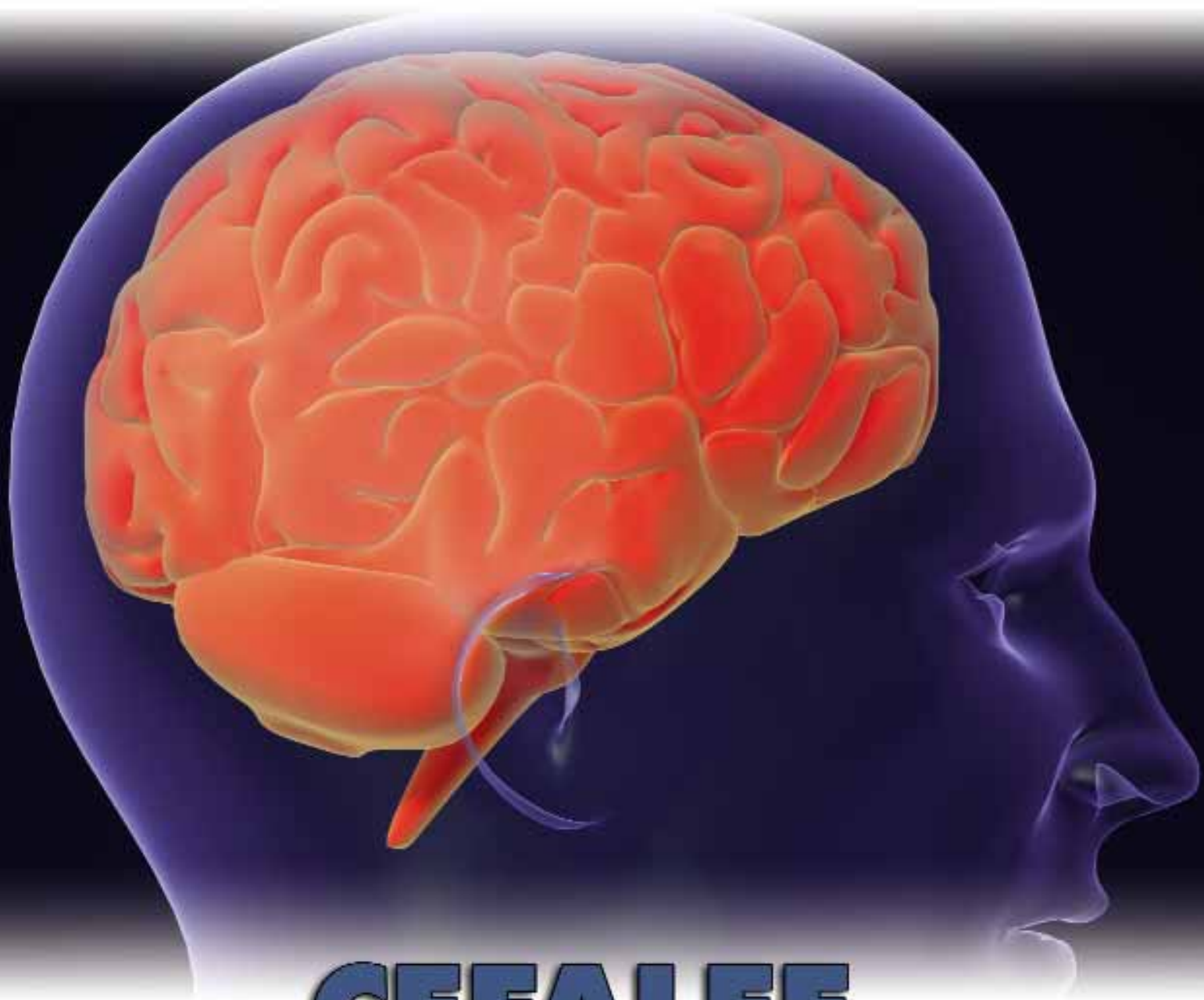


SPECIALE



CEFALEE

Cefalee

L'Italia in prima linea contro il mal di testa nelle sue diverse forme emicrania, cefalea tensiva e cefalea a grappolo -cefalee primarie- e le cefalee secondarie -consequenti a traumi, sinusiti e altre patologie- che riguarda 8 milioni di italiani (le donne più colpite 5 a 1 rispetto agli uomini) con nuove scoperte sulle sue cause e nuove strategie di cura.

