

Cefalee Today

E-bullettin CIRNA FOUNDATION ONLUS

for the research on headache and behavioural neurology

Convegno SANIT 23 Giugno 2010

Premessa

L'organizzazione della sanità nei paesi occidentali sta conoscendo trasformazioni di portata storica. Da un'organizzazione verticale, gerarchica, paternalistica con i medici come unico veicolo di conoscenza ed il paziente recettore passivo di atti medici si sta passando ad un sistema orizzontale, collaborativo, quasi paritario in cui il paziente-utente diventa non solo soggetto di diritti ma anche operatore autodeterminato e proattivo in tutti gli aspetti del proprio spazio di salute, dall'informazione al consumo. In un lavoro recente del Censis la maggioranza degli italiani, di fronte ad un problema di salute, ritiene più importante sapere cosa sta accadendo >> [PAG III](#)



EMICRANIA E FENOMENI UDITIVI

Il disturbo uditivo più frequente associato all'emicrania è la fonofobia, vale a dire il fastidio per i rumori, che può verificarsi durante l'attacco. L'"acufene soggettivo", cioè la percezione di un rumore che si genera nell'ambito delle vie uditive del soggetto e non da una fonte esterna (che potrebbe essere visto come un segnale di disfunzione del sistema uditivo analogo al dolore per altri sistemi) viene considerato come parte dell'attacco di emicrania soltanto nell'emicrania di tipo basilare (basilar-type migraine, BAM). La BAM è una forma molto particolare e rara di emicrania con >> [PAG V](#)

I MISTERIOSI RAPPORTI TRA EMICRANIA, DEPRESSIONE E ANSIA

Tra i "compagni di viaggio" più frequentemente osservati nei soggetti emicranici vi sono i disturbi dell'umore e d'ansia. Sono ormai numerosi gli studi che hanno evidenziato una stretta relazione tra la depressione dell'umore e l'emicrania. Essi hanno indicato in particolare che i pazienti emicranici hanno un rischio di sviluppare depressione 4.5 volte più elevato rispetto alla popolazione generale, mentre pazienti depressi sviluppano l'emicrania con frequenza di 3 volte maggiore rispetto a pazienti non depressi. La coesistenza delle due condizioni viene oggi interpretata alla luce del noto fenomeno della comorbidità, ovvero della associazione non casuale di altre condizioni patologiche nei pazienti emicranici. La comorbidità emicranica, come più volte ribadito, suggerisce



l'esistenza di fattori eziologici comuni, e condiziona fortemente la diagnosi ed il trattamento dell'emicrania. Il dolore, specie se intenso e disabilitante, che caratterizza l'emicrania potrebbe predisporre il soggetto allo sviluppo di manifestazioni depressive; d'altro canto, è noto che un disturbo dell'umore potrebbe esso stesso comportare, attraverso modificazioni neurobiochimiche, una riduzione della soglia del dolore e della tolleranza al dolore, amplificando la percezione dolorosa (iperalgnesia), alterandone le caratteristiche (allodinia) e favorendo il ripetersi degli attacchi emicranici. >> [PAG IV](#)

CEFALEA D'ALTA QUOTA

L'uomo si è geneticamente evoluto per vivere a bassa quota. Tuttavia nei millenni per necessità ha dovuto colonizzare territori a quote elevate (fino a 5000 m) laddove le condizioni climatiche lo permettevano (Himalaya, catene andine, Africa). Ai nostri giorni circa 40 milioni di persone annualmente si recano in alta quota, non solo per sport (alpinismo, trekking), ma anche per turismo o lavoro. Per esempio ci si può recare in un Paese straniero situato ad altitudini elevate e atterrare direttamente a 4000 m dopo essere partito da un aeroporto europeo situato a livello del mare o quasi, senza quindi essere acclimatati. >> [PAG IV](#)

Con il patrocinio di:



Presidenza del Consiglio dei Ministri



Ministero della Salute

Ministero delle Politiche
Agricole Alimentari e Forestali

Ministero per le Pari Opportunità



Regione Lazio



Comune di Roma

SANiT

7^o Forum Internazionale della Salute
International Health Forum



Roma Palazzo Congressi EUR - 23 Giugno 2010 - ore 15.00

Ingresso gratuito

CEFALEE IN RETE



15.00 - Apertura dei lavori e saluto delle autorità:

