

APROB
Director INN
_____**G. Zapuhlih**
15.11.2018

CEFALEEA DE TIP TENSIONAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Protocol clinic instituțional

APROBAT PRIN DECIZIA CONSILIULUI ȘTIINȚIFIC INN NR 6 DIN 15.11.2018

Chișinău

Noiembrie, 2018

Protocol clinic instituțional

Elaborat de colectivul de autori:

Ion Moldovanu **Institutul de Neurologie și Neurochirurgie**

Lilia Rotaru **Institutul de Neurologie și Neurochirurgie**

Oxana Grosu **Institutul de Neurologie și Neurochirurgie**

Stela Odobescu **Institutul de Neurologie și Neurochirurgie**

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	3
PREFAȚĂ.....	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	3
A.1. Diagnosticul.....	3
A.2. Codul bolii (CIM10).....	3
A.3. Utilizatorii.....	3
A.4. Scopurile protocolului.....	3
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data următoarei revizuirii	4
A.7. Lista și informații de contact ale autorilor care au participat la elaborarea protocolului.....	4
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informația epidemiologică.....	5
B. PARTEA GENERALĂ	6
B.1. Nivel consultativ specializat (neurolog).....	6
B.2. Nivel de asistență medicală spitalicească.....	7
C 1. ALGORITMI DE CONDUCĂRE.....	8
<i>C.1.1. Algoritm de diagnostic și evidență a pacienților cu Cefalee de ip tensional.....</i>	<i>8</i>
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	11
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	24
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	26
ANEXE.....	27
Anexa 1.	27
Anexa 2.	28
BIBLIOGRAFIE.....	29

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

CIM 10	Clasificarea internațională a maladiilor, ediția 10-a, OMS
INN	Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
CTT	Cefaleea de tip tensional
TC	Tomografie computerizată
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
AC	Analgezice combinate

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Institutului de Neurologie și Neurochirurgie.

Protocolul instituțional este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind Cefaleea de tip tensional (CTT) și va servi drept bază pentru elaborarea protocolului național. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale, pot fi folosite formulare suplimentare care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Cefaleea de tip tensional

Exemple de diagnostice clinice:

1. Cefalee de tip tensional episodică rară, neasociată cu sensibilitate pericraniană, accese cefalgice ușoare în intensitate
2. Cefalee de tip tensional episodică frecventă, asociată cu sensibilitate pericraniană, accese cefalgice moderate în intensitate
3. Cefalee de tip tensional cronică, asociată cu sensibilitate pericraniană, accese cefalgice ușoare și moderate în intensitate
4. Cefalee de tip tensional cronică probabilă

A.2. Codul bolii (CIM 10): G44.2

A.3. Utilizatorii:

1. neurologii INN din serviciul consultativ de ambulator (Sectia Consultativă INN, Centrul de Cefalee și Tulburări Vegetative INN)
2. neurologii INN din serviciul de asistentă spitalicească

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. Facilitatea procesului de diagnosticare a CTT
2. Sporirea calității managementului și tratamentului pacienților cu CTT
3. Ameliorarea calității vieții pacienților cu CTT
4. Depistarea oportună a pacienților cu CTT în faza de evoluție episodică
5. Evitarea cronicizării CTT

A.5. Data revizuirii protocolului:2018

A.6. Data următoarei revizuirii: 2020

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția deținută
Ion Moldovanu, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	Cercetător științific principal în Laboratorul Neurologie Funcțională al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie
Lilia Rotaru, doctor în medicină	Cercetător științific superior în Laboratorul Neurologie Funcțională al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie
Oxana Grosu, doctor în medicină	Cercetător științific în Laboratorul Neurologie Funcțională al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie
Stela Odobescu, doctor habilitat în medicină, conferențiar cercetător	Șef Laborator Neurologie Funcțională al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie

Protocolul a fost discutat, aprobat la ședința Consiliului Științific INN Nr.....din.....și contrasemnat

Denumirea instituției	Persoana responsabilă- semnătura
Directorul general al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, dr.med. Andrei Unčuța	SEM NAT
Directorul adjunct știință și inovare al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, dr.hab. Valeriu Timirgaz	SEM NAT
Directorul adjunct medical al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, dr.med. Octavian Misic	SEM NAT
Cercetătorul științific principal al Laboratorului Neurologie Funcțională al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, dr.hab., prof.univ., Ion Moldovanu	SEM NAT

(coordonator)	
Șeful Laboratorului Neurologie Funcțională al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, dr.hab., conf.cercet., Stela Odobescu (coordonator)	SEM NAT
Cercetătorul științific superior al Laboratorului Neurologie Funcțională al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, dr.med., Lilia Rotaru(autor)	SEM NAT
Cercetătorul științific al Laboratorului Neurologie Funcțională al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, dr.med., Oxana Grosu, (autor)	

A.8. Definițiile folosite în document

Cefaleea de tip tensional (CTT) este o cefalee idiopatică (primară) ce se caracterizează printr-o durere de cap bilaterală, cu caracter de presiune sau strângere de intensitate ușoară până la moderată, care apare în episoade de scurtă durată (forma episodică) sau este continuă (forma cronică). Durerea de cap nu are semnele asociate tipice ale migrenei precum vomă, fotofobie severă sau fonofobie. În forma cronică, este acceptat doar unul dintr-un număr de simptome asociate sau greutate ușoară.

Recomandabil - nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

A.9. Informația epidemiologică

Un studiu populațional a demonstrat o prevalență a CTT de 78%, dar majoritatea pacienților aveau CTT episodică rară, care nu necesită atenție medicală]. Totuși, 24-37% pacienți aveau cefalee de câteva ori în săptămână, 10% - o dată pe săptămână, iar 2-3% - cronic. Vârsta medie de debut a bolii în studiile epidemiologice a fost mai mare decât în migrenă – 25-30 ani cu vârful pentru vârstele de 30 și 39 ani, și descreștere odată cu vârsta. Drept factori de risc pentru dezvoltarea CTT au fost raportate: aprecierea negativă a stării de sănătate proprie, incapacitatea de a se relaxa după serviciu/efort, tulburarea somnului nocturn. Un studiu al prevalenței globale și impactului cefaleelor indică o disabilitate provocată de CTT chiar mai mare decât a migrenei *Sexul*. Rata de afectare femei:bărbați este de 5:1.

Vârsta. Toate vârstele sunt susceptibile, dar majoritatea pacienților sunt adulți tineri.

Aproape 60% din CTT debutează după 20 ani

Debutul după vârsta de 50 ani este netipic

La pacienții în vârstă, diagnosticul benign de CTT poate fi stabilit doar după ce alte etiologii vor fi explorate.

Deoarece lipsesc semnele asociate cefaleei, iar intensitatea durerii este relativușoară, pacienții suntrareorigravafecți. CTT este o cefalee primară care poate fi mimată de multe dureri de cap secundare, de aceea diagnosticul de CTT presupune excluderea altor afecțiuni organice.

În funcție de frecvența acceselor de cefalee, CTT se clasifică în *CTT episodică rară* (<1 zi cu cefalee în lună), *CTT episodică frecventă* (1-14 zile cu cefalee în lună) și *CTT cronică* (>15 zile cu cefalee în lună). Această divizare este îndreptățită din mai multe puncte de vedere. În primul rând, impactul asupra calității vieții va varia considerabil în funcție de subtipul CTT. În al doilea rând, în funcție de subtipul cefaleei, ar putea fi diferite mecanismele patofiziologice implicate, mecanismele periferice fiind, probabil, mai importante în CTT episodică, iar cele centrale – în CTT cronică. În al treilea rând, tratamentul abortiv va fi mai indicat în CTT episodică, iar tratamentul profilactic – în CTT cronică. Iată de ce un diagnostic exact este obligatoriu și ar trebui să fie stabilit prin intermediul agendei cefaleei completate timp de 4 săptămâni.

Clasificarea Societății Internaționale de Cefalee include și cefaleea de tip tensional (CTT), specificată drept episodică și cronică, precum și *asociată sau neasociată cu tensiunea (sensibilitatea) mușchilor pericranieni*.

Nota 1: Prevalența cefaleei de tip tensional în Republica Moldova a fost stabilită în urma studiului epidemiologic realizat în anul 2004 și a fost estimată la 18.4%.