Nuove scoperte. Il gruppo di ricerca diretto dal professor Lorenzo Pinessi, past president SISC, Ordinario di Neurologia, Direttore Clinica Neurologica II e Centro Cefalee, Università di Torino - Ospedale Le Molinette ha segnato la svolta storica del mal di testa, con uno studio di due anni fa, pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica americana *Headache*, dimostrando **per la prima volta al mondo che l'emicrania non è solo un sintomo ma una vera e propria malattia presente fin dalla nascita e determinata da specifici geni e associata a un'alterazione dei lobi frontali e temporali coinvolti nella regolazione del dolore.** "In passato", precisa il professor Pinessi, "si riteneva che gli emicranici

manifestassero un dolore senza una precisa patologia e che l'emicrania non fosse associata ad alterazioni organiche. La nostra ricerca svolta su 56 persone con la voxel-based morphometry, innovativa metodica di risonanza magnetica nucleare, ha invece rilevato alterazioni strutturali con piccole riduzioni focali di sostanza grigia - proprio nelle aree cerebrali del circuito del dolore - nei pazienti con emicrania episodica e in quelli cronici, ma non in quelli di controllo sani.

EMICRANIA E DEPRESSIONE

La determinazione dei ricercatori dell'Ateneo Torinese diretti dal Professor Pinessi si riconferma oggi con nuovi studi pubblicati su Headache che hanno individuato una particolare area del cervello - la corteccia cingolata anteriore - deputata alla modulazione della componente affettiva del dolore che spiega la frequente associazione tra emicrania e depressione. Gli emicranici hanno un rischio di depressione di 4-5 volte più elevato rispetto alle persone sane mentre i pazienti depressi sviluppano l'emicrania con una frequenza 3 volte maggiore rispetto a quelli non depressi. Le terapie per questa sindrome si basano su antidepressivi, specie di prima generazione - amitriptilina - e i più recenti SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) che agiscono sui sistemi serotoninergici coinvolti nell'emicrania e depressione determinando un effetto antidolorifico e migliorando il tono dell'umore.

MAL DI TESTA E ALCOL

Una ricerca appena conclusa su 110 pazienti affetti da cefalea a grappolo ha identificato i meccanismi genetici e scoperto che possono predisporre

le persone affette da emicrania e cefalea a grappolo a violenti attacchi di mal di testa dopo l'assunzione di modeste quantità di alcool "Sotto accusa una variante genica dell'alcool legata a deidrogenasi 2 (ADH2) e deidrogenasi 4 (ADH4), due geni che regolano il metabolismo dell'alcool.

ALCOL E MAL DI TESTA, SCOPERTI MECCANISMI GENETICI

Studio di ricercatori torinesi identifica variante

E' colpa di due diverse varianti geniche se alcune persone non possono bere minime quantità di vino, birra o liquori senza incorrere rispettivamente in violenti attacchi di emicrania o in feroci cefalee a grappolo. In particolare, la relazione alcool-cefalea a grappolo è stata dimostrata da uno studio condotto dal gruppo di Lorenzo Pinessi, direttore del Centro Cefalee dell'Università di Torino, e pubblicato sulla rivista Headache.

L'alcool è una sostanza tossica che, dopo l'ingestione, deve essere rapidamente metabolizzata per evitare danni all'organismo. Due enzimi, l'alcool deidrogenasi e l'aldeide deidrogenasi, localizzati nel fegato, sono responsabili della sua rapida degradazione. Studiando un gruppo di 200 pazienti emicranici i ricercatori dell'Università di Madrid hanno dimostrato che coloro che riferivano attacchi emicranici correlati all'uso di bevande alcoliche avevano una particolare variante del gene, che codifica per l'alcool deidrogenasi 2 (ADH2).

Nel corso di una ricerca contemporanea a quella di Madrid, il gruppo di Pinessi ha studiato lo stesso approccio genetico su un gruppo di 110 pazienti affetti da cefalea a grappolo, malattia caratterizzata da fasi attive (il 'grappolo'), in cui il paziente ha

numerossime crisi di cefalea, che si alternano a fasi di remissione. I ricercatori torinesi hanno visto che nel corso della fase del grappolo, l'assunzione anche di modeste quantità di alcool è in grado di scatenare violentissime crisi di cefalea, ma nella fase di remissione il fenomeno scompare. Studiando l'alcool deidrogenasi 4 (ADH4), un altro dei geni che regolano il metabolismo dell'alcool il Dr. Pinessi ha identificato una variante genica che si associa in modo significativo alla cefalea a grappolo. I portatori di questa variante genica hanno un rischio significativamente superiore di sviluppare la malattia.

