



NON È SOLO UN MAL DI TESTA: IL CASO EMICRANIA, TRA SOTTOVALUTAZIONE E FAKE NEWS

IL PESO DELL'INFORMAZIONE E LE RESPONSABILITÀ DEI MASS MEDIA

L'emicrania

L'emicrania è una forma di cefalea idiopatica ricorrente, che si manifesta con attacchi della dura di 4-72 ore.

Caratteristiche peculiari di questa cefalea sono:

- localizzazione unilaterale
- dolore pulsante
- intensità media o forte
- aggravamento con le attività fisiche quotidiane
- associazione con nausea, vomito, fastidio alla luce e al rumore.

Prevalenza

Secondo alcune stime, il 12% della popolazione mondiale viene colpito da attacchi di emicrania. È la sesta patologia per prevalenza del genere umano, la seconda patologia più disabilitante e la terza più frequente, secondo l'OMS.

In Italia la prevalenza è del 9% tra gli uomini e del 18% tra le donne. Nel periodo compreso tra la pubertà e la menopausa ne risulta affetto circa il 27% della popolazione femminile.

Rispetto all'uomo, nella donna gli attacchi sono più severi, più lunghi, più disabilitanti e con più sintomi associati.

Nonostante le disabilità e gli ingenti costi socio-sanitari che comporta, l'emicrania rimane una malattia misconosciuta e sottotrattata.

Sintomi e manifestazioni

L'emicrania è un processo multifasico sequenziale che si annuncia già 24 ore prima dell'attacco con sintomi quali stanchezza, irritabilità, sbadigli, depressione, ricerca di cibi dolci, per poi sfociare nell'attacco acuto vero e proprio che può durare dalle 4 alle 72 ore. In questa fase si manifestano dolore forte, che riguarda generalmente una metà del capo, e un corteo di sintomi associati come nausea, vomito, fotofobia e fonofobia. Il dolore emicranico è pulsante e si esaspera con i movimenti (es. sollevare un peso). Gli effetti dell'emicrania possono persistere per alcuni giorni dopo che il mal di testa principale è finito. Questa fase è chiamata emicrania post dromica e si manifesta con sensazione di dolore nella zona dove si era presentata l'emicrania, stanchezza, difficoltà cognitive, sintomi gastrointestinali, cambiamenti dell'umore.

Inoltre, nel 30% dei soggetti emicranici, la fase dolorosa è preceduta dalla cosiddetta "aura" caratterizzata da specifiche alterazioni sensoriali, con disturbi visivi, alterazione della sensibilità e più raramente difficoltà a parlare. L'aura ha una durata variabile da pochi minuti a un'ora e si risolve con la comparsa del dolore emicranico.

Emicrania episodica ed emicrania cronica

Gli attacchi possono ripetersi diverse volte in un mese.

Sulla base della frequenza è possibile distinguere tra:

- emicrania episodica, fino a 14 giorni al mese;
- emicrania cronica, più di 15 giorni al mese.

L'emicrania episodica si evolve, nel 2,5% dei pazienti ogni anno, in emicrania cronica, che ha una prevalenza di circa il 2% nella popolazione generale.

I fattori coinvolti nella cronicizzazione possono essere:

- modificabili: frequenza di almeno 4 episodi al mese, trattamento inadeguato dell'attacco, iperuso di analgesici e caffeina, ansia, depressione, stile di vita, obesità;
- non modificabili: genere femminile, età sopra i 40 anni, basso livello socioeconomico, separazione/divorzio/vedovanza, eventi stressanti e traumi cranici e cervicali.

Cause e fattori scatenanti

L'emicrania è una malattia neuro-vascolare a carattere familiare con base genetica, a tal proposito sono stati individuati in numerosi studi oltre 38 geni coinvolti nella patologia.

Il cervello emicranico è ipereccitabile e ipometabolico, cioè spende più energia di quanta ne produca. La sua caratteristica è di convertire in dolore gli stimoli non dolorosi quali lo stress, le variazioni ormonali femminili, i cambiamenti climatici, le irregolarità del ritmo sonno-veglia e il digiuno.

Un ruolo chiave è svolto dalla corteccia pre-frontale e dall'ipotalamo. Durante la fase dolorosa il primo attore è il sistema trigemino-vascolare costituito dall'interconnessione tra prima branca del trigemino e i vasi sanguigni delle meningi.