Nota 2: Diagnosticul maladiei este unul clinic și se bazează pe un set de criterii internaționale acceptate

B. PARTEA GENERALĂ

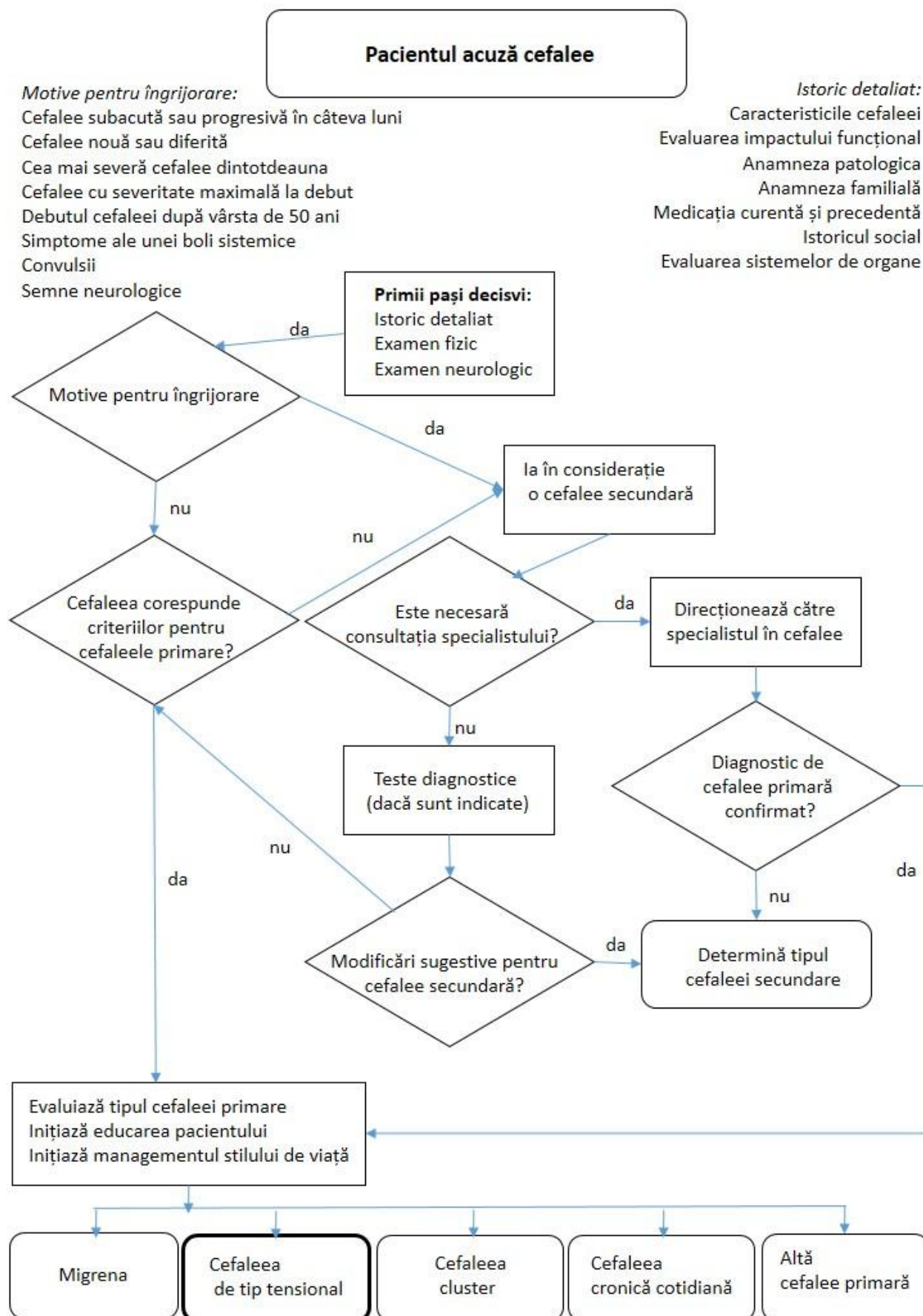
1. Nivel consultativ specializat		
Descriere (măsur)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnosticul		
1.1. Confirmarea/stabilirea diagnosticului de CTT <i>C. 2.1, C.2.3, C2.4</i>	<ul style="list-style-type: none"> • În CTT există criteriile de diagnostic clinic și semne de alertă pentru un alt tip de cefalee (secundară) (<i>Tabelul 1, Caseta 3,4,5,6,7,8</i>). • Tratamentul corect necesită diagnosticare specializată (<i>Caseta 7,8,9, 10, Tabelul 2,3,4</i>). 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza. • Evaluarea semnelor clinice obligatorii (<i>Caseta 8</i>). • Evaluarea absenței semnelor de excludere (<i>Caseta 6,7</i>). • Efectuarea la necesitate a investigațiilor suplimentare (TC sau RMN cerebrală) (<i>Caseta 8</i>)

		<ul style="list-style-type: none"> • Efectuarea diagnosticului diferențial (<i>Tabelul 3</i>). • Evaluarea modalităților de tratament disponibile (<i>Caseta 7</i>).
<p>1.2. Selectarea tacticii de inițiere a tratamentului</p> <p>C.2.5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doar tratament acut sau și tratament profilactic (<i>Tabelul 1,2,3,4, caseta 9, 10</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>Caseta 9</i>). • Efectuarea diagnosticului diferențial (<i>Caseta 6,7</i>).
2. Tratamentul		
<p>2.1. Tratamentul abortiv al accesului cefalalgic</p> <p>C.2.5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • În caz de cefalee rară (<i>Caseta 10</i>) 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analgezice simple sau combinate, conform profilului de siguranță pentru dezvoltarea cefaleei prin abuz medicamentos (<i>Caseta 10</i>). • Aplicarea psihoterapiei
<p>2.2. Tratamentul profilactic</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitarea cronicizării prin inițierea tratamentului profilactic și combinarea metodelor farmacologice și nefarmacologice în tratamentul complex (<i>Tabela 3,4</i>). 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • remedii profilactice pentru diminuarea frecvenței și intensității acceselor cefalgice (<i>Tabela 3,4</i>). • psihoterapie
I	II	III
<p>3. Supravegherea</p> <p>C2.2</p>	<p>Supravegherea neurologului este indicată pînă la transformarea cefaleei inițiale din cronică/episodică frecventă în cefalee episodică rară</p>	<p>Obligatoriu:</p> <p>Conform recomandărilor medicale (<i>Caseta 2, 9,10, Tabelul 3,4</i>).</p>

B3. Nivel de asistență medicală specializată		
Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1.Spitalizare	<ul style="list-style-type: none"> • Evitarea complicațiilor, efectelor negative asupra sănătății. 	Criteriile de spitalizare (staționar) (Caseta 9).
2.Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de CTT <i>C.2.3, C.2.4</i>	<ul style="list-style-type: none"> •Efectuarea diagnosticului corect, deoarece o serie de cefalei secundare au simptome comune (Caseta 5,6,7,8,). 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza. •Evaluarea semnelor clinice(Caseta 3, 5, 6,7) • Examenul de laborator (Caseta 8). • Efectuarea diagnosticului diferențial (Caseta5,6,7,8). • Evaluarea modalităților de tratament și ajustarea lor (Caseta10, Tabelul 2,3,4)
3. Tratamentul		
3.1 Instituirea tratamentului abortiv al accesului cefalalgic <i>C 2.5.</i>	<ul style="list-style-type: none"> •Tratamentul adecvat eficient, efectuat în serviciile specializate 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Regim de tratament în condiții de staționar (Caseta 9). •Evaluarea eficacității pe termen scurt (C 2.5).
I	II	III
3.2. Instituirea tratamentului profilactic al CTT <i>C.2.5</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul adecvat eficient, efectuat în serviciile specializate(Caseta 10, Tabelul 3,4) 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Regim de tratament în condiții de staționar. • Stabilirea dozelor adecvate ale preparatelor profilactice • Supravegherea în vederea apariției efectelor adverse(Caseta 10, Tabelul 3,4)

<p>3.3. Ajustarea tratamentului profilactic și abortiv</p> <p>C.2.5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea eficacității regimului ales asupra frecvenței și intensității acceselor cefalalgice 	<p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizarea combinațiilor de medicamente profilactice • Consiliere psihologică
<p>4. Externarea</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ameliorarea stării: diminuarea frecvenței și intensității acceselor cefalalgice 	<ul style="list-style-type: none"> • Externarea se efectuează în baza ameliorării frecvenței și intensității acceselor cefalalgice și a excluderii unei alte patologii drept factor cauzal al simptomelor clinice
<p>4.1. Externarea, nivel neurolog de sector</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menținerea regimului ales de medicamente profilactice (<i>Tabela 3</i>). 	<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul exact detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Recomandările explicite pentru pacient. • Programul individual de tratament • Recomandările pentru medicul de familie