EMICRANIA E ALLERGIE

Recenti studi epidemiologici hanno dimostrato un'importante associazione tra emicrania e malattie allergiche come asma, rinite allergica e eczema atopico che si manifestano con maggior frequenza negli emicranici. Questa associazione che causa inoltre malattia emicranica in età più precoce e in forma più grave rispetto agli altri risponde efficacemente con un farmaco (immunomodulatore), il montelukast, che testato su 269 pazienti ha dimostrato di ottenere una significativa riduzione della frequenza e intensità degli attacchi. Queste ricerche di rilevanza mondiale aprono importanti prospettive di ricerca e di terapie in particolare sui trattamenti farmacologici di prevenzione e di cura."

EMICRANIA E OBESITA'

Nella casistica nazionale si stima che il 20-30% e cioè circa 3-5 milioni di emicranici sono obesi o in sovrappeso, tra questi anche coloro che hanno registrato un incremento del peso dovuto ai farmaci utilizzati nella profi-

lassi dell'emicrania come i beta-bloccanti (propranololo) e i calcioantagonisti (la flunarizina). Nell'emicrania con obesità vi è una stretta relazione biunivoca in pratica l'una favorisce l'altra. L'aumento del peso corporeo aumenta la gravità e la durata degli attacchi emicranici che rischiano di diventare cronici mentre l'emicrania stessa è causa di obesità. Una ricerca clinica effettuata dal dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino ha scoperto per la prima volta al mondo, destando l'interesse di Nature Clinical Practice (una delle più importanti e autorevoli riviste scientifiche internazionali), che nei pazienti emicranici è presente un'alterazione del metabolismo del glucosio, legata ad un'insulinoresistenza e cioè una diminuita attività insulinica. Questa condizione è responsabile del non utilizzo in modo adeguato da parte dell'organismo delle sostanze energetiche assunte con l'alimentazione e favorisce il loro deposito sotto forma di grassi portando così al

sovrappeso e all'obesità.

Il gruppo di ricerca del Dr. Pinessi ha studiato l'insulinoresistenza in pazienti emicranici, con lo scopo di quantificare la loro sensibilità all'insulina. Come è emerso dalle loro osservazioni, i pazienti emicranici mostrano un'alterata capacità di risposta all'insulina: si può quindi affermare che l'emicrania si caratterizza per uno stato di insulinoresistenza per molti aspetti assimilabile al diabete in fase preclinica.

Queste considerazioni possono aprire interessanti prospettive terapeutiche. Il paziente emicranico, che segue uno stile di vita sano, una dieta adeguata e pratica una moderata e regolare attività fisica può ridurre in maniera significativa sia lo stato di insulinoresistenza, migliorando tutti i parametri metabolici che l'eccesso di peso e riducendo anche l'intensità e la gravità degli attacchi di cefalea. Stiamo infine valutando l'efficacia di alcuni farmaci ipoglicemizzanti che migliorano la sensibilità all'insulina

per controllare meglio sia la resistenza all'insulina che l'emicrania stessa.

Farmaci e aumento di peso

Uno studio italiano che ha coinvolto circa 200 pazienti in cura con farmaci di prevenzione e profilassi dell'emicrania (amitriptilina, flunarizina, propranololo, pizotifene, varapamile e valproato), ha valutato le variazioni del peso corporeo durante il trattamento per 6 mesi e ha dimostrato che tali farmaci provocano un aumento del peso di 3-6 chili. Il problema chilo in più esiste e le ragioni del meccanismo sono molteplici e non ancora del tutto chiarite. In molti casi vi è uno stimolo diretto dell'appetito e inoltre fattori metabolici che inducono un minor consumo energetico dell'organismo con conseguente aumento ponderale. Se si tende a ingrassare è sbagliato rinunciare alla profilassi: bisogna invece avvertire il medico e adottare misure di restrizione dietetiche e incrementare l'attività fisica.



