

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Προσέγγιση των κεφαλαλγιών

Anne MacGregor

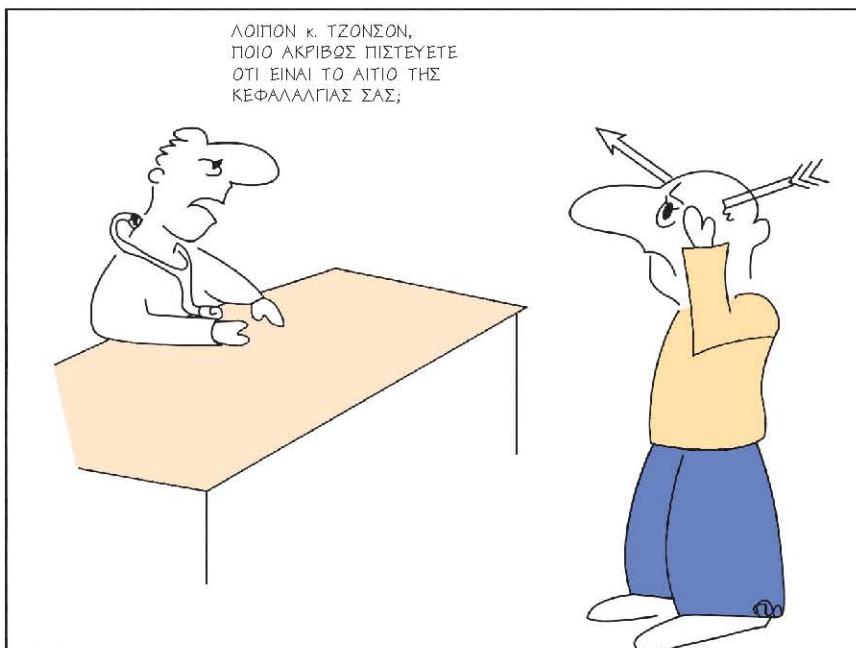
ΣΥΝΟΨΗ

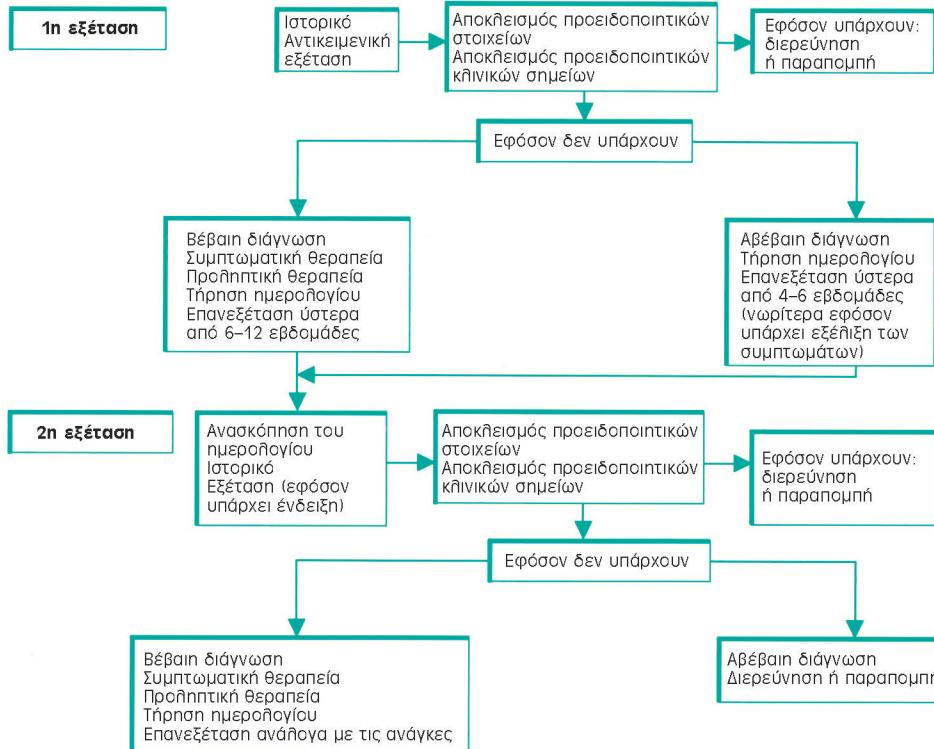
- Οι περισσότερες κεφαλαλγίες μπορούν να αντιμετωπιστούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας
- Το ιστορικό αποτελεί κρίσιμο βήμα για τη σωστή διάγνωση
- Η βυθοσκόπηση είναι υποχρεωτική για όσους δύσους εκδηλώνουν κεφαλαλγία
- Η τήρηση ημερολογίου συμβάπτει στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση
- Η ύπαρξη προειδοποιητικών συμπτωμάτων από το ιστορικό και ευρημάτων από την αντικειμενική εξέταση επιβάπτισην περαιτέρω διερεύνηση και ίσως αποτελούν ένδειξη παραπομπής στον κατάλληλο ειδικό

