

# Dottor Marco Trucco - Specialista in Neurologia

## L'EMICRANIA

L'emicrania è una delle forme più comuni di cefalea primaria: si presenta nell'8-15 % della popolazione, in maggioranza nelle donne in età fertile. Secondo la nuova Classificazione, stilata dalla Società Internazionale delle Cefalee (IHS), si distingue in **emicrania senz'aura** (la forma più diffusa, che colpisce l'80 % dei soggetti affetti) ed **emicrania con aura**.

L' **emicrania senz'aura** è caratterizzata da mal di testa pulsante, di intensità medio-forte, spesso disabilitante, in genere localizzato in una metà del capo, in sede frontale o temporale ma anche in altre aree, a crisi di durata dalle 4 alle 72 ore, accompagnato nella maggior parte dei casi da nausea, talvolta vomito, fastidio alla luce, ai rumori e agli odori. Tipicamente gli sforzi fisici acuiscono il dolore e quindi il soggetto tende a coricarsi, al buio, evitando i rumori e cercando di isolarsi. Talvolta la crisi è preannunciata da disturbi dell'umore, incremento dell'appetito od inappetenza, sensazione di "estraneità". Nelle donne molte crisi cadono nei giorni precedenti o seguenti l'inizio dei flussi mestruali. Altri meccanismi scatenanti sono le variazioni di orario ed abitudini, il sonno prolungato o viceversa la perdita di ore di sonno, vari alimenti o bevande (formaggi, cioccolato, insaccati, alcoolici), situazioni stressanti, variazioni meteorologiche, alcuni farmaci. La pillola anticoncezionale può avere effetti vari nella donna emicranica (peggioramento o anche miglioramento della frequenza delle crisi). La gravidanza generalmente è un evento migliorativo sulle crisi emicraniche, specie nel secondo e terzo trimestre.

L' **emicrania con aura** è caratterizzata da sintomi neurologici precedenti l'insorgenza dell'attacco doloroso, meno spesso sovrapposti ad esso, rappresentati da annebbiamenti della vista, comparsa di macchie o strie luminose a zig-zag nel campo visivo, formicolii o (più raramente) disturbi della parola. La crisi dolorosa è simile a quella non preceduta da aura, anche se spesso a frequenza e durata inferiori. L'emicrania con aura è inoltre in genere meno legata ai meccanismi scatenanti sopra segnalati, ad esempio nella donna non segue strettamente i periodi mestruali. Non sono rari comunque i casi di aura emicranica isolata, cioè non seguita dalla crisi di cefalea, che possono portare a gravi difficoltà diagnostiche, specialmente in pazienti di età non più giovane.

Esistono altre forme più rare di emicrania con aura, quali ad esempio l'**emicrania emiplegica familiare**, unica forma emicranica finora sicuramente ascritta a trasmissione ereditaria diretta, l'**emicrania basilare**, con sintomi dovuti a disfunzione del circolo posteriore dell'encefalo, e alcune forme di emicrania complicata, associate a vere e proprie lesioni ischemiche cerebrali.

Nell'affrontare un caso di emicrania il medico deve sottoporre il paziente ad attenta indagine anamnestica, data l'assenza di esami sicuramente diagnostici di tale malattia. Dopo un completo esame obiettivo generale e neurologico verranno richiesti tests diagnostici complementari, in particolare se si sospetta una forma secondaria o la concomitanza di altre patologie che possono influire sul decorso della cefalea. Anche indagini di carattere psicodiagnostico possono trovare spazio nell'iter diagnostico dell'emicrania, dato il frequente scatenamento delle crisi da parte di eventi stressanti e l'influenza sulla psiche di crisi dolorose ripetute e disabilitanti.

La terapia dell'emicrania si distingue in **terapia dell'attacco** e **di profilassi**.

La **terapia dell'attacco emicranico** si prefigge lo scopo di estinguere in breve tempo, completamente e senza fenomeni collaterali la crisi di cefalea e i sintomi associati. Questi effetti sono mirati all'obiettivo di ripristinare quanto prima la capacità lavorativa e la vita di relazione del soggetto, fortemente compromessa dalla crisi emicranica.

Per decenni i pazienti si sono avvalsi di semplici analgesici ed anti-infiammatori, talvolta in combinazione con anti-nausea od altri preparati (tra cui barbiturici od altri

## Dottor Marco Trucco - Specialista in Neurologia

sedativi). Un farmaco antiemicranico “storico” è poi l’ergotamina, anch’essa assunta da sola od in associazione.