C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Tabelul 1. *Clasificarea Cefaleei de tip tensional*

Forma nosologică și codul clasificării	G44.2 CEFALEEA DE TIP TENSIONAL
Clasificarea	<p>2. Cefaleea de tip tensional</p> <p>2.1 Cefaleea de tip tensional <i>episodică rară</i></p> <p>2.1.1 Cefaleea de tip tensional episodică rară <i>asociată</i> cu sensibilitate pericraniană</p> <p>2.1.2 Cefaleea de tip tensional episodică rară <i>neasociată</i> cu sensibilitate pericraniană</p> <p>2.2 Cefaleea de tip tensional <i>episodică frecventă</i></p> <p>2.2.1 Cefaleea de tip tensional episodică frecventă <i>asociată</i> cu sensibilitate pericraniană</p> <p>2.2.2 Cefaleea de tip tensional episodică frecventă <i>neasociată</i> cu sensibilitate pericraniană</p> <p>2.3 Cefaleea de tip tensional <i>cronică</i></p> <p>2.3.1 Cefaleea de tip tensional cronică <i>asociată</i> cu sensibilitate pericraniană</p> <p>2.3.2 Cefaleea de tip tensional cronică <i>neasociată</i> cu sensibilitate pericraniană</p> <p>2.4 Cefaleea de tip tensional <i>probabilă</i></p> <p>2.4.1 Cefaleea de tip tensional probabilă <i>asociată</i> cu sensibilitate pericraniană</p> <p>2.4.1 Cefaleea de tip tensional probabilă <i>neasociată</i> cu sensibilitate pericraniană</p>
Complicațiile	Utilizarea frecventă a remediilor analgezice abortive poate duce la dezvoltarea cefaleei prin abuz medicamentos sau cefaleea rebound sau se poate complica cu hemoragii digestive.

Evoluța bolii Cefaleea poate deveni cronică dacă nu se înlătură factorii stresanți precipitanți.

C.2.2. Aspecte generale ale managementului cefaleelor de tip tensional

Urmatoarele principii sunt de importanta generala pentru toate tipurile de:

Cunoasterea impactului

- Cefaleea recurenta dizabilitanta este o povara pentru individ, dar are si un impact asupra altor persoane – acestea cuprinzând familia, colegii de munca si angajatorul.
- Cefaleea recurenta dizabilitanta poate duce la compromiterea stilului de viata ca raspuns la atacurile cefalalgice, fie pentru evitarea acestora. În acestmod, cefaleele episodice pot avea un impact continuu.

Indicele HALT, elaborat de “*Lifting the burden*” – disponibil actual în limbile engleza, franceza, germana, italiana, olandeza, portugheza si spaniola – este un instrument necesar pentru evaluarea dizabilitatii cefaleei în ceea ce priveste timpul pierdut.

Scopuri realiste ale managementului

- Afectiunile cefalalige nu pot fi vindecate dar pot fi tratate eficient în cele maimulte cazuri.
- Cefaleele se remit de obicei la vârste înaintate.

Linistirea/Încurajarea pacientului si acordarea explicatiilor

- Multi pacienti cu cefalee recurenta se tem în mod eronat de existenta unei boli subiacente. Nu trebuie omisa niciodata linistirea si încurajarea corespunzatoare a pacientului.
- Explicatiile rezezinta un element crucial în tratamentul preventiv al pacientilor cu migrena sau cu cefalee de tip tensional episodica cu crize frecvente care se afla la risc de escaladare a consumului medicamentos.

Cauze si factori precipitanti

- Desi pacientii doresc sa afle cauza cefaleei lor, acest lucru nu poate fi posibil. Atât factorii genetici cât si cei de mediu care contribuie la procese fiziopatologice care nu sunt înca pe deplin cunoscute.

Urmarirea

Fiecare pacient caruia îi este oferit tratamentul, sau acelora carora li s-a schimbat tratamentul – necesita urmarire pentru a ne asigura ca s-a stabilit tratamentul optim.

Se recomanda folosirea unei masuri de urmarire a evolutiei. Indexul HURTeste în curs de elaborare de catre “*Lifting the burden*” în mod special pentru aghida urmarirea în asistenta medicala primara.

Jurnale si calendare

Jurnalele sunt recomandate pentru :

- înregistrarea simptomelor si a profilului temporal care contribuie la un diagnostic corect
- înregistrarea medicatiei folosite si a abuzului medicamentos
- evidentierea asocierii cu ciclul menstrual sau cu alti factori precipitanti

Calendarele sunt recomandate pentru :

- încurajarea compliantei la medicatia preventiva
- înregistrarea efectului tratamentului
- monitorizarea folosirii medicatiei în acut si a abuzului în decursul urmaririi
- cartografierea evolutiei.

C.2.1.1. Factorii de risc

Caseta 1. Factorii de risc pentru dezvoltarea Cefaleei de tip tensional:

- • Stresul* și / sau anxietatea
- Postura vicioasă
- Depresia

*Stresul ar putea cauza contractia mușchilor gâtului și scalpului.

C.2.2.2. Profilaxia – recomandări generale

Caseta 2. Profilaxia primară, secundară în cadrul cefaleei de tip tensional

Profilaxia primară presupune combaterea factorilor stresanți cotidiani, regim adecvat de muncă și odihnă.

Profilaxia secundara poate include următoarele:

- Activitatea fizică
- Biofeedback și terapia de relaxare
- Tracții cervicale
- Injectarea punctelor triggeri

C.2.3 Manifestările clinice

Diagnosticul CTT se bazează pe istoricul tipic al pacientului și un examen neurologic normal. Diagnosticul corect trebuie asigurat prin utilizarea agendelor de cefalee completate minim 4 săptămâni. O problemă diagnostică frecventă este diferențierea CTT de o migrenă ușoară. Dacă cefaleea este strict unilaterală, trebuie luată în considerație cefaleea cervicogenă. Agenda cefaleelor poate evidenția trigger-ii și abuzul medicamentos, precum și poate stabili un nivel inițial față de care măsurăm eficiența tratamentului. Investigațiile paraclinice, în special examenul neuroimagic, sunt necesare dacă este suspectată o altă etiologie – dacă caracterul cefaleei este atipic, dacă evoluția acceselor s-a schimbat, dacă sunt anomalii neurologice sau psihopatologice. Co-morbiditățile semnificative (precum anxietatea și depresia) trebuie identificate și tratate concomitent. Complanța proastă pentru tratamentul profilactic în CTT se poate întâlni, la fel ca și în migrenă. Este necesar de a explica pacientului că o CTT frecventă rar poate fi vindecată, în schimb o îmbunătățire semnificativă a frecvenței și severității acceselor poate fi obținută printr-o combinație de medicamente și procedee non-farmacologice.

Caseta 3. Criteriile clinice ale cefaleei de tip tensional

2.1 Cefaleea de tip tensional episodică rară

Criterii de diagnostic:

- A. Cel puțin 10 episoade de cefalee ce corespunde criteriilor B-D și apare cu frecvența < 1 zi / lună (în medie < 12 zile/an)
- B. Durata de la 30 de minute – până la 7 zile
- C. Are cel puțin două dintre următoarele patru caracteristici:
 - 1. localizare bilaterală
 - 2. caracter de presiune/încordare (nepulsatilă)
 - 3. intensitate ușoară sau moderată

4. nu este agravată la activități fizice de rutină, ca mersul sau urcatul scărilor

D. Ambele dintre următoarele:

1. lipsa greței sau vomei
2. nu mai mult de unul dintre simptomele: fotofobie sau fonofobie

E. Nu este atribuită altei maladii incluse în CITC-3.

2.1.1 Cefaleea de tip tensional episodică rară asociată cu sensibilitate pericraniană

Criterii de diagnostic:

- A. Episoadele corespund criteriilor pentru 2.1 *Cefaleea de tip tensional episodică rară*
- B. Sensibilitate pericraniană majorată la palparea manuală.

2.1.2 Cefaleea de tip tensional episodică rară neasociată cu sensibilitate pericraniană

Criterii de diagnostic:

- A. Episoadele corespund criteriilor pentru 2.1 *Cefaleea de tip tensional episodică rară*
- B. Lipsa sensibilității pericraniene majorate.

