

Alle fonti della cefalea

Si è svolto presso l'Hotel President di Salice Terme (PV) in data 26.04.2008

un workshop del Network Italiano Cefalee (NIC) dal titolo: "Alle fonti della Cefalea" –

Verso un modello assistenziale integrato. I lavori sono stati introdotti dal Prof. Giuseppe Nappi, Direttore Scientifico dell'IRCCS "C. Mondino" di Pavia e Presidente UCADH – CIRNA Foundation.

La Dott.ssa G. Sances, Responsabile U.O. Centro Cefalee IRCCS "C. Mondino" di Pavia, ha esposto il Progetto CARE sulle Cefalee secondarie da uso eccessivo di farmaci.

E' stato illustrato il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti cefalalgici con uso improprio/abuso/dipendenza da analgesici.

Il Dott. R. Iannacchero, Dirigente Medico A.O. Pugliese-Ciaccio di Catanzaro, ha invece parlato del Progetto Migraine Care Calabria sull'organizzazione di Centri di riferimento regionale allo scopo di evitare la migrazione dei pazienti cefalalgici.

Il Prof. F. Antonaci, U.O. Centro Cefalee IRCCS "C. Mondino", ha infine trattato un argomento assai attuale, che si inquadra nell'armamentario delle terapie complementari/alternative delle cefalee: "verso un modello termale per la cura delle Cefalee". In chiusura dei lavori vi è stata una Tavola Rotonda delle sezioni regionali



Cefalee Today

Inserito nel registro stampa e periodici del Tribunale di Pavia al numero 680 in data 03/09/2007

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

Direttore Responsabile: Silvia Molinari

Caporedattore: Grazia Sances (Pavia)

Comitato Editoriale: Marta Allena (Pavia); Michelangelo Bartolo (Roma); M. Gabriella Buzzi (Roma); Teresa Catarci (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Enrico Ferrante (Milano); Anna Ferrari (Modena); Natascia Ghiotto (Pavia); Pasquale Marchione (Roma); Enrico Marchioni (Pavia); Roberto Nappi (Pavia); Armando Perrotta (Roma); Ennio Pucci (Pavia); Paolo Rossi (Roma); Cristina Tassorelli (Pavia); Cristiano Termine (Varese); Paola Torelli (Parma)

Segreteria: Silvana Bosoni (Pavia)

Marketing e Pubblicità: 'X Comunicare'

Piazza S. Pietro in Ciel d'Oro 17 - 27100 Pavia
Tel. 0382-309748
fax 0382-306427
E-mail: novella@xcomunicarepavia.it



Per informazioni:

Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)
Via Mondino, 2 - 27100 Pavia
Fax. 0382-380448
E-mail: alcegroup@tin.it

Al.Ce. Group – Cirna Foundation; hanno partecipato F. Antonaci (Pavia), C. Buono (Palermo), S. Grillo (Aosta), M. Lastilla (Bari), E. Pucci (Pavia), G. Sances (Pavia), L. Merighi (Ferrara), G. Bono (Varese), G. Nappi (Pavia/Roma).

Nell'occasione, è stata annunciata la nascita della Sezione Al.Ce. Sud, per iniziativa di numerosi pazienti residenti in Puglia, Basilicata, Calabria.

Vivace e interessante è stata la partecipazione al dibattito dei pazienti afferenti alle sezioni storiche dell'associazione, che hanno messo in evidenza la necessità di una più fattiva collaborazione medici-pazienti allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza, fornire informazioni utili ai cefalalgici e alle loro famiglie, ridurre le diverse ricadute negative sull'attività lavorativa, evitare il più possibile stigma e disagio sociale.

Ennio Pucci

Partecipanti all'Inaugurazione della sede CIRNA presso l'Hotel President Salice Terme

CIRNA FOUNDATION
FOR THE RESEARCH ON HEADACHE AND BEHAVIOURAL NEUROLOGY



e-bulletin www.cefalea.it

Anno 10, Numero 56

Giugno 2008

Sommario

Progetto Cefalea/Scuola: ahi ... ahi ... che mal di testa	1
Cefalee dal femminile	2-3
Alle Fonti della Cefalea	4

PROGETTO CEFALEA / SCUOLA: AHI ... AHI... CHE MAL DI TESTA!

E' iniziato ad Acerra sabato 1° marzo presso la scuola media Madre Antonia Maria Verna delle suore Figlie della Carità dell'Immacolata Concezione l'avventura del progetto per la scuola "Ahi, Ahi che mal di testa!". Grazie alla disponibilità e alla sensibilità della preside suor Teresa Rocco, ci è stato concesso di presentare agli allievi delle classi I, II e III media il progetto Cefalea Scuola, rendendoli partecipi e protagonisti del tema dolore.