Nel corso dell'attacco le terminazioni trigeminali si attivano e liberano diverse sostanze tra cui CGRP, neurochinine e sostanza P con conseguente dilatazione dei vasi sanguigni che danno origine alla pulsatilità del dolore. Inoltre, i meccanismi emicranici sarebbero legati anche a un deficit del sistema di protezione dal dolore a causa di una disfunzione dei nuclei serotoninergici e noradrenergici.

In alcuni soggetti, l'emicrania può essere indotta anche da fattori scatenanti, che possono incorrere fino a 24 ore prima della comparsa dei sintomi, quali ad esempio:

- reazioni allergiche
- luci intense, rumori, alcuni odori e profumi
- stress fisico o psicologico
- cambiamenti nelle abitudini del sonno
- fumo attivo o passivo
- saltare un pasto
- assunzione di alcol
- fluttuazioni del ciclo mestruale, utilizzo di pillola anticoncezionale, periodi pre e post menopausa
- assunzione di cibi contenenti tiramina (vino rosso, formaggio stagionato, pesce affumicato, fegato di pollo, fichi e alcuni tipi di fagioli), glutammato monosodico (MSG) o nitrati (insaccati)
- cibi come cioccolato, nocciole, arachidi (burro), avocado, banana, agrumi, cipolle, prodotti caseari, cibi fermentati o conserve.

Impatto socio-economico

L'emicrania esercita un impatto molto severo sulla normale attività quotidiana e nella donna si caratterizza per più elevati livelli di disabilità.

L'impatto economico dell'emicrania è enorme. Il costo annuale nei 27 Paesi europei è pari a 111 miliardi di euro (Linde et al. 2012). Italia, Francia, Germania e Spagna presentano i costi maggiori, pari rispettivamente a circa 20 miliardi di euro l'anno tra spese dirette e indirette.

Il costo medio annuo per paziente in Europa è di 1.222 Euro. Il 93% dei costi è di tipo indiretto, imputabile a ridotta produttività più che ad assenteismo. Tra i costi medi annui per paziente figurano al primo posto le visite mediche seguite da accertamenti clinici, farmaci per l'attacco acuto e farmaci preventivi.

Le terapie

La terapia si distingue in:

- terapia di profilassi, volta a prevenire l'attacco
- terapia acuta, per il trattamento dell'attacco.

Ogni trattamento farmacologico deve essere associato all'adozione di un miglioramento delle abitudini e alla rimozione di fattori scatenanti evitabili.

Lo scenario della terapia acuta è cambiato da dopo l'arrivo dei triptani nel 1991, molecole specifiche, selettive, con buona efficacia. Il 30% dei pazienti non risponde però a questi farmaci. Attualmente sono allo studio altre classi farmacologiche come i ditani e i gepanti.

La terapia preventiva deve essere affiancata alla terapia acuta quando il paziente presenta almeno 4 giorni al mese di emicrania disabilitante. La profilassi va eseguita per un periodo continuativo di 4-6 mesi e si considera efficace quando induce una riduzione della frequenza degli attacchi di almeno il 50%.

I farmaci più utilizzati appartengono alle classi farmacologiche di antiepilettici, calcio-antagonisti, beta-bloccanti, antidepressivi. È disponibile anche la tossina botulinica di tipo A, approvata in Italia per il trattamento dell'emicrania cronica in pazienti che non rispondono o sono intolleranti ai farmaci di profilassi. Tra le terapie di profilassi, l'EMA (Agenzia Europea del Farmaco) ha di recente autorizzato una nuova categoria di farmaci, gli anticorpi monoclonali anti-CGRP che si somministrano mensilmente per via sottocutanea per alcuni mesi.

I problemi di sottotrattamento

In Italia più di un paziente su 4 presenta una frequenza di emicrania superiore a 5 giorni al mese, considerato valore soglia per l'adozione di una terapia preventiva. Eppure la terapia di profilassi viene adottata solo dall'1,6% dei soggetti eleggibili. Inoltre, solo il 6,3% degli emicranici tratta l'attacco acuto con i triptani, farmaci selettivi e specifici da oltre 30 anni in commercio e ben più efficaci degli analgesici da banco.

Il 77,4% dei pazienti non si è mai rivolto ad alcun medico per la propria emicrania (Katsarava et al. 2018).

Lo studio IRON dimostra come il 48,5% dei pazienti emicranici cronici abbia eseguito accertamenti inutili o impropri; quanto alla consultazione di uno specialista, l'emicranico solo nel 52,6% dei casi ne ha consultato uno e nel 19,6% dei casi non idoneo. Chi ha pensato di sentire il parere di uno specialista si è rivolto in media a 7 diversi specialisti.