

# I JORNADA D'ATENCIÓ COMPARTIDA EN NEUROLOGIA AIS-BE

Reptes diagnòstics i terapèutics en demències i cefalees



5 OCTUBRE 2012

hp  
Hospital Plató

Àrea Integral  
de Salut  
Barcelona Esquerra

C S B Consorci Sanitari de Barcelona  
Ens públic de la Generalitat de Catalunya  
i l'Ajuntament de Barcelona

CLÍNICA  
Corporació Sanitària

Capio Hospital Universitari Sagrat Cor

Institut Català de la Salut  
Àmbit d'Atenció Primària  
Barcelona Ciutat

CAPS  
eixample

eap  
HOSPITAL DE PLECS

eap  
Poble-sec

# **MIGRANYA CRÒNICA**

**Neus Fabregat.  
Neurologia – Hospital Plató.**

# **ÍNDEX:**

## **I.Cas clínic.**

## **II.Migranya crònica.**

- ✓ Situació problema.
- ✓ Epidemiologia.
- ✓ Criteris diagnòstics.
- ✓ Tractament.

# ÍNDEX:

## I.Cas clínic.

## II.Migranya crònica.

- ✓ Situació problema.
- ✓ Epidemiologia.
- ✓ Criteris diagnòstics.
- ✓ Tractament.

# CAS CLÍNIC.

- Dona de 47 a.
- Antecedents familiars: mare migranya.
- Cefalea d'inici en l'adolescència, amb episodis d'1-2 dies de dolor hemicraneal i pulsàtil d'intensitat elevada, amb fotofonofòbia i traqueteig+.
- Episodis esporàdics alguns d'ells relacionats amb la menstruació. Milloraven amb ibuprofé i tonopan.
- En els últims 10 anys la freqüència de la cefalea va en augment fins a fer-se gairebé diària. No factor intercurrent coincident amb l'empitjorament.



- L'exploració neurològica i sistèmica són normals. Fons d'ull N. No palpació de punts dolorosos craneals.
- RM crani: normal.
- S'instaura tractament profilàctic amb topiramato i agut amb rizatriptà i naproxé com a rescat.
- Se li entrega un calendari de cefalea.
- La revisió del calendari objectiva que té un promig de 20 dies de cefalea al mes, alguns d'ells més intensos (9 milloren amb rizatriptà.
- Tractament topiramato no eficaç... beta-bloquejants, flunaricina, amitriptilina, valproat i combinacions tampoc.



I JORNADA

D'ATENCIÓ COMPARTIDA EN NEUROLOGIA AIS-BE

Reptes diagnòstics i terapèutics en demències i cefalees



## DIAGNÒSTIC:

- Migranya crònica refractària al tractament preventiu.
- Marcada repercusió vida diària (baixes laborals freqüents).

## PLA TERAPÈUTIC:

- Objectiu del tractament realista i explicat a la pacient.
- Ús mínim d'analgèsics-triptans.
- Infiltracions Botox.



# ÍNDEX:

I. Cas clínic.

**II. Migranya crònica.**

- ✓ Situació problema.
- ✓ Epidemiologia.
- ✓ Criteris diagnòstics.
- ✓ Tractament.

*Epidemiologia i repercusió de la migranya crònica.*

# IMPLICACIÓ ASSISTENCIAL EN MIGRANYA CRÒNICA:

- Metge AP.
- Neuròleg.
- Psicòleg.
- Infermeria, fisioterapeuta.
- Altres serveis: UP. Dolor-Comissió Dolor, Pneumologia (SAHS), Endocrí (sobrepes, tiroides), Reuma (fibromiàlgia).



# The Epidemiology of Primary Headache Disorders

Matthew S. Robbins, M.D.,<sup>1</sup> and Richard B. Lipton, M.D.<sup>1,2</sup>

Semin Neurol 2010;30:107–119.

## **PREVALENCIA:** 11-12% .

- Dones 2.8-1 (3.3-1 entre 40-45a).
- AMPP (32105 adolescents USA) 6.3% (7.7% noies, 5% nois).
- Races (USA): caucàsic (20.4%, 8.6%) > afroamericana (16.2%, 7.2%) > asiàtic (9.2%, 4.2%) → susceptibilitat genètica.
- Augmenta en disminuir els ingressos familiars, només en els pacients sense història familiar.
- Migranya crònica 2-2.5% (dones, edat avançada).
- 3000 crisis M diàries per milió de persones.

Table 2 Comparison of Migraine 1-Year Prevalence in Different Continents<sup>1</sup>

Region	Male Prevalence (Number of Studies)	Female Prevalence (Number of Studies)	Overall Prevalence (Number of Studies)
Global	6% (41)	14% (43)	11% (41)
Africa	3% (4)	6% (4)	5% (5)
Asia	6% (8)	11% (8)	9% (8)
Australia	–	22% (1)	–
Europe	7% (13)	18% (14)	15% (14)
North America	6% (7)	18% (7)	13% (9)
Central / South America	4% (10)	12% (10)	9% (10)



