

Cefalee Today

for the research on headache and clinical neuroscience

EMICRANIA E VERTIGINI

Un binomio di recente riconoscimento scientifico, più frequente di quanto si possa pensare

Prof. Versino c'è qualche relazione tra vertigine e cefalea?

Si, esiste una relazione tra vertigine ed emicrania in particolare. Da circa 30 anni sono disponibili alcuni dati che mostrano come l'associazione tra episodi ricorrenti di vertigine ed emicrania sia ben più frequente rispetto a quanto potrebbe essere atteso per caso. Solo negli ultimi 10 anni, ma in particolare da circa un anno, questa associazione sta ottenendo un riconoscimento ufficiale.

Perché una storia tanto lunga per questo riconoscimento?

Ci sono vari motivi. L'emicrania è una patologia molto frequente ed è comorbida con moltissime patologie e disfunzioni, per cui il riconoscimento di una associazione causale tra emicrania e qualcosa d'altro avviene con molta cautela da parte degli esperti di cefalea. Fino all'anno scorso la classificazione delle cefalee riconosceva come pertinenti allo spettro dell'emicrania solo tre forme di vertigine, una dell'infanzia e due dell'adulto, di cui una molto rara e discutibile e l'altra con caratteristiche molto aspecifiche. Inoltre, gli esperti di cefalea sanno che molto spesso durante l'attacco di emicrania le persone, sebbene il loro disturbo sia prevalentemente caratterizzato dalla presenza di dolore, avvertono anche una sensazione di disequilibrio. Il timore è quello di una doppia diagnosi, per cui in tutte le persone che soffrono di emicrania si dovrebbe associare la diagnosi di "vertigine associata all'emicrania": sarebbe chiaramente un non-senso e del tutto inutile da un punto di vista pratico.

Quindi come è avvenuto questo riconoscimento?

Nella nuova versione "beta" della classificazione delle cefalee, l'appendice riporta tra i quadri in cor-

so di valutazione la proposta di criteri diagnostici per l' "emicrania vestibolare", che sono stati elaborati e pubblicati da un gruppo di esperti di cui ho avuto il piacere di far parte. Questi criteri sottolineano che si tratta di un disturbo vertiginoso importante e ricorrente, che si presenta in persone nelle quali è possibile porre la diagnosi di emicrania senza o con aura: queste persone si rivolgono al medico per la vertigine, non per il mal di testa che non deve essere necessariamente associato alla vertigine in tutti gli attacchi.

Chiaramente questi criteri andranno validati e verranno modificati, ma costituiscono uno strumento di lavoro per studiare, proporre percorsi diagnostici, identificare trattamenti per una forma di vertigine molto frequente.

Continua a pagina 2 >>



Maurizio Versino

Professore Associato di Neurologia
Università' di Pavia

Responsabile del Laboratorio di
Neuro-otologia e Neuro-oftalmologia
e del Laboratorio Potenziali Evocati,
IRCCS Fondazione Istituto Neurologico
Nazionale C. Mondino, Pavia



Sostieni la Ricerca, dona il tuo 5x1000!

Un piccolo gesto di grande valore.

La Fondazione CIRNA Onlus desidera ringraziare tutti coloro che nel 2011 hanno devoluto il loro 5 per mille a sostegno della nostra attività ed assicurare che tutto quanto ricevuto sarà esclusivamente impiegato per mantenere attivo il sito www.cefalea.it e per continuare a farsi portavoce dei diritti dei cefalalgici, primo fra tutti il riconoscimento della cefalea cronica come malattia sociale.

Anche quest'anno ricordiamo di firmare ed indicare il nostro codice fiscale 10242930153 nel riquadro "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale".

