

Bibliografia

- Overell JR, Bone I, Lees KR. *Interatrial septal abnormalities and stroke: a meta-analysis of case control studies.* *Neurology* 2000;55: 1172-9.
- Del Sette M, Angeli S, Leandri M, et al. *Migraine with aura and right-to-left shunt on transcranial Doppler: a case-control study.* *Cerebrovasc Dis* 1998;8:327-30.
- Azarbal B, Tobis J, Suh W, Chan V, Dao C, Gaster R. *Association of interatrial shunts and migraine headaches: impact of transcatheter closure.* *J Am Coll Cardiol* 2005;45:489-92.
- Reisman M, Christofferson RD, Jesurum J, et al. *Migraine headache relief after transcatheter closure of patent foramen ovale.* *J Am Coll Cardiol* 2005;45:493-5.
- Morandi E, Anzola GP, Angeli S, Melzi G, Onorato E. *Transcatheter closure of patent foramen ovale: a new migraine treatment?* *J Interv Cardiol* 2003;16:39-42.
- Wilmshurst PT, Nightingale S, Walsh KP, Morrison WL. *Effect on migraine of closure of cardiac right-to-left shunts to prevent recurrence of decompression illness or stroke or for haemodynamic reasons.* *Lancet* 2000;356:1648-51.
- Wilmshurst PT, Pearson MJ, Nightingale S, Walsh KP, Morrison WL. *Inheritance of persistent foramen ovale and atrial septal defects and the relation to familial migraine with aura.* *Heart* 2004;90:1315-1320.

CEFALEA IPNICA

Cefalea rara, ad esordio nell'età avanzata, che si manifesta **esclusivamente nel sonno**, causando il risveglio del soggetto, di qualità sorda, frequenza elevata (> 15 attacchi al mese) e, solitamente, breve durata (la maggior parte degli attacchi si risolve in 15-180 minuti, non trattata). I sintomi di accompagnamento sono quasi sempre assenti, l'intensità è lieve/moderata. (N.d.r. La cefalea ipnica è stata caratterizzata solo di recente e, come tale, è pressoché sconosciuta al di fuori degli ambienti specialistici. Varie segnalazioni suggeriscono l'efficacia della caffeina e del litio. Se avete il dubbio che la vostra cefalea possa essere una forma ipnica, contattate un Centro Specialistico).



Dal Glossario della Cefalea
di Paolo Rossi
(www.cefalea.it/glossario.cfm)

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); Enrico Ferrante (Milano); 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)

Marketing e Pubblicità: 'X Comunicare'

Via Marconi 1/D - 27100 Pavia
Tel. 0382-577590
fax 0382-476889
E-mail: xcomunicare@virgilio.it

Per informazioni: Alleanza Cefalalgici (AI.Ce.)

Via Mondino, 2 - 27100 Pavia
Fax. 0382-380448
E-mail: alceagroup@tin.it

Partnering: Roberto Nappi (Pavia)



CIRNA FOUNDATION
FOR THE RESEARCH ON HEADACHE AND BEHAVIOURAL NEUROLOGY



Anno 7, Numero 37
Aprile 2005

Sommario

Identifica il tuo tipo di mal di testa	1-2
Emicrania e pervietà del forame ovale: un possibile substrato patogenetico	2-4
Cefalea ipnica	4

IDENTIFICA IL TUO TIPO DI MAL DI TESTA

Esistono numerose forme di "mal di testa", le più comuni sono l'emicrania, la cefalea di tipo tensivo e la cefalea a garpolo. Per affrontare il dolore è necessario innanzitutto capire quale tipo di mal di testa è il tuo. Le domande qui sotto ti potranno aiutare.

Attenzione: molte persone possono soffrire allo stesso tempo dei primi due tipi di cefalea qui riportati!

SOFFRI DI EMICRANIA?

- Il dolore colpisce solo una metà della testa?
- Il dolore pulsa al ritmo del cuore? Ti trafigge come un coltello?
- Il tuo "mal di testa" è scatenato da eventi/cause /situazioni particolari?
- È accompagnato da nausea, vomito, intolleranza a luce - rumori - odori?
- Il dolore peggiora durante i movimenti come, per esempio, salire le scale, chinare il capo?



