

Esempio di crisi

5 febbraio 2004 - Al mattino sveglia verso le 9 (lieve mal di testa). Colazione solita (muesli) e un caffè al bar. Alle 10:30: analgesico. Lavoro al computer e telefonate. Alle 13 pranzo (un calzone alla verdura, polpette con purea). 13:30 riprendo il lavoro al computer. Il mal di testa aumenta gradualmente. Alle 16 è fortissimo e sono costretto a smettere di lavorare. Senso di nausea, stimolo al vomito. Mi sdraio sul letto e leggo, non riesco a dormire. Verso le 20 mi addormento. 4:30: risveglio con un residuo di mal di testa. Leggo per un'ora e torno a letto. 8:30: mi risveglio senza più dolori. La luna è al 14° giorno (luna piena).



La pressione atmosferica durante il giorno 5 febbraio si è abbassata di 3 mbar da 1036 mbar alle 12 a 1033 mbar alle 17. Dopo un periodo di stabilità la pressione riprende ad oscillare maggiormente

Il giorno precedente 4 febbraio, sveglia h 8:30, colazione (muesli e latte) e caffè al bar. Lavoro al computer. Alle 11 riunione di lavoro fino alle 12:30. Pranzo e pomeriggio lavoro al computer. Prima di cena una pera. Cena a base di pesce e patate lesse, un bicchiere di vino rosso, uno yogurt. Dopo cena lavoro al computer fino alle 23.

Riferimento web: i grafici sull'andamento della pressione atmosferica sono reperibili su:

www.wetteronline.com e home.hautron.com/weather/wx3.html

M.P. (Roma)



“Curiosità”

Pesce palla analgesico

Ricercatori canadesi sono riusciti a trasformare il veleno micidiale di un pesce-palla in un potente antidolorifico. La tetrodotossina impedisce infatti ai nervi di inviare segnali al cervello, alleviando le forme di dolore più difficili da curare.

Corriere Salute 21.12.2003

Cefalee Today

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

Redattore Responsabile: Grazia Sances (Pavia)
Comitato Editoriale: M. Gabriella Buzzi (Roma); Teresa Catarci (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Silvano Cristina (Pavia); Anna Ferrari (Modena); Oreste Ferrari Ginevra (Pavia); Natascia Ghiotto (Pavia); Pasquale Marchione (Roma); Enrico Marchioni (Pavia); Alberto Proietti Cecchini (Pavia); Ennio Pucci (Pavia); Paolo Rossi (Roma); Cristina Tassorelli (Pavia); Paola Torelli (Parma)
Segreteria: Silvana Bosoni (Pavia)
Per informazioni: Alleanza Cefalalgici (AI.Ce.)
 Via Palestro, 3 - 27100 Pavia


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



e-bulletin www.cefalea.it

Anno 6, Numero 31
Aprile 2004

Sommario

Il concetto di “mild migraine”: quali implicazioni terapeutiche?	1-2
Quando l'emigrania sente il tempo. Metereopatia e cefalee	3-4
Curiosità	4

IL CONCETTO DI “MILD MIGRAINE”: QUALI IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE?

Anche se l'intensità moderata o severa dell'attacco emicranico è considerata un criterio diagnostico specifico e sensibile, è noto come vi siano numerosi pazienti che, specie nella fasi iniziali dell'attacco, presentano dolore di intensità lieve (“mild migraine”).

Se si considera che spesso gli emicranici trattano tutti o la maggior parte degli attacchi prima che essi raggiungano la massima intensità, e che quindi il riferimento al reale profilo clinico dell'attacco può risultare difficile, si può comprendere come questa problematica abbia delle implicazioni di carattere nosografico per la possibile sovrapposizione con la cefalea di tipo tensivo. Non a caso la nuova classificazione dell'International Headache Society di recente pubblicazione⁽¹⁾, e la cui versione italiana a cura dell'Italian IHS Linguistic Subcommittee (chairman: Prof. G. Nappi) è in fase di imminente stampa, ha ritenuto di affrontare in più punti questa problematica. Nell'introduzione del Capitolo 2 (Cefalea di tipo tensivo) viene infatti detto: “Vi sono ragioni per credere che sulla base dei criteri diagnostici della prima classificazione, il

gruppo di pazienti codificato come affetti da cefalea di tipo tensivo episodico, comprenda alcuni che hanno forme lievi di emicrania senza aura”.