Εισαγωγή

Σχεδόν όλοι έχουν βιώσει την εμπειρία της κεφαλαλγίας κάποια στιγμή στη ζωή τους. Οι περισσότερες κεφαλαλγίες είναι ασήμαντες, έχουν προφανές αίτιο και συνοδεύονται από ελάχιστη ανικανότητα. Ωστόσο, μερικές κεφαλαλγίες

είναι αρκετά ενοχλητικές, ώστε αναγκάζουν τον πάσχοντα να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Οι κεφαλαλγίες αποτελούν το αίτιο για ποσοστό 4,4% των επισκέψεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας (6,4% για τις γυναίκες και 2,5% για τους άνδρες). Αν δεν τεθεί η σωστή διάγνωση, δεν είναι δυνατόν να χορηγηθεί η πιο αποτελεσματική θεραπεία. Στην πλειονότητα των νόσων, η πιθανή διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί με εργαστηριακές εξετάσεις, αλλά δεν υπάρχει εξέταση μέσω της οποίας μπορεί να επιβεβαιωθεί η διάγνωση των πιο συχνών κεφαλαλγιών, όπως η ημικρανία ή η κεφαλαλγία τύπου τάσης. Αυτό σημαίνει ότι αν η κεφαλαλγία δεν είναι προφανής, η διάγνωση βασίζεται κυρίως στο ιστορικό. Επιτέλον, από την αντικειμενική εξέταση των ατόμων με πρωτοπαθή κεφαλαλγία προκύπτουν κατά κανόνα φυσιολογικά ευρήματα. Κατά συνέπεια, η διάγνωση δεν είναι απαραίτητως εύκολη, ιδίως εφόσον συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή περισσότεροι του ενός τύποι κεφαλαλγίας, οπότε προκαλείται σύγχυση τόσο στον ασθενή όσο και στον ιατρό. Σε μελέτη ασθενών με διάγνωση ημικρανίας που είχαν παραπεμφθεί σε ειδικό ιατρείο ημικρανίας, σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών έπασχε από επιπρόσθετη κεφαλαλγία εκτός της ημικρανίας. Η μη





Εικόνα 1.1 Προσέγγιση των κεφαλαιγιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας.

διάγνωση και αντιμετώπιση της επιπρόσθετης κεφαλαιλαγίας ήταν το πιο συχνό αίτιο αποτυχίας της θεραπείας.

Η επιβεβαίωση της διάγνωσης δεν είναι απαραιτήτως δυνατή με την πρώτη εξέταση. Η λήψη δομημένου ιστορικού, που ακολουθείται από συστηματική εξέταση, μπορεί να διαχωρίσει τους ασθενείς που έχουν ανάγκη άμεσου εργαστηριακού ελέγχου ή παραπομπής από τις μη επείγουσες περιπτώσεις. Η αντιμετώπιση και η παρακολούθηση θα εξαρτηθούν από το αν η διάγνωση έχει επιβεβαιωθεί, χωρίς να υπάρχουν αμφιβολίες, ή αν παραμένει αβέβαιη (Εικόνα 1.1).