2.2 Cefaleea de tip tensional episodică frecventă

Criterii de diagnostic:

- A. Cel puțin 10 episoade ce apar cu frecvența 1-14 zile/lună pentru >3 luni (≥ 12 zile < 180 zile/an) și corespund criteriilor B-D
- B. Durata de la 30 de minute până la 7 zile
- C. Are cel puțin două din următoarele patru caracteristici:
 1. localizarea bilaterală
 2. caracter de presiune/încordare (nepulsatilă)
 3. intensitate ușoară sau moderată
 4. nu este agravată la activitățile fizice de rutină, ca mersul sau urcatul scărilor
- D. Ambele dintre următoarele:
 1. lipsa greței sau vomei
 2. nu mai mult de unul dintre următoarele simptome: fotofobie sau fonofobie
- E. Nu este atribuită altei maladii incluse în CITC-3.

2.2.1 Cefaleea de tip tensional episodică frecventă asociată cu sensibilitate pericraniană

Criterii de diagnostic:

- A. Episoade ce corespund criteriilor pentru 2.2 *Cefaleea de tip tensional episodică frecventă*
- B. Sensibilitate pericraniană majorată la palparea manuală.

2.2.2 Cefaleea de tip tensional episodică frecventă neasociată cu sensibilitate pericraniană

Criterii de diagnostic:

- A. Episoade ce corespund criteriilor pentru 2.2 *Cefaleea de tip tensional episodică frecventă*
- B. Lipsa sensibilității pericraniene majorate.

2.3 Cefaleea de tip tensional cronică

Criterii de diagnostic:

- A. Cefaleea survine în ≥ 15 zile / lună pentru > 3 luni (≥ 180 de zile/an) și corespunde criteriilor B-D
- B. Durează ore sau poate fi continuă
- C. Cefaleea are cel puțin două dintre următoarele patru caracteristici:
 - 1. localizare bilaterală
 - 2. caracter de presiune / încordare (nepulsatilă)
 - 3. intensitate ușoară sau moderată
 - 4. nu este agravată de activitatea fizică de rutină, ca mersul sau urcatul scărilor
- D. Ambele din următoarele:
 - 1. nu mai mult decât unul dintre următoarele: fotofobie, fonofobie sau greață ușoară
 - 2. nici greață moderată sau severă, nici vomă
- E. Nu este atribuită altei maladii incluse în CITC-3.

2.3.1. Cefaleea de tip tensional cronică asociată cu sensibilitate pericraniană

Criterii de diagnostic:

- A. Cefalee care corespunde criteriilor pentru 2.3 Cefalee de tip tensional cronică
- B. Sensibilitate pericraniană majorată la palparea manuală

2.3.2. Cefaleea de tip tensional cronică neasociată cu sensibilitate pericraniană

Criterii de diagnostic:

- A. Cefaleea care corespunde criteriilor pentru 2.3 Cefaleea de tip tensional cronică
- B. Lipsa sensibilității pericraniene majorate.

2.4 Cefaleea de tip tensional probabilă

2.4.1. Cefaleea de tip tensional episodică rară probabilă

Criterii de diagnostic:

- A. Unul sau mai multe episoade de cefalee care corespund criteriilor A-D pentru 2.1 Cefaleea de tip tensional episodică rară, cu excepția unuia
- B. Nu corespunde criteriilor CITC-3 pentru altă cefalee
- C. Nu este atribuită altei maladii incluse în CITC-3.

2.4.2. Cefaleea de tip tensional episodică frecventă probabilă

Criterii de diagnostic:

- A. Episoade de cefalee care corespund criteriilor A-D pentru 2.2 Cefaleea de tip tensional episodică frecventă, cu excepția unuia
- B. Nu corespunde criteriilor CITC-3 pentru altă cefalee
- C. Nu este atribuită altei maladii incluse în CITC-3.

2.4.3. Cefaleea de tip tensional cronică probabilă

Criterii de diagnostic:

- A. Cefalee care corespunde tuturor criteriilor A-D pentru 2.3 Cefaleea de tip tensional cronică, cu excepția unuia
- B. Nu corespunde criteriilor CITC-3 pentru altă cefalee
- C. Nu este atribuită altei maladii incluse în CITC-3.



Caseta 4. Definirea și descrierea termenilor

Cefaleea de tip tensional episodică rară. Episoade de cefalee rare, tipic bilaterale, de presiune sau încordare, de intensitate mică sau moderată, cu durata de la câteva minute până la câteva zile. Durerea nu se agravează la activitățile fizice de rutină și nu se asociază cu greață, dar fotofobia sau fonofobia pot fi prezente.

Cefaleea de tip tensional episodică frecventă. Episoade de cefalee frecvente, tipic bilaterale, de presiune sau încordare, de intensitate mică sau moderată, cu durata de la câteva minute până la câteva zile. Durerea nu se agravează la activitățile fizice de rutină și nu se asociază cu greață, dar fotofobia sau fonofobia pot fi prezente.

Cefaleea de tip tensional cronică. Afecțiuni care evoluează din cefaleea de tip tensional episodică, cu episoade zilnice sau foarte frecvente de cefalee, tipic bilaterală, de presiune sau de încordare, de intensitate ușoară sau moderată, cu durata de la câteva ore până la câteva zile sau poate fi continuă. Durerea nu se agravează la activitățile fizice de rutină, dar se poate asocia cu greață ușoară, fotofobie sau fonofobie.

Cefaleea de tip tensional probabilă. Cefaleea asemănătoare cefaleei de tip tensional, la care lipsește una din caracteristicile necesare pentru a corespunde criteriilor pentru un subtip de cefalee de tip tensional codificat mai sus și care nu îndeplinește criteriile pentru o altă cefalee.

Caseta 5. Manifestările clinice ale cefaleei de tip tensional

Durerea de cap în cadrul CTT este de caracter compresiv. Comparativ cu migrena, cefaleea de tip tensional este mai variabilă ca și durată, are un caracter mai constant și este mai puțin severă.

Societatea Internațională de Cefalee stipulează că două din următoarele trebuie să fie prezente:

- Caracterul compresiv (non-pulsatil)
- Localizarea fronto-occipitală
- Durere bilaterală ușoară sau moderată
- Durere neagravată de activitatea fizică

Pacientul cu CTT relatează:

- Cefalee cu durata de 30 minute – 7 zile
- Fără grețuri sau vome
- Cu foto- și sau fonofobie
- Bilaterală occipito-nucală sau bifrontală
- Cefalee cu caracter de presiune, plenitudine

- Poate apare acut după un stress psihoemoțional
- Senzație de încordare musculară cervico-occipitală și frontal
- Cu dificultate de concentrare
- Fără prodrom

Debutul unei cefalei noi la un pacient vârstnic ar trebui să sugereze o altă etiologie decât CTT.

- de pneumonie de inhalare se discută oportunitatea unei alimentații parenterale

C.2.4 Diagnosticul diferențial al cefaleei de tip tensional

Fiecare tip de cefalee primara se afla pe lista de diagnostic diferential al celorlaltetipuri de cefalee primara. Cefaleea de abuz medicamentos se afla pe lista de diagnostic diferential al migrenei si al cefaleei de tip tensional. În alte privințe, diagnosticul diferential include un mic numar de cefalee de tipsecundar severe care sunt important de recunoscut.