Se hai risposto sì a più domande e se il dolore si manifesta con crisi che durano da qualche ora sino a 3 giorni, probabilmente soffri di emicrania. Il dolore lancinante, che ti fa portare una sola mano alla fronte, costituisce un reale handicap per la tua vita.

Può succedere che ci vogliano uno o due giorni per rimetterti in piena forma.

SOFFRI DI CEFALEA DI TIPO TENSIVO?

- Il dolore ti dà l'impressione di una fascia che costringe la testa o di un casco che pesa sul capo?
- Avverti contemporaneamente dolori al collo e alle spalle?
- Soffri di cefalea dopo aver dedicato tanto tempo alla stessa attività come, per esempio, scrivere al computer?
- Hai l'abitudine di serrare le mascelle o di digrignare i denti?
- Puoi proseguire le tue attività, nonostante la cefalea?



Se hai risposto sì ad almeno due di queste domande, soffri, probabilmente, di cefalea tensiva. È il mal di testa più comune: ti senti oppresso da un dolore sordo che comprime il cranio. Questa cefalea, che ti fa portare entrambe le mani alla fronte, in genere, non dura molto tempo. Tuttavia, in alcune persone, il dolore può permanere per diversi giorni o addirittura settimane.



SOFFRI DI CEFALEA A GRAPPOLO?

□ Il dolore colpisce occhio e tempia sempre da un solo lato?

□ Il dolore è trafittivo, lancinante (come una lama) molto forte / insopportabile?

□ Raggiunge il massimo di dolore in breve tempo e dura non più di 3 ore (in genere 20-45 minuti)?

□ È accompagnato da lacrimazione, occhio rosso, palpebra abbassata e/o congestione nasale (tutti dal lato del dolore)?

□ Gli attacchi si presentano tutti i giorni o quasi (anche più di uno al giorno), spesso ad orari fissi, per un periodo di settimane o mesi, con intervalli liberi anche di mesi?



Se hai risposto sì a più domande, probabilmente soffri di cefalea a grappolo.

Grazia Sances

EMICRANIA E PERVIETÀ DEL FORAME OVALE: UN POSSIBILE SUBSTRATO PATOGENETICO.

Pur essendo una delle patologie neurologiche più frequenti, allo stato attuale, la fisiopatologia dell'emicrania non è ancora del tutto nota.

Numerosi dati sperimentali depongono a favore di una primitiva alterazione del tronco encefalico con un'alterata risposta secondaria a livello della circolazione cerebrale.

Recentemente, nell'ambito degli studi sull'aumentato rischio di ischemia cerebrale tra i soggetti emicranici, sono emerse alcune evidenze cliniche che aprono nuove prospettive alla comprensione dei meccanismi della cefalea primaria con importanti risvolti terapeutici.

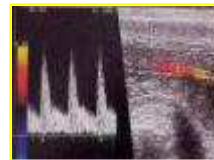
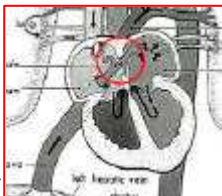
Nei soggetti giovani affetti contemporaneamente da ictus ischemico ed emicrania, è stata osservata un'aumentata prevalenza di un difetto cardiaco della parete interatriale

che si realizza subito dopo la nascita, denominata pervietà del forame ovale (PFO). Il forame ovale è una comunicazione fisiologica fra atrio destro e sinistro, presente solo durante la vita intrauterina che, con un meccanismo a valvola, impedisce il passaggio di sangue ossigenato di derivazione materna attraverso i polmoni non ancora maturi.

Il PFO è proprio una persistente comunicazione fra gli atri, determinata da una incompleta chiusura del forame ovale dopo la nascita. La sua presenza può determinare un passaggio di sangue fra atrio destro e atrio sinistro, la cui direzione dipende dalla differenza di pressione fra le due camere cardiache. Se il passaggio avviene da destra a sinistra, come per esempio durante manovra di Valsalva (una profonda inspirazione con successiva espirazione forzata a glottide chiusa), potrebbe verificarsi un passaggio di emboli venosi nella circolazione sistemica, eventualmente responsabili di infarti cerebrali.