# ATLAS

## OF HEADACHE DISORDERS AND RESOURCES IN THE WORLD 2011

A collaborative project of World Health Organization and  
*Lifting The Burden*

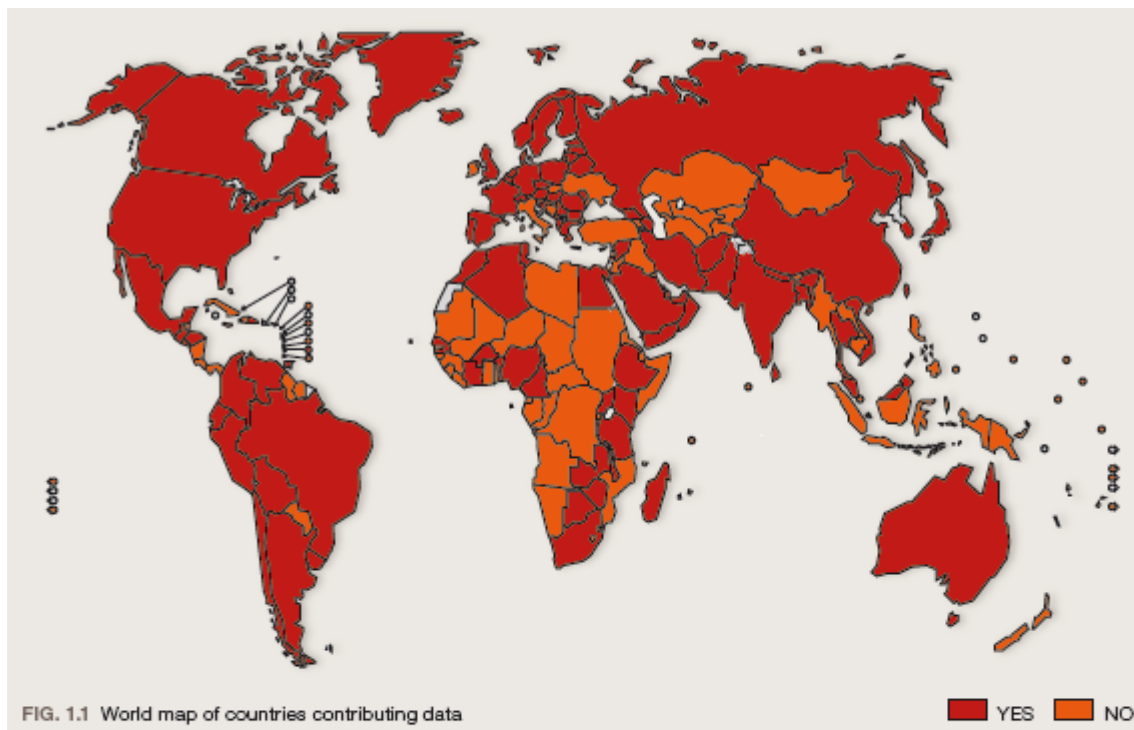
-La cefalea és prevalent i incapacitant, poc reconeguda, poc diagnosticada i infratractada.

-Cal millorar l'educació del professional i l'organització de l'atenció del pacient.

-Invertint en l'assistència de la cefalea pot millorar la gran despesa econòmica que suposa.

-La gestió dels recursos sanitaris ha de tenir present aquestes dades a l'hora de decidir la seva distribució.

- 101 països.
- octubre 2006- març 2009.
- Estudis publicats a través de revisions sistemàtiques, estudis poblacionals dins la Global Campaign.
- Enqüesta.
- Agrupació per 6 zones geogràfiques i també per 4 grups segons ingressos per càpita.



## RESULTATS

Neuròlegs 101 països (65 versió simplificada), metges atenció primària 47 països (4 simplificat), pacients 48 països (16 simplificat).

Dades corresponents a 86% població mundial: 71% Africa, 95% America, 83% Est Mediterrani, 86% Europa, 82% sud-Est Àsia, 93% Pacific Oest.

	Africa	Americas	Eastern Mediterranean	Europe	South-East Asia	Western Pacific
All headache	21.6 (n = 2)	46.5 (n = 1)	78.8 (n = 2)	56.1 (n = 8)	63.9 (n = 1)	52.8 (n = 4)
Migraine	4.0 (n = 2)	10.6 (n = 1)	6.8 (n = 2)	14.9 (n = 9)	10.9 (n = 1)	10.4 (n = 6)
Tension-type headache	nr	32.6 (n = 1)	nr	80* (n = 2)	34.8 (n = 1)	19.7 (n = 3)
Medication-overuse headache (MOH)	nr	nr	nr	1.0 (n = 3)	1.2 (n = 1)	nr
Headache on $\geq 15$ days/month (including MOH)	1.7 (n = 2)	4.0 (n = 1)	nr	3.3 (n = 3)	1.7 (n = 1)	2.1 (n = 3)

TABLE 2.1 Mean 1-year prevalences (%) in adults aged 18–65 years of all headache, migraine, tension-type headache and medication-overuse headache from population-based studies by WHO region

n = Number of studies in the WHO region contributing to the reported mean.

nr = Not reported. This is indicative of lack of relevant studies rather than absence of the disorder.

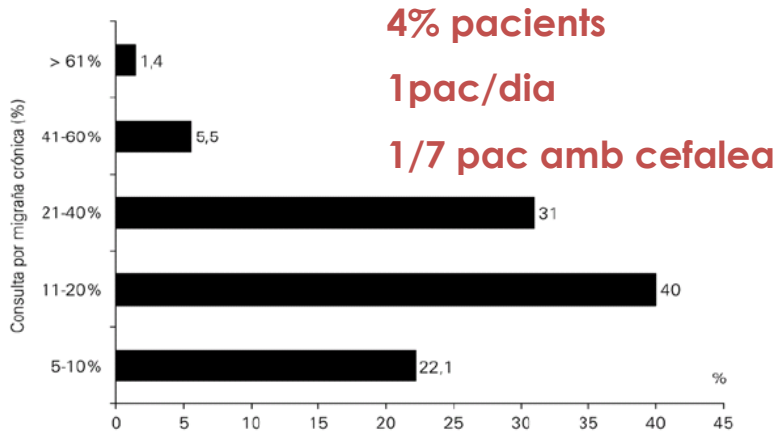
\* The discrepancy between 80 % for tension-type headache and 56.1 % for all headache arises because these are means of estimates from different studies. Those focusing on the former generally made greater effort to include infrequent tension-type headache (by definition occurring less than once a month), which is commonly unreported; those considering all headache might overlook this.



