

Cefalee Today

E-bulletin CIRNA FOUNDATION ONLUS

for the research on headache and behavioural neurology

AGOPUNTURA E CEFALEA

L'Agopuntura è una delle trentadue branche specialistiche della Medicina Tradizionale Cinese (MTC). La MTC costituisce uno dei più antichi sistemi medici conosciuti: si basa infatti su più di sette mila anni di sperimentazioni, studi, analisi, discussioni critiche e filosofiche che non hanno mai subito interruzioni fino ai giorni nostri. In Cina, l'Agopuntura richiede sei anni di studi successivi ai sei anni di laurea in Medicina Tradizionale Cinese. >> PAG 2



Cannabinoidi e dolore: una nuova era?

La terapia del dolore, e quindi anche del mal di testa, potrebbe subire una vera e propria rivoluzione se i dati ottenuti da ricercatori italiani di Parma, Urbino, Napoli e Genova in collaborazione con colleghi di Irvine (California) saranno confermati. >> PAG 3

Un'aura anche nella cefalea a grappolo ?

L'aura tipica associata a cefalea emicranica è caratterizzata da un ventaglio di fenomeni che comprende sintomi visivi, sensitivi o disturbi del linguaggio, con aspetti positivi e/o negativi¹. Nonostante la sua completa reversibilità nell'arco di un'ora al massimo, questo disturbo rappresenta sempre un'esperienza piuttosto spiacevole per i pazienti che ne soffrono, sia per l'improvvisa disabilità che comporta, sia per il sentimento di preoccupazione che inevitabilmente la accompagna. Com'è noto, la cefalea che può seguire l'aura è tipicamente di carattere emicranico, con dolore di tipo pulsante che dura da 4 a 72 ore¹. Tuttavia negli ultimi anni sono stati condotti diversi studi clinici che mostrano come questo disturbo possa essere legato a cefalee diverse dall'emicrania². >> PAG 4



L'ossigeno nella cefalea a grappolo

Intervista al Prof. Arne May, Amburgo (Germania)



Professore, la prescrizione dell'ossigeno in Europa viene quasi sempre fatta ad una velocità di flusso di 7l/min. inefficace per molti pazienti. Alla luce dei nuovi studi, non sarebbe più sensato, aumentare il flusso minimo raccomandato a 12l/min? (in questo modo l'erogatore fornito potrebbe, al bisogno, anche garantire un flusso di 15l/min) Cosa pensa di una rettifica

delle Linee Guida della EFNS (Federazione Europea delle Società di Neurologia)?

A.M.: Lo discuteremo e probabilmente sarà inserito nelle prossime Linee Guida >> PAG IV

Medicine complementari ed alternative nelle cefalee primarie

Il termine Medicine Complementari ed Alternative (CAM) si riferisce ad una vasta gamma di trattamenti, farmacologici e non, che non rientrano completamente nella sfera della medicina convenzionale, ovvero che non vengono sistematicamente insegnati o praticati negli ospedali o nelle università. La documentazione a sostegno dell'efficacia, sicurezza e qualità delle CAM è solo di rado basata su trial clinici controllati, randomizzati. Pertanto, sarebbe facile relegare le CAM ai margini della cultura terapeutica o come un argomento di interesse minore. >> PAG VI

AGOPUNTURA E CEFALEA

Nel 1988, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto l'Agopuntura come pratica clinica e terapeutica. In seguito, nel 1991, sono stati definiti oltre duecento protocolli di Agopuntura per altrettante patologie. E' nel 1997, infine, che il National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement ha riconosciuto tali protocolli certificando il ruolo terapeutico dell'Agopuntura in numerose patologie di varie branche della Medicina Occidentale; tra queste, la sua applicazione nelle cefalee.

L'Agopuntura fonda nella teoria del flusso di energia (chiamata "Qi") che attraversa il corpo umano seguendo dei canali o meridiani ben precisi (chiamati "Jing Luo"). Inserendo degli aghi a livello di punti attivi (chiamati "Shu Xue") lungo questi canali, è possibile tonificare o disperdere l'energia per ristabilire quell'equilibrio la cui perdita è alla base dell'insorgenza di patologie (Teoria dell'equilibrio Yin-Yang).