Studi autopsici hanno rilevato che la pervietà del forame ovale è presente in circa il 25% della popolazione generale indipendentemente da altre patologie cardiologiche e/o neurologiche e nel 45% di pazienti con ictus da causa non determinata (criptogenetico), in particolar modo tra i soggetti giovani (< 45 anni). Nella maggior parte dei casi il PFO, comunque, è di piccole dimensioni e non determina sintomi. Solo una comunicazione ampia, infatti, sembra predisporre all'infarto cerebrale nei giovani ed è correlata, inoltre, ad alcune forme di malattia da decompressione nei sommozzatori attraverso un meccanismo di embolia gassosa paradossa.

La diagnosi può essere effettuata con due metodiche poco invasive:



l'ecocardiogramma transesofageo (TEE) che visualizza direttamente la comunicazione e il Doppler Transcranico (TCD) con mezzo di contrasto o con soluzione salina agitata che dimostra il passaggio di sangue tra atrio destro e sinistro

Proprio con il TCD, già nel 1998, Del Sette ha osservato che nei pazienti affetti da emicrania con aura la prevalenza del PFO era simile a quella che si osserva nei pazienti giovani affetti da ictus ischemico ad origine non determinata, suggerendo un possibile legame fra le due condizioni; il dato è stato successivamente confermato da altri Autori. La prima domanda che è stata posta è se fosse plausibile un legame reale fra PFO ed emicrania o se si trattasse di un'associazione casuale, considerando l'elevata prevalenza di entrambe le condizioni nella popolazione generale.

Numerosi studi hanno recentemente osservato un miglioramento della frequenza e dell'intensità delle crisi di emicrania con aura dopo chiusura del PFO attraverso una tecnica molto poco invasiva, relativamente sicura ed altamente efficace (chiusura transcatetere ad approccio per cutaneo).

Nel 2000, Wilmshurst ha osservato un'elevata prevalenza del PFO in sommozzatori affetti da emicrania con aura, il cui decorso clinico si modificava sostanzialmente dopo la chiusura della comunicazione con scomparsa degli attacchi in una percentuale significativa di pazienti.

Morandi, nel 2003, ha osservato un miglioramento dell'andamento degli attacchi dopo 6 mesi dall'intervento in pazienti con anamnesi positiva di attacco ischemico transitorio o infarti cerebrali e diagnosi di emicrania senza aura e una remissione completa degli attacchi nella maggior parte di quelli con emicrania aura.

Due studi molto recenti condotti su pazienti affetti da ictus ischemico criptogenetico ed emicrania hanno sostanzialmente

confermato questo dato.

Valutando 89 pazienti con ictus criptogenetico dopo chiusura del PFO, Azarbal ha osservato che il 42% di questi soggetti era affetto da emicrania e di questi il 62% aveva una forma con aura. Durante l'anno successivo all'intervento, gli attacchi erano completamente assenti nel 60% dei pazienti (75% dei soggetti con emicrania con aura) e nel restante 40% si era verificato un sostanziale miglioramento della severità degli attacchi. Uno studio di Reisman pubblicato lo stesso anno, conferma questi dati.

La maggior parte di questi studi sono però retrospettivi, non randomizzati, basati su dati sostanzialmente soggettivi (anamnesi, diario delle cefalee, utilizzo di farmaci per l'attacco).

Sono necessari pertanto studi clinici costruiti con una metodologia più appropriata.

Un altro problema riguarda la dimostrazione scientifica che la percentuale apparentemente elevata di soggetti affetti contemporaneamente da emicrania e PFO non sia casuale, ma derivi da una possibile base genetica comune.

Nel 2004 Wilmshurst, nell'ambito di 14 famiglie di soggetti affetti da PFO, ha dimostrato che questo difetto viene ereditato secondo una modalità di trasmissione analoga a quelle dell'emicrania con aura, denominata autosomica dominante.

Esisterebbe dunque una sottopopolazione di soggetti emicranici, in particolar modo affetti dalla forma con aura, in cui la coesistenza della cefalea e del difetto interatriale potrebbe sottintendere un comune meccanismo biologico, probabilmente di natura genetica, attualmente sconosciuto.

Pasquale Marchione, Tommaso Romeo, Patrizia Giacomini

Laboratorio di Diagnostica Vascolare - Dipartimento di Neurologia e ORL Università degli Studi di Roma "La Sapienza"