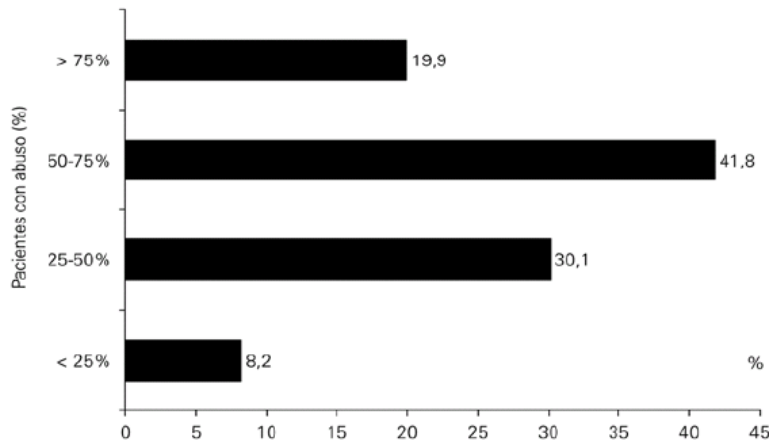
# La migraña crónica vista por el neurólogo y el paciente: resultados del proyecto CIEN-mig (III)

Julio Pascual, Margarita Sánchez del Río, María Dolores Jiménez, José Miguel Láinez-Andrés, Valentín Mateos, Rogelio Leira, Patricia Pozo-Rosich, Carlos Guzmán-Quilo

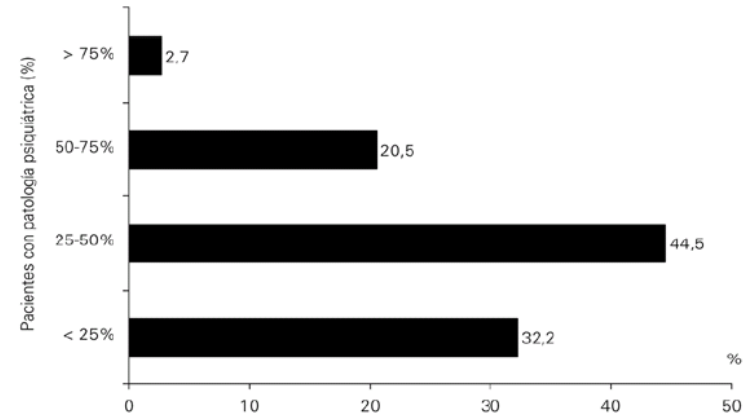
**Figura 2.** Proporción de pacientes (en intervalos de frecuencia) con cefalea que presentaban migraña crónica.



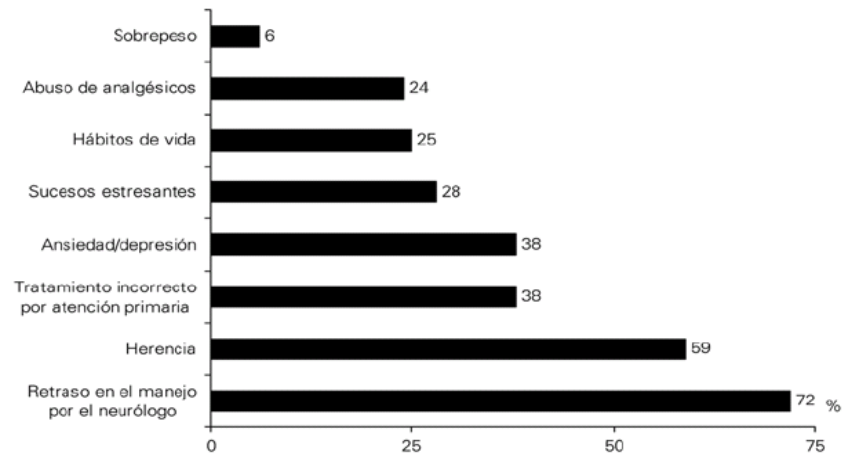
**Figura 4.** Proporción de pacientes con migraña crónica que abusaban del tratamiento sintomático en intervalos de frecuencia.



**Figura 3.** Proporción de pacientes (en intervalos de frecuencia) con migraña crónica que presentaban patología psiquiátrica significativamente.



**Figura 5.** Distribución porcentual de los factores predisponentes a desarrollar migraña crónica en opinión de los pacientes.



# Tracing transformation : Chronic migraine classification, progression, and epidemiology

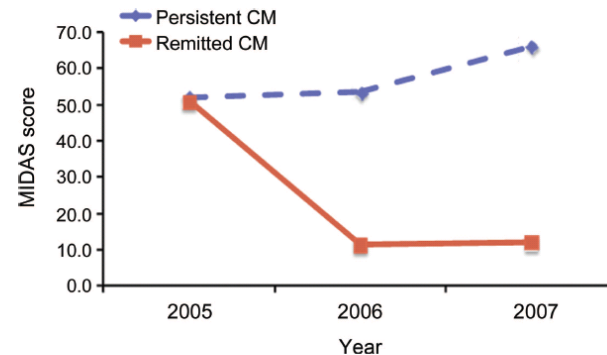
Richard B. Linton

**Table 1** MIDAS in CM and EM: lost days per 3 months<sup>9</sup>

	CM	EM
Missed work or school, d	2.4	0.54
≥50% Reduced productivity at work or school, d	10.4	1.7
Incomplete household work or chores, d	21.4	3.5
≥50% Reduced productivity in household work or chores, d	18.7	2.6
Missed time with family, social, or leisure activities, d	10.5	1.7
Total	63.4	10.0

MIDAS = migraine disability assessment scale; CM = chronic migraine; EM = episodic migraine; d = days.