Alla luce di queste teorie, evidentemente molto lontane dalle occidentali evidence based medicines, è cruciale, per comprendere appieno l'efficacia dell'agopuntura nel trat-



tamento della cefalea, la definizione e la classificazione di questa patologia nei termini della Medicina Tradizionale Cinese. Infatti, se per il medico Occidentale la cefalea è

classificata in base alla sintomatologia (e quindi si cura il sintomo localizzato), per il medico che pratica MTC la visione del sintomo cefalalgico è olistico.

Esistono quindi per la MTC 3 principali categorie di cefalea: da agenti patogeni esogeni, da alterazione funzionale degli organi-visceri e la cefalea secondaria. (fig 1) Il meccanismo dell'Agopuntura è quello di disperdere il Qi in eccesso o tonificare il Qi in deficit, ristabilendo così l'equilibrio necessario allo svolgimento dell'attività fisiologica dell'organismo. Ogni causa provoca sintomi specifici. Ad esempio la

cefalea da eccesso di Yang è tipicamente una cefalea pulsante accompagnata da capogiri e associata ad irrequietezza/ira mentre la cefalea da alterazione milza-stomaco provoca un caratteristico dolore costrittivo accompagnato da nausea/vomito.

Agenti Patogeni Esogeni	Alterazione funzionale organi-visceri	Cefalea Secondaria
vento	eccesso di Yang nel fegato	trauma cranico
calore	alterazione milza-stomaco	infezione/intossicazione
umidità	ostruzione vascolare da mucosità	neoformazione
secchezza	insufficienza sanguigna e deficit liquidi organici	emorragia cerebrale
freddo	deficit di Qi	ipertensione arteriosa

Si può dunque dedurre quanto nell'efficacia dell'Agopuntura sia fondamentale la fase diagnostica e di conseguenza come la pratica dell'Agopuntura sia assolutamente operatore-dipendente: il buon agopuntore non cura il sintomo ma ne scopre la causa, trattando il sintomo a monte ovvero alla sua origine.

La crucialità della diagnosi delle patologie secondo la MTC è anche alla base degli ostacoli delle varie ricerche clinico-scientifiche sulla MTC: la forzatura della sovrapposizione delle due medicine comporta grandi errori e bias statistici, sia nel reclutamento dei pazienti che nell'estrapolazione dei risultati.

Tuttavia nel 2008 è stata portata a termine un'ampia metanalisi di 31 ricerche cliniche recenti (per un totale di 3916 pazienti), di buona qualità e su riviste indicizzate (Medline (1966-2007), CINAHL, The Cochrane Central Register of Controlled Trials (2006), and Scopus, sulla efficacia dell'agopuntura nel trattamento della cefalea tensiva ed dell'emigrania, con valutazione randomizzata fra agopuntura e agopuntura falsa (sham acupuncture), trattamento farmacologico e trattamento non farmacologico.

La metanalisi ha permesso di concludere che l'Agopuntura è più efficace di tutte e 3 le terapie a confronto sia per intensità del dolore, sia per la frequenza delle crisi e dell'influenza sulla qualità di vita. (*Acupuncture for the Management of Chronic Headache: A Systematic Review Sun and Gan Anesth. Analg. 2008;107:2038-2047*).

Marina Pan
ccefalee@mondino.it

UN LIBRO AL MESE

Mal di testa, addio!

di Cesare Peccarisi, Anne MacGregor - Sperling & Kupfer – 2006



Con una prosa semplice e diretta, un neurologo italiano assai versato per la divulgazione scientifica e una ginecologa inglese con forte interesse per le neuroscienze spiegano ai non addetti ai lavori che cos'è il mal di testa, quali sono le principali forme cliniche e le strategie (igieniche e farmacologiche) per contrastarle e come è possibile curarlo. Una particolare attenzione viene riservata nel libro ai rapporti tra cefalea e ormoni nella donna, e ad importanti norme di vita e consigli pratici per affrontare il mal di testa anche senza necessariamente ricorrere a farmaci. Un testo-base che non dovrebbe mai mancare nella biblioteca di un cefalalgico.

