

Cefalee Today - Numero 13, Aprile 2001

L'aura emicranica

In una piccola percentuale di individui (circa l'1% della popolazione globale) l'emicrania può associarsi a sintomi neurologici di disfunzione di uno o più distretti cerebrali, definiti nel loro insieme come "aura". Tale termine, che letteralmente significa venticello o brezza, è stato mutuato dalla branca della neurologia che studia l'epilessia, in cui viene comunemente utilizzato per identificare i segni premonitori della crisi convulsiva.

La forma di emicrania che si associa a sintomi neurologici premonitori, un tempo indicata con aggettivi come "classica", "oftalmica", "comitata", "accompagnata" o "afasica", viene oggi definita semplicemente con il termine di "emicrania con aura". L'aura consiste in uno o più sintomi irritativi (visione di lucine, formicolii al corpo) o deficitari (mancanza della visione in alcune aree del campo visivo, paralisi degli arti di un lato del corpo) che precedono la cefalea e possono durare - ognuno - da 4 a 30 minuti, estinguendosi nell'arco di 60 minuti. I sintomi più frequentemente riportati sono quelli visivi, generalmente caratterizzati dalla presenza di macchie nere o luminose che si ingrandiscono, spostandosi nel campo visivo. Talora può realizzarsi un'evoluzione nel tempo dei sintomi, per cui i disturbi visivi iniziali lasciano il posto a sintomi sensori-motori (formicolio e paresi/paralisi) a cui possono seguire disturbi del linguaggio, quando è interessato l'emisfero dominante. Questo sviluppo temporale (o "marcia") dei sintomi dell'aura corrisponde, topograficamente, all'ipofunzione di aree corticali vicine secondo una progressione che, iniziando dalla corteccia occipitale, si sposta anteriormente.

La cefalea che segue l'aura presenta le tipiche caratteristiche dell'emicrania: unilaterale, pulsante, intensificata dall'attività quotidiana, associata a nausea, vomito, fastidio per la luce e per il rumore. Tuttavia è opinione comune che gli attacchi di "emicrania con aura" siano caratterizzati da una fase dolorosa meno intensa e più breve rispetto a quelli della più comune forma "senza aura".

In base alle caratteristiche dei sintomi dell'aura ed ai loro rapporti temporali con la fase dolorosa, si distinguono vari sottogruppi di emicrania con aura. Ad esempio, se i sintomi premonitori si protraggono fino a 7 giorni, si parla di emicrania con aura prolungata, mentre se è presente l'aura, ma non segue la cefalea, si tratta di aura emicranica senza cefalea. Nell'emicrania basilare i sintomi premonitori sono legati non già ad una disfunzione corticale, bensì all'interessamento di strutture profonde poste al di sotto del cervelletto. In tal caso, l'aura è caratterizzata dalla presenza simultanea di due fra i seguenti sintomi: disturbi visivi bilaterali, difficoltà ad articolare le parole, vertigini, ronzii, sordità, visione doppia, perdita dell'equilibrio, formicolii o paresi che interessano entrambi i lati del corpo e perdita della coscienza. Nella rara forma emiplegica familiare, per la quale sono state identificate sicure determinanti genetiche, i sintomi dell'aura includono paresi o paralisi, anche prolungata, di metà del corpo e sono colpiti più membri di una stessa famiglia.

Nella stragrande maggioranza dei casi questi disturbi si risolvono senza complicanze. Tuttavia, per le problematiche di diagnosi differenziale con la malattia ischemica cerebrale, l'epilessia e alcune neoplasie, nonché per il potenziale aumento del rischio per disturbi cerebrovascolari, appare importante consultare prontamente il medico specialista che consiglierà gli accertamenti, le cure e le precauzioni necessarie.

Dr.ssa Cristina Tassorelli

L'emicrania e il medico di medicina generale

L'emicrania è una patologia molto frequente e con alti costi sociali. In uno studio americano è stato evidenziato che il 59% delle donne ed il 71% degli uomini affetti da emicrania non avevano mai consultato un medico, verosimilmente ricorrendo all'automedicazione con prodotti da banco, spesso di efficacia discutibile.

Partendo da questi presupposti, nel corso del '99-2000, è stato condotto, presso l'Istituto Neurologico Mondino di Pavia, uno studio che si è posto l'obiettivo di indagare il ruolo del Medico di Medicina Generale nella gestione dei pazienti con emicrania; hanno collaborato 28 medici della provincia di Pavia e 20 medici della provincia di Roma. Sono stati studiati circa 200 pazienti affetti da emicrania (85% di sesso femminile), due terzi seguiti da medici di Pavia e provincia, un terzo da medici di Roma e provincia.

Un terzo dei pazienti studiati era già stato inviato dal medico di medicina generale presso un Centro Cefalee delle rispettive città o di altre sedi italiane; le motivazioni dell'invio sono risultate soprattutto l'incertezza nella formulazione di una diagnosi specifica, l'inadeguata risposta ai trattamenti prescritti dallo stesso curante, la richiesta del parere specialistico avanzata dal paziente.

I restanti due terzi dei pazienti, indagati nello studio erano, invece, direttamente seguiti dallo stesso medico di medicina generale che, dopo aver formulato la diagnosi di emicrania, aveva consigliato un trattamento.