Ιστορικό

Η λήψη του ιστορικού αποτελεί κρίσιμο βήμα για τη διάγνωση των κεφαλαιλαγιών (Πίνακας 1.1). Για κάθε τύπο κεφαλαιλαγίας που αναφέρει ο ασθενής απαιτείται η λήψη χωριστού ιστορικού, με προσεκτική καταγραφή της πορείας και της διάρκειας κάθε ενός από αυτών. Η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαιλαγίας (International Headache Society) έχει δημιουργήσει σύστημα ταξινόμησης και διαγνωστικών κριτηρίων για την πλειονότητα των πρωτοπαθών και των δευτεροπαθών κεφαλαιλαγιών

Πίνακας 1.1 Προσέγγιση για την πίνακη του ιστορικού

1. Πόσους διαφορετικούς τύπους κεφαλαιλαγίας εμφανίζει ο ασθενής;

Απαιτείται η πίνακη διαφορετικού ιστορικού για κάθε τύπο κεφαλαιλαγίας. Είναι πιο γονικό να υπάρχει επικέντρωση στον τύπο κεφαλαιλαγίας που είναι πιο ενοχλητικός για τον ασθενή, αλλά θα πρέπει απαραιτήτως να τίθενται ερωτήσεις και για τους άλλους τύπους κεφαλαιλαγίας, ώστε να διαπιστωθεί η κλινική τους σημασία.

2. Ερωτήσεις για τον χρόνο

- a) Γιατί ήπθατε σήμερα;
- β) Πόσο πρόσφατη είναι η έναρξη;
- γ) Πόσο συχνή είναι και ποια η κατανομή της στον χρόνο (με έμφαση στη διάκριση σαστιχών και καθημερινής ή συνεχούς);
- δ) Πόσο διαρκεί;

3. Ερωτήσεις για τα γνωρίσματα

- α) Η ένταση του πόνου;
- β) Η φύση και η ποιότητα του πόνου;
- γ) Η εντόπιση και η επέκταση του πόνου;
- δ) Τα συνοδά συμπτώματα;

4. Ερωτήσεις για το αίτιο

- α) Προδιαθετικό ή/και εκπυκτικό παράγοντες;
- β) Παράγοντες που συμβάλλουν στην επιδείνωση ή/και στην ύφεση;
- γ) Οικογενειακό ιστορικό παρόμιων κεφαλαιλαγιών;

5. Ερωτήσεις για την αντίδραση του ασθενούς στην κεφαλαιλαγία

- α) Τι κάνει ο ασθενής όσο διαρκεί η κεφαλαιλαγία;
- β) Σε ποιον βαθμό περιορίζεται η αναστέλλεται η δραστηριότητα (λειτουργικότητα);
- γ) Ποια φάρμακα χορηγήθηκαν και χορηγούνται και με ποιον τρόπο;

6. Κατάσταση της υγείας στα μεσοδιαστήματα των επεισοδίων

- α) Εντελώς υγιής ή με υποθετικά ή επίμονα συμπτώματα;
- β) Ανησυχία, άγχος, φόβος για υποτροπή των επεισοδίων ή/και για το αίτιό τους;

Πλαίσιο 1.1 Διεθνής ταξινόμηση των κεφαλαιλγιών (2η έκδοση)