CEFALEA DA RAPPORTO SESSUALE

Riguarda prevalentemente il sesso maschile perché generalmente ha un ruolo più attivo durante il rapporto, con un'intensità proporzionale all'eccitazione – molto probabilmente, infatti, è sostenuta dalle variazioni pressorie correlate a quest'ultima – e viene ulteriormente classificata in preorgasmica e orgasmica a seconda del momento di comparsa. Gli aspetti che la caratterizzano sono: l'imprevedibilità sia della durata degli attacchi (da un minuto a tre ore) sia del decorso (può presentarsi una volta sola come pure ripetutamente o a intervalli irregolari e senza alcun legame con altri fattori estranei al rapporto sessuale, l'impatto psicologico sul paziente è notevole perché teme gravi e imminenti complicanze. Alcune posizioni, come per esempio lo stare in piedi, predispongono a questo tipo di cefalea. Si tratta quasi sempre di pazienti già emicranici, nei quali una serie di fattori (alimenti quali vino, formaggi, cioccolata, crostacei, condizioni di stress e sovraffaticamento), che insorge rapidamente e si scatena in maniera violenta: i pazienti si spaventano, si accasciano anche per terra e pensano di avere avuto un grave malore. Tra l'altro questi episodi si verificano spesso in concomitanza di relazioni trasgressive, caratterizzate quindi da una maggiore componente di tensione ed emotività.

Per prevenire questa cefalea è fonda-

mentale che il paziente eviti l'attività sessuale in prossimità di un attacco emicranico, per evitare che il rapporto, che comporta uno stress psicofisico, faccia esplodere una crisi violentissima di cefalea.

E' da sottolineare che anche alcuni farmaci, tra cui il Viagra, inducono talvolta il mal di testa a seguito della loro azione vasodilatatrice per cui, se assunti prima del rapporto, facilitano ulteriormente l'emicrania. La pressione si impenna e il cuore accelera il battito. Benchè piacevole, il sesso è anche fatica e nelle persone predi-

sposte un simile impegno fisico può tradursi nella cefalea sessuale.

Ma nel mal di testa da sesso anche la posizione scelta per l'amore ha un suo peso.

Sfogliando il Kamasutra, dunque, sembrerebbe meglio evitare la variante in cui lui sta in piedi.

Qualche buona regola per fare l'amore senza mal di testa.

Il carattere trasgressivo determina una carica emotiva che può facilitare l'insorgere dell'emicrania: evitare perciò situazioni di particolare stress e comportarsi con estrema serenità e tranquillità. Prestare attenzione agli alimenti assunti prima del rapporto. Fare in modo che il rapporto sessuale avvenga in condizioni di rilassamento e non di stanchezza.

Utilizzare con cautela i farmaci (vasodilatatori) che stimolano l'erezione.

L'emicrania si infila sotto le lenzuola, e non solo come alibi della nonna per sottrarsi ai doveri coniugali. L'amore dà alla testa anche all'uomo e rischia di rovinare soprattutto i rapporti clandestini, quelli troppo focosi o particolarmente stressanti sul piano fisico ed emotivo. La 'sexy-cefalea' esiste. In gergo tecnico si chiama cefalea benigna sessuale e minaccia più di un italiano su 10, maschi e femmine.

NUOVI TRATTAMENTI HI TECH

TMS -Transcranial Magnetic Stimulation-

Stimolazione Suboccipitale TMS - Transcranial Magnetic Stimulation.

Sperimentata con successo all'Ohio State University su 164 pazienti la

nuova metodica che si basa sull'applicazione locale di un impulso magnetico della durata di un millisecondo che interrompe l'attacco sul nascere.

Neurostimolazione suboccipitale.

Secondo recentissimi studi e sperimentazioni mondiali che ne dimostrano l'efficacia potrebbe essere la soluzione per quei casi gravi e incurabili di cefalee a grappolo croniche farmaco-resistenti. Si effettua con un neurostimolatore sul nervo grande occipitale. Presso il centro cefalee delle Molinette a Torino le due nuove tecniche sono in fase di sperimentazione su pazienti con cefalea cronica quotidiana e abuso di farmaci".