I farmaci maggiormente prescritti sono risultati i sintomatici, anche quelli specifici per l'emicrania di ultima generazione (triptani); in circa un quinto dei pazienti il medico di Famiglia ha suggerito una terapia di profilassi. Una discreta percentuale di soggetti non ha però seguito i suggerimenti del proprio medico, proseguendo farmaci già in uso - anche di automedicazione - i quali potevano essere alla base di una situazione di dipendenza/abuso (assunzione giornaliera di sintomatici, anche se scarsamente efficaci). Un medico coinvolto nello studio ha riportato una frase che ci è sembrata molto indicativa di questi comportamenti di automedicazione: relativamente alle cure farmacologiche per il mal di testa una paziente affermava di "ascoltare i consigli di amiche e colleghi di lavoro ". Oltre il 70% dei medici ha affermato di compilare da "qualche volta" a "spesso" certificati di malattia per il mal di testa.

Non sono emerse differenze significative di comportamento, nel trattare la patologia in esame, tra medici delle due realtà geografiche prese in considerazione. Oltre i due terzi dei medici hanno ritenuto la cefalea, in considerazione dell'alta frequenza di pazienti affetti che si trovano a gestire, la patologia neurologica più meritevole di aggiornamento. E' emersa, inoltre, la necessità di un miglioramento del rapporto tra medico di medicina generale e specialista; tale rapporto è stato giudicato buono solo da un quinto degli intervistati.

In conclusione, emergono dallo studio alcune considerazioni generali: 1) è necessario che il paziente affetto da cefalea si rivolga, in prima istanza, al medico di medicina generale evitando l'automedicazione che può contribuire al peggioramento della malattia ed all'aumento indiscriminato della spesa sanitaria (sia dei costi diretti - esami, farmaci - che di quelli indiretti - giornate lavorative perse); 2) il medico di medicina generale intraprende un trattamento della patologia; si rivolge successivamente allo specialista nei casi di diagnosi difficile e/o complicata o per mancata risposta ai trattamenti. A tale scopo risulta molto rilevante l'aggiornamento per far sì che il medico di medicina generale formuli una corretta diagnosi del tipo di cefalea e prescriva un trattamento adeguato; 3) il medico di medicina generale e lo specialista devono migliorare lo scambio reciproco di informazioni sul paziente al fine di una corretta e proficua gestione della malattia.

Dr.ssa Emanuela Gerosa

Contagocce

Studiare l'olfatto: un ausilio per la diagnosi di emicrania

L'iperexcitabilità dei neuroni trigeminali e il fenomeno della depressione transitoria dell'attività nei neuroni della corteccia cerebrale (spreading depression) sono in grado di attivare il sistema trigemino-vascolare, coinvolto nei meccanismi che scatenano l'attacco emicranico. Ricercatori tedeschi hanno studiato i potenziali evocati trigeminali e quelli olfattivi in un gruppo di donne con emicrania con e senza aura. La stimolazione dei recettori nasali è stata effettuata mediante getti di CO₂, mentre lo stimolo olfattivo specifico consisteva nell'esposizione ad H₂S (la sostanza ha un odore di uova marce). Le pazienti emicraniche, paragonate ai soggetti di controllo, hanno mostrato una risposta più ampia alla stimolazione trigeminale ma ampiezze più basse dei potenziali olfattivi. I dati ottenuti confermano l'esistenza di un'iperattività trigeminale nell'emicrania, senza però modificazioni particolari dei recettori che segnalano le modificazioni chimiche dell'organismo. Sembra, inoltre, che i potenziali evocati olfattivi riescano a discriminare con maggior precisione i pazienti dai soggetti di controllo; l'evidenza scientifica sottolinea, ancora una volta, l'importanza del sistema olfattivo nell'emicrania. Non dimentichiamo, infatti, che durante un attacco emicranico è spesso presente un'intolleranza a luce, rumori e odori.

(Grosser K. e coll., Cephalalgia 2000)

Cosa succede dopo il primo periodo di cefalea a grappolo

Autori svedesi hanno esaminato 60 pazienti nei quali era stato diagnosticato, per la prima volta, un periodo attivo di malattia come "episodio di una cefalea a grappolo". Nel gruppo di 49 pazienti, di cui si disponeva di dati completi, 13 mostravano di aver avuto un solo grappolo nell'arco di un periodo di osservazione di 8.9 anni. Su 36 pazienti con diagnosi definitiva di cefalea a grappolo, secondo i criteri internazionali della IHS, 31 risultavano affetti da una forma episodica, 4 da una forma primariamente cronica e 1 da una forma secondariamente cronica. L'83% dei casi, con diagnosi definitiva di cefalea a grappolo, aveva mostrato la comparsa di un secondo periodo di malattia entro 3 anni oppure un andamento cronico sin dall'esordio. Di 6 pazienti non si poteva disporre dei dati di follow-up; di ulteriori 6 soggetti, deceduti per cause diverse, uno aveva la diagnosi definitiva di cefalea a grappolo e 5 non avevano più manifestato periodi di crisi. Lo studio ha evidenziato che: 1) è possibile che la cefalea a grappolo si manifesti con un solo grappolo; 2) assai più spesso la ricomparsa delle crisi dolorose avviene entro i 3 anni e, solo nel 17% dei casi, dopo i 3 anni.

(Sjostrand C. e coll., Cephalalgia 2000)