Πρωτοπαθής κεφαλαιλγία	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ημικρανία, όπου περιλαμβάνονται: <ul style="list-style-type: none"> • Ημικρανία με αύρα • Ημικρανία χωρίς αύρα • Περιοδικά σύνδρομα της παιδικής ηλικίας που αποτελούν συχνά πρόδρομες εκδηλώσεις της ημικρανίας • Κυκλικοί έμετοι • Κοιλιακή ημικρανία • Καλοπήθης παροξυσμικός ίπιγγος της παιδικής ηλικίας 2. Κεφαλαιλγία τύπου τάσης, όπου περιλαμβάνονται: <ul style="list-style-type: none"> • Σπάνια επεισόδια κεφαλαιλγίας τύπου τάσης • Συχνά επεισόδια κεφαλαιλγίας τύπου τάσης • Χρόνια κεφαλαιλγία τύπου τάσης 3. Αθροιστική κεφαλαιλγία και άπλετες τριδυμικές αυτόνομες κεφαλαιλγίες, όπου περιλαμβάνονται: <ul style="list-style-type: none"> • Αθροιστική κεφαλαιλγία • Παροξυσμική ημικρανία • Βραχείας διάρκειας επεισόδια μονόπλευρης νευραλγικόμορφης κεφαλαιλγίας με ερυθρότητα του επιπεφυκότα και δακρύρροια 4. Άπλετες πρωτοπαθείς κεφαλαιλγίες, όπου περιλαμβάνονται: <ul style="list-style-type: none"> • Πρωτοπαθής κεφαλαιλγία του βήχα • Πρωτοπαθής κεφαλαιλγία της προσπάθειας • Πρωτοπαθής κεφαλαιλγία που σχετίζεται με γενετήσια δραστηριότητα • Πρωτοπαθής κεραυνοβόλος κεφαλαιλγία
Δευτεροπαθής κεφαλαιλγία	<ol style="list-style-type: none"> 5. Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε κάκωση κεφαλής ή/και αυχένα, όπου περιλαμβάνεται: <ul style="list-style-type: none"> • Χρόνια μετακακωσική κεφαλαιλγία 6. Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε εγκεφαλική ή αυχενική αγγειακή διαταραχή, όπου περιλαμβάνονται: <ul style="list-style-type: none"> • Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε υπαρχνοείδη αιμορραγία • Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα 7. Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε μη αγγειακή ενδοκρανιακή διαταραχή, όπου περιλαμβάνονται: <ul style="list-style-type: none"> • Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε ιδιοπαθή ενδοκράνια υπέρταση • Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε χαμηλή πίεση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού • Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε μη ποιμώδη φτεγμονώδη νόσο • Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε ενδοκρανιακό νεόπλασμα 8. Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε χημική ουσία ή σε διακοπή της, όπου περιλαμβάνονται: <ul style="list-style-type: none"> • Κεφαλαιλγία που οφείλεται σε μονοξείδιο του άνθρακα • Κεφαλαιλγία που οφείλεται σε οινόπνευμα • Κεφαλαιλγία από κατάχρηση φαρμάκων • Κεφαλαιλγία από κατάχρηση αναλγητικών 9. Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε ποιμώξη, όπου περιλαμβάνεται: <ul style="list-style-type: none"> • Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε ενδοκρανιακή ποιμώξη 10. Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε διαταραχή της ομοιόστασης 11. Κεφαλαιλγία ή προσωπαλγία που αποδίδεται σε διαταραχή του κρανίου, του αυχένα, των οφθαλμών, των αυτιών, της μύτης, των παραρρίνων κόπων, των δοντιών, του στόματος ή άριθμων δοιμών του κρανίου ή του προσώπου, όπου περιλαμβάνονται: <ul style="list-style-type: none"> • Αυχενογενής κεφαλαιλγία • Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε οξύ γηλαύκωμα 12. Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε ψυχική διαταραχή 13. Κρανιακές νευραλγίες και κεντρικά αίτια προσωπαλγίας, όπου περιλαμβάνεται: <ul style="list-style-type: none"> • Νευραλγία τριδύμου 14. Άπλη κεφαλαιλγία, κρανιακή νευραλγία, κεντρική ή πρωτοπαθής προσωπαλγία
Περιλαμβάνονται:	<p>Περιλαμβάνονται:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αμιγής εμμηνορρυσιακή ημικρανία χωρίς αύρα • Ημικρανία χωρίς αύρα που σχετίζεται με την εμμηνορρυσία • Καλοπήθες παροξυσμικό ραϊβόκρανο • Κεφαλαιλγία που αποδίδεται σε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή
Νευραλγίες και άπλετες κεφαλαιλγίες	
Παράρτημα (μη επικυρωμένα ερευνητικά κριτήρια)	

Πηγή: προσαρμογή από Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders (2nd edition)*. *Cephalgia* 2004; 24 (suppl 1): 1-160.

(Πλαίσιο 1.1). Αν και αυτό το σύστημα αποτελεί κατά κύριο λόγο ερευνητικό εργαλείο, τα προτυποποιημένα διαγνωστικά κριτήρια έχουν συμβάλει στην επιβεβαίωση του επιπολασμού των κεφαλαιλγιών, ενός στοιχείου που χρησιμεύει στην αξιολόγηση της πιθανής διάγνωσης οποιασδήποτε κεφαλαιλγίας που απαντάται στην κλινική πράξη (Πίνακες 1.2 και 1.3).

Η λήψη του ιστορικού απαιτεί χρόνο. Μερικές φορές ενδέχεται να μην υπάρχει αρκετός χρόνος για τη λήψη πλήρους ιστορικού, ιδίως σε επείγουσες περιπτώσεις. Πρώτος

στόχος είναι ο αποκλεισμός των διαταραχών που απαιτούν πιο επείγουσα παρέμβαση με την επισήμανση της ύπαρξης προειδοποιητικών στοιχείων από το ιστορικό (Πλαίσιο 1.2).

