

QUANDO IL MAL DI TESTA DIVENTA LETTERATURA (I)

A cura di Silvana Bosoni

“... Emily Tallis era sfuggita al bagliore accecante della calura pomeridiana ritirandosi nella fresca penombra della sua camera. Non sentiva dolore, non ancora, ma si cautelava prima di un'eventuale minaccia. Vedeva dei puntini luminosi davanti agli occhi, punture di spillo, come se la stoffa consunta del mondo visibile le venisse mostrata sullo sfondo di una luce molto più forte.

Sentiva nell'angolo in alto a destra del cervello una specie di peso, un corpo acciambellato e inerte di un animale dormiente; ma se si portava una mano alla testa e premeva, quella presenza spariva dalle coordinate dello spazio reale. [...]



La cosa essenziale, comunque, era non provocarlo; una volta che la pigra creatura si fosse spostata dalla zona periferica al centro, allora le stilette di dolore avrebbero ottenebrato ogni forma di pensiero. [...] Emily si distese supina nel letto senza cuscino, il bicchiere dell'acqua a portata di mano e, accanto, un libro che sapeva di non poter leggere. [...]

Lei se ne stava lì, rigida e tesa, sotto continua minaccia, sapendo che la paura le avrebbe impedito di dormire e che la sua sola speranza risiedeva nella capacità di mantenersi immobile”.

lan McEwan. *Espiazione*. Einaudi 2003 p. 69-70

Le notizie sulla cefalea dall'Europa



Dal mese di gennaio tutti gli iscritti ad ALCE-Cirna Foundation potranno accedere gratuitamente al bollettino elettronico EHF-news, bimensile in lingua inglese della Federazione Europea delle Cefalee (EHF). Tale bollettino raggiunge già circa 7000 persone (medici, farmacisti, pazienti, giornalisti, personale delle aziende farmaceutiche ecc.). La redazione del giornale è presso l'Istituto Neurologico C. Mondino di Pavia, ove è stato fondato nel 1996, durante gli anni di Presidenza EHF del Prof. Nappi. Scopo di questo bollettino, edito dal Prof. F. Antonaci, è quello di diffondere fra gli iscritti Al.Ce. in grado di comprendere l'inglese informazioni aggiornate e accurate sul mal di testa in Europa.

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 (Pavia)

Caporedattore: Grazia Sances (Pavia)

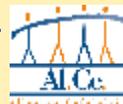
Comitato Editoriale: Marta Allena (Pavia); Michelangelo Bartolo (Roma); M. Gabriella Buzzi (Roma); Teresa Catarci (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Enrico Ferrante (Milano); Anna Ferrari (Modena); Natascia Ghiotto (Pavia); Pasquale Marchione (Roma); Enrico Marchioni (Pavia); Roberto Nappi (Pavia); Armando 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



CIRNA FOUNDATION
FOR THE RESEARCH ON HEADACHE AND BEHAVIOURAL NEUROLOGY



Anno 11, Numero 60
Febbraio 2009

SINDROME PREMESTRUALE ED EMICRANIA

Fino al 75% delle donne sperimentano regolarmente in fase premenstruale una combinazione di sintomi fisici, emotivi e comportamentali che regrediscono con l'arrivo del flusso mestruale e che hanno una rilevanza clinica moderata o severa nel 20-40 % dei casi. I sintomi possono interferire con lo stile di comportamento e le relazioni della donna e compromettere la qualità di vita nella fase premenstruale. Nell'ultimo secolo, la **sindrome premenstruale (PMS)** è stata riconosciuta come un'entità patologica vera e propria e numerosi ricercatori hanno identificato i sintomi peculiari che la caratterizzano, definendo nel tempo gli ipotetici fattori causali, i criteri diagnostici e le possibili opzioni terapeutiche. La PMS compare in genere dopo alcuni anni

dalla maturazione sessuale e si manifesta come un disturbo di intensità ingravante e progressivamente disabilitante sulla qualità di vita personale familiare, lavorativa. I sintomi più frequenti sono di natura disforica (irritabilità, labilità emotiva, depressione, ansia), comportamentale (impulsività, conflitto sociale, senso di perdita di controllo e affaticamento) e fisica (gonfiore, tensione mammaria e sintomi dolorosi come cefalea, dolori muscolari ed articolari, ecc.). Il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali, Quarta Edizione (DSM-V) ha cercato di circoscrivere più precisamente i criteri per la diagnosi di **“disturbo disforico premenstruale”**, stabilendo che questa è consentita se sono stati presenti