Giuseppe Nappi (IRCCS C. Mondino),
Franco Avato (Al.Ce. Italia), Vincenzo Guidetti (SISC),
Daniele Bosone (Senato della Repubblica)

15.20 - 17.00: Esperienze dalla rete

Moderatori: Francesco Pierelli (Latina) e
Fabio Antonaci (Pavia, Monza)

15.20 - Alleanza Cefalogici: la voce del Forum

Lara Merighi (Ferrara)

15.40 - Cefalee 2.0. Utilità e limiti della Cybermedicina

Paolo Rossi (Grottaferrata)

16.00 - Video-cefalee. Youtube. La cefalea non cade nella rete

Cherubino Di Lorenzo (Al.Ce. Latina)

16.20 - L'accesso ad un Centro Cefalee in Italia ed in Europa

Cristina Tassorelli (Pavia)

16.40 - Do not hide your headache: un progetto Europeo

Fabio Antonaci (Pavia, Monza)

17.00 - 18.30: Non solo medici

Moderatori: Jessica Faroni (Grottaferrata),
Anna Ambrosini (Pozzilli)

17.00 - Le parole che aiutano

Anna Mattia (Al.Ce. Lazio)

17.15 - Vivere con il mal di testa. La versione del paziente

Monica Ferrari (Al.Ce. Livorno)

17.30 - Il mal di testa e il suo doppio: le video storie

Maria Teresa Aquilano (Al.Ce. Roma)

17.45 - Dalla cefalea alla rumba (con passione e... dolcezza)

Marianna Spaziani (Al.Ce. Frosinone)

18.00 - Alleanza Cefalogici: le aspettative degli iscritti

Lidia Scardala (Al.Ce. Roma Est)

18.15 - Commenti e prospettive

Gabriella Buzzi (SISC),

Paolo Rossi (Al.Ce. Centro)



Segreteria Organizzativa:

SEADAM
EVENTI

Via Barberini, 3 - 00187 Roma
Tel. 06 4817254 - Fax 06 42013310
info@seadam.it - www.sanit.org

Convegno SANIT 23 Giugno 2010

>> **PAG I** piuttosto che trovare il rimedio efficace. L'empowerment dell'utente sanitario ha come principali e più evidenti conseguenze l'incremento della richiesta di informazione specifica, l'affermarsi della prevenzione, l'evoluzione del diritto al consenso informato ed alla trasparenza nella pubblica amministrazione, il crescente ricorso a medicine non convenzionali il riconoscimento delle istanze individuali del malato.



Il modello di medicina tecnofila, che si è imposto negli ultimi venti anni, ha

portato ad un incremento vertiginoso della spesa sanitaria e degli interessi la componente umana della relazione medico-paziente senza produrre in molti settori, miglioramenti sostanziali nell'outcome di malattia. Le cefalee rappresentano, a questo proposito, patologie paradigmatiche del fallimento di una medicina orientata sul sintomo anziché sulla persona in cui la soluzione farmacologica e la somministrazione di esami sempre più costosi non riesce a sostituire efficacemente i fondamenti di una medicina a basso costo, aggiornamento, ascolto, accessibilità.

Ne consegue che le cefalee rientrano nella top ten delle cause di disabilità nel mondo e nella top five nelle donne per inefficienza dell'attuale organizzazione dei servizi sanitari nell'incidere sui bisogni assistenziali degli ammalati che incontrano insormontabili barriere assistenziali (medici non preparati, scarsità di ricerca specifica, pregiudizi culturali, mancata tutela medico-legale, scarsità di politiche ad hoc).

Quando un modello organizzativo mostra dei limiti di efficacia, ma nessuna sensibilità al cambiamento, le soluzioni non possono che venire da soggetti alternativi e territori inesplorati. L'empowerment offre una soluzione. Il paziente è la risorsa meno esplorata della medicina moderna.

Obiettivi e audience

Questo convegno si propone di dimostrare come un'organizzazione in rete, che coinvolge orizzontalmente medici e pazienti, può diventare soggetto di cambiamento ed ispirare un nuovo modello di medicina che combini tecnologia ed umanesimo.