**Figure 2** Difference in Migraine Disability Assessment (MIDAS) means between persistent chronic migraine (CM) and remitted CM over time



Tasa de cronificació de la migranya: 2.5% dels pacients de migranya episòdica a l'any.



# Economic Burden of Transformed Migraine: Results From the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study

Julie Munakata, MS; Elisabeth Hazard, PhD; Daniel Serrano, MS; David Klingman, PhD;  
 Marcia F.T. Rupnow, PhD; Jonathan Tierce, CPhil; Michael Reed, PhD; Richard B. Lipton, MD

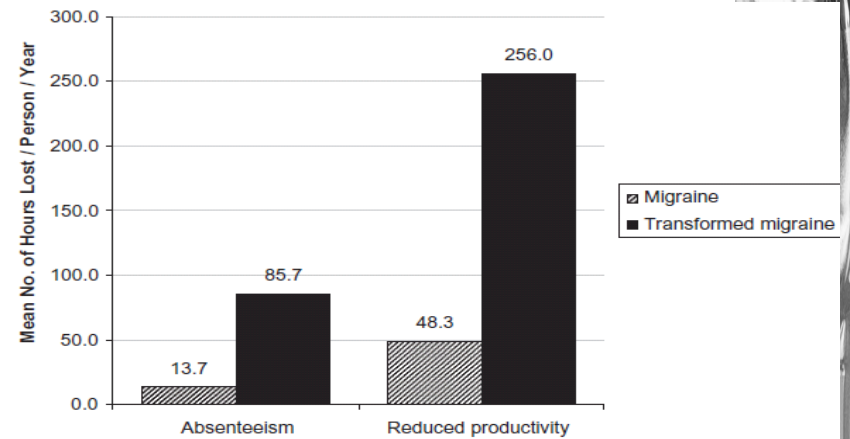
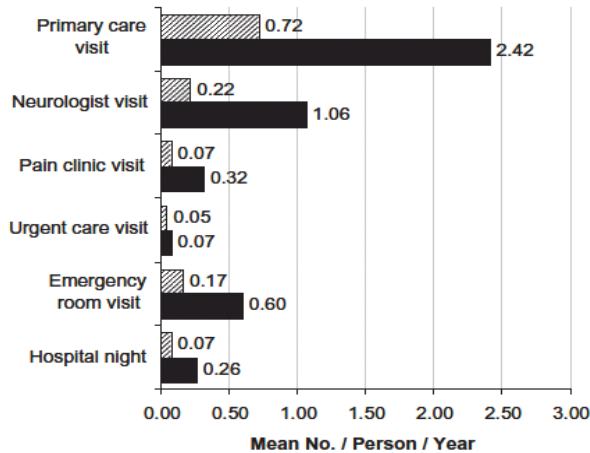


Table 3.—Annual Direct and Indirect Costs by Migraine Status in 2006

Unit cost	Migraine (n = 7437)				Transformed migraine (n = 359)		
	Sample size	Mean (SD)	Cost (2006 USD)	Sample size	Mean (SD)	Cost (2006 USD)	
Primary care visit	70.00†	6755	0.720 (2.126)	50.37	329	2.416 (8.213)	169.15
Neurologist visit	115.00†	6213	0.221 (1.147)	25.39	282	1.064 (6.134)	122.34
Pain clinic visit	70.00†	6066	0.072 (0.691)	5.05	269	0.316 (1.798)	22.12
Urgent care visit	70.00†	6081	0.048 (0.496)	3.39	274	0.073 (0.376)	5.11
Emergency room visit	528.00†	6219	0.167 (1.048)	88.39	288	0.060 (2.462)	315.32
Hospital night	1655.00†	6465	0.075 (0.857)	123.46	306	0.261 (2.192)	432.62
Prevention medications	Variable‡	Variable	Variable	111.14	Variable	Variable	257.90
Acute non-prescription medications	Variable‡	Variable	Variable	47.62	Variable	Variable	108.12
Acute prescription medications	Variable‡	Variable	Variable	323.83	Variable	Variable	925.32
Lost productive time	15.78§	6081	61.97	977.89	274	341.70	5302.03
<b>Total mean cost/person/year</b>				<b>1756.53</b>			<b>7750.03</b>



*Cóm la diagnostiquem?*

# CRITERIS DIAGNÒSTICS M. CRÒNICA IHS 2006

- Cefalea (de tensió o migranyosa) durant almenys 15 dies al mes durant almenys 3 mesos.
- Diagnòstic previ de migranya episòdica; almenys 5 episodis de migranya.
- Durant 8 dies o més al mes en els últims 3 mesos s'han de complir els criteris 1 i/o 2:
  1. Cefalea amb criteris de migranya:  
Almenys un dels següents:
    - Dolor unilateral,
    - Dolor pulsàtil,
    - Dolor moderat o intens,
    - Dolor agravat amb l'activitat física habitual.I almenys un dels següents:
    - Nàusea i/o vòmits,
    - Fotofòbia i fonofòbia.
  2. Millora de la cefalea amb triptans o ergòtics.
- Sense abús d'analgèsics ni atribuïble a un altre procés.