Sommario

Sindrome premenstruale ed emicrania	1-3
Quando il mal di testa diventa letteratura (I)	4
EHF News sul mal di testa in Europa	4

Tabella 1

1. umore depresso, assenza di speranza e auto-svalutazione;
2. sentimenti di tensione, ansia;
3. labilità dell'umore e facile pianto;
4. persistente irritabilità, rabbia, conflitti interpersonali;
5. diminuzione dell'interesse per le attività consuete, con eventuale ritiro sociale;
6. difficoltà di concentrazione;
7. senso di affaticamento, mancanza di energia;
8. mutamenti marcati nell'appetito, con possibile <i>binge-eating</i> desiderio eccessivo per taluni cibi;
9. iper- o ipotonia;
10. una sensazione di essere sopraffatta e di avere perso il controllo;
11. altri sintomi fisici come sensibilità o turgore dei seni, mal di testa, sensazione di gonfiore o di aumento di peso (con impressione di strettezza di abiti, calzature e anelli), dolori alle giunture.

per la maggior parte dell'ultimo anno nell'ultima settimana della fase luteinica cinque o più fra i sintomi indicati nella tabella 1 (e almeno uno deve essere fra i primi quattro), confermati mediante calendario giornaliero. Numerosi strumenti sono stati proposti nel tempo per porre una diagnosi prospettica e il **questionario COPE** validato in italiano è quello che negli anni si è dimostrato di più facile utilizzo. La tabella 2 riporta i sintomi presi in considerazione che devono essere registrati prospetticamente per almeno 2 interi cicli mestruali. La PMS è a sua volta un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi

psicobiologici correlabili alla vita riproduttiva, quali la **depressione postpartum** e la **sindrome menopausale**.

Inoltre, la PMS può costituire il terreno di vulnerabilità per varie patologie cicliche, quali per esempio l'**emicrania mestruale**, un disturbo invalidante, non sempre completamente responsivo alla terapia sintomatica. (vedi pag.3)

È stata riportata una chiara correlazione tra emicrania mestruale e PMS: 2/3 delle pazienti con emicrania mestruale soddisfacevano anche i criteri della PMS. Di conseguenza era evidente che le manife-

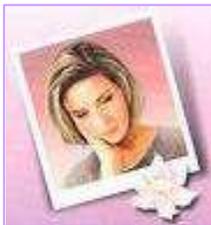
Tabella 2		
Peso	Palpitazioni	Desiderio di cibo (dolce/salato)
Acne	Gonfiore a mani e gambe	Disattenzione
Gonfiore addominale	Aggressività	Irritabilità
Tensione al seno	Ansietà, nervosismo	Aumento dell'appetito
Giramenti di testa	Nausea, Diarrea, Stitichezza	Cambiamenti d'umore
Affaticamento	Confusione poca concentrazione	Ipersensibilità
Mal di testa	Facilità al pianto	Voglia di stare da sola
Vampate di calore	Depressione	Ciclo mestruale

stazioni cliniche e/o i dati biochimici presenti in pazienti con PMS potevano essere condivisi dalle pazienti con emicrania mestruale e viceversa. Infatti, la progressiva riduzione degli oppioidi centrali all'avvicinarsi della mestruazione così come il cambiamento nel metabolismo della serotonina piastrinica durante la fase luteale rispetto alla follicolare, sono presenti sia in donne che si rivolgono al neurologo con emicrania correlata alla mestruazione, sia in donne che lamentano sintomi premenstruali al ginecologo. Il transitorio indebolimento funzionale dei neurotrasmettitori, che condiziona pesantemente la sensibilità al dolore (serotonina ed oppioidi endogeni), probabilmente permette la riduzione della "soglia emicranica" che conduce all'attacco emicranico.

