFTALMOPLEGIA DOLOROSA

- MONONEUROPATIA DIABETICA
- HERPES ZOSTER OFTALMICO
- S. DI FISHER (var. GUILLAIN-BARRE':
BILATERALE, MIDRIASI AREAGENTE, PARALISI
DEL III° E DEL VII°)
- S. DI RAEDER: DOLORE OCULARE E
PERIOCULARE POST-ISCHEMIA DEL GANGLIO DI
GASSER
- NEURINOMI DEL G. DI GASSER E DELLA I°
BRANCA TRIGEMINALE

L' *Oftalmologo* deve escludere la possibile correlazione tra dolore cefalico ed apparato visivo, comprendere se alla base dei sintomi vi sia una causa organica o funzionale oculare ed extra-oculare attraverso una anamnesi oculare e generale accurata, un approfondito esame obiettivo neuro-oftalmologico, una dettagliata valutazione del *fundus oculi*, la esecuzione degli esami diagnostici oftalmologici necessari, la richiesta degli esami angiologici, neuroradiologici e delle opportune consulenze specialistiche

L'esame del *fundus oculi* offre una finestra privilegiata sul nervo ottico, sulla retina e sul distretto microcircolatorio, utile in ogni caso di cefalea, emicrania e dolore cefalico

ASPETTI MEDICO -LEGALI

- LA CONOSCENZA DEI MOLTEPLICI ASPETTI DELLE CEFALEE E DEI DOLORI CEFALICI
- LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE ED ETICA DI INDIRIZZARE IL PAZIENTE ALLE OPPORTUNE CONSULENZE SPECIALISTICHE
- LA RESPONSABILITA' DI AVVALERSI DEGLI ESAMI STRUMENTALI SPECIFICI AL FINE DI GIUNGERE AD UNA DIAGNOSI OVE POSSIBILE DEFINITA PER UN CORRETTO APPROCCIO TERAPEUTICO

ASPETTI SOCIO-ECONOMICI

- SI TRATTA DI PATOLOGIE AD *ELEVATO COSTO SOCIO-ECONOMICO*
- **COSTI DIRETTI:** LEGATI ALLE RISORSE UMANE E STRUTTURALI NECESSARIE PER GESTIRE I PAZIENTI, ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO, NECESSITA' DI UNA O PIU' VISITE SPECIALISTICHE, DI PIU' ESAMI STRUMENTALI NECESSITA' DI RICOVERO, DI FARMACI, DI TERAPIE PARACHIRURGICHE E CHIRURGICHE
- **COSTI INDIRETTI:** LEGATI ALLA PERDITA DI GIORNATE LAVORATIVE, DIMINUITA EFFICIENZA SUL LAVORO, PERDITA DEL POSTO E DEL REDDITO NEI CASI PIU' GRAVI

ASPETTI PSICOLOGICI

Il paziente affetto da cefalea ha un notevole *peggioramento della qualità di vita* con gravi sofferenze sul piano personale e familiare, spesso per l'incapacità di poter gestire i rapporti ed i ruoli sociali, di soddisfare le necessità quotidiane, per la mancanza di un completo benessere psico-fisico. Se a questi aspetti si associa la perdita parziale o totale della funzione visiva il problema diviene molto piu' grave sia sul piano psicologico che socio-economico

CONCLUSIONI

IL LEGAME TRA DOLORE CEFALICO ED APPARATO VISIVO E' MOLTO STRETTO.

LE PATOLOGIE DI ORIGINE OCULARE ED EXTRAOCULARE CHE POSSONO DETERMINARE CEFALEA SONO NUMEROSE.

IN OGNI CASO DI CEFALEA E DI DOLORE CEFALICO E' SEMPRE OPPORTUNO RICHIEDERE UN ESAME ACCURATO DEL SISTEMA VISIVO.

ESSO CONSENTE DI ESCLUDERE EVENTUALI PATOLOGIE OCULARI ED EXTRAOCULARI PERICOLOSE PER LA FUNZIONE VISIVA, ED ATTRAVERSO LO STUDIO DEL *FUNDUS OCULI* FORNISCE PREZIOSE INFORMAZIONI SULLA PATOLOGIA ORGANICA DEL DISTRETTO ENCEFALICO E DEL DISTRETTO CIRCOLATORIO, TALORA DI VITALE IMPORTANZA PER IL PAZIENTE