Si aggiunga che questo problema, pare particolarmente rilevante nei pazienti (e non sono pochi) che soffrono sia di cefalea di tipo tensivo che di emicrania. Ovviamente, si deve considerare che un ulteriore elemento di confusione tra emicrania e cefalea di tipo tensivo è rappresentato dai sintomi di accompagnamento (nausea e/o anoressia, foto e fotofobia) di cui non è del tutto definita la specificità diagnostica, specie quando si considerino le forme croniche di cefalea di tipo tensivo.

Il Comitato della classificazione IHS ha ritenuto di percorrere, stante la complessità del problema e le ampie divergenze di opinione in letteratura, due strade diverse per cercare di chiarire in futuri studi questa problematica. Da una parte è stato



introdotta il concetto di emicrania e cefalea di tipo tensivo "probabile", che prevedono tutti i criteri diagnostici richiesti per le forme certe, meno uno (in tal senso si allargano le "maglie" di inclusione dei pazienti in una forma o nell'altra, o in entrambe); dall'altra nell'appendice sono stati predisposti per la validazione in futuri studi dei criteri diagnostici più restrittivi circa la presenza/assenza dei sintomi di accompagnamento.

Vi sono ovviamente delle importanti implicazioni fisiopatogenetiche in questo approccio, che riguardano le due contrapposte teorie che ipotizzano da una parte essere la cefalea di tipo tensivo e l'emicrania due entità cliniche ben distinte, dall'altra la teoria che ipotizza un "continuum" tra le due forme. Vi sono, è chiaro, molte evidenze di tipo clinico, strumentale e farmacologico a favore di una o dell'altra teoria⁽²⁾, tanto che entrambe godono ancora di sostenitori, seppure si tenda, specie per le ricerche di tipo fisiopatologico e farmacologico, ad ispirarsi prevalentemente al modello delle due entità cliniche separate.

Ci si può domandare se vi siano delle implicazioni sul piano terapeutico.

E' noto che vari FANS possono essere efficaci sia in un tipo che nell'altro di cefalea, mentre per i triptani pochi e contrastanti sono gli studi che si interessano delle cefalee di tipo tensivo. In alcuni casi si è osservata una risposta anche in tale cefalea, specie quando il paziente è anche affetto da emicrania, dato questo che è in linea con le problematiche di cui abbiamo sin qui discusso. Ma vi è un altro aspetto parimenti importante, che è sempre indirettamente legato a questa problematica, concernente il trattamento precoce dell'attacco emicranico con i triptani. L'esperienza clinica insegna che moltissimi pazienti usano assumere precocemente i triptani, anche quando le caratteristiche dell'attacco non sono ancora rispondenti a quelle necessarie per classificarlo con sicurezza come emicranico. La strategia di assunzione è spesso condizionata dalla capacità di identificare da parte del paziente, le caratteristiche (a volte apparentemente aspecifiche, quali il lato del dolore) che preannunciano un attacco disabilitante. Abbiamo ancora poche informazioni su questo importante argomento. La maggior parte dei dati origina da valutazioni fatte su "violatori" di protocollo in trials clinici sui triptani (è noto che in tali studi si richiede al paziente di trattare l'attacco solo quando il dolore è moderato o severo). In un lavoro del 2001⁽³⁾, J. Schoenen ha segnalato che il sumatriptan (50 e 100mg) è più efficace nei pazienti che lo hanno assunto nelle fasi precoci dell'attacco quando il dolore era ancora lieve. Più recentemente Pascual e Cabarrocas⁽⁴⁾ descrivono un'efficacia molto elevata dell'almotriptan (84% dei casi "pain free" a 2 ore nei pazienti emicranici con "mild pain", associata ad una riduzione significativa di ricadute e di assunzione di farmaci di riserva), confermando che la somministrazione precoce dei triptani può migliorare ulteriormente la loro efficacia, rispetto ai casi con assunzione talora ritardata come si può avere nei trial clinici. Studi controllati ad hoc potranno chiarire questo argomento importante e contribuire a modificare le strategie di trattamento suggerite dal medico e/o adottate dal paziente.