Le cause della PMS non sono del tutto note, trattandosi di un disturbo di origine multifattoriale.

Tra le varie ipotesi sembra prevalere il concetto che le donne con PMS presentano,

anche per predisposizione genetica, una peculiare vulnerabilità alle fluttuazioni ormonali fisiologiche con una risposta adattativa neurotrasmettitoriale che le rende suscettibili ad uno o più sintomi. La rilevanza clinica della sindrome premenstruale deriva dal fatto che i sintomi talora possono essere così severi da avere un impatto negativo sostanziale nella vita della donna e nelle sue relazioni con il partner ed i familiari. Le strategie terapeutiche sono molteplici e devono tenere conto della natura e della gravità dei sintomi. Le più comuni prevedono un **approccio di tipo: dietetico-nutrizionale** (alto apporto di carboidrati e più basso consumo di substrati proteici, supplementazione con sali di magnesio e di calcio, riduzione del



consumo di caffè, alcool e sigarette); **fitofarmacologico** (Vitex agnus castus, ecc.); **cognitivo-comportamentale**; **sintomatico**, [per la mastodinia (bromocriptina), la ritenzione idrica (spironolattone), l'ansia (benzodiazepine)]. Un'ulteriore opzione terapeutica è rappresentata dall'**uso dei contraccettivi ormonali**, di dosaggio, tipologia e modalità di somministrazione scelti in base al singolo caso, particolarmente utili nel caso in cui il rischio di una gravidanza indesiderata diventi un motivo d'ulteriore ansia per la paziente. In alternativa, altre manipolazioni ormonali quali la somministrazione ciclica di progestinici o di estradiolo possono risultare efficaci in caso di disfunzioni ormonali o di emicrania mestruale.



Se necessario, inoltre, è possibile ricorrere alla somministrazione di farmaci, gli **inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)**, particolarmente indicati nel caso di disturbi disforici con gravi manifestazioni depressive.

Conclusioni

Lo spettro di espressione clinica della sindrome premenstruale è estremamente ampio e varia dal semplice disagio nei giorni precedenti il flusso mestruale, che possiamo definire un "segnale" fisiologico, fino ad un vero e proprio quadro di patologia. È pertanto **compito del ginecologo educare la paziente nel suo riconoscimento e quindi nella sua prevenzione**, nell'ottica del raggiungimento di un equilibrio nel benessere psico-fisico della singola donna.

Silvia Detaddei

Bibliografia

- Granella F, Sances G, Allais G, Nappi RE, Tirelli A, Benedetto C et al. Characteristics of menstrual and nonmenstrual attacks in women with menstrually related migraine referred to headache centres. *Cephalalgia* 2004;24:707-16
- Facchinetti F, Neri I, Martignoni E, Fioroni L, Nappi G, Genazzani AR. The association of menstrual migraine with the premenstrual syndrome. *Cephalalgia* 1993;13:422-5
- V. T. Martin, S. Wernke, K. Mandell, N. Ramadan, L. Kao; J. Bean, J. Liu, W. Zorna, R. Rebar. Symptoms of premenstrual syndrome and their association with migraine headache. *Headache* 2006;46:125-137
- Mortola JF, Girton L, Beck, Yen SSC Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple prospective and reliable instrument: the Calendar of Premenstrual Experiences. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 302-307

Indirizzi utili:

Prof. Andrea R. Genazzani
Istituto di Ostetricia e Ginecologia P. Fioretti
Via Roma 35 - 56100 Pisa
Tel: +39 050 503985
Fax: +39 050 553410

Prof. Fabio Facchinetti
Dipartimento di Scienze Ginecologiche, Ostetriche e Pediatriche
Università Modena e Reggio Emilia
Via del Pozzo 71 - 41100 Modena
Tel. +39 059 422111
Fax: +39 059 424394

Prof. Rossella E. Nappi
Research Center for Reproductive Medicine – Dept of Morphological, Eidological and Clinical Sciences & Gynecological Endocrinology Unit - Dept of Internal Medicine & Endocrinology
IRCCS S. Maugeri Foundation, University of Pavia
Via Ferrata 8 - 27100 Pavia
Tel: +39 0382 592201
Fax: +39 0382 520070