CEFALEA CRONICA QUOTIDIANA (CHRONIC DAILY HEADACHE – CDH)

La forma più grave e invalidante di mal di testa con attacchi di emicrania quotidiani (dolore pulsante, unilaterale, nausea e vomito, fastidio alla luce, rumori e odori), complicata dall'abuso di farmaci che affligge circa 3 milioni degli 8 milioni di malati. Questa forma si associa spesso a un abuso di analgesici quotidiano (fino a 7-8 dosi) che causa assuefazione e dipendenza - un circolo vizioso



so che porta il malato ad aumentare l'assunzione di farmaci creando una condizione di dolore cronico sostenuto proprio dai farmaci.

LA CEFALEA DA ABUSO DI FARMACI (MOH MEDICATION OVERUSE HEADACHE).

L'abuso farmacologico inibisce infatti il sistema antinocicettivo cerebrale deputato al controllo del dolore e altera i sistemi serotoninergici cerebrali rendendo inefficaci le terapie dell'emicrania. In questi gravi casi si ricorre alla "disintossicazione" con il ricovero in ospedale del paziente per 1 - 2 settimane con un'astinenza controllata che interrompe il meccanismo di abuso. Il farmaco di abuso viene sostituito da terapie a base di soluzione reidratante, vitamine, antiossidanti, detossificanti, sostanze anti-nausea, tranquillanti, farmaci antidepressivi e neurolettici che agiscono sulla soglia del dolore e sui sintomi da astinenza che interrompono il circolo vizioso dell'assuefazione-dipendenza. Successivamente si instaura una terapia preventiva che agisce non sui sintomi ma sulle cause della cefalea, basata su farmaci (neuromodulatori e antiepilettici). Per evitare ricadute il paziente viene seguito con visite periodiche per 1- 2 anni.

Il mal di testa, riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una delle più importanti cause di disabilità, in Italia rimane una malattia nascosta, sottovalutata, mal diagnosticata e mal curata. Il SSN infatti la include nei livelli minimi di assistenza (lea) come patologia minore - con la conseguenza che la maggior parte dei malati (circa il 50%) spesso non si rivolge al medico ma si autocura con analgesici da

banco abusandone e cronicizzando la malattia.

Costi economici. In Italia si spendono circa 600 euro per paziente/anno, (visite mediche, ricoveri, spesa farmacologica) per un totale di oltre 3 milioni di euro.

I Centri Cefalee della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC) diffusi in tutta Italia sono a totale carico del Sistema Sanitario Italiano e quindi gratuiti e ci si può rivolgere direttamente o con la prescrizione del medico curante.

NATUROPATIA

Tra gli approcci terapeutici naturopatici - da utilizzarsi come terapia complementare e/o aggiuntiva nei casi di gravità medio-lieve, ricordiamo: fitoterapia -valeriana, melissa, fiori d'arancio, camomilla, lavanda, serpillio, timo, tiglio, angelica e cardo benedetto, oligoterapia- manganese 2 volte a settimana a cicli di 2-3 mesi, talora aggiungere fosforo o zolfo o cobalto. In particolare il complesso "manganese-cobalto" è l'oligoelemento regolatore che raggruppa un insieme di manifestazioni morbose conseguenti a distonia neurovegetativa, turbe gastrointestinali, ansia, insonnia, turbe dell'umore, alterazioni del metabolismo. Valida l'associazione del fosforo nella cefalea intensa a carattere parossistico e del magnesio in quelle particolarmente dolorose. In caso di cefalea associata a forte ansia e stress, si possono utilizzare estratti standardizzati di piante ad attività ansiolitica, sedativa, e antidepressiva: melissa, valeriana, passiflora, iberico, meliloto, e del litio per la depressione. La naturopatia tiene, inoltre, in estrema considerazione un'alimentazione congrua (in pieno

accordo con la medicina tradizionale/scientifica), l'approccio psico-emozionale al paziente e il trattamento delle alterazioni della flora batterica intestinale con periodiche assunzioni di probiotici, lactobacillus e prebiotici associato a terapie detossificanti epatiche - carciofo, tarassaco. Tale medicina alternativa nella cura delle cefalee o emicranie si rivela utile ed efficace ed è comunque scarsa, se ben somministrata, di effetti collaterali. In modo specifico per quanto concerne la sintomatologia correlata alla cefalea (ansia, depressione, tensione emotiva, colon irritabile, disturbi del sonno, allergie e intolleranze alimentari, dismenorrea, ipertensione, tensione muscolare etc.) si possono ottenere buoni risultati.