Caseta 6. Semne de alertă pentru un diagnostic alternativ celui de cefaleei de tip tensional

(Red flags = Stegulețele roșii)

- Cefalee de novo sau modificarea caracterului cefaleei preexistente la un pacient de peste 50 ani
- Cefalee în lovitură de trăsnet
- Simptome neurologice de focar (ex.: slabiciune întrun membru, aura < 5 min sau > 1 oră)
- Simptome neurologice non-focale (ex.: tulburări cognitive)
- Modificarea frecvenței cefaleei și a semnelor ei asociate
- Examen neurologic anormal
- Cefalee ce se modifică odată cu postura (clinostatism/ortostatism)
- Cefalee nocturnă și/sau matinală care îl trezește pe pacient
- Cefalee precipitate de effort fizic sau manevra Valsalva (ex.: tuse, râs, strănut)
- Pacienți cu factori de risc pentru tromboze venoase
- Claudicația mandibulei sau tulburări de vedere
- Rigiditatea cefei
- Febră
- Cefalee de novo la un pacient cu infecție HIV
- Cefalee de novo la un pacient cu istoric de cancer

Caseta 7. Afecțiunile necesare de diferențiat:

Cefaleele secundare:

- Cefaleea atribuită traumatismului cranian și/sau cervical

- Cefaleea atribuită patologiei vasculare cerebrale sau cervicale
- Cefaleea atribuită afecțiunilor intracraniene nevasculare
- Cefaleea atribuită unei substanțe sau sevrajului acesteia
- Cefaleea atribuită infecției
- Cefaleea atribuită dereglărilor homeostazice
- Cefaleea sau durerea facială atribuită afecțiunilor craniului, gâtului, ochilor, urechilor, nasului, sinusurilor, dinților, gurii sau altor structuri faciale sau craniene
- Cefaleea atribuită maladiilor psihiatrice
- Nevralgiile craniene și alte dureri faciale

Cefaleele primare:

- Migrena
- Cefalalgiile trigeminal autonome
- Alte cefalee primare

Alte tulburări cefalalgice

Caseta 8. Identificarea altor cauze de cefalee

Examenul clinic servește în principal excluderii unor alte posibile etiologii

- Semnele vitale trebuie să fie normale
- Examen neurologic normal
- Încordarea mușchilor scalpului și gâtului pot fi observate (dar fără alte semne patologice)
- Durerea nu trebuie să apară deasupra arterelor temporale sau să fie evocată de presiunea unor puncte trigger
- Unii pacienți pot fi foarte tensionați la palparea mușchilor cervicali
- Durerea asociată încordării mușchilor paracervicali trebuie diferențiată de rigiditatea nucală care apare în iritații meningeale

Examenul paraclinic are scopul de a diferenția CTT de cefaleea care ar avea o altă etiologie (ex.: abces cerebral, encefalită, meningită, glaucom, otită medie, sinusită, accident vascular cerebral hemoragic/ischemic, hemoragie subarahnoidiană, hematom subdural, arterita temporală, disfuncția articulației temporomandibulare, neuralgia trigeminală, etc.)

- Testele de laborator specifice trebuie efectuate dacă istoricul sau examenul fizic sugerează un alt diagnostic posibil.
- Examenul neuroimagistic cerebral (TC sau IRM) este necesar doar dacă patternul cefaleei s-a schimbat recent și cefaleea nu poate fi definită de către clinician drept idiopatică/primară sau examenul neurologic atestă modificări patologice

Semne de alarma la anamneza sau la examenul fizic

- cefalee nou aparuta sau neasteptata la un anumit pacient, sau care are caracter noi
- Cefalee de tip “lovitura de trasnet” (“Thunderclap”) (cefalee intensa cu debut “exploziv” sau brusc), care sugereaza o hemoragie subarahnoidiana

- Cefalee cu aura atipica (durata > 1 ora sau care cuprinde deficit motor), care poate fi simptom de accident vascular cerebral (AVC) sau de atac ischemic tranzitor (AIT)
- Aura fara cefalee care în absenta unui istoric de migrena cu aura, care poate fi un simptom de AVC sau AIT
- Aura care survine pentru prima data la o pacienta în timpul folosirii de contraceptive orale, care indica riscul de AVC
- Cefalee nou aparuta care survine la un pacient cu vârsta de peste 50 ani, care poate fi un simptom de arterita temporală sau de tumora intracraniană, sau care survine la un copil pre-puberal
- Cefalee progresiva, care se agraveaza în curs de câteva săptămâni sau maimult, care poate indica un proces expansiv intracranian
- Cefalee agravata de postura sau de manevre care cresc presiunea intracraniană, care poate indica o tumora intracraniană
- Cefalee nou aparuta la un pacient cu istoric de neoplazie, infectie HIV sau imunodeficienta
- Hipertermie inexplicabila asociata cu cefalee, care poate indica o meningita
- Semne neurologice focale asociate cu cefaleea.

C.2.5 Tratamentul

Există variate modalități de tratament al CTT. Acestea includ aplicații cu cald sau rece, stimulări electrice, ameliorarea posturii, injecții în punctele trigger, blocade ale nervilor occipitali, tehnici de întindere și relaxare.

Exercițiile fizice regulate, mesele balansate, somnul adecvat pot fi o parte a programului terapeutic

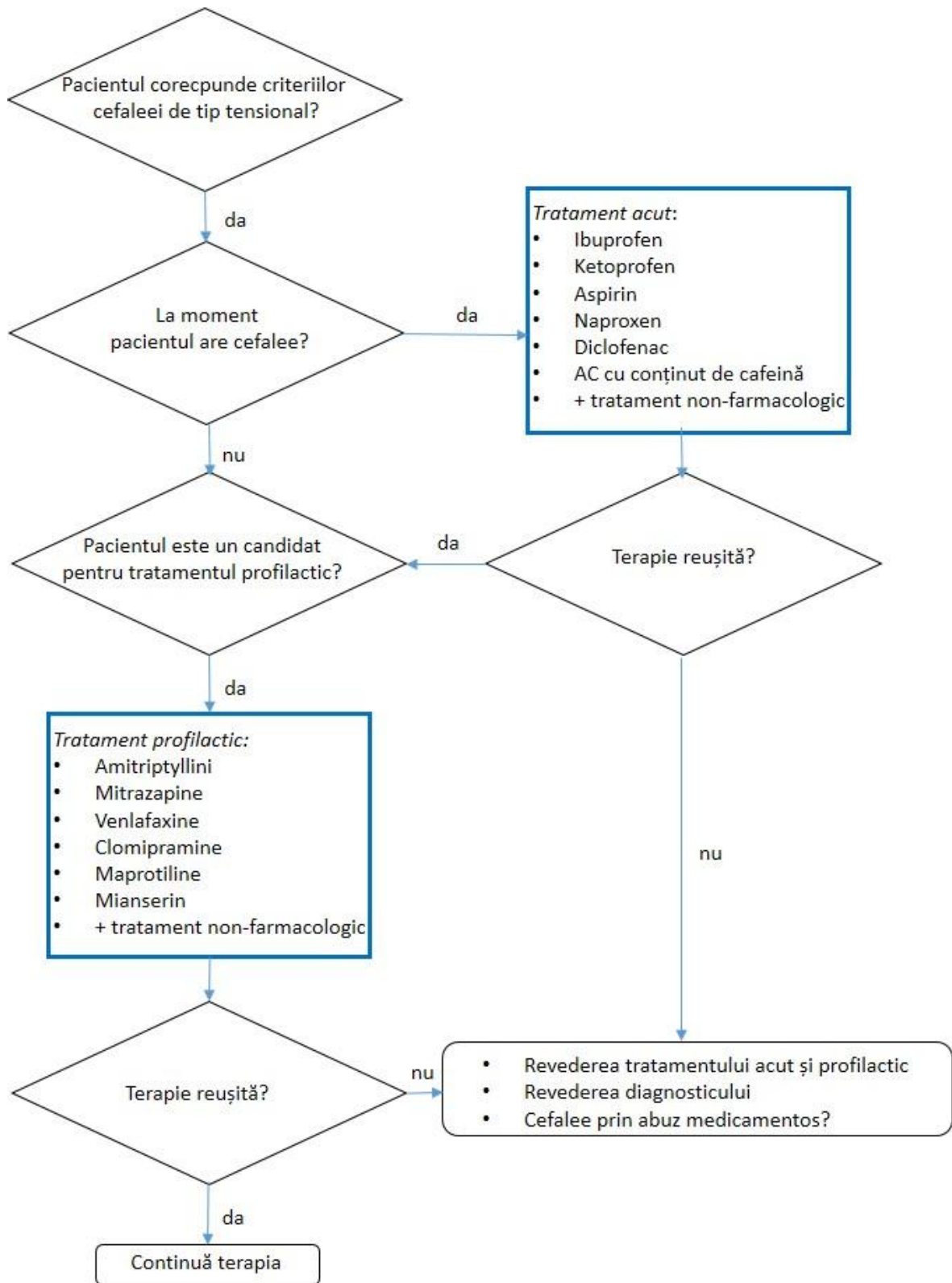
Tratamentul simptomatic al accesului trebuie să fie o prioritate.

Medicul trebuie să asigure colectarea adecvată a istoricului și examenul fizic și neurologic pentru deciderea oportunității tratamentului profilactic

Tabelul 2. Nivelul și gradul de evidență

Clase de evidență	Interpretare
Clasa I	Tratamentul este util și eficient.
Clasa II	Evidență ambiguă sau divergență de opinii referitor la eficacitatea sau la utilitatea tratamentului.
Clasa Iia	Evidență predominant în favoarea tratamentului.
Clasa II b	Utilitatea și eficacitatea tratamentului este demonstrată insuficient.
Clasa III	Evidența existentă pledează pentru ineficacitatea tratamentului.
Niveluri de evidență	Interpretare
Nivelul A	Datele sunt colectate din studii randomizate multiple.
Nivelul B	Datele sunt colectate din studii randomizate unice sau studii nerandomizate.
Nivelul C	Opinie comună a experților.