Η κεφαλαιλγία που εκδηλώνεται σε ασθενή χωρίς προηγούμενο ιστορικό κεφαλαιλγιών ή η πρόσφατη μεταβολή των γνωρισμάτων της κεφαλαιλγίας απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή. Η εκδήλωση κεφαλαιλγίας για πρώτη φορά σε οποιοδήποτε ασθενή ηλικίας άνω των 50 ετών θα πρέπει να εγείρει την υποψία γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας (Κεφάλαιο 14). Σε

αυτές τις περιπτώσεις, η κεφαλαλγία θα είναι μάλλον επίμονη, συχνά πιο οξεία κατά τις νυκτερινές ώρες, ενώ ενδέχεται να είναι πολύ έντονη. Η διαλείπουσα αδυναμία της κάτω γνάθου κατά τη μάσηση είναι τόσο χαρακτηριστική, ώστε η παρουσία της επιβεβαιώνει τη διάγνωση εκτός αν υπάρχουν στοιχεία για άλλη διάγνωση. Εφόσον δεν υπάρχουν «σημεία κινδύνου», η αιμιγώς μονόπλευρη κεφαλαλγία μπορεί να αποτελεί εκδήλωση συνήθους διαταραχής, όπως η ημικρανία (Κεφάλαιο 2) ή μία από τις πιο σπάνιες τριδυμικές αυτόνομες κεφαλαλγίες (Κεφάλαιο 4).

Ένα ασύνηθες, αλλά προλαμβανόμενο αίτιο μη ειδικής κεφαλαλγίας σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι η δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα, που οφείλεται στη χρήση θερμάστρας που δεν λειτουργεί κανονικά σε συνδυασμό με μη επαρκή αερισμό. Τα συμπτώματα της υποξείας δηλητηρίασης από μονοξείδιο του άνθρακα περιλαμβάνουν σφύζουσα κεφαλαλγία, ναυτία, εμέτους, ζάλη και εύκολη κόπωση.

Ο βασικός φόβος των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας είναι το ενδεχόμενο η κεφαλαλγία να οφείλεται σε εγκεφαλικό νεόπλασμα. Στην πράξη, οι ενδοκρανιακές βλάβες (νεοπλάσματα, υπαραχνοειδής αιμορραγία, μηνιγγίτιδα) συνοδεύονται από στοιχεία του ιστορικού που θα πρέπει να κατευθύνουν προς τη σωστή διάγνωση. Τα εγκεφαλικά νεοπλάσματα και άλλες σοβαρές διαταραχές σπάνια εκδηλώνονται με κεφαλαλγία χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα (Πίνακας 1.4). Οι επιληπτικές κρίσεις αποτελούν μία από τις βασικές εκδηλώσεις των ενδοεγκεφαλικών χωροκατακτητικών

Πλαίσιο 1.2 Προειδοποιητικά στοιχεία του ιστορικού που επιβάλλουν διερεύνηση

- Οξεία κεραυνοβόήσος κεφαλαιγία (έντονη κεφαλαιγία με αιφνίδια ή «εκρηκτική» έναρξη)
- Κεφαλαιγία με άτυπη αύρα (διάρκεια >1 ώρα ή με κινητική αδυναμία)
- Εκδήλωση κεφαλαιγίας χωρίς παρόμοιο ιστορικό σε ασθενή πληκτίας κάτω των 10 ετών ή άνω των 50 ετών
- Προοδευτική κεφαλαιγία, με επιδείνωση σε διάστημα εβδομάδων ή μηνών
- Πυρετός
- Συμπτώματα αυξημένης ενδοκρανίας πίεσης:
 - βυθιότητα
 - κεφαλαιγία που επιφεύγεται από τη σάσιση του σώματος
 - έμετοι
- Επιπληπτικές κρίσεις πρόσφατης έναρξης
- Ιστορικό κακοήθους νεοπλάσματος ή ποιμωχητή από ίο HIV
- Μεταβολές των νοητικών πειτουργιών ή της προσωπικότητας
- Προοδευτική νευρολογική διαταραχή:
 - προοδευτική αδυναμία
 - διαταραχή της αισθητικότητας
 - δυσφασία
 - αταξία