# Migraine: Pitfalls in the Diagnosis



Milind Y Nadkar\*, Sandeep D Desai\*, Manish W Itolikar\*\*\*

## Abstract

Although the understanding of the pathophysiology and the pharmacology of migraine has exploded there are still many pitfalls that may occur in the clinical assessment and management of migraine. This may prevent the patient from receiving optimal treatment. A diagnosis of migraine may be missed in the presence of other headache types that occur more frequently than migraine. Also, migraine may be misdiagnosed when treating physicians inappropriately interpret specific symptoms and co-morbid conditions as indicators of the presence of a non-migraine headache type such as sinus headache or tension headache. Migraine and tension-type headache share common triggers and this also contributes to the difficulty in their differential diagnosis. The non-availability of any diagnostic laboratory investigation only makes this job further difficult.

- **Confusió cefalea tensió:** Pot presentar dolor a coll i tensió muscular a coll, hombros i proximal dors.
  - ✓ De 144 pac. amb migranya (IHS) 75% descriuen dolor al coll associat amb la cefalea.
  - ✓ Llum, soroll i activitat física poden empitjorar també la CT.
  - ✓ M i CT poden tenir triggers semblants: stress, tensió mental.
  - ✓ Una cefalea episòdica, invalidant és més freqüent que sigui migranya.

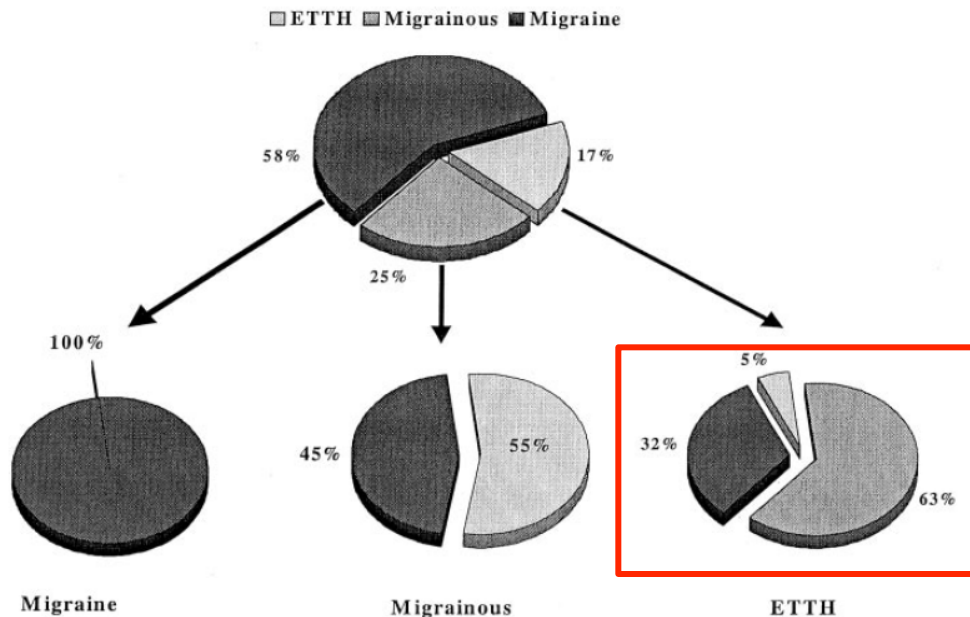
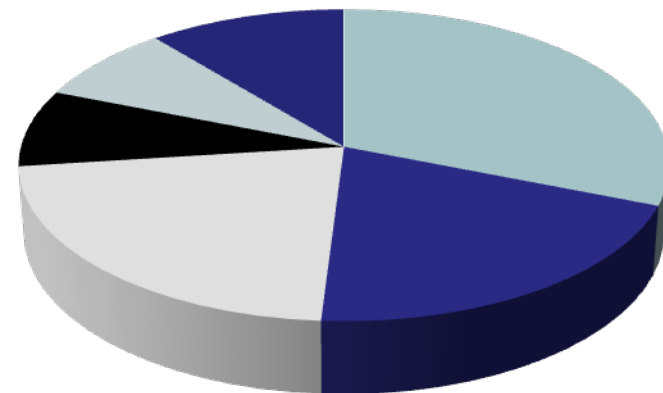
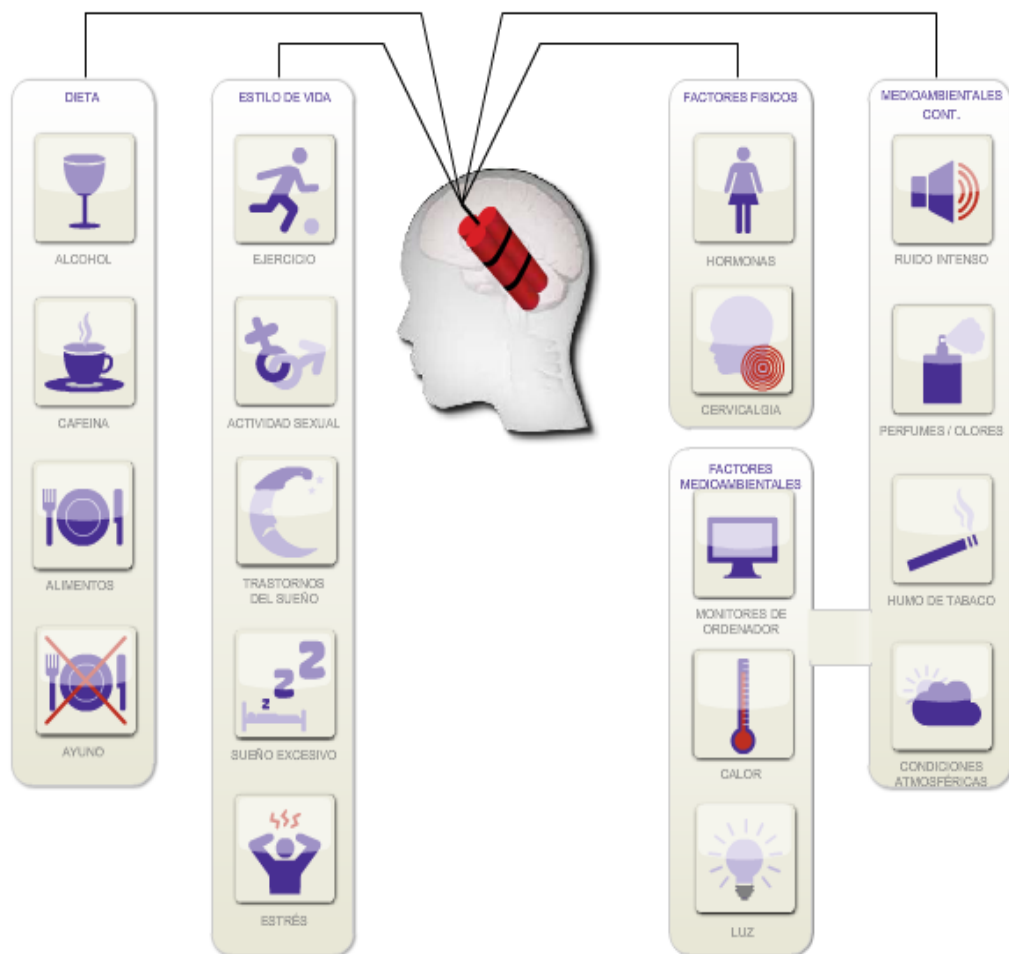