La Redazione

Calendario

Cefalee croniche: prevenzione, controllo farmacologico, riabilitazione, terapie complementari
Milano, 29 gennaio 2011

II Meeting Regionale SISC: La terra Promessa
Vietri sul mare (SA),
10-11 Dicembre 2010

Berlino, 23-26 Giugno 2011
XV Congresso della Società Internazionale delle Cefalee (IHS)



Centri Cefalee in breve



Centro Cefalee UCAH - Sezione Pisa 2

Dipartimento di Medicina della Procreazione e dell'Età Evolutiva



Responsabile: **prof. Andrea R. Genazzani**

Collaboratori: dott.ssa Francesca Bernardi, dott.ssa Patrizia Monteleone, dott.ssa Elena Casarosa, prof. Michele Luisi, dott. Nicola Pluchino



Divisione di Ginecologia ed Ostetricia "P. Fioretti", Università degli Studi di Pisa. Ambulatorio di Neuroendocrinologia ginecologica, delle cefalee e dei disordini adattativi
Via Roma 65 - 56100 Pisa
Visite pubbliche



Per informazioni e prenotazioni:
tel. (CUP) 050 995995, 050 995995 , fax 050553410
(dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30)
e-mail: argenazzani@tiscali.it



Centro di Diagnosi e Cura



Staff



Centro di Ricerca e di Didattica



Contatti



Visite Convenzionate / Private



Ambulatorio specialistico



Informazioni

Cannabinoidi e dolore: una nuova era?

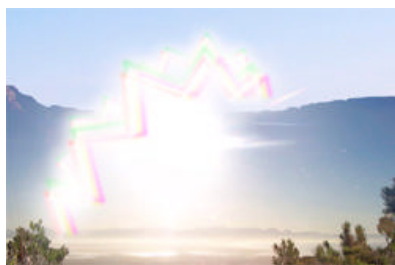
>> **PAG 1** Questi studiosi hanno infatti di recente pubblicato sulla prestigiosa rivista *Nature Neuroscience* (Ottobre 2010) come sia possibile, bloccando un enzima, ottenere un'azione antidolorifica molto potente, e che in un certo senso "salta" i centri del dolore del cervello. L'effetto sfrutta un cannabionide naturale, l'anandamide, senza dare sedazione né dipendenza. L'anandamide è un potente antidolorifico prodotto dall'organismo, noto da diversi anni, provvisto di una struttura chimica molto simile al principio attivo della marijuana. Di solito, la molecola viene rapidamente scissa ed inattivata, e per questo non fa in tempo ad agire. Gli autori dello studio sono invece riusciti, utilizzando un composto per ora noto come URB937, a bloccare la degradazione dell'anandamide lasciandola così agire nel tempo. In questo modo, è stato possibile ottenere un'analgesia di più lunga durata nell'animale da esperimento.

Alfredo Costa

Un'aura anche nella cefalea a grappolo ?

>> **PAG I** In particolare appare interessante come possa presentarsi in associazione alla cefalea a grappolo, del gruppo delle cefalee autonomico trigeminali, che sottendono un meccanismo fisiopatologico reputato lontano da quello dell'aura. In uno studio prospettico del 2006³, su 257 pazienti con cefalea a grappolo, il 23% presentava sintomi di aura emicranica come: spettri di fortificazione, emiparesi, sintomi emisensitivi e disartria. Altri due studi^{4,5} svolti precedentemente avevano registrato un'incidenza di aura emicranica in pazienti con cefalea a grappolo del 6% e del 13%. In quest'ultimo gruppo, nella maggior parte dei casi (70%) l'aura consisteva in disturbi visivi, mentre una frazione minore di pazienti aveva presentato disturbi emiparetici o sensitivi (16% e 13%), solo pochi pazienti avevano riportato disturbi sensitivi associati a quelli visivi (1%). In un altro studio del 2002⁶ sono stati descritti quattro casi di cefalea a grappolo associata a emiparesi, con caratteristiche cliniche

simili all'emicrania emiplegica, cosa che ha fatto supporre agli autori che ne condividesse il meccanismo patogenetico, una canolopatia. La relazione tra aura emicranica e cefalea a grappolo, in realtà, rimane ancora da chiarire. E' stato osservato nello stu-



dio di Bahra et al⁵ che il 36% dei pazienti aveva sofferto in passato di emicrania, con o senza aura e che il 15% aveva un'anamnesi familiare positiva per emicrania, il che indurrebbe a supporre che il legame tra queste due diverse cefalee possa essere di natura genetica. Alcuni autori hanno proposto per questo fenomeno un'altra possibile spiegazione⁷ secondo la quale la "cortical spreading depression", il meccanismo fisiopatologico che si ritiene responsabile dell'emicrania e dei fenomeni dell'aura, sarebbe in grado di attivare le afferen-

ze trigeminali coinvolte nell'insorgenza della cefalea a grappolo. Si è ancora ben lontani dall'aver delle certezze, ma l'argomento è sicuramente di grande interesse scientifico, e come tale meritevole di ulteriori studi clinici.

