

due ragioni: i dati finora disponibili indicano che la frequenza relativa della vertigine emicranica, stimabile tra il 5-10%, potrebbe essere la terza di tutte le vertigini. Inoltre, la vertigine emicranica è trattabile farmacologicamente: la risposta alla terapia anti-emicranica è inclusa tra i criteri diagnostici proposti da alcuni autori.

Per concludere, quali sono le prospettive? Da un punto di vista diagnostico e terapeutico, il medico che si occupa di vertigini deve ricordare che l'emicrania (o forse soffrire di emicrania) può essere causa di vertigine, mentre il medico che si occupa di emicrania deve ricordare che la vertigine può essere una delle manifestazioni dell'emicrania. La diagnosi di vertigine emicranica, in mancanza di criteri definiti, rimane ancora una diagnosi da riservare alle forme "idiopatiche", e quindi da considerare una volta che si siano escluse altre forme di vertigine. Per questo motivo è necessaria un'anamnesi precisa del disturbo vertiginoso, un esame clinico neuro-otologico e neurologico accurato e, spesso, l'esecuzione di una batteria di esami strumentali. Per la diagnosi di vertigine emicranica non necessariamente i due disturbi devono coesistere nello stesso attacco; la storia personale (e magari solo familiare) di emicrania è sufficiente, e probabilmente non si possono applicare al disturbo dell'equilibrio i criteri richiesti per definire l'aura. Quando la diagnosi di vertigine emicranica venga considerata molto probabile, può essere proposta una terapia per il singolo attacco e di profilassi. La risposta al trattamento potrà essere di supporto alla diagnosi: nell'esperienza personale i farmaci sintomatici sono spesso inefficaci, mentre mostrano un buon successo i farmaci di prevenzione tipo calcio-antagonisti.

Parallelamente a questo approccio pragmatico al problema, devono essere promossi studi di tipo epidemiologico, clinico e strumentale che permettano di definire la vertigine o le vertigini emicraniche e studi

che ne spieghino nello specifico la fisiopatogenesi.

Bibliografia

- M. Versino et al. *Dizziness and migraine: a casual relationship?* *Funct Neurol* 2003; 18 (2): 97-101.

Maurizio Versino

"Eventi"

XI Congress of the International Headache Society
Cluster Club Meeting
September 12th 2003
h. 15:00-19:30
Ambasciatori Palace Hotel
Via Veneto 62, Rome

XI Congress of the International Headache Society
II Joint Meeting of the Italian and Hispanic Linguistic Subcommittees of the International Headache Society
September 12th, 2003
h. 8:30-13:30
Ambasciatori Palace Hotel
Via Veneto 62, Rome

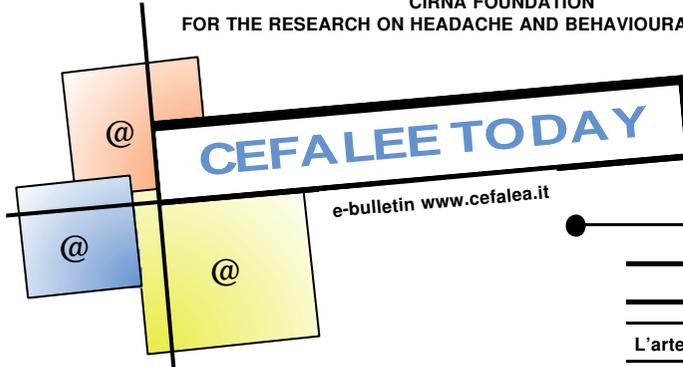
Cefalee Today

- Bollettino di informazione bimestrale a cura della Fondazione CIRNA
- Organo ufficiale di Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)

Redattore Responsabile: Grazia Sances (Pavia)
Comitato Editoriale: Piero Barbanti (Roma); M. Gabriella Buzzi (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Silvano Cristina (Pavia); Anna Ferrari (Modena); Natascia Ghiotto (Pavia); Alberto Proietti Cecchini (Pavia); Ennio Pucci (Pavia); Paolo Rossi (Roma); Cristina Tassorelli (Pavia); Paola Torelli (Parma)

Per informazioni: Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)
V.le C. Battisti, 17 - 27100 Pavia