Figure 1. Initial clinical diagnosis compared with final headache diagnosis based on diary review.

*Cóm la tractem?*

1. Informar al pacient de les característiques de la seva malaltia i de les possibilitats reals del tractament (nivell certesa IV, grau recomanació C).
2. Reducció de la freqüència de crisis amb tractament preventiu farmacològic i no farmacològic.
3. Controlar IMC i mantenir pes adequat.
4. Evitar l'abús de medicació.
5. Evitar l'abús de cafeïna.
6. Investigar i tractar trastorns de la son i apnees.
7. Vigilar i tractar l'existència de depressió i altres comorbilitats psiquiàtriques (grau recomanació B).





# FACTORS DE RISC PER A LA CRONIFICACIÓ DE LA MIGRANYA

## NO MODIFICABLES

- Migranya-genètica.
- Intensitat greu.
- Sexe femení.
- Raça blanca.
- Separació.
- Status educacional o socioeconòmic baix.
- Traumatisme craneal.

## MODIFICABLES

- Elevada freqüència crisis.
- Obesitat.
- Abús de medicació.
- Abús de cafeïna.
- Events vitals stressants.
- Depressió-ansietat.
- Transtorns de la son.
- Freqüents visites mèdiques.



# Tractament preventiu de la migranya :



**Beta-bloquejant**



**No resposta o intolerància**



**Topiramats**



**Flunarizina**



**No resposta o intolerància**

**Valproat**



**No resposta**

**Beta-bloquejant+Topiramats  
Beta-bloquejant+Amitriptilina**

# Tractament preventiu de la migranya :



**Beta-bloquejant**



**No resposta o intolerància**



**Topiramats**



**Flunarizina**



**No resposta o intolerància**

**Valproat**



**No resposta**

**Beta-bloquejant+Topiramats  
Beta-bloquejant+Amitriptilina**



**Afegir toxina botulínica**

## **OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: Results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 1 trial**

SK Aurora<sup>1</sup>, DW Dodick<sup>2</sup>, CC Turkel<sup>3</sup>, RE DeGryse<sup>3</sup>,  
SD Silberstein<sup>4</sup>, RB Lipton<sup>5</sup>, HC Diener<sup>6</sup> and MF Brin<sup>3,7</sup>  
on behalf of PREEMPT 1 Chronic Migraine Study Group

Cephalalgia  
0(00) 1-11

© International Headache Society 2010

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0333102410364676

cep.sagepub.com



## **OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: Results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial**

HC Diener<sup>1</sup>, DW Dodick<sup>2</sup>, SK Aurora<sup>3</sup>, CC Turkel<sup>4</sup>,  
RE DeGryse<sup>4</sup>, RB Lipton<sup>5</sup>, SD Silberstein<sup>6</sup> and MF Brin<sup>4,7</sup>  
on behalf of the PREEMPT 2 Chronic Migraine Study Group