Ilaria de Cillis

ilaria.decillis@mondino.it

Bibliografia

1. Classificazione Internazionale delle Cefalee. IHS. 2004
2. Krymchantowski. Aura with non-migraine headache. *Curr Pain Headache Rep.* 2005
3. Schurks M, et al. Cluster headache: Medical presentation, lifestyle factor, and medical treatment. *Headache.* 2006
4. Bahra A, et al. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology* 2002.
5. Silberstein SD, et al. Cluster headache with aura. *Neurology* 2000.
6. Siow HC et al. Hemiplegic cluster. *Headache.* 2002
7. Langedijk M et al; Cluster-like headache aura status. *Headache* 2005

L'ossigeno nella cefalea a grappolo

Intervista al Prof. Arne May, Amburgo (Germania)

>> **PAG I** *L'utilizzo e la prescrizione di un flusso inadeguato sono responsabili di un pregiudizio di efficacia nei confronti dell'ossigeno. Questo è un grande problema, perché i malati sono costretti a ricorrere all'Imigran sottocute per abortire tutti gli attacchi (anche PIÙ di 8 attacchi al giorno) inducendo il paziente ad un'abuso di farmaci. Quale è la Sua opinione sul tema? Qual'è la Sua velocità di erogazione più adeguata?*

A.M.: Per quanto riguarda

l'ossigeno, esprimo il mio parere e riporto alcuni dati: Il 60% di tutti I pazienti rispondono all'ossigeno. Alcuni pazienti hanno bisogno di un flusso più elevato, visto che 7 o 8 l/min non è sufficiente. Questo è stato il motivo per cui abbiamo riportato nelle Linee Guida un flusso di 7l/min o più. È certo, che un flusso elevato con maschera rebreathing è la maniera più efficace per assumere l'ossigeno durante un attacco. Io personalmente ritengo una valvola a domanda (Demand), la soluzione più efficace.

Credo, che non sia appropriato stabilire un flusso ottimale, come 8 o 10 o 12 o 15l/min. Magari avrebbe più

senso dire: Iniziare con un flusso di 15l/min, e se non funziona, si appartiene alla percentuale dei 30-40% dei malati che non rispondono all'ossigeno. Se i 15l/min hanno successo, iniziare a ridurre gradualmente il flusso, fino a trovare la velocità di erogazione ottimale per quel singolo caso e risparmiare ossigeno.

La ringrazio molto Prof. May, per la Sua disponibilità.

A.M.: Grazie per l'impegno.





2° MEETING REGIONALE SISC

La Terra Promessa



Neurofisiologia e clinica delle cefalee croniche
La cefalea nel Pronto Soccorso: le nuove Linee guida
Emicrania e Epilessia: l'esplosione nervosa
Focus sugli antiepilettici
Emicrania e psicoanalisi
Le idoneità lavorative difficili

Relatori e Moderatori

- | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Pasquale Afferi | Vincenzo Basella | Cesare Calocci d'Amato | Maria Esposito | Salvatore Iannuzzi | Vincenzo Piana | Giuseppina Salomone |
| Sergio Allucci | Giuseppe Capa | Antonio D'Alonzo | Ornella Anna Patigari | Alfonso Leo | Maria Rosaria Porcari | Giuseppe Sangi |
| Antonietta Arzola | Maria Rosaria Corvino | M. Rosario D'Amore | Michela Pelegrini | Giuseppe Ligari | Michela Quarantello | Salvatore Striano |
| Stefano Aronaldi | Marco Carotizzone | Pablo D'Amico | Raffaella Galano | Giuseppe Mastroianni | Anna Maria Romano | Gianna Vico |
| Luigi Balzano | Domenico Cassano | Paolino De Falco | Agostino Galbi | Carlo Montinaro | Enzo Ronga | Enrico Volpe |
| Genaro Barbato | Giuseppe Cresti | Teresa De Stefano | Silvana Grillo | Vito Napolitano | Maria Roberto | Giorgio Zanchin |
| Muzio Busetta | Luziana Ciarella | Walter Di Muzio | Dario Grassi | Giacchino Napolitano | Patrizia Rizzo | Fiora Zucchi |
| | Raffaele Coccone | Giaa D'Onofrio | Vincenzo Guidetti | Ferdinando Pellegrino | Franco Salerno | |