A tal fine riteniamo possano essere interessati medici, pazienti, amministratori, politici, giornalisti, sociologi, ricercatori.

Paolo Rossi



Centri Cefalee in breve



INI - Istituto Neurotraumatologico Italiano, Centro di Diagnosi e Cura delle Cefalee
Via S. Anna snc - 00046 Grottaferrata (ROMA)



Tel. 06 942851 (centralino)
Per prenotare: 06 94285382 (9.00-16.00) - 06 94285335 (9.00-13.00) - 06 94285331 (9.00-18.30) - 06 94285351 (9.00-18.30) (il sabato il servizio prenotazioni cessa alle ore 13.00)
Per informazioni ed eventuali comunicazioni:
e-mail paolo.rossi90@tin.it



Visite in convenzione con il SSN e private
Giorni previsti per le visite: Lunedì, Martedì, Giovedì e Venerdì (sono disponibili turni visita di mattino e di pomeriggio).



Responsabile: **dott.ssa Jessica Faroni**
Collaboratori: dott. Paolo Rossi, dott.ssa Isabella Pestalozza



Non si accettano prenotazioni online.
Per visite urgenti (il criterio di urgenza è stabilito inderogabilmente dallo specialista), per afferire all'Ambulatorio Speciale per la Cefalea a Grappolo, a cui si accede senza lista di attesa, e per eventuali ulteriori informazioni di natura medica o scientifica contattare: dott. Paolo Rossi: tel 06 94285259 (martedì dalle 12.00 alle 16.00 e venerdì dalle 15 alle 19.30; e-mail: paolo.rossi90@tin.it; Fax 06 94285243



Centro di Diagnosi e Cura



Staff



Centro di Ricerca e di Didattica



Contatti



Ambulatorio specialistico



Visite Convenzionate / Private



Informazioni

I MISTERIOSI RAPPORTI TRA EMICRANIA, DEPRESSIONE E ANSIA

>> **PAG I** In relazione a possibili fattori biochimici comuni, l'emicrania e la depressione sono entrambe legate ad alterazioni che coinvolgono la serotonina, neurotrasmettitore di estrema importanza nei meccanismi dell'affettività (cioè del tono dell'umore) e del dolore. In ogni caso, il medico di medicina generale e lo specialista delle cefalee devono considerare con la massima attenzione la contemporanea presenza di emicrania e depressione in un paziente: è noto, ad esempio, che farmaci utilizzati nel trattamento dell'emicrania, come la flunarizina, possono causare sintomi depressivi, e sono pertanto controindicati in caso di comorbidità. D'altra parte, un trattamento dell'emicrania che non tenga conto del coesistente disturbo dell'umore può lasciare inalterati sintomi (ad esempio i disturbi del sonno, la mancanza di appetite, la ridotta concentrazione) che compromettono la qualità della vita del paziente. Quindi, un trattamento efficace dei pazienti emicranici con depressione dell'umore deve essere basato su principi che riducano al minimo le complicanze associate ad entrambe le condizioni. In alcuni casi, può essere efficace la monoterapia: ad esempio, conosciamo l'efficacia di farmaci antidepressivi triciclici come l'amitriptilina. Il disturbo bipolare dell'umore, ovvero la presenza di fenomeni depressivi alternati a innalzamento del tono dell'umore, è anch'esso più frequente negli emicranici rispetto ai pazienti non emicranici. In questi casi, l'utilizzo di farmaci (ad es. l'acido valproico) provvisti di effetto stabilizzante risulta di grande utilità anche ai fini del trattamento preventivo della cefalea. Disturbi ansiosi sono frequentemente associati alla depressione; analogamente, anche i pazienti con disturbi d'ansia sono affetti da emicrania con frequenza elevata. Non è noto, tuttavia, se la presenza dell'ansia rappresenti un fattore di rischio o piuttosto una conseguenza dell'emicrania, o se le due condizioni siano caratterizzate da un terreno patogenetico comune. Chi è affetto da un disturbo da attacchi di panico sembra essere maggiormente suscettibile all'emicrania, e i pazienti con sintomatologia da panico più intensa e frequente rappresentano il 25% dei soggetti con emicrania nell'ambito dell'intero campione studiato. Questi dati, confermati anche da ricercatori italiani, sono in linea con altri studi di popolazione, che mostrano una associazione significativa tra emicrania ed attacchi di panico se si considera la prevalenza nell'arco della vita. Anche la comorbidità tra emicrania e disturbi d'ansia ha importanti implicazioni in ambito terapeutico. Alcuni dei farmaci efficaci nella profilassi dell'emicrania sono in grado di attenuare la sintomatologia del disturbo da attacchi di panico; è quindi possibile, in questi casi, fare ricorso alla monoterapia. Infine, altri studi suggeriscono che la combinazione di disturbi dell'umore e disturbi d'ansia è significativamente associata all'emicrania: pazienti con elevati livelli d'ansia nell'infanzia presentano un più alto rischio di essere affetti da emicrania nell'adolescenza o in età adulta, ma anche di sviluppare disturbi depressivi. La ricerca scientifica è attualmente incentrata sui fattori, in primo luogo di tipo genetico, che fanno da comune denominatore a queste condizioni, così strettamente e reciprocamente collegate.