Cephalalgia  
0(00) 1-11

© International Headache Society 2010

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

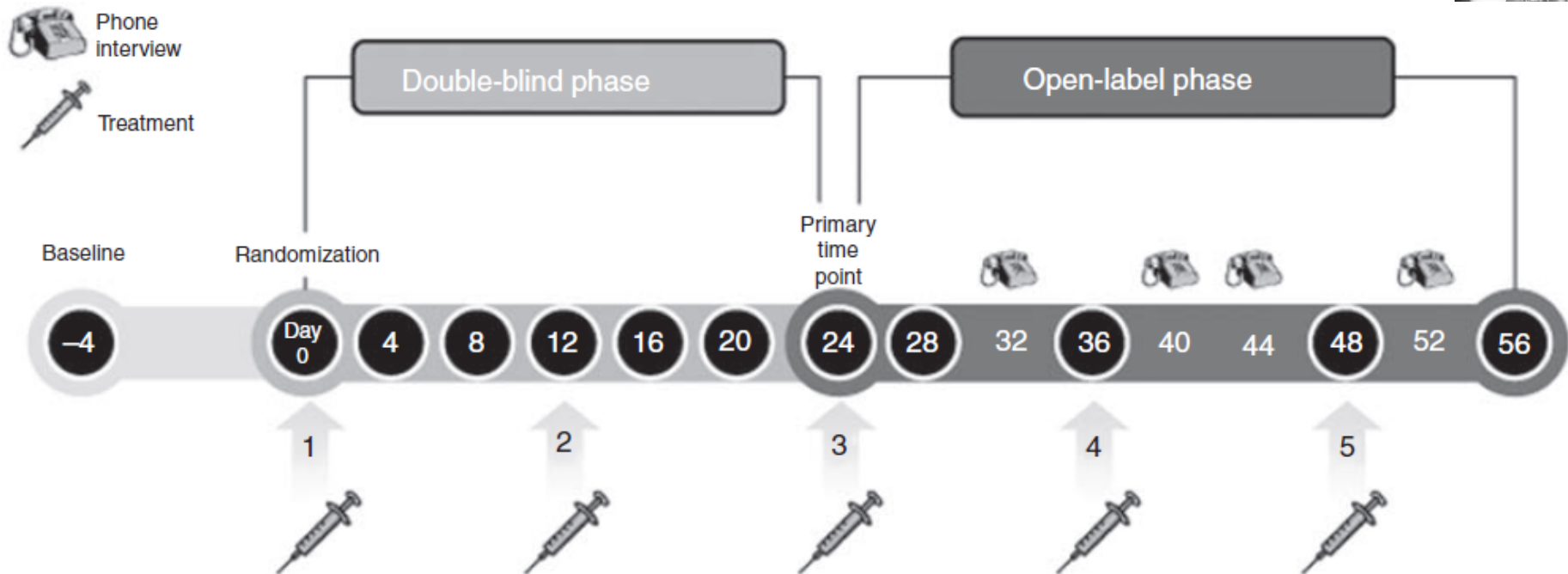
DOI: 10.1177/0333102410364677

cep.sagepub.com



## DISSENY ESTUDI:

- Fase III, multicèntric, doble-cec, placebo-control durant 24 setmanes, seguit de 32 setmanes fase oberta.
- Gener-2006 a juliol-2008.
- ✓ Screening 28 dies previs.
- ✓ Valora **EFICÀCIA i SEGURETAT** per a la profilaxi de cefalea en pacients amb MC.



**Table 1.** Baseline demographics and characteristics

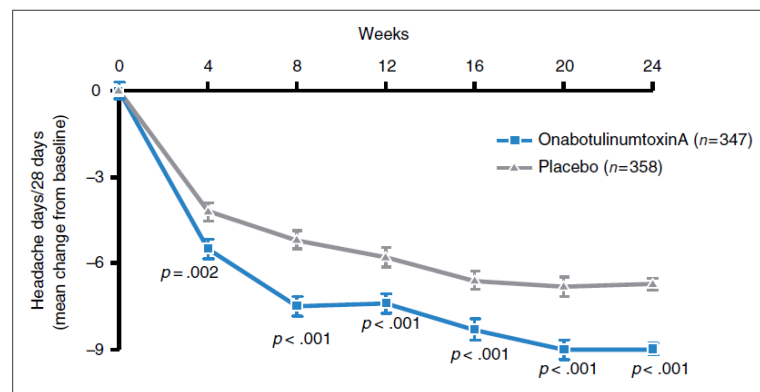
	OnabotulinumtoxinA (n = 341)	Placebo (n = 338)	p value
Mean age, years	41.2	42.1	0.317
Mean years since onset of chronic migraine	20.3	20.6	0.839
Female, %	89.1	85.8	0.187
Caucasian, %	89.4	91.4	0.381
Mean BMI, kg/m <sup>2</sup>	26.7	27.3	0.147
% Patients who had previously used 1 or more headache prophylaxis medications	59.5	64.2	0.210
% Patients who had overused acute headache pain medications during baseline	66.3	69.8	0.322
Mean HIT-6 score during baseline*	65.4	65.8	0.297
% Patients with severe ( $\geq 60$ ) HIT-6 score during baseline*	94.4	94.7	0.888
Mean headache days during baseline (SD)	20.0 (3.7)	19.8 (3.7)	0.571
Mean migraine days during baseline (SD) <sup>†</sup>	19.1 (4.0)	19.1 (4.1)	0.978
Mean headache episodes during baseline (SD)	12.3 (5.2)	13.4 (5.7)	0.023
Mean migraine episodes during baseline (SD) <sup>†</sup>	11.5 (5.1)	12.7 (5.7)	0.006
Mean cumulative headache hours occurring on headache days during baseline (SD)	295.7 (116.8)	274.9 (110.9)	0.022
Mean moderate/severe headache days during baseline (SD)	18.1 (4.2)	18.3 (4.2)	0.674

HIT, Headache Impact Test; SD, standard deviation. \*Scores of 36–49 indicate little or no impact; 50–55, some impact; 56–59, substantial impact;  $\geq 60$ , severe impact. <sup>†</sup>International Classification of Headache Disorders-II 1.1 (migraine without aura), 1.2 (migraine with aura), 1.6 (probable migraine) (1).