Così, dopo una breve presentazione della neonata Alleanza Cefalalgici sezione Campania da parte del responsabile, la dottoressa Teresa De Simone e del progetto scuola da parte della psicologa

dottoressa Giovanna Griso, i ragazzi, tornati nelle loro classi sotto la guida del docente e di un animatore dell'Al.Ce. (Maria Damiano, Maria D'Onofrio e Giacinta D'Otolo) hanno iniziato a produrre un elaborato sul tema dolore e cefalea attraverso il loro laboratorio di gruppo. In 60 minuti hanno prodotto diversi lavori e li hanno rappresentati nel teatro della scuola, insegnando a se stessi e a noi dell'Al.Ce. che dai ragazzi c'è sempre molto da imparare, dalla loro fantasia, dalla loro capacità di sintesi e di immediatezza nel rendere concetti apparentemente complessi con modalità

essenziali e chiare. Ma la storia non finisce qui, perché giovedì 6 marzo nella stessa scuola acerrana abbiamo incontrato i genitori degli alunni e i loro docenti, occasione per presentare a tutti parte degli elaborati dei ragazzi e i contenuti didattici del tema dolore e cefalea, dando poi spazio ad una partecipata discussione interattiva sul tema. E' stata questa un'ulteriore occasione di informazione sul

tema della cefalea ed il primo momento assembleare per i neofiti dell'associazione, un momento per iniziare a conoscerci, capire, progettare e per darci appuntamento al successivo momento formativo (martedì 8

Aprile 2008 ore 18.30, Biblioteca comunale di Acerra) dedicato al tema emicrania e aperto ai soci Al.Ce. Campania, ai loro familiari e a quanti vorranno condividere con noi questa affascinante avventura.

Il progetto scuola sarà promosso tra settembre e ottobre presso le terze classi del liceo classico, scientifico, linguistico e pedagogico di Acerra, con calendario da definire con presidi e docenti.

Biagio Ciccone

CEFALEE AL FEMMINILE

Criteria diagnostici e terapia ormonale dell'emicrania mestruale



La cefalea è un problema molto comune nella pratica ginecologica durante tutto l'arco della vita. Tra le differenti forme di cefalee primarie, l'emicrania è senza dubbio quella che maggiormente risente degli eventi neuroendocrini riproduttivi e delle manipolazioni ormonali. Il ciclo mestruale è l'espressione di una sequenza di eventi fisiologici che coinvolgono il complesso ipotalamo-ipofisario, in grado perciò di influenzare l'attività di tutti i principali neurotrasmettitori e neuromodulatori, tra cui in particolare il sistema opioide e serotoninergico.

Più in dettaglio, le fluttuazioni degli ormoni gonadici modulano la soglia dolorosa durante il ciclo mestruale, attraverso modificazioni dell'eccitabilità neuronale, della reattività vascolare cerebrale e delle funzioni neuroendocrine (Rossella E. Nappi. *Endocrinologia ginecologica dell'emicrania. Guida rapida per le cefalee nella donna. Momento Medico Ed., 2007*).

Criteria diagnostici

Nell'appendice dell'ICHD-II (II Classificazione Internazionale delle Cefalee) è stata inserita una possibile proposta di classificazione per l'emicrania mestruale. Si definisce pertanto *emicrania senza aura mestruale pura* quella che si verifica esclusivamente nei giorni 1±2 rispetto alla mestruazione in almeno 2 cicli su 3 ed *emicrania senza aura correlata alle mestruazioni* quella forma che contempla le crisi anche in altri periodi del ciclo (Tab. 1).

È importante sottolineare che le crisi di emicrania mestruale possono durare anche più di 72 ore, essere particolarmente resistenti alla terapia di profilassi e/o all'uso degli antiemigranici specifici (antinfiammatori non steroidei) e specifici (triptani), causare un alto grado di invalidità, configurando così uno stato di male emigranico (Tab. 2). Nella maggior parte dei casi l'emicrania mestruale risulta associata (comorbidità) ad un complesso di sintomi psicofisici noti come sindrome premestruale (tensione mammaria, ritenzione idrica, depressione, irritabilità, etc.)

Tabella 1 Criteria diagnostici per l'emicrania senza aura mestruale

A	Attacchi in donna mestruta che soddisfa i criteri per emicrania senza aura
B	Attacchi che si manifestano esclusivamente nei giorni 1±2 (cioè nei giorni da -2 a +3) della mestruazione in almeno 2 dei 3 cicli mestruali e in nessun altro momento del ciclo ¹ (emicrania senza aura mestruale pura)
C	Attacchi che si manifestano esclusivamente nei giorni 1±2 (cioè nei giorni da -2 a +3) della mestruazione in almeno 2 dei 3 cicli mestruali ed anche in altri momenti del ciclo (emicrania senza aura correlata alla mestruazione tipo "menstrually-related")

¹ È considerata mestruazione il sanguinamento endometriale risultante sia dal normale ciclo mestruale che dalla sottrazione di estrogeni e progesterone, come accade nella contraccezione orale e nella terapia ormonale sostitutiva (HRT) ciclica.