Tel. 0382-380358
Fax. 0382-380369
E-mail: alcegroup@tin.it

CEFALEE TODAY

e-bulletin www.cefalea.it

Anno 5, Numero 26
Giugno, 2003

Sommario

L'arte emicranica	1-2
La diagnosi di vertigine emicranica	2-4
Eventi	4

L'arte emicranica

Alcune forme di emicrania sono caratterizzate dall'insorgere, prima o durante la cefalea, di particolari fenomeni complessivamente denominati "aura". Il paziente può sperimentare la comparsa nel campo visivo di luci pulsanti, linee a zigzag, punti o zone di non visione, archi luminosi dalle forme angolate, come le mura delle antiche città (tanto che il fenomeno è detto "spettro di fortificazione"). Gli oggetti possono apparire raddoppiati oppure può venir meno la normale percezione dello spazio così che gli oggetti sembrano tutti su di uno stesso piano, come in un mosaico o in caleidoscopio. Sono solo alcuni esempi, i più frequenti. La sintomatologia è veramente molto varia e comprende anche allucinazioni dell'olfatto (sentire odori di cose inesistenti), del gusto (strani sapori in bocca) e, più raramente, disturbi della parola (lapsus) e dell'autopercezione corporea ("sentire" una mano o un'altra parte del corpo anormalmente grande).

L'esordio di questi fenomeni, soprattutto nell'adolescenza, è spesso fonte di eccessiva preoccupazione, sia per il paziente che per i familiari. Certo, la comparsa di

vere e proprie allucinazioni è psicologicamente destabilizzante, ma nulla giustifica il timore di "avere qualche rotella fuori posto". In realtà, una volta che la diagnosi differenziale abbia escluso più gravi possibilità, si deve dire che la presenza di un'aura, anche se prolungata o elaborata, non è affatto segnale di una forma di emicrania "più grave" delle altre. Per quanto singolari i



fenomeni auratici non sono di per sé allarmanti, e per quanto numerosi sono in numero limitato e si ripetono in modo stereotipato nello stesso soggetto.

Spesso il timore è accresciuto dalla difficoltà a descrivere in parole fenomeni fuori dal-

l'esperienza comune. Fu questa considerazione a spingere alla fine degli anni Settanta Derek Robinson, dirigente di una casa farmaceutica inglese, a chiedere ad una paziente, Miss J.R.B., di illustrare con schizzi e disegni i sintomi visivi della sua aura. Sull'onda del successo di questa esperienza furono poi indetti numerosi concorsi di pittura riservati solo a pazienti emicranici. Il risultato è noto con il termine di "arte emicranica":

un vero e proprio archivio visivo in cui ogni paziente può riconoscere la propria particolare forma allucinatoria, facilitando così la comunicazione con il medico.

L'immagine riportata nella pagina precedente, un disegno di Miss J.R.B., è un esempio di questa "arte emicranica". Questo è quanto un paziente vede quando sperimenta ciò che il dottore chiama "uno spettro di fortificazione": attorno ad una zona di non-visione, la cui forma ricorda quella di un fagiolo, appare un arco formato da linee a zig-zag fortemente colorate e cangianti.

Alcune collezioni di arte emicranica sono disponibili in rete:

<http://www.health.discovery.com/centers/headaches/migraineart/migraineart.html>

<http://www.headaches.org/consumer/gallery2001/01gallery.html>

<http://www.migrainepage.com/images.html>

Bibliografia

- U. Nicola e K. Podoll. *L'aura emicranica di Giorgio De Chirico. Mimesis, 2003.*

- U. Nicola e K. Podoll. *L'arte emicranica come strumento di studio dell'ispirazione artistica. In: Storie di Mal di Testa; G. Nappi, G. Sances, G. Sandrini, Ed. Antares, Pavia, 2002.*

Ubaldo Nicola (uten.87@libero.it)
Klaus Podoll

La diagnosi di Vertigine emicranica

Il controllo dell'equilibrio utilizza informazioni riguardanti la posizione ed il movimento del

corpo rilevate per mezzo della vista, della propriocezione (meccanismo che rileva le condizioni di allungamento dei muscoli e la posizione delle articolazioni) e del sistema vestibolare (riconosce le accelerazioni della testa). Lo stesso dato è rilevato, in maniera ridondante, secondo tre modalità diverse (sistema visivo, propriocettivo, vestibolare) la cui sintonia e corretta integrazione definisce la condizione di equilibrio normale. La non-sintonia genera un conflitto sensoriale che produce la sintomatologia tipica del disequilibrio. In questa accezione, i sintomi di disequilibrio potranno essere molto variegati (vedere la stanza che gira, sentirsi inclinati, sentirsi instabili per cui il mantenimento dell'equilibrio diventa un processo attivo e cosciente piuttosto che automatico e scontato), potranno generarsi anche in condizioni fisiologiche (si spiegano così condizioni quali la chinetosi cioè il mal d'auto e l'acrofobia cioè la paura dei posti elevati) e possiamo aspettarci che siano frequenti.