Cefalee de tip tensional



C. 2.5.1. Condițiile de tratament

Caseta 9. Criterii de spitalizare

- Cefalee cotidiană, dizabilitate indusă de cefalee, cefalee agravată în relație temporală cu un traumatism craniocerebral
- Tratament abortiv ambulator eșuat
- Tratament profilactic ambulator eșuat
- Suspecție diagnostică pentru o etiologie cu risc pentru viață (hemoragie subarahnoidiană, infecție intracraniană, ischemie cerebrală, hipertensiune severă)
- Greață și vomă clinic semnificative, deshidratare, semne vitale instabile, necesitatea unui tratament parenteral
- Necesitatea detoxifierii, tratării dependenței, fenomenelor rebound, simptomelor de sevraj
- Cefalee asociată cu reacții adverse și complicații de la terapie
- Cefalee în contextul unei alte patologii semnificative, când tratamentul cefaleei agravează această maladie
- Necesitatea unui tratament combinat, când sunt posibile interacțiuni medicamentoase și e necesară supraveghere

C.2.5.2. Tratamentul acut 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 medicatie 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

Caseta 10. Tratamentul acut al accesului cefalgic

Pentru tratamentul abortiv al cefaleei de tip tensional sunt recomandate analgezicele simple și remediile antiinflamatorii non-steroidiene (AINS). Preparatele de linia a doua sunt analgezicele combinate cu cafeina.

Medicamente recomandate pentru tratamentul acut/abortiv al cefaleei de tip tensional

Substanța	Doza	Nivelul de recomandare	Comentariu
Ibuprofen	200-800mg	A	Efecte secundare gastrointestinale, risc de hemoragie

Ketoprofen	25 mg	A	Efecte secundare gastrointestinale, risc de hemoragie
Aspirin	500-1000 mg	A	Efecte secundare gastrointestinale, risc de hemoragie
Naproxen	375-550 mg	A	Efecte secundare gastrointestinale, risc de hemoragie
Diclofenac	12.5-100mg	A	Efecte secundare gastrointestinale, risc de hemoragie
Paracetamol	1000 mg	A	Efecte secundare gastrointestinale mai puține decît pentru AINS
Preparate combinate cu conținut de cafeină	65-200 mg	B	Cafeina sporește efectul analgesic al analgezicelor și AINS.

Lipsa unei ameliorări după tratamentul abortiv al accesului de cefalee trebuie interpretată cu precauție - dozaj inadecvat? cefalee prin abuz medicamentos? farmacorezistență? diagnostic alternativ?

Principiile intervenției acute

Opioizii trebuie evitați - în special :

- codeina și dihidrocodeina
- dextropropoxifene
- combinațiile analgezice care conțin unele dintre acestea.

Barbituricele nu-si au locul în tratamentul cefaleei de tip tensional.

Pe măsura ce crește frecvența cefaleelor, așa crește și riscul apariției cefaleei de abuz medicamentos.

C.2.5.3 Tratamentul profilactic al cefaleei de tip tensional

- 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.

Tabelul 3. Medicamente recomandate pentru tratamentul profilactic al cefaleei de tip tensional

Substanța	Doza diurnă	Nivelul de recomandare
Prima alegere		
Amitriptyline	30-75 mg	A
A doua alegere		
Mitrazapine	30 mg	B

Venlafaxine	150 mg	B
A treia alegere		
Clomipramine	75-150 mg	B
Maprotiline	75 mg	B
Mianserin	30-60 mg	B

Principiile profilaxiei

- Intoleranta este redusa daca se începe cu doze mici (10 mg) si crescuta cu 10-25 mg la fiecare 1-2 saptamâni.
- Trebuie tinut un calendar pentru a evalua eficienta si a promova complianta.
- Profilaxia care pare ineficienta nu trebuie întrerupta prea devreme; 2-3 luni este intervalul minim pentru a atinge si a observa eficienta.
- Dupa 6 luni de control bun trebuie luata în considerare scaderea treptata a medicatiei, dar uneori este indicata prelungirea tratamentului.

Urmarirea

Fiecare pacient caruia i s-a oferit tratament profilactic, sau caruia i s-a schimbat tratamentul, necesita urmarire pentru a ne asigura ca s-a stabilit tratamentul optim.

Daca profilaxia esueaza

- esecul se poate datora dozajului subterapeutic sau duratei insuficiente a tratamentului
- reevaluarea diagnosticului
- reevaluarea compliantei (pacientii care nu sunt informati ca urmeaza o medicatie folosita frecvent ca antidepresiva si carora nu li s-a spus de ce, pot renunța la medicatie atunci când afla acest lucru)
- reevaluarea altei medicatii, în special al abuzului medicamentos
- când profilaxia tot nu are un beneficiu clar, trebuie întrerupta.

Managementul durerii

În ciuda celor mai sustinute eforturi, cefaleea de tip tensional cronica este frecvent refractara la tratamentul medical.

Pacientii aflati în aceasta situatie necesita includerea într-un program de management al durerii cu abordare psihologica.

Tabelul 4. Tratamentul non-farmacologic recomandat pentru cefaleea de tip tensional

Tratamentul	Nivelul de recomandare
Biofeedback EMG	A
Terapie cognitiv-comportamentală	C
Terapie de relaxare	C
Exerciții fizice	C
Acupunctura	C

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p><i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicul de familie; • asistenta medicală de familie.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop.
<p><i>D.2. Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neurolog (la 25 mii de populație); • psihoterapeut (la 25 mii de populație); • asistenta neurologului (la 10 mii de populație).
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop.
	<p>Medicamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • analgezice simple • analgezice combinate • antiinflamatorii nonsteroidiene • antidepresive
<p><i>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de neurologie; spitale de neurologie</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neurolog; • psihoterapeut; • laborant; • asistente medicale; • consultații calificate (chirurg, terapeut, psihiatru).

	<p>Aparataj, utilaj.</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • glucometru portabil; • laborator clinic standard pentru realizarea de: hemoleucogramă, sumar al urinei, indici biochimici serici (glicemie, lactat dehidrogenaza (LDH), transaminaze, ionogramă, creatinină și uree).
	<p>Medicamente (<i>vezi</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • analgezice simple • analgezice combinate • antiinflamatorii nonsteroidiene • antidepresive

A. INDICATORIDEPERFORMANȚĂCONFORMSCOPURILORPROTOCOLULUI

Scopurile protocolului	Măsuraatingerii scopului	Metoda decalculare aindicatorului		
		Formula	Numărător	Numitor
de a crește acuratețea stabilirii diagnosticului de CTT	% persoanelor diagnosticate corect cu migrenă	$\frac{\text{nr pacienti la care s - au aplicat corect criteriile}}{\text{nr pacienti diagnosticati cu cefalee primara}} \times 100$	Număr de pacienți la care corect sau aplicat criteriile	Numărul total de pacienți cu cefalee primară
de a micșora rata complicațiilor CTT	% persoanelor cu complicații ale CTT	$\frac{\text{nr de pacienti cu complicatii ale CTT}}{\text{nr pacienti cu CTT}} \times 100$	Număr de pacienți ce au dezvoltat complicații ale migrenei	Număr total de pacienți cu CTT
de a crește procentul persoanelor ce au primit tratament acut adecavat	% persoanelor ce au primit tratament abortive adecvat	$\frac{\text{nr pacienti ce au primit tratam acut}}{\text{nr pacienti cu CTT}} \times 100$	Număr de pacienți ce au primit tratament de profilaxie	Număr total de pacienți cu CTT
de a crește procentul persoanelor cu CTT ce au primit materiale informaționale	% persoanelor ce au primit material informaționale	$\frac{\text{nr pacienti ce au primit materiale educatonale}}{\text{nr pacienti cu CTT}} \times 100$	Număr de pacienți ce au primit material educaționale	Număr total de pacienți cu CTT
de a crește procentul persoanelor ce primesc tratament de profilaxie	% persoanelor ce au primit tratament de profilaxie	$\frac{\text{nr de pacienti cu tratament de profilaxie prescris}}{\text{nr pacienti cu CTT}} \times 100$	Număr de pacienți ce au primit tratament de profilaxie	Număr total de pacienți cu CTT
de a crește procentul persoanelor cu CTT ce au crescut gradul de funcționalitate	% pacienților cu ameliorare a calității vieții la chestionare	$\frac{\text{nr de pacienti cu ameliorare a functionalitatii}}{\text{nr pacienti cu CTT}} \times 100$	Număr de pacienți ce au avut ameliorare a gradului de funcționalitate	Număr total de pacienți cu CTT

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 este:
 - cefalee “în lovitura de trăsnet” 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-pubertal
 - cefalee nou apărută la un pacient cu istoric de neoplasm, infecție HIV sau imunodeficiență
- migrena cu aură neobisnuită, în special dacă:
 - aură are durată > 1 oră
 - aură se manifestă prin deficit motor
 - aură fără cefalee în absența unui istoric de migrenă cu aură
 - aură care apare pentru prima oară cu folosirea anticonceptionalelor 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
- prezenta factorilor de risc pentru boala coronariană cardiacă care pot necesita trimitere la cardiolog înainte de folosirea triptanilor.