Alfredo Costa

UN LIBRO AL MESE



C'è un che di magico nel celarsi dietro una maschera per partecipare ad un ballo in maschera.

Il desiderio di indossare una maschera per nascondersi al mondo è il tema principale del libro di Eva Ermenz *MASKERAD - senza mal di testa*.

Questo libro offre al lettore una visione umoristica del problema, attraverso storie strettamente personali su cosa può accadere ad una persona attiva affetta da cefalea. Prosa e poesia si fondono in un modo nuovo ed emozionante. L'autrice riflette sulle possibilità della vita. Come affrontare la cefalea come libera giornalista, come responsabile di una compagnia e come essere umano?

Eva Ermenz è una poetessa, una scrittrice e attiva ambasciatrice della Swedish Migraine Association. Ha pubblicato diversi libri, soprattutto poesie.

CEFALEA D'ALTA QUOTA

>> **PAG I** È bene pertanto conoscere i possibili rischi per la salute.

Quando ci si reca rapidamente a quote elevate (superiori a 2500 m) si va spesso incontro a cefalea. Questo tipo di mal di testa è lieve o moderato, frontale bilaterale, più spesso costrittivo e risponde ai comuni analgesici (per es. aspirina, paracetamolo, ibuprofene). È spesso esacerbato dagli sforzi fisici, si manifesta la notte mentre di giorno tende ad alleviarsi per poi ricomparire la sera successiva. È un sintomo di mal adattamento all'altitudine. Quasi sempre si autolimita e lo controlliamo bene con i farmaci, ma in taluni casi, soprattutto ad altitudini elevate (superiori ai 3500-4000 m), diviene intenso e si accompagna ad altri sintomi, quali nausea, vomito, insonnia, fatica eccessiva, vertigini. Si configura allora il quadro del "male acuto di montagna". In questi casi l'organismo ci lancia un chiaro messaggio, e cioè che non riesce ad adattarsi. L'unica soluzione, farmaci sintomatici a parte, è fermarsi alla quota a cui ci si trova o addirittura scendere di almeno 500 fino alla risoluzione dei disturbi. Alla quota di 4500 m, quindi a quote ancora alpine (per es. alla Capanna Margherita sul Monte Rosa), circa il 50% di coloro che vi giungono senza attenta acclimatazione è colpito da questa sindrome. Ne deriva come un'arma importante sia la prevenzione. È necessario pertanto educare coloro che si recano in alta quota a salire lentamente, non più di 400-500 m tra due notti successive. In tal modo limitiamo il rischi di male acuto di montagna. Esistono anche farmaci preventivi come l'acetazolamide, ma vanno riservati a casi specifici e dopo consulenza di un medico esperto in medicina di montagna.