Si ringraziano le seguenti Aziende

- Aimtril
- AMF Pharma
- Biofuture
- Laboratori Guidotti
- Lundbeck Italia
- Merck Sharp & Dohme
- Pfizer
- Solvay Pharma
- UCB Pharma

Segreteria Scientifica

Domenico Cassano

Segreteria Organizzativa


Sall Congress
 Organizzazione congressi e eventi
 Viale dell'Università, 4
 82100 Benevento
 tel. 0824/54152
 fax 0824/52484
 www.sallcongresso.it
 info@sallcongresso.it

Lloyd's Baia Hotel
Vietri sul Mare (Sa), 10-11 Dicembre 2010

www.cefaleecompania.it

Medicine complementari ed alternative nelle cefalee primarie

>> **PAG I** Ci sono però diversi buoni motivi, per chi si occupa di cefalee, per guardare con attenzione al fenomeno CAM. Primo, i trattamenti convenzionali basati sulle evidenze, non garantiscono risultati soddisfacenti in tutti i pazienti o in molti provocano effetti collaterali fastidiosi o severi. Secondo, anche molti dei trattamenti convenzionali routinariamente prescritti nella cura delle cefalee sono utilizzati a dispetto di una documentazione scientifica carente. Terzo le CAM sono già usate da moltissime persone (il 13-23% della popolazione in Italia) soprattutto per cefalee, dolori funzionali e patologie psichiche con un trend in costante aumento. Quarto, gli operatori di CAM ritengono che le cefalee sono tra le

patologie che meglio rispondono a questi trattamenti. In ultimo, molti pazienti in trattamento con farmaci convenzionali continuano ad avere, a dispetto dell'evoluzione positiva dell'andamento della cefalea, punteggi bassi in numerosi domini della qualità della vita. Per questi motivi negli ultimi cinque anni abbiamo intrapreso uno studio sulle CAM nelle diverse forme di cefalee primarie che aveva come obiettivo: a) valutare la prevalenza di uso delle CAM; b) valutare il pattern di utilizzo delle CAM; c) valutare la sicurezza ed efficacia percepita delle CAM; d) valutare la presenza di predittori di utilizzo delle CAM. Da questi studi è emerso che: 1) la prevalenza di ricorso lifetime alle CAM varia a seconda della patologia, dal 54% nella MOH e nella CH cronica al 20% della CH episodica (32% negli emicranici); 2) questa prevalenza è rimasta

utilizzate sono agopuntura, omeopatia, chiropratica con poche differenze tra le diverse forme di cefalea; 4) l'efficacia percepita è di circa il 40% con differenze significative tra le diverse tecniche e le diverse patologie (ad es. l'efficacia è minore nella MOH, e si attesta attorno al 60% per la chiropratica nella CTTH); 5) la sicurezza è totale nella CH, mentre sono stati riportati eventi avversi seri nell'8% dei pazienti affetti da CTTH; 6) la maggior parte delle CAM è consigliata da amici/parenti e solo nel 30% circa dei casi da un medico; l'uso di CAM molto raramente è rivelato al medico di riferimento; 7) il motivo principale di ricorso alle CAM è il convincimento che possano essere efficaci; 8) la maggior parte dei cefalalgici è favorevole ad un uso informato delle CAM indipendentemente dalla efficacia; 9) i fattori predittivi di utilizzo delle CAM sono l'alto reddito, un numero elevato di visite da medici convenzionali, la comorbilità psichiatrica, la cronicità del mal di testa. In sintesi i pazienti cefalalgici utilizzano frequentemente le CAM, in sinergia con trattamenti convenzionali nel tentativo di rispondere a necessità assistenziali rimaste insoddisfatte.

Paolo Rossi
paolo.rossi90@alice.it

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