INFORMAȚII PENTRU A FI COMUNICATE PACIENTULUI DESPRE METODELE DE TRATAMENT NON_FARMACOLOGICE ALE CEFALEEI DE TIP TENSIONAL

Pacientii cu afectiuni cefalalgice solicita frecvent informatii. Multi dintre acestia gasesc sau au gasit informatii derutante pe internet.

Tratamente non-farmacologice

La intrebarile pacientilor cu privire la urmatoarele trebuie date astfel de sfaturi:

- **Biofeedback-ul si terapiile de relaxare:** pot fi utile si sunt optiuni potentialutile atunci când tratamentul medicamentos trebuie evitat. Pentru aplicare lora sunt necesari terapeuti specializati, dar în cele mai multe tari exista numaicâtiva astfel de terapeuti specializati.
- **Fizioterapia:** aduce beneficii dovedite la pacientii cu cefalee de tip tensional. Este necesara terapie specializata si individualizata care însa nu este larg accesibila în multe tari.
- **Acupunctura :** poate aduce beneficii pentru unii pacienti cu migrena sau cu cefalee de tip tensional, desi studiile clinice mari nu au gasit diferente între acupunctura si placebo. Necesita terapie specializata si individualizata.
- **Stimularea electrica nervoasa transcutanata:** poate fi de ajutor în durerea cronica dar nu are o valoare dovedita în tratarea cefaleelor.
- **Tratamentul stomatologic:** incluzând aplicare de splint-uri si de gutiere, nu are o valoare dovedita în tratamentul cefaleei si trebuie descurajat.
- **Ochelarii:** trebuie recomandati de un specialist si purtati ori de câte ori este nevoie, dar erorile de refractie sunt rareori cauza cefaleelor dificil de tratat.
- **Tratamentele naturiste pe baza de plante:** nu sunt de obicei recomandate. "Butterbur" prezinta ceva eficienta conform studiilor clinice si folosirea sa este aprobata în unele tari, dar preparatele aflate în vânzare au un continut variabil si o toxicitate nedeterminata. Preparatele "feverfew" aflate în vânzare pretutindeni au un continut extrem de variabil si toxicitatea lor nu este bineînțeleasa.
- **Homeopatia:** are o valoare nedovedita. Nu exista argumente pentru vânzarile "over-the-counter" a remediilor homeopatice.
- **Reflexologia:** nu are o baza stiintifica.
- **Aparatele:** multe se afla pe piata, unele costisitoare si promovate fara dovezi ale eficientei lor. "Testimonials" poate fi atribuit efectului placebo si trebuie desconsiderat.
- **Alte proceduri chirurgicale pentru fata si gât :** nu produc beneficii si sunt potential daunatoare.

**FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZATĂ PE CRITERII A
PROTOCOLULUI CLINIC INSTITUȚIONAL**

”Cefaleea de tip tensional”

1. Denumirea IMSP evaluată prin audit		
	<i>(denumirea oficială)</i>	
2. Persoana responsabilă de completarea fișei		
	<i>(nume, prenume)</i>	
3. Data nașterii pacientului/ei		
	<i>(ZZ / LL /AAAA)</i>	
4. Sexul pacientului/ei	masculin=1, feminin=2	
5. Mediul de reședință	Urban=1, rural=2	
6. Numele medicului curant		
	<i>(nume, prenume)</i>	
Diagnosticul stabilit		
Data stabilirii diagnosticului		
	<i>(ZZ / LL /AAAA)</i>	
Evaluare		
Utilizarea criteriilor CITC pentru stabilirea diagnosticului	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Localizarea durerii	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Caracterul durerii	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Intensitatea durerii după SVA	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Durata accesului de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Semnele asociate accesului de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Factorii triggeri	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Frecvența acceselor		
• Agravare la efort	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Anamneștic eredocolateral de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Tratamentul administrat anterior	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Elucidarea stegulețelor roșii	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Elucidarea abuzului medicamentos	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Depistarea comorbidităților	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Depistarea complicațiilor	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea chestionarului de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea calendarului de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Evaluarea neurologică complexă	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Diagnostic diferențiat		
Consultarea altor specialiști pentru	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	

excluderea cefaleelor secundare		
Utilizarea metodelor paraclinice și de laborator pentru excluderea cefaleelor secundare	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea criteriilor pentru indicarea imagisticii	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Tratament abortiv		
Elaborarea unui plan individualizat de tratament acut al crizelor	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea conform indicațiilor a claselor principale de medicamente abortive.	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Instruirea pacientului să administreze medicația abortivă cât mai precoce	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Instruirea pacientului să monitorizeze consumul de medicamente	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Tratament de profilaxie		
Instituirea tratamentului de profilaxie conform indicațiilor	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Elaborarea unui plan de tratament de profilaxie	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Instruirea pacientului asupra tratamentului indicat	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Reevaluarea tratamentului fiecare 1-3 luni, la necesitate sau ineficiență.	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea metodelor non-farmacologice de profilaxie și tratament		
Managementul pacientului		
A fost suspectata cefaleea de tip tensional la nivel de asistență medicală consultativă?	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
A fost suspectată cefaleea de tip tensional la nivel de asistență medicală consultativă specializată (Centrul de cefalee)?	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Numărul de consultații necesare pentru confirmarea diagnosticului	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea criteriilor pentru spitalizare	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Masuri de întrerupere a abuzului medicamentos	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Masuri de dezintoxicare	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Masuri de prevenire a complicațiilor	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Suport informațional		
Utilizarea chestionarului de cefalee înainte, în timpul sau după consultație	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Explicarea și emiterea pacientului a informației referitor la patologie (ghidul pacientului, prospecte informative etc...)	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Emiterea pacientului și explicarea clară a metodelor de completarea a agendei de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	