Guido Giardini

EMICRANIA E FENOMENI Uditivi

>> **PAG I** aura nella quale i sintomi dell'aura si generano per la temporanea disfunzione di strutture che sono vascolarizzate dall'arteria basilare e dai suoi rami. I criteri di classificazione permettono di inquadrare l'acufene, associato / seguito da cefalea, come sintomo della BAM solo se ha una durata compresa tra i 5 ed i 60 minuti, e se è associato ad almeno un altro tra i seguenti sintomi: diplopia (visione doppia), vertigine, disartria (difficoltà ad articolare la parola), parestesie (sensazione di formicolio) bilaterale agli arti, riduzione del livello di coscienza.

L'acufene è un sintomo molto frequente e la sua frequenza aumenta con l'età; pertanto la sua comparsa in un soggetto emicranico può essere casuale. Tuttavia in alcuni pazienti può porsi un problema di diagnosi differenziale con la cosiddetta malattia di Ménière, che si manifesta come degli attacchi di vertigine rotatoria oggettiva della durata di decine di minuti, tipicamente preceduti da una sensazione di orecchio pieno, di abbassamento dell'udito e di acufene (generalmente un rumore sordo, tipo lo scroscio dell'acqua). La Ménière non è una forma di emicrania ma è stato dimostrato che la sua frequenza è maggiore dell'atteso negli emicranici e, viceversa, l'emicrania è più frequente nei pazienti con malattia di Ménière che nella popolazione generale. Inoltre bisogna considerare che alcuni fattori come lo stress e le variazioni ormonali (il ciclo mestruale) sono considerati come scatenanti per entrambe le malattie; un attacco di Ménière, inoltre, può fungere da innesco per una crisi di emicrania; infine, oltre alla BAM esiste una forma di vertigine legata all'emicrania (la cosiddetta "vertigine emicranica"), ma talvolta la frequenza degli attacchi è così bassa che il paziente non riferisce dell'esistenza della cefalea al medico al quale si è rivolto per la comparsa di episodi di vertigine e disturbi uditivi. Si capisce quindi che esistono delle condizioni nelle quali la diagnosi differenziale tra una forma di emicrania che si presenta anche come crisi nelle quali sono unici o prevalenti i sintomi vertiginosi e/o uditivi, e l'associazione di due malattie, l'emicrania e la Ménière, possa essere difficile e richiedere l'osservazione di diverse crisi.

Esiste poi la possibilità che in alcuni pazienti che ne soffrono, l'acufene possa aumentare la sua intensità nel corso di un attacco di emicrania: così come durante l'attacco di emicrania i soggetti possono presentare iperalgesia (uno stimolo doloroso viene cioè percepito con una intensità amplificata) ed allodinia (uno stimolo tattile viene percepito come doloroso), può darsi il caso in cui sia presente iperacusia (uno stimolo sonoro viene percepito come fastidioso e determina fonofobia) con o senza acufeni.

È bene anche ricordare che alcuni farmaci possono provocare l'acufene; ad esempio l'eccessiva assunzione di acido acetilsalicilico (l'aspirina), che potrebbe verificarsi per far fronte ad un attacco di emicrania, può provocare la comparsa di un acufene a tonalità acuta che, fortunatamente, scomparirà spontaneamente con la riduzione della concentrazione del farmaco nel sangue.

In conclusione, la comparsa di un acufene in un soggetto emicranico richiede una valutazione clinica e strumentale, anche se poi spesso il disturbo viene ricondotto all'emicrania stessa.

Maurizio Versino

Calendario

- **23 giugno 2010, Roma**
Sanit, VII Forum Internazionale della Salute. Cefalee in rete. Meeting Alleanza Cefalalgici e Fondazione CIRNA Onlus
- **Settembre 2010, Bruxelles**
Giornata Europea dell'emicrania
- **29-30 settembre 2010, Acerra-Nola (NA)**
La Settimana della Cefalea - IX edizione
- **30 settembre-3 ottobre 2010, Caserta**
XXIV Congresso Nazionale della Società Italiana per lo studio delle Cefalee (SISC)
- **28-31 ottobre 2010, Nizza**
II Congresso EHMTIC (European Headache Federation e Migraine Trust)

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 Onlus
- Organo ufficiale di Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)

Direttore Scientifico: Alfredo Costa (Pavia)

Direttore Responsabile: Silvia Molinari (Pavia)

Direttore Editoriale: Roberto Nappi (Pavia)

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

Segreteria: Silvana Bosoni (Pavia)

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