Gli analgesici e gli anti-infiammatori non sempre sono capaci di estinguere efficacemente le crisi di intensità elevata. Inoltre, da soli o più spesso in associazione, possono condizionare abuso o dipendenza, in quanto la frequenza delle crisi trattate unicamente con tali terapie tende spesso ad incrementare, mentre l’efficacia dei farmaci si riduce, con conseguente necessità di aumentare i dosaggi e la frequenza delle somministrazioni. L’ergotamina, oltre a provocare fenomeni collaterali a livello vascolare periferico e cardiaco, può scatenare la cosiddetta “cefalea da rimbalzo” alla sua sospensione. Da ciò l’opportunità di riservare i primi a crisi di intensità medio-lieve e l’ergotamina a crisi a frequenza limitata, sempre monitorandone l’assunzione per evitare fenomeni di abuso, ed intervenendo con un’efficace profilassi in casi selezionati.

Da più di dieci anni è entrata in commercio una nuova categoria di farmaci, i triptani, elaborati specificamente per quest’indicazione e dotati di selettività di azione su alcuni recettori direttamente coinvolti nella genesi della crisi emicranica. Sono attualmente prescrivibili in Italia il **sumatriptan**, lo **zolmitriptan**, il **rizatriptan**, l’**eletriptan**, l’**almotriptan** e il **frovatriptan**, che condividono un meccanismo d’azione simile ma ciascuno con caratteristiche farmacocinetiche proprie, che rendono possibile una prescrizione individualizzata in base al tipo di crisi presentata dal paziente. Tali farmaci sono indicati soprattutto per il trattamento di cefalea di intensità medio-elevata, meglio se assunti all’inizio della crisi, e comunque associati a profilassi in caso di frequenza elevata. Le controindicazioni sono rappresentate da cardiopatia ischemica, angina pectoris, ipertensione arteriosa non controllata, malattie circolatorie cerebrali o periferiche, insufficienza epatica o renale gravi, concomitante trattamento con ergotamina o derivati.

La **terapia di profilassi** è indispensabile in caso di frequenza degli attacchi superiore a tre al mese, o in presenza di crisi particolarmente intense o scarsamente sensibili alla terapie. Non deve far trascurare alcune semplici regole di comportamento volte a minimizzare l’influenza dei fattori di scatenamento delle crisi (es. ridurre fumo ed alcoolici, evitare alcuni alimenti o farmaci, regolarizzare gli orari di sonno e veglia, limitare le situazioni stressanti). I farmaci più comunemente usati appartengono alle categorie dei **beta-bloccanti**, **calcio-antagonisti**, **antiserotoninici**, **antiepilettici**, **anti-depressivi**. Nella profilassi periodica (ad esempio in caso di crisi unicamente perimestruali, o cadenti nei fine settimana) si possono proporre alcuni **anti-infiammatori non steroidei** o la **diidroergotamina** in formulazione a rilascio controllato. Tutti i trattamenti profilattici devono essere protratti come minimo tre mesi e controllati mediante diario delle crisi.

In caso di emicrania cronicizzata con abuso farmacologico (che può verificarsi in caso di assunzione ripetuta e prolungata di tutte le categorie sopra citate), diventa indispensabile sottoporsi ad un **trattamento di disassuefazione**, in quanto le comuni profilassi perdono di efficacia. Esistono vari schemi di trattamento mirati prevalentemente alla prevenzione della “cefalea da rimbalzo”, assai comune in caso di sospensione improvvisa dei farmaci d’abuso, che è comunque indispensabile per ottenere risultati duraturi.

Recenti studi hanno inoltre riaffermato l’efficacia del trattamento dell’emicrania cronicizzata mediante **tossina botulinica**, già in uso presso alcuni Centri specializzati in Italia e all’estero, ma con risultati controversi.

I pazienti affetti da emicrania o da altri tipi di cefalea possono rivolgersi per informazioni e supporto all’Associazione Onlus “Lega Italiana Cefalalgici”, Via Valdrighi 141, 41100 Modena – Cell. 333.6744676.

Segreteria Amministrativa Casella Postale 32, succursale 3 – 06123 Perugia – Tel./Fax 075.5855857 – Cell. 348.6193930

# **Dottor Marco Trucco - Specialista in Neurologia**

E-mail: [segreterialic@yahoo.it](mailto:segreterialic@yahoo.it)

Website: [www.legaitalianacefalalgici.it](http://www.legaitalianacefalalgici.it)