Bibliografie

- Ashina M. Nitric oxide synthase inhibitors for the treatment of chronic tension-type headache. *Expert Opin Pharmacother* 2002; 3: 395–399.
- Ashina M. Neurobiology of chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2004; 24: 161–172.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, et al. Muscle hardness in patients with chronic tension-type headache: Relation to actual headache state. *Pain* 1999; 79: 201–205.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, et al. Possible mechanisms of glyceryl-trinitrate-induced immediate headache in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000; 20: 919–924.
- Ashina M, Lassen LH, Bendtsen L, et al. Effect of inhibition of nitric oxide synthase on chronic tension-type headache: A randomised crossover trial. *Lancet* 1999; 353: 287–289.
- Ashina M, Stallknecht B, Bendtsen L, et al. Tender points are not sites of ongoing inflammation – In vivo evidence in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2003; 23: 109–116.
- Ashina M, Stallknecht B, Bendtsen L, et al. In vivo evidence of altered skeletal muscle blood flow in chronic tension-type headache. *Brain* 2002; 125: 320–326.
- Ashina S, Babenko L, Jensen R, et al. Increased muscular and cutaneous pain sensitivity in cephalic region in patients with chronic tension-type headache. *Eur J Neurol* 2005; 12: 543–549.
- Ashina S, Bendtsen L, Ashina M, et al. Generalized hyperalgesia in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2006; 26: 940–948.
- Ashina S, Bendtsen L and Jensen R. Analgesic effect of amitriptyline in chronic tension-type headache is not directly related to serotonin reuptake inhibition. *Pain* 2004; 108: 108–114.
- Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache -Possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia* 2000; 20: 486–508.
- Bendtsen L, Bigal ME, Cerbo R, et al. Guidelines for controlled trials of drugs in tension-type headache: Second edition. *Cephalalgia* 2010; 30: 1–16.
- Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - Report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1318–1325.
- Bendtsen L, Jensen R. Amitriptyline reduces myofascial tenderness in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000; 20: 603–610.
- Bendtsen L and Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology* 2004; 62: 1706–1711.
- Bendtsen L and Jensen R. Tension-type headache: The most common, but also the most neglected, headache disorder. *Curr Opin Neurol* 2006; 19: 305–309.
- Bendtsen L, Jensen R, Jensen NK and Olesen J. Pressure-controlled palpation: A new technique which increases the reliability of manual palpation. *Cephalalgia* 1995; 15: 205–210.
- Bendtsen L, Jensen R and Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 61: 285–290.
- Bendtsen L, Jensen R and Olesen J. Decreased pain detection and tolerance thresholds in chronic tension-type headache. *Arch Neurol* 1996; 53: 373–376.
- Bendtsen L, Jensen R and Olesen J. Qualitatively altered nociception in chronic myofascial pain. *Pain* 1996; 65: 259–264.
- Buchgreitz L, Egsgaard LL, Jensen R, et al. Abnormal pain processing in chronic tension-type headache: A high-density EEG brain mapping study. *Brain* 2008; 131: 3232–3238.
- Buchgreitz L, Lyngberg AC, Bendtsen L and Jensen R. Frequency of headache is related to sensitization: A population study. *Pain* 2006; 123: 19–27.
- Buchgreitz L, Lyngberg AC, Bendtsen L and Jensen R. Increased pain sensitivity is not a risk factor but a consequence of frequent headache: A population-based follow-up study. *Pain* 2008; 137: 623–630.

Cathcart S, Petkov J and Pritchard D. Effects of induced stress on experimental pain sensitivity in chronic tension-type headache sufferers. *Eur J Neurol* 2008; 15: 552–558.

Cathcart S, Petkov J, Winefield AH, et al. Central mechanisms of stress-induced headache. *Cephalalgia* 2010; 30: 285–295.

Cathcart S, Winefield AH, Lushington K and Rolan P. Noxious inhibition of temporal summation is impaired in chronic tension-type headache. *Headache* 2010; 50: 403–412.

Christensen M, Bendtsen L, Ashina M and Jensen R. Experimental induction of muscle tenderness and headache in tension-type headache patients. *Cephalalgia* 2005; 25: 1061–1067.

Clark GT, Sakai S, Merrill R, et al. Cross-correlation between stress, pain, physical activity, and temporalis muscle EMG in tension-type headache. *Cephalalgia* 1995; 15: 511–518.

Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, et al. Myofascial trigger points and their relationship to headache clinical parameters in chronic tension-type headache. *Headache* 2006; 46: 1264–1272.

Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML and Pareja JA. Myofascial trigger points in the suboccipital muscles in episodic tension-type headache. *Man Ther* 2006; 11: 225–230.

Fernandez-de-Las-Penas C, Cuadrado ML, Arendt-Nielsen L, et al. Increased pericranial tenderness, decreased pressure pain threshold, and headache clinical parameters in chronic tension-type headache patients. *Clin J Pain* 2007; 23: 346–352.

Fernandez-de-Las-Penas C, Cuadrado ML, Arendt-Nielsen L, et al. Myofascial trigger points and sensitization: An updated pain model for tension-type headache. *Cephalalgia* 2007; 27:383–393.

Fernandez-de-Las-Penas C, Cuadrado ML and Pareja JA. Myofascial trigger points, neck mobility, and forward head posture in episodic tension-type headache. *Headache* 2007; 47: 662–672.

Fernandez-de-Las-Penas C and Schoenen J. Chronic tension-type headache: What is new? *Curr Opin Neurol* 2009; 22: 254–261.

Fumal A and Schoenen J. Tension-type headache: Current research and clinical management. *Lancet Neurol* 2008; 7: 70–83.

Heckman BD and Holroyd KA. Tension-type headache and psychiatric comorbidity. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 439–447.

Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, et al. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2208–2215.

Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL, et al. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. *Headache* 2000; 40: 3–16.

Hubbard DR and Berkoff GM. Myofascial trigger points show spontaneous needle EMG activity. *Spine* 1993; 18: 1803–1807.

Janke EA, Holroyd KA and Romanek K. Depression increases onset of tension-type headache following laboratory stress. *Pain* 2004; 111: 230–238.

Jensen R. Mechanisms of spontaneous tension-type headaches: An analysis of tenderness, pain thresholds and EMG. *Pain* 1996; 64: 251–256.

Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension-type headache: A review of epidemiological and experimental studies. *Cephalalgia* 1999; 19: 602–621.

Jensen R, Bendtsen L and Olesen J. Muscular factors are of importance in tension-type headache. *Headache* 1998; 38: 10–17.

Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, et al. Cephalic muscle tenderness and pressure pain threshold in a general population. *Pain* 1992; 48: 197–203.

Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B and Olesen J. Muscle tenderness and pressure pain thresholds in headache. A population study. *Pain* 1993; 52: 193–199.

Jensen R and Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol* 2008; 7: 354–361.

Jensen R, Zeeberg P, Dehlendorff C and Olesen J. Predictors of outcome of the treatment programme in a multidisciplinary headache centre. *Cephalalgia* 2010; 30: 1214–1224.

Langemark M, Bach FW, Jensen TS and Olesen J. Decreased nociceptive flexion reflex threshold in chronic tension-type headache. *Arch Neurol* 1993; 50: 1061–1064.

Langemark M, Jensen K, Jensen TS and Olesen J. Pressure pain thresholds and thermal nociceptive thresholds in chronic tension-type headache. *Pain* 1989; 38: 203–210.

Langemark M and Olesen J. Pericranial tenderness in tension headache. A blind, controlled study. *Cephalalgia* 1987; 7:249–255.

Leistad R, Sand T, Westgaard R, et al. Stress-induced pain and muscle activity in patients with migraine and tension-type headache. *Cephalalgia* 2006; 26: 64–73.

Lindelof K, Ellrich J, Jensen R and Bendtsen L. Central pain processing in chronic tension-type headache. *Clin Neurophysiol* 2009; 120: 1364–1370.

Lindelof K, Jung K, Ellrich J, et al. Low-frequency electrical stimulation induces long-term depression in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2010; 30: 860–867.

Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T and Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol* 2005; 20: 243–249.

Mathew NT. Tension-type headache. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2006; 6: 100–105.

Mork H, Ashina M, Bendtsen L, et al. Induction of prolonged tenderness in patients with tension-type headache by means of a new experimental model of myofascial pain. *Eur J Neurol* 2003; 10: 249–256.

Mork H, Ashina M, Bendtsen L, et al. Possible mechanisms of pain perception in patients with episodic tension-type headache. A new experimental model of myofascial pain. *Cephalalgia* 2004; 24: 466–475.

Nestoriuc Y, Rief W and Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: Efficacy, specificity, and treatment moderators. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 379–396.

Olesen J. Clinical and pathophysiological observations in migraine and tension-type headache explained by integration of vascular, supraspinal and myofascial inputs. *Pain* 1991; 46: 125–132.

Pielsticker A, Haag G, Zaudig M and Lautenbacher S. Impairment of pain inhibition in chronic tension-type headache. *Pain* 2005; 118 (1–2): 215–223.

Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M and Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – A prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 1147–1157.

Sandrini G, Rossi P, Milanov I, et al. Abnormal modulatory influence of diffuse noxious inhibitory controls in migraine and chronic tension-type headache patients. *Cephalalgia* 2006; 26: 782–789.

Schmidt-Hansen PT, Svensson P, Bendtsen L, et al. Increased muscle pain sensitivity in patients with tension-type headache. *Pain* 2007; 129: 113–121.

Schmidt-Wilcke T, Leinisch E, Straube A, et al. Gray matter decrease in patients with chronic tension type headache. *Neurology* 2005; 65: 1483–1486.

Schoenen J, Bottin D, Hardy F and Gerard P. Cephalic and extracephalic pressure pain thresholds in chronic tension-type headache. *Pain* 1991; 47: 145–149.

Schoenen J, Gerard P, De P, et al. Multiple clinical and paraclinical analyses of chronic tension-type headache associated or unassociated with disorder of pericranial muscles. *Cephalalgia* 1991; 11: 135–139.

Schwartz BS, Stewart WF, Simon D and Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998; 4: 381–383.