βλαβών, οπότε τα επεισόδια απώλειας συνείδησης θα πρέπει να διερευνώνται με προσοχή. Διαγνωστικά προβλήματα είναι δυνατόν να υπάρχουν σε περίπτωση νεοπλασμάτων με βραδεία εξέλιξη, ιδίως εφόσον εντοπίζονται σε νευρολογικά «σιωπηλές» περιοχές των μετωπιαίων λοβών. Οι ήπιες μεταβολές της προσωπικότητας ενδέχεται να οδηγήσουν τον θεράποντα στην άποψη ότι η κεφαλαλγία οφείλεται σε κατάθλιψη, με επακόλουθη χορήγηση μη αναγκαίας αντίστοιχης θεραπείας. Ενδείκνυται αυξημένη προσοχή σε περιπτώσεις ασθενών που εμφανίζουν κεφαλαλγία πρόσφατης έναρξης και έχουν γνωστό ιστορικό καρκίνου σε άλλο σημείο του σώματος ή καταστολής του ανοσιακού συστήματος.

Αντικειμενική εξέταση

Κατά την εξέταση του ασθενούς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ιδιαίτερη σημασία έχει ο χρόνος. Θα πρέπει να τεθεί η διάγνωση, αλλά με τρόπο που δεν θα προκαλέσει ανησυχία στον ασθενή. Σε πρόσφατη μελέτη μη νοσηλευόμενων ασθενών διαπιστώθηκε ότι, από σύνολο διαδοχικών ασθενών με κεφαλαλγία χωρίς νευρολογικά σημεία, ποσοστό μόνο 0,9% έπασχε από σημαντική διαταραχή. Το εύρημα αυτό ενισχύει τη σημασία της αντικειμενικής εξέτασης για τη διάγνωση των σημαντικών αιτίων κεφαλαλγίας.

Η εξέταση θα πρέπει να είναι πλήρης, αλλά μπορεί να είναι σύντομη. Έχει αναπτυχθεί σύντομη νευρολογική εξέταση ασθενών με υποτροπιάζουσες κεφαλαλγίες, με στόχο την αποκάλυψη των πιο πιθανών παθολογικών ευρημάτων, εφόσον αυτά υπάρχουν (Πίνακας 1.5). Αν διαπιστωθεί η ύπαρξη οποιωνδήποτε κλινικών σημείων, υπάρχει ένδειξη για πιο λεπτομερή εξέταση.

Εφόσον δεν υπάρχει επαρκής χρόνος ακόμη και για τόσο σύντομη εξέταση, αυτή μπορεί να μετατεθεί σε επόμενη ημερομηνία, με την προϋπόθεση ότι έχει διενεργηθεί βυθοσκόπηση. Η βυθοσκόπηση είναι υποχρεωτική σε ασθενείς που εμφανίζουν κεφαλαλγία για πρώτη φορά, ενώ δεν θα πρέπει να παραλείπεται η επανάληψη της κατά την παρακολούθηση.

Συνιστάται η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης: η αυξημένη αρτηριακή πίεση αποτελεί πολύ σπάνιο αίτιο κεφαλαλγίας,

Πίνακας 1.2 Ισόβιος επιπολασμός πρωτοπαθών κεφαλαιγιών

Τύπος κεφαλαιγίας	Επιπολασμός % (όριο αξιοπιστίας 95%)
Ημικρανία χωρίς αύρα	9 (7-11)
Ημικρανία με αύρα	6 (5-8)
Επεισόδια κεφαλαιγίας τύπου τάσης	66 (62-69)
Χρόνια κεφαλαιγία τύπου τάσης	3 (2-5)
Αθροιστική κεφαλαιγία	0,1 (0-1)

Πηγή: Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalgia* 1995; 15: 45-68.