Bibliografia

1. Olesen J, Bousser M-G, Diener H, Dodick D, First M, Goadsby P, Göbel H, Lainez M, Lance J, Lipton R, Nappi G, Sakai F, Schoenen J, Silberstein S, Steiner T, for the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition (2004). Cephalalgia 24 (Suppl 1):1-160*.
 2. Sandrini G, Proietti Cecchini A, Tassorelli C, Nappi G. *Diagnostic issues in chronic daily headache. Curr Pain Headache 2001;6:551-556*
 3. Schoenen J. *When should triptans be taken during a migraine attack? CNS Drugs 2001;15(8):583-587*.
 4. Pascual J, Cabarrocas X. *Within-patient early versus delayed treatment of migraine attacks with almotriptan: the sooner the better. Headache 2002;42:28-31*

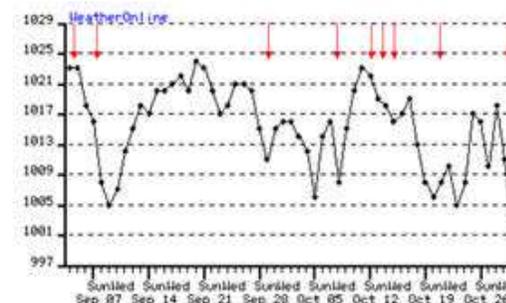
Giorgio Sandrini

Quando l'emicrania sente il tempo – Metereopatia e cefalee

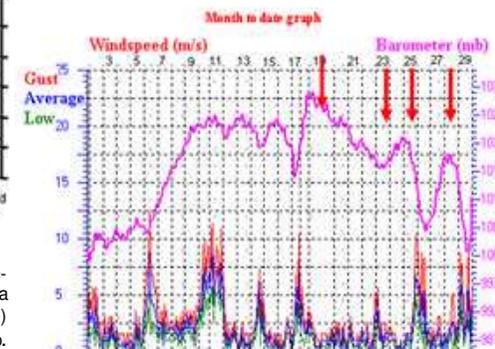
Descrizione delle crisi rispetto al clima. La testimonianza di un paziente

Settembre/Ottobre 2003

Data	Durata	Descrizione	N. analgesici
05/09/03	14 h	Inizio lieve al risveglio h 8, graduale aumento fino a sera	2 (h 10-16)
08/09/03	5 h	Inizio 18	1 (h 21)
29/09/03	2 ½ h	Inizio 18	1 (h 18:40)
08/10/03	14 h	Inizio lieve al risveglio h 8, graduale aumento fino a sera	
13/10/03	4 h	Inizio h 8	
14/10/03	8 h	Inizio h 13, fine dopo cena h 21:30	1 (h 16)
15/10/03	12 h	Inizio h 16, graduale aumento fino al mattino	2 (h 17 - 24)
21/10/03	12 h	Inizio h 14	1 (h 17)
31/10/03	21 h	Inizio h 13, aumento fino alle 20, continua fino al giorno successivo h 10	2 (h 21:30 - 8:30)



Legenda : Le frecce rosse indicano la ricorrenza degli attacchi; il grafico in nero mostra la pressione barometrica



Legenda: Le frecce rosse indicano la ricorrenza degli attacchi; il grafico in rosa mostra la pressione barometrica e i grafici sottostanti (rosso, blu, verde) indicano la velocità del vento.

Dicembre 2003

Data	Durata	Descrizione	Numero analgesici
1-18/12		Nessuna crisi	
19/12	15 h	Inizia al risveglio, graduale aumento fino a sera	2 (h 9:30 - 17)
23/12	11 h	Lieve mal di testa dal risveglio fino alle 19	1 (h 9)
25/12	7 h	Inizio alle 13, viaggio a Positano, finisce dopo un riposo di 1 h prima di cena	2 (14:30 - 23:00)
26/12	-	Sintomi influenzali, riposo	1 (h 3)
27/12	3 h	Lieve mal di testa al risveglio	1 (h 9)
28/12	18 h	Mal di testa inizia verso le 13 ed aumenta gradualmente. Viaggio per Roma h 16-19:30. Fortissimo verso le 19. Riposo, graduale miglioramento, scomparso la mattina successiva alle 7	1 (h 4)
29-31		Nessun sintomo	
1-gen		Lieve mal di testa	1 (h 11)