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

<p>Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, del D.Lgs. n. 460 del 1997</p> <p>FIRMA <u>FRANCO ROSSI</u></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) <u>10242930153</u></p>	<p>Finanziamento della ricerca scientifica e dell'università</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>
<p>Finanziamento della ricerca sanitaria</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>	<p>Sostegno alle attività di tutela, promozione e valorizzazione dei beni culturali e paesaggistici</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>
<p>Sostegno delle attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>	<p>Sostegno alle associazioni sportive dilettantistiche riconosciute ai fini sportivi dal CONI a norma di legge, che svolgono una rilevante attività di interesse sociale</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>

Emicrania e vertigini
Pagina 2 ->

L'utilizzo del Biofeedback nell'approccio integrato al paziente con cefalea primaria
Pagina 3 ->

Ruolo della Farmacia
Stress e oralità
Pagina 4 ->

Continua da pagina 1

Tutto questo sarebbe impossibile se non ci fossero dei criteri diagnostici a cui tutti possano fare riferimento: non è infatti concepibile studiare ciò che non si è in grado di definire, non si possono confrontare studi effettuati su pazienti affetti da una malattia che viene diagnosticata secondo criteri variabili.

Come viene fatta la diagnosi?

La diagnosi viene posta raccogliendo le caratteristiche del disturbo, visitando il paziente, possibilmente sia al di fuori che durante o vicino ad un attacco, ed eseguendo gli accertamenti strumentali per escludere altre diagnosi. La diagnosi è resa talora difficoltosa perché l'emicrania è comorbida con altre forme di vertigine ricorrente, una per tutte la sindrome di Ménière, e perché le stimolazioni vestibolari (ad esempio le prove termiche, ma un episodio di vertigine può essere considerato uno stimolo vestibolare) possono indurre una crisi nei soggetti emicranici, ma in quel caso l'emicrania non sarebbe la causa, ma piuttosto la conseguenza dell'episodio vertiginoso.

Ma l'emicrania vestibolare è frequente?

Le stime disponibili fanno ritenere che l'emicrania vestibolare possa colpire circa l'1% della popolazione generale e che per frequenza relativa costituisca la terza forma di vertigine. La forma di vertigine più frequente, la vertigine parossistica posizionale benigna, ha una frequenza relativa del 20 - 25%, mentre l'emicrania vestibolare ha una frequenza del 10%.

Che cos'è la vertigine parossistica posizionale benigna?

E' una vertigine causata da dei cristalli di carbonato di calcio, gli otoliti, che sono presenti all'interno dell'orecchio. Se si staccano dalla membrana alla quale sono normalmente attaccati ed entrano in un'altra parte dell'orecchio interno, i canali semicircolari, possono provocare delle vertigini molto intense, di breve durata e scatenate dai cambiamenti di posizione della testa quali il mettersi o l'alzarsi dal letto, od il girarsi nel letto. Sempre scatenate dai cambiamenti di posizione, le vertigini si ripresentano fintanto che i cristalli non vengono riassorbiti. La diagnosi ed il trattamento, che velocizza la risoluzione spontanea che è la regola, avvengono da parte del medico effettuando delle manovre appropriate. Naturalmente piove sul bagnato, dal momento che la vertigine parossistica si verifica più frequentemente negli emicranici che non nella popolazione generale!

Ma torniamo all'emicrania vestibolare, esiste una cura?

Sì, esiste una cura. E' evidente che il mancato riconoscimento della patologia e di criteri diagnostici rende ridotta la disponibilità di dati a questo riguardo. Tuttavia, come per l'emicrania, il trattamento può essere distinto in sintomatico, per il singolo attacco, e di profilassi, per ridurre la probabilità che possa verificarsi un attacco. Vorrei però sottolineare come talvolta la diagnosi costituisca una cura: la mancanza di una diagnosi fa sentire le persone in balia di una vertigine ricorrente, di cui non si riesce ad identificare la causa. Questa situazione favorisce l'instaurarsi di una condizione di allarme e di abbassamento del tono dell'umore che, a loro volta, favoriscono la cronicizzazione del disturbo, la sensazione di instabilità praticamente continua per cui i soggetti, nel timore di una nuova crisi, adottano delle condotte di evitamento anche per attività che precedentemente ritenevano piacevoli.