Terapie comportamentali

Yoga e training di rilassamento, esercizi fisici isometrici di contrazione e rilassamento di vari gruppi muscolari, allenano il paziente a ridurre la tensione muscolare. Il metodo si avvale poi di procedure fisiche -respirazione- e psichiche (verbalizzazioni, visualizzazioni mentali) associate a biofeedback, BFB elettromiografico e termal biofeedback, insegnano al paziente il controllo della tensione muscolare, favoriscono il rilassamento contrastando l'ansia e la cefalea.

CEFALEA ED EMICRANIA: QUALCHE RICHIAMO AGLI ASPETTI ESSENZIALI

Il mal di testa, ma il suo termine medico corretto è cefalea, comprende disturbi diversi: emicrania, cefalea tensiva e cefalea a grappolo che costituiscono le cefalee primarie e le cefalee secondarie conseguenti ad altri fattori traumi, sinusiti. L'emicrania è il tipo più frequente di cefalea primaria, riguarda circa 8-9 milioni di italiani con una netta preva-



lenza per il sesso femminile con un rapporto di 5 a 1 rispetto agli uomini. L'emicrania è una malattia neurovascolare cronica (di norma di tipo ereditario), caratterizzata da attacchi di cefalea violenta e pulsante, a volte preceduti da fotofobia, lacune visive, associati a nausea-vomito. Nei malati predisposti, numerosi sono i fattori scatenanti gli attacchi emicranici: stress, variazioni dell'umore, cibi o bevande, variazioni climatiche, attività fisica violenta, luci ed odori. Il disturbo più frequente è la **cefalea tensiva**, quella forma comune di mal di testa (oltre l'80% delle cefalee) causata dalla contrazione localizzata dei muscoli del collo.

La **cefalea a grappolo** è invece contraddistinta da attacchi che tendono a ripetersi con aspetti costanti - appunto "a grappolo" - è la forma meno diffusa: in media riguarda l'1% della popolazione **per ogni donna sofferente ci sono 3-4 uomini**. Al contrario di quanto comunemente si pensa, la cefalea colpisce anche l'età pediatrica, mentre le manifestazioni tendono ad attenuarsi negli individui anziani. Si

distinguono due tipi di emicrania: l'emicrania con aura e l'emicrania senza aura. Quest'ultima rappresenta la forma più frequente 80% degli attacchi emicranici.

L'emicrania con aura si differenzia in quanto l'attacco è preceduto e accompagnato da un corteo di sintomi di tipo neurologico, focali, transitori e reversibili, denominato per l'appunto "aura". L'aura insorge gradualmente e precede di 10-30 minuti l'attacco vero e proprio. Può essere sensitiva - formicolii, intorpidimento, visione di lampi, percezione di fischi acuti, vertigini- o motoria - intorpidimento, difficoltà nell'organizzazione di movimenti, visione sdoppiata a seguito di un deficit del controllo e della motilità e del coordinamento degli occhi, difficoltà a trovare e pronunciare le parole.

DIAGNOSI DELLE CEFALEE

La prima cosa da fare è quella di accertare che si tratti realmente di cefalea primaria, e che il dolore non sia conseguente a una patologia organica (cefalea secondaria). La storia clinica (anamnesi), porta già a una pre-

cisa formulazione diagnostica. In più un corretto esame neurologico per valutare tutte le funzioni neurologiche (dal fondo dell'occhio ai riflessi, alle prove di coordinazione dei movimenti...), e l'esame obiettivo medico generale serviranno a confermare la diagnosi. In pratica, l'esistenza di una cefalea primaria si evidenzia attraverso l'esame clinico, dalle parole del paziente che descrive le sue crisi. Si ricorre invece a precise indagini strumentali (TAC, Risonanza Magnetica) quando esiste il dubbio che la cefalea possa nascondere patologie provenienti da altri organi. Oppure per accertare che non vi siano lesioni vascolari ischemiche anche minime, a volte presenti negli emicranici di lunga data. Si può ricorrere alla risonanza magnetica più angio-RM (visualizzazione dei vasi endocranici) per escludere eventuali malformazioni vasali, vascolari o aneurismi".

Le diagnostiche d'avanguardia: Voxel-Based Morphometry vbm, metodica di risonanza magnetica (RMN), che si avvale di una particolare analisi morfometrica in grado di evidenziare anche modeste alterazioni della sostanza grigia o bianca cerebrale non percepibili ad occhio nudo con una risonanza magnetica tradizionale e **genome linkage wide scan** - esami di genetica molecolare - in grado di evidenziare su un esteso numero di marcatori genetici, quelle aree del DNA (loci genici) coinvolti nella genetica della trasmissione della malattia. Queste due tecniche si aggiungono ad altre - **Brain mapping** che consiste nella registrazione del tracciato elettroencefalografico rielaborata dal computer che mostra, in differenti condizioni ambientali o durante la crisi, le modificazioni dell'attività bioelettrica della corteccia cerebrale, rivelando in questo modo le

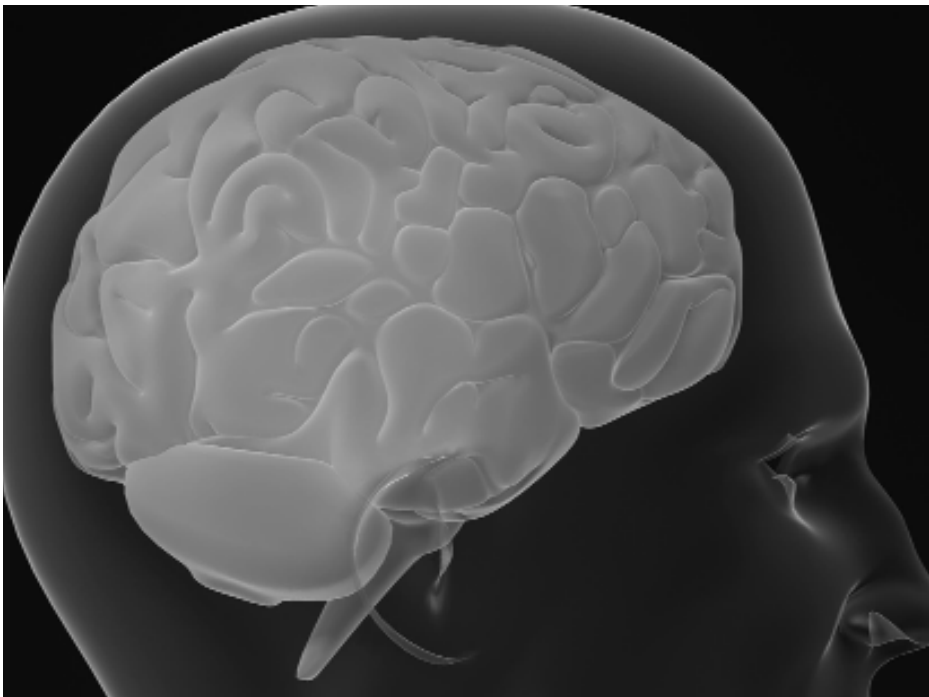
aree che vengono coinvolte a una determinata fenomenologia. **L'angio-RM** si basa sullo stesso principio della risonanza magnetica: grazie all'elaborazione computerizzata consente di ricostruire con discreta approssimazione l'anatomia del circolo cerebrale, evidenziando per esempio la presenza di eventuali malformazioni vascolari. **La RM funzionale, la tomografia a emissione di positroni (PET) e la tomografia a emissione di fotoni singoli (SPECT)**: studiano invece il cervello durante lo svolgimento di precisi compiti o in concomitanza di stimolazioni sensoriali. Un'altra tecnica interessante è **la termografia**, che rileva la dispersione del calore in precise aree, in particolare in sede orbitaria o temporale e nella guancia del lato sintomatico: un dato dal quale si possono ottenere informazioni sul flusso ematico extracranico, di particolare utilità nella diagnosi delle cefalee a grappolo. **La conduttanza transcutanea**, infine, grazie al posizionamento di elettrodi in alcune zone della superficie corporea misura la variazione di conduttanza, cioè del passaggio di corrente elettrica a basso voltaggio, che si correla allo stato d'ansia di un individuo.

LA TERAPIA DELL'EMICRANIA

Per la terapia dell'attacco emicranico sono disponibili numerosi farmaci specifici e non specifici, alcuni utilizzati da tempo, altri di recente acquisizione.

I farmaci per l'attacco sono distinti nei seguenti gruppi: triptani; FANS ed analgesici; derivati dell'ergot; antiemetici.

I triptani sono indicati per il trattamento di crisi emicraniche di intensità grave (grado 3) o di intensità moderata (grado 2). Poiché, oltre che sul





dolore, sono efficaci anche sui sintomi di accompagnamento, solitamente non richiedono l'associazione con antiemetici

Gli analgesici e i FANS sono indicati per il trattamento di crisi di intensità lieve o moderata (grado 1 o 2) o quando sia controindicato l'uso dei triptani o infine quando questi si siano rivelati inefficaci. Per alcuni farmaci di questa classe è possibile l'automedicazione e l'utilizzo di farmaci da banco, ma è sempre necessario che sia stata formulata, in precedenza, una corretta diagnosi da parte del medico. **I derivati dell'ergot** sono indicati per il trattamento di attacchi invalidanti a bassa frequenza (1-2 al mese), che non rispondono ad altri farmaci sintomatici e per il potenziale rischio di abuso. Vanno associati con gli antiemetici, in quanto gli ergot-derivati possono accentuare nausea e vomito. **Gli antiemetici** sono indicati come adiuvanti della terapia sintomatica dell'attacco, quando sono prevalenti i sintomi associati nausea e vomito.

Nuovi farmaci- Il futuro del trattamento dell'emigrania sarà nei CGRP-antagonisti (Calcitonin gene related peptide) -lolgepant e telcagepant- in fase di sperimentazione e di prossima

immissione sul mercato. Farmaci che hanno come bersaglio un neuropeptide che viene rilasciato in grandi quantità nel cervello durante gli attacchi di emigrania, aumentando la vasodilatazione cerebrale e meningea e provocando maggior dolore.

PREVENZIONE - BOTULINO

L'efficacia nel ridurre la frequenza e l'intensità dell'emigrania della tossina botulinica di tipo A nella profilassi dell'emigrania e della cefalea cronica quotidiana è stata ampiamente dimostrata da studi internazionali e dal suo uso clinico sempre più praticato. Il trattamento è particolarmente indicato in quei casi di emigrania associati a tensione/rigidità e dolore ai muscoli pericranici, del collo e delle spalle che riguarda circa 1 paziente emigranico su 3. La tossina botulinica è una potente neurotossina, prodotta dal *Clostridium botulinum*, che agisce provocando, nei muscoli dove viene iniettata, una paralisi parziale e transitoria della trasmissione neuromuscolare con conseguente netta riduzione del dolore e della contrattura muscolare. Tutti i pazienti trattati, anche coloro con cefalea cronica quotidiana, dove la contrattura e la dolenzia muscolare pericranica è frequentissi-

ma e spesso non rispondono ai trattamenti tradizionali di profilassi hanno ottenuto un miglioramento con modestissimi effetti collaterali. L'effetto terapeutico sulla contrattura muscolare può durare da 4 a 5 mesi. La terapia botulinica che può essere praticata solo nei Centri Neurologici specializzati, da specialisti esperti è stata recentemente approvata dall' FDA americana per il trattamento dell'emigrania per cui a breve anche nel nostro Paese verrà registrata per questa indicazione e il paziente non sarà più costretto come avviene attualmente a sostenerne i costi che saranno a carico del Sistema Sanitario Nazionale. **Topiramato e Valpronato recenti acquisizioni per la terapia preventiva sono farmaci anticonvulsivanti in uso nell'epilessia, che agiscono come regolatori dell'eccitabilità dei neuroni sul sistema nervoso riducono gli attacchi nel 50% dei casi** numero di attacchi al mese che si manifestano meno intensi e di durata più brevi e con un minor ricorso ai farmaci analgesici. **Gli altri farmaci che riducono gli attacchi.** In questi ultimi anni sono stati usati numerosi farmaci, già presenti sul mercato con altre indicazioni come i betabloccanti (antiipertensivi), psicofarmaci, antidepressivi, in grado di ridurre da due a quattro crisi dolorose su una media di sei-otto crisi mensili in una percentuale rilevante di emigranici.

Pinessi, Lorenzo
e mail: lorenzo.pinessi@unito.it
studio ospedale Le Molinette Torino
tel. 011 6633634
studio privato a Torino
tel. 011 8170218
studioa Milano Villa Cimarosa
tel. 02 48013784