**Table 2.** Efficacy of onabotulinumtoxinA at week 24

Endpoint	OnabotulinumtoxinA (n = 341)	Placebo (n = 338)	Mean intergroup difference <sup>§</sup>	p value <sup>§</sup>
Change from baseline in frequency of headache episodes*	-5.2	-5.3	0.1 (-1.12, 0.39)	.344
Change from baseline in frequency of headache days	-7.8	-6.4	-1.4 (-2.40, -0.40)	.006
Change from baseline in frequency of migraine days <sup>†</sup>	-7.6	-6.1	-1.5 (-2.60, -0.59)	.002
Change from baseline in frequency of migraine episodes <sup>†</sup>	-4.8	-4.9	0.1 (-1.21, 0.26)	.206
Change from baseline in frequency of acute headache pain medication intakes (all categories)	-10.3	-10.4	0.1 (-2.99, 2.29)	.795
Change from baseline in frequency of triptan intake	-3.3	-2.5	-0.8 (-1.69, -0.13)	.023
Change from baseline in number of moderate/severe headache days	-7.2	-5.8	-1.4 (-2.41, -0.46)	.004
Change from baseline in total cumulative headache hours on headache days	-106.7	-70.4	-36.3 (-51.06, -10.94)	.003
Change from baseline in total HIT-6 score <sup>‡</sup>	-4.7	-2.4	-2.3 (-3.25, -1.31)	<.001
% Patients with severe ( $\geq 60$ ) HIT-6 score <sup>‡</sup>	68.9%	79.9%	-11% (-17.5, -4.5)	.001

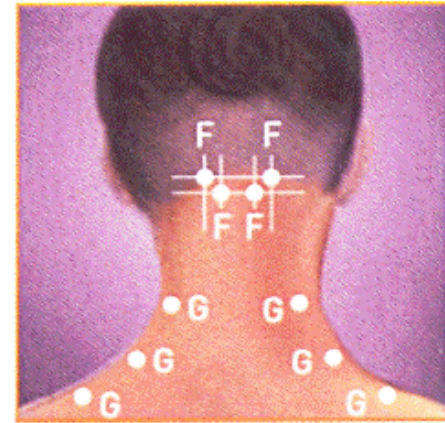
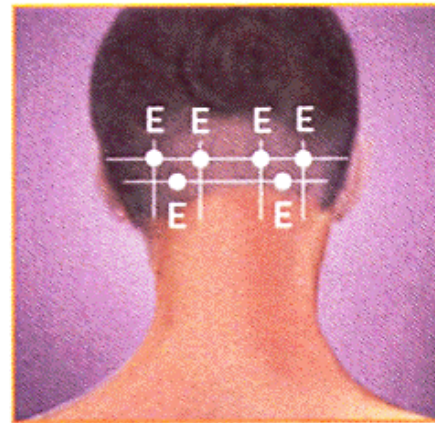
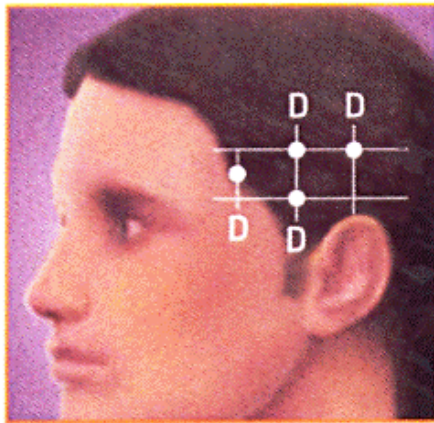
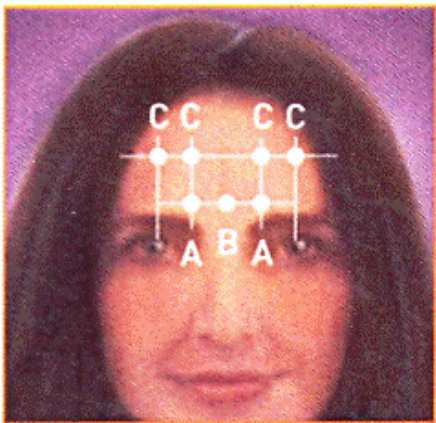
HIT, Headache Impact Test. \*Primary efficacy endpoint. <sup>†</sup>International Classification of Headache Disorders-II 1.1 (migraine without aura), 1.2 (migraine with aura), 1.6 (probable migraine) (I). <sup>‡</sup>Scores of 36–49 indicate little or no impact; 50–55, some impact; 56–59, substantial impact;  $\geq 60$ , severe impact. <sup>§</sup>The 95% confidence intervals and p values are adjusted for baseline and for medication overuse stratification.



**Figure 3.** PREEMPT 2 primary endpoint: mean change from baseline in headache day frequency. Headache day frequency at baseline:  $19.9 \pm 0.2$  onabotulinumtoxinA vs.  $19.7 \pm 0.2$  placebo,  $p = .682$ . All data presented as mean  $\pm$  standard error.

# CONCLUSIONS:

- OnabotulinumtoxinA (dosis 155-195U cada 12 setmanes) mostra superioritat respecte placebo en la profilaxi de la cefalea en pacients amb MC.
- Possibilitat d'eficàcia en pacients abusadors.
- Els estudis epidemiològics previs en MC demostren que la població PREEMPT és representativa de la pràctica clínica.
- No aplicable a altres tipus de cefalea.



**Moltes gràcies!**