Πίνακας 1.3 Ισόβιος επιπολασμός δευτεροπαθών κεφαλαιγιών

Τύπος κεφαλαιγίας	Επιπολασμός % (όριο αξιοπιστίας 95%)
Κάκωση κεφαλής	4 (2-5)
Αγγειακές διαταραχές	1 (0-2)
Μη αγγειακές διαταραχές της κεφαλής	0,5 (0-1)
Ουσίες ή διακοπή τους (με εξαίρεση την κεφαλαιγία ύστερα από μέθη)	3 (2-4)
Κεφαλαιγία ύστερα από μέθη	72 (68-75)
Λοίμωξη που δεν αφορά στην κεφαλή	63 (59-66)
Μεταβολική διαταραχή	22 (19-25)
Διαταραχές κεφαλής, αυχένα, οφθαλμών	0,5-3 (0-4)
Διαταραχές παραρρήνων κόπων	15 (12-17)
Νευραλγίες της κεφαλής	0,5 (0-1)

Πηγή: Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalgia* 1995, 15: 45-68.

Πίνακας 1.4 Δευτεροπαθή αίτια κεφαλαιγίας που διαπιστώθηκαν κατά το δωδεκάμηνο μετά την προσέλευση ασθενών σε κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας για πρωτοπαθή κεφαλαιγία ή πρόσφατη αδιαφοροποίητη κεφαλαιγία

Επακόλουθη διάγνωση	Διάγνωση της κεφαλαιγίας κατά την έναρξη ή (%)	
	Νέα αδιαφοροποίητη κεφαλαιγία n = 63.921	Πρωτοπαθής κεφαλαιγία n = 21.758
Υπαραχνοειδής αιμορραγία	87 (0,14)	5 (0,02)
Κακόπθες νεόπλασμα εγκεφάλου	97 (0,15)	10 (0,045)
Καποθήπος χωροκατακτητική βλάβη	30 (0,05)	2 (0,009)
Κροταφική αρτηρίτιδα	421 (0,66)	40 (0,18)
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	678 (1,06)	97 (0,45)
Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο	273 (0,43)	54 (0,25)

n = αριθμός ασθενών

Πηγή: Kernick D et al., What happens to new onset headache presented to primary care? A case-cohort study using electronic primary care records. *Cephalgia* (2008 υπό δημοσίευση).

αλλά οι ασθενείς συχνά πιστεύουν ότι ενδέχεται να την προκαλεί. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση είναι δυνατόν να δυσχεράνει την αντιμετώπιση της κεφαλαιγίας που οφείλεται σε άλλα αίτια, όπως η ημικρανία, εφόσον δεν αντιμετωπιστεί η ίδια η υπέρταση. Τα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της κεφαλαιγίας, ιδίως της ημικρανίας και της αθροιστικής κεφαλαιγίας, επηρεάζουν την αρτηριακή πίεση, ενώ ισχύει και το αντίστροφο.

Θα πρέπει να εξετάζεται η κεφαλή και ο αυχένας για ευαισθησία των μυών (γενικευμένη ή με «οξιδια»), δυσκαμψία, περιορισμό του εύρους των κινήσεων ή κριγμό. Τα θετικά ευρήματα ενδέχεται να αποτελούν ένδειξη για φυσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις, αλλά όχι απαραίτηται και για το αίτιο της κεφαλαιγίας. Είναι αβέβαιο το κατά πόσον η εξέταση της γνάθου και της μάσησης συμβάλλει στη διάγνωση της κεφαλαιγίας, αλλά είναι δυνατόν να αποκαλύψει συνυπάρχουσες διαταραχές.

Στα παιδιά, συνιστάται από κάποιους παιδιάτρους η μέτρηση της περιμέτρου της κεφαλής, κατά την πρώτη διαγνωστική εξέταση, και η καταγραφή της σε χάρτη παρακολούθησης. Το βάρος είναι σημαντικό κατά την εξέταση της δόσης των φαρμάκων και, σε συνδυασμό με το ύψος, μπορεί να αποτελέσει δείκτη της φυσιολογικής ανάπτυξης.

Εργαστηριακός έλεγχος

Στην κλινική πράξη, η αρχική ανησυχία επικεντρώνεται στη διαφοροποίηση των πρωτοπαθών κεφαλαιγιών από τις δευτεροπαθείς, δυνητικά επικίνδυνες κεφαλαιγίες.