Di seguito etichetteremo questa sintomatologia con il termine di "vertigine". I puristi del lessico medico storceranno il naso, ma saranno così sintonizzati con il lessico del paziente che generalmente utilizza questo termine per descrivere il disturbo dell'equilibrio per cui si rivolge al medico, con una sintesi che involontariamente riflette l'esistenza di un meccanismo fisiopatogenetico comune: la caratterizzazione del disturbo dell'equilibrio, e quindi della vertigine, viene dopo.

Fatte queste premesse, e vista l'elevata frequenza dei due disturbi, la coesistenza casuale di un disturbo dell'equilibrio in pazienti emicranici non dovrebbe essere un evento raro. Gli studi di comorbidità (valutazione della

presenza di un disturbo dell'equilibrio in pazienti selezionati per essere emicranici e viceversa) hanno mostrato una frequenza di associazione dei due disturbi.

Questo tipo di associazione causale è codificata nell'infanzia (la vertigine benigna ricorrente dell'infanzia è da taluni considerata un precursore dell'emicrania), o in forme rare e particolari di emicrania, come l'emicrania di tipo basilare, dove però vengono poste alcune condizioni quali la durata della vertigine e la necessità che nello stesso attacco sia presente almeno un altro sintomo riferibile ad una struttura vascolarizzata dall'arteria basilare o dai suoi rami. Teoricamente, considerandola come un sintomo neurologico focale, la vertigine potrebbe essere un sintomo dell'aura emicranica (quando sono presenti le altre caratteristiche che ne permettono l'inquadramento in questa forma). Tuttavia, la Classificazione delle Cefalee dell'International Headache Society non sancisce l'esistenza né le caratteristiche di una vertigine emicranica.

Il fatto che l'ortodossia prevista dalle classificazioni possa contribuire a lasciare diverse diagnosi di vertigine nel limbo delle forme idiopatiche emerge da alcuni lavori focalizzati sulla "vertigine emicranica" pubblicati recentemente. Questi lavori, pur non delineando in maniera univoca le caratteristiche della vertigine emicranica, evidenziano alcuni elementi importanti.

Nel singolo attacco, spesso, la vertigine può essere l'unico sintomo e non essere associata alla presenza di cefalea; qualora vi sia un'associazione, più frequentemente è la vertigine a manifestarsi per prima.

La vertigine può assumere connotazioni molto diverse: essere rotatoria oggettiva ("io sono fermo ma vedo la stanza che si muove") o consistere in una sensazione di instabilità e, in alcuni pazienti, variare

da un attacco all'altro. La durata degli episodi è più frequentemente breve (inferiore ad un'ora e spesso di secondi o minuti) o molto lunga; anche la frequenza può variare da annuale a praticamente continua. Questa variabilità rende difficile la caratterizzazione della vertigine emicranica e potrebbe spiegare perché finora non abbia assunto la dignità di un'entità diagnostica definita: alcuni autori hanno proposto criteri articolati su due livelli di probabilità diagnostica, mentre altri hanno proposto criteri che identificano quattro diverse tipologie di vertigine emicranica. D'altro canto la variabilità potrebbe derivare dal fatto che i pazienti vengono osservati in fasi diverse della malattia la cui storia naturale, almeno in alcuni casi, può essere quella di cronicizzarsi, trasformandosi progressivamente in una condizione di continua instabilità. La cronicizzazione della vertigine potrebbe essere equivalente a quella che può occorrere per la cefalea nei pazienti emicranici e, ad essa, può concorrere l'innesto di componenti fobiche e d'ansia di attesa. La vertigine, per quanto poco intensa o breve, interferisce con la capacità di collocare noi stessi e gli oggetti nello spazio, un assunto sul quale si basa la nostra capacità di mantenere un equilibrio stabile. Pertanto episodi imprevedibili e ricorrenti di vertigine, soprattutto se rimangono senza spiegazione apparente e privi di una diagnosi come nel caso della vertigine emicranica, provocano una condizione di allarme ed un'amplificazione di tutti i disturbi che potrebbero preannunciare l'inizio di un nuovo episodio.

La vertigine emicranica sembra quindi porre diversi problemi, e viene naturale domandarsi se valga la pena di cercare di risolverli.

La risposta deve essere positiva per almeno