Tabella 2 Stato di male emigranico

Descrizione: Attacco di emicrania disabilitante che si protrae oltre le 72 ore
A. Attacco emigranico in soggetto che soffre di emicrania senza aura con caratteristiche tipiche, ad eccezione della durata
B. La cefalea presenta entrambe le seguenti caratteristiche: 1. persistenza da > 72 ore; 2. intensità forte
C. Non attribuita ad altra condizione o patologia

Approccio terapeutico:

Prima di ogni tentativo di cura è necessario un congruo periodo di auto-osservazione mediante l'uso di **Carte-diario ad hoc**, in grado di registrare la sequenza di eventi periodici (ovulatori, premestruali, mestruali) propri di ogni ciclo circamensile ovarico. Generalmente, il trattamento dell'emicrania mestruale si avvale di:

- Terapie sintomatiche

Si tratta degli stessi principi e delle stesse linee-guida utilizzate negli attacchi di emicrania non correlati alle mestruazioni: antinfiammatori non steroidei (FANS), triptani/ergot derivati, farmaci antiemetici specifici (metoclopramide, domperidone).

- Terapie di profilassi

Il trattamento preventivo continuo a lungo termine delle crisi emigraniche è indicato quando gli attacchi acuti sono particolarmente severi (invalidanti), di lunga durata (più di 72 ore), scarsamente (o per niente) responsivi agli analgesici e colpiscono tre o più volte al mese. Fra i farmaci di profilassi a lungo termine più usati si segnalano i betabloccanti, i calcioantagonisti, gli antidepressivi, i nuovi antiepilettici. Sono indicati invece schemi di profilassi a breve termine nella variante pura dell'emicrania mestruale, allorché ciclo ed attacchi sono altamente prevedibili; per essa ci si avvale di FANS, triptani, ergot-derivati, pidolato di magnesio. Con il frovatriptan 2.5 mg, ad esempio, è prevista la somministrazione (per os) una-due volte pro die, a partire dal giorno - 2 del ciclo.

- Supplementazione ormonale

Un primo tipo di approccio endocrinoginecologico prevede l'uso di estrogeni esogeni nei giorni precedenti la mestruazione (al fine di prevenire la fisiologica diminuzione estrogenica in fase pre-mestruale).

Diversi studi sono stati condotti mediante la somministrazione di con **estradiolo per via transdermica** (cerotti o gel), alcuni dei quali si sono dimostrati efficaci nella prevenzione degli attacchi mestruali, soprattutto alla dose di 100 mcg (fino al 50% di crisi emigraniche in meno).

Una serie di altri accorgimenti pratici sono stati poi anche proposti, quali ad esempio: a) l'assunzione di una terapia contraccettiva a dosaggio adeguato, in grado di bloccare l'ovulazione e di prevenire le fisiologiche fluttuazioni ormonali cicliche endogene; b) il proseguimento della contraccezione per più mesi consecutivi, in modo da avere un numero minore di cicli mestruali; c) supplementazioni ormonali, opportunamente "bilanciate" con l'ausilio di dosaggi ematochimici ripetuti (in particolare per

donne con alterazioni della funzionalità ovarica); d) l'interruzione per un breve periodo del ciclo mestruale, agendo sull'asse ipotalamo-ipofisario (tramite **gli analoghi del GnRH**) e associando l'HRT bilanciata (la cosiddetta "*add-back therapy*"); e) interferenze con il ciclo mestruale mediante l'uso di sostanze ad azione antiestrogenica (come il **danazolo o il tamoxifene**) come anche sui meccanismi di rilascio di prolattina (**bromocriptina, cabergolina**).

Riassumendo:

- la profilassi ormonale a breve termine può essere utilizzata allorché i cicli mestruali siano regolari e pertanto prevedibili;
- la supplementazione transdermica è generalmente preferibile a quella orale, per i suoi tassi di assorbimento costante (e conseguenti livelli plasmatici ormonali molto più stabili);
- la complessità di gestione di una paziente con emicrania mestruale richiede, frequentemente, la presa in carico da parte di un team multispecialistico, all'interno del quale il ruolo del ginecologo resta in ogni caso centrale, innanzitutto per proporre / monitorare terapie mirate ormonali fortemente innovative e addizionali rispetto ai farmaci antiemigranici abituali.



Silvia Detaddei

Bibliografia:

- Massiou H, MacGregor EA. Evolution and treatment of migraine with oral contraceptives. *Cephalalgia* 2000; 20:170-4.
- Lay CL, Broner SW. Preventative Treatment of Menstrual migraine. *Current Pain and Headache Reports* 2007, 11:227-230
- Loder E, Rizzoli P, Golub J. Hormonal management of migraine associated with menses and the menopause: A Clinical Review. *Headache* 2007; 329-340