NETWORK ITALIANO CEFALÉE



Centro Diagnosi e Cura delle Cefalee

Studio Medico CICCONE

Sede:

Corso Europa 32 - 80039 Saviano (NA)

Responsabile

Dott. Biagio Ciccone

E-mail: ambulatorio@biagiociccone.it

Segreteria Organizzativa:

Tel. 0818211237 fax 0818211238

Visite private, emg, eeg, psicoterapia cognitivo comportamentale, biofeedback

Più in generale le vertigini sono un disturbo frequente?

Sì, sono un disturbo molto frequente. Considerando l'intero arco della vita circa il 30% delle persone prova una sensazione vertiginosa per cui richiede un parere medico. Talvolta si tratta di un sintomo aspecifico legato a cause non localizzate a livello del sistema vestibolare, ma, ad esempio, ad un cattivo controllo della pressione arteriosa, ad un disturbo del ritmo cardiaco o ad una condizione di disagio psichico. Le vertigini costituiscono una delle cause più frequenti di accesso in pronto soccorso ed in quel contesto è molto importante riuscire a distinguere le condizioni poco gravi da quelle potenzialmente pericolose come un ictus.

Prof. Versino, lei è un neurologo e lavora in un Istituto Neurologico. Normalmente si ritiene che le vertigini siano di competenza otorinolaringoiatrica. Dobbiamo ricrederci?

Direi proprio di sì. La disciplina che si occupa delle vertigini in Italia viene chiamata oto-neurologia, ma nel resto del mondo (e da me!) viene chiamata neuro-otologia, ed è un ambito frequentato da neurologi. Le vertigini fanno parte dei disturbi dell'equilibrio ed il sistema vestibolare, oltre che dai recettori localizzati a livello dell'orecchio interno, è composto da diverse strutture del sistema nervoso. L'importante non è la specialità di provenienza, ma la competenza in questo ambito, una competenza mista neurologica ed otorino che deve poter coprire la maggior parte degli argomenti e che abbia solo pochi ambiti riservati ad una singola specialità: probabilmente è meglio che io mi occupi dei pazienti con emicrania vestibolare e che i pazienti con sindrome di Ménière vengano seguiti dai miei colleghi otorinolaringoiatri, ad esempio. A Pavia questa collaborazione tra specialità e strutture assistenziali diverse esiste già nei fatti, ma è nostra intenzione istituzionalizzarla per renderla evidente come tale e disponibile ai pazienti vertiginosi.

Intervista a cura di Roberto Nappi

L'utilizzo del Biofeedback nell'approccio integrato al paziente con cefalea primaria

Il biofeedback è un processo che permette all'individuo di apprendere a modificare la propria fisiologia al fine di migliorare la salute e/o incrementare le prestazioni umane (human performance). Strumentazioni precise misurano l'attività fisiologica, ad esempio le onde cerebrali, la funzione cardiaca, la respirazione, l'attività muscolare, la temperatura periferica e la ripresentano sul monitor di un computer in forma visiva/uditiva alla persona stessa (feedback). Attraverso un processo di apprendimento associato a mutazioni cognitive, emotive e comportamentali, è possibile ottenere un cambiamento nel funzionamento fisiologico. Con la pratica, tali mutazioni possono diventare stabili nel tempo. Il biofeedback può essere inserito tra gli interventi inclusi nella categoria della mind-body medicine, insieme al rilassamento, la meditazione, l'immaginazione guidata, l'ipnosi, la terapia cognitivo-comportamentale e gli approcci psico-educativi (Astin et al., 2002, 132-133).



Dott.ssa Giacinta
D'Otolo
Psicologo-Psico-
terapeuta, Te-
rapia cognitivo
comportamentale,
Istruttore BFE
Italia, Ambulatorio
ATHENA, Saviano
(NA)

Nello specifico dell'emicrania, il Consorzio degli Stati Uniti sul mal di testa (United States Headache Consortium) evidenