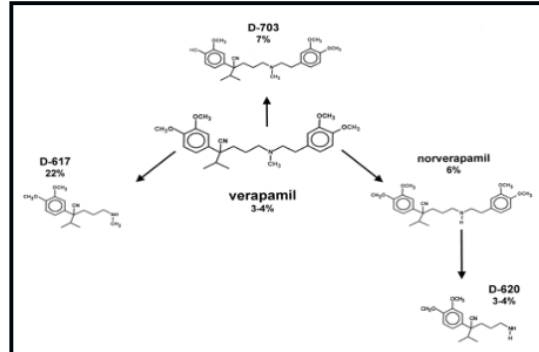


Tratamentos avaliados

- Verapamil
- Anticonvulsivantes
- Oxigênio
- Triptanos
- Bloqueio do nervo occipital maior
- Estimulação hipotalâmica
- Estimulação do nervo occipital

Verapamil



- Continua sendo **o tratamento de escolha** nos casos episódicos.
- Doses maiores têm melhor resultado.
- Inicia-se com 40 mg 2 x /dia com aumento gradativo até 460 mg 2 x/dia, podendo ser aumentada de acordo com os efeitos colaterais.
- Efeitos colaterais principais – constipação, edema de MMII, hiperplasia gengival e bloqueio AV – os autores recomendam a realização de ECG no início do tratamento e a cada 2 semanas

Current Opinion in Neurology 2008, 21:323–330

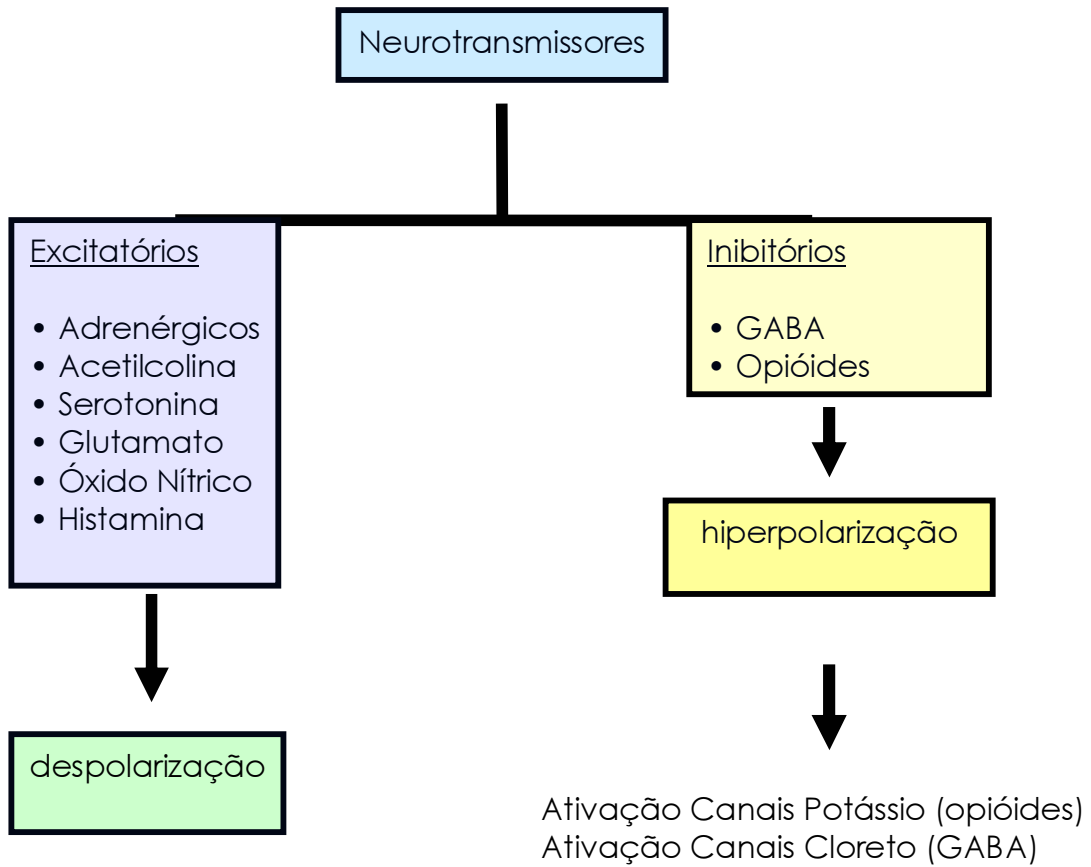
Anticonvulsivantes

Antiepileptic Drugs for the Treatment of Chronic and Episodic Cluster Headache: A Review

Julio Pascual, Miguel J.A. L'ainez, David Dodick, Rachel Hering-Hanit

Headache 2007;47:81-89

De acordo com as funções dos neurotransmissores:



- Topiramato
- Divalproato
- Gabapentina



Provavelmente inibem a liberação de neurotransmissores excitatórios e estimulam neurotransmissores inibitórios

Estudos:

- Topiramato –
 - 10 pacientes – 90% melhora
 - 26 pacientes – 70% melhora
50% redução da salva
 - 27 pacientes – 70% melhora
 - 5 pacientes – 60% melhora
 - 33 pacientes – 21% melhora

- Divalproato –
 - 26 pacientes – 55% melhora
 - 49 pacientes – 73% melhora
 - 15 pacientes – 74% melhora
 - 96 pacientes – 62% de melhora no grupo placebo x 50%

- Gabapentina –
 - 12 pacientes - 100% melhora
 - 1 paciente (RC) – melhora
 - 1 paciente (RC) – melhora

Oxigênio



Estudo randomizado, placebo controlado, duplo-cego comparando placebo com oxigênio úmido a 100%, **12 litros/minuto**.

80 pacientes com CSE e 28 pacientes com CSC (108 pacientes)

Em 15 minutos:

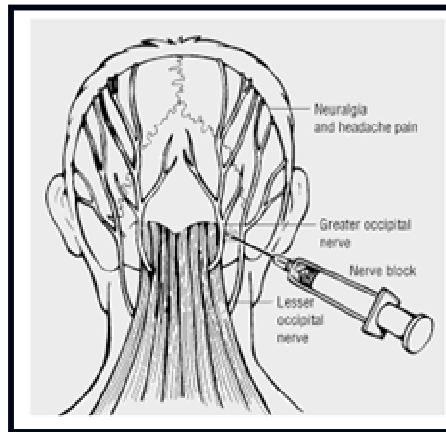
- 78% sem dor
- 20% com dor

Triptanos



- O sumatriptano 6 mg injetável é o mais eficaz
- Recomendar limite máximo de Sumatriptano injetável (2 doses)
- 5% dos pacientes com cefaléia em salvas fazem uso abusivo de medicamentos (sumatriptano principalmente) – piora na freqüência
- Sumatriptano 20 mg nasal **X** Zolmitriptano 5 mg nasal

Bloqueio do nervo occipital maior



Greater occipital nerve blockade for cluster headache

MFP Peres , MA Stiles , HC Siow , TD Rozen , WB Young & SD Silberstein

Cephalalgia 2002; 22:520–2

14 pacientes:

- 4 pacientes (28,5 %) – boa resposta
- 5 pacientes (37,7 %) – resposta moderada
- 5 pacientes (37,7 %) – sem resposta

Suboccipital injection with a mixture of rapid- and long-acting steroids in cluster headache: A double-blind placebo-controlled study .

A . Ambrosini , M . Vandenheede , P . Rossi , F . Aloj , E . Sauli , F . Pierelli , J . Schoenen

Pain 2005; 118:92–96

16 pacientes com CSE e 7 pacientes com CSC (23 pacientes)

- 13 receberam betametasona
- 10 receberam solução salina

- 11 pacientes (8 com CSE e 3 com CSC – 85 %) permaneceram sem dor na 1ª semana após a aplicação. Destes 11 pacientes, 8 permaneceram 4 semanas sem dor

Trigeminal autonomic cephalalgias: diagnostic and therapeutic developments

Peter J. Goadsby, Elisabetta Cittadini, Brian Burns and Anna S. Cohen

Current Opinion in Neurology 2008, 21:323–330

- bloqueio do nervo occipital maior – tratamento preventivo de curto prazo – 80% de melhora

Estimulação hipotalâmica



Lessons from 8 years' experience of hypothalamic stimulation in cluster headache

M Leone, A Proietti Cecchini, A Franzini, G Broggi, P Cortelli, P Montagna, A May, T Juergens, R Cordella, F Carella & G Bussone P. Torelli, E. Beghi, G. C. Manzoni

Cephalalgia, 2008; 28: 789–797

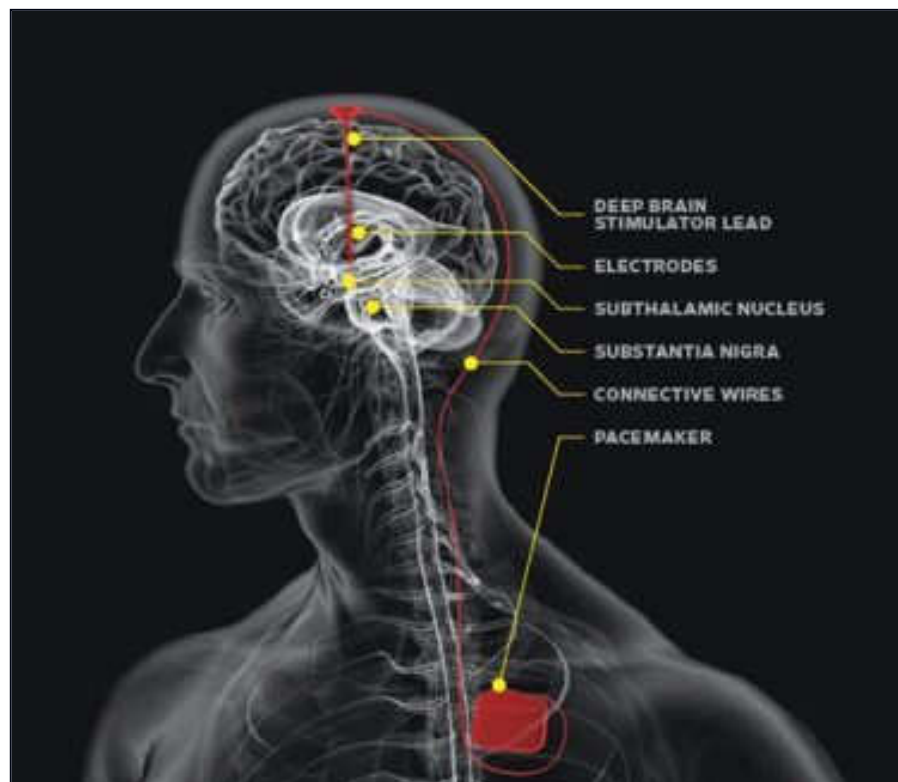
- Estudos de neuroimagem em pacientes com cefaléia em salvas têm ajudado na compreensão da fisiopatologia da dor e têm sugerido a estimulação hipotalâmica pósteroinferior ipsilateral como tratamento para cefaléia em salvas crônica intratável
- Após 8 anos de experiência, a estimulação tem sido bem sucedida no controle da dor em quase 60% dos pacientes

→ Embora o implante hipotalâmico não seja um procedimento isento de riscos, tem sido realizado com segurança e tem ajudado a entender melhor o funcionamento do hipotálamo e a fisiopatologia da doença

Table 1 Summary of results of hypothalamic stimulation in drug-resistant chronic cluster headache patients from various centres

Study	No. of implanted patients	Mean follow-up(years)	No. of improved patients*	Percentage improved
Schoenen et al. (2005) (19)	4	4	2	50
D'Andrea et al. (2006) (20)	3	2.5	2	66
Leone et al. (2006) (18)	16	4	10	62
Starr et al. (2007) (21)	4	1	2	50
Bartsch et al. (2008) (22)†	6	1.4	3	50
Owen et al. (2007) (25)	1	0.7	1	
Benabid et al. (2006) (abstr) (23)	1	1	1	100
Mateos et al. (2007) (abstr) (24)	2	1	2	100
Lanteri-Minet et al. ‡§	11	> 1	Not applicable	Ongoing
Nikka et al. ‡	2	2	0	0
Totals	50		23	59

Only 38 of the 50 patients were considered in the improvement evaluation.
 *Improvement: pain free or almost pain free.
 †In press; with authors' and editor's permission.
 ‡Personal communication, with authors' permission.
 §Nationwide multicentre double-blind study (not included in improvement evaluation).



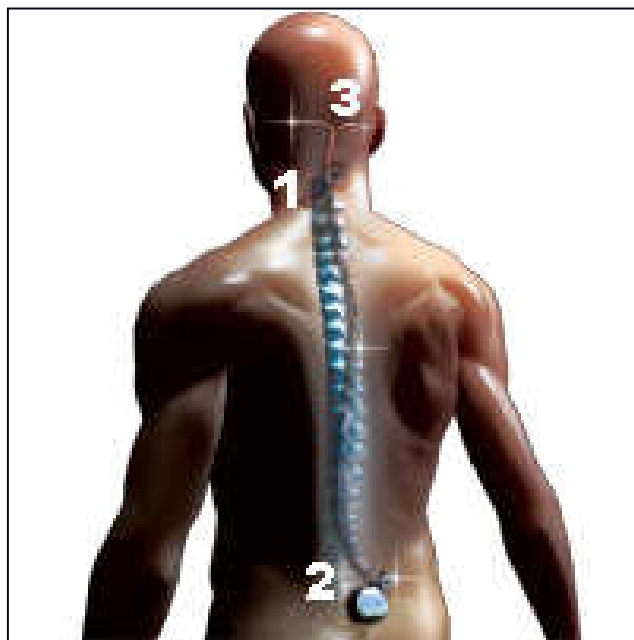


Programador



Controle

Estimulação do nervo occipital





Occipital Nerve Stimulation for Headache: Mechanisms and Efficacy

Peter J. Goadsby, Thorsten Bartsch, David W. Dodick

Headache 2008; 48:313-318

13 pacientes com cefaléia em salvas crônica e hemicrania contínua refratárias:

- 3 apresentaram uma melhora de 90%
- 2 de 40-60%
- 5 de 20-30%
- 3 não melhoraram