Ο εργαστηριακός έλεγχος, στον οποίο περιλαμβάνεται η νευροαπεικόνιση, δεν συμβάλλει στη διάγνωση των πρωτοπαθών κεφαλαιγιών και δεν είναι αναγκαίος σε παιδιά ή ενηλίκους που πάσχουν από κεφαλαιγία συγκεκριμένου τύπου και έχουν φυσιολογική νευρολογική εξέταση. Αυτός ο έλεγχος επιβάλλεται μόνο εφόσον υπάρχει η υπόνοια δευτεροπαθών κεφαλαιγιών εξαιτίας του ότι η κεφαλαιγία δεν ανήκει σε συγκεκριμένο τύπο, έχει άτυπα συμπτώματα, συνοδεύεται από μόνιμα νευρολογικά ή ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, έχει παθολογικά ευρήματα από τη νευρολογική εξέταση ή σχετίζεται με πρόσφατη κάκωση. Ένδειχη διενέργειας εργαστηριακού ελέγχου υπάρχει σε περιπτώσεις κεφαλαιγιών με πρόσφατη έναρξη ή σε παιδιά με κεφαλαιγία των οποίων οι γονείς εμφανίζουν έντονη ανησυχία. Η διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων χωρίς να υπάρχουν οι αντίστοιχες ενδείξεις μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της νοσηρότητας, ιδίως εφόσον προκύψουν τυχαία ευρήματα

που δεν σχετίζονται με την κεφαλαιγία, καθώς και λόγω της μη αναγκαίας έκθεσης σε ακτινοβολία (στην περίπτωση της υπολογιστικής τομογραφίας).

- *H* Η γενική εξέταση αίματος και η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαίριων μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη λοιμώξης ή γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας.
- *H* Η απλή ακτινογραφία κρανίου είναι φυσιολογική στην πλειονότητα των ασθενών με κεφαλαιγία, αλλά ενδέχεται να ενδείκνυται εφόσον υπάρχει ιστορικό κάκωσης κεφαλής ή στην περίπτωση που τα συμπτώματα και τα σημεία θέτουν την υποψία νεοπλάσματος, ιδίως της υπόφυσης. Οι ακτινογραφίες της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης συνήθως δεν συμβάλλουν στη διάγνωση, ακόμη και στις περιπτώσεις όπου τα αυχενικά ευρήματα παρέχουν ενδείξεις για αυχενική προέλευση της κεφαλαιγίας, καθώς δεν τροποποιούν την αντιμετώπιση.
- *H* Η οσφυονωτιαία παρακέντηση επιβεβαιώνει την ύπαρξη λοιμώξης (π.χ. μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα). Θα πρέπει να διενεργείται στις περιπτώσεις όπου υπάρχει η υπόνοια υπαραχνοειδούς αιμορραγίας (π.χ. οξεία κεραυνοβόλος κεφαλαιγία) και δεν υπάρχει η δυνατότητα υπολογιστικής τομογραφίας ή τα ευρήματά της είναι ασαφή – ποσοστό 10–15% των περιπτώσεων υπαραχνοειδούς αιμορραγίας έχουν φυσιολογικά ευρήματα στον απεικονιστικό έλεγχο.
- *H* Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEG) έχει μικρή διαγνωστική αξία στην ημικρανία, αλλά μπορεί να διενεργηθεί εφόσον οι κλινικές εκδηλώσεις εγείρουν την υπόνοια επιληψίας, όπως στην περίπτωση απώλειας συνείδησης σε συνδυασμό με ημικρανία.
- *H* Η υπολογιστική τομογραφία (ΥΤ) μπορεί να απεικονίσει δομικές βλάβες, όπως νεόπλασμα, αγγειακή δυσπλασία, αιμορραγία ή υδροκέφαλο. Εφόσον υπάρχει η υπόνοια ενδοκρανιακής ή υπαραχνοειδούς αιμορραγίας, η ΥΤ χωρίς σκιαγραφικό μπορεί να απεικονίσει το πρόσφατο αίμα, σε αντίθεση με τη μαγνητική τομογραφία. Ένδεχεται να απαιτηθεί η ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας για την απεικόνιση νεοπλάσματος ή αγγειακής δυσπλασίας. Ενδείξεις για τη διενέργεια ΥΤ αποτελούν η ύπαρξη μόνιμου εστιακού νευρολογικού ελλείματος, καθώς και τα συμπτώματα ή σημεία που δημιουργούν υπόνοια αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας ή αιμορραγικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.
- *H* Η μαγνητική τομογραφία (ΜΤ) διαθέτει μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα κατά την απεικόνιση μαλακών μορίων σε σύγκριση με την ΥΤ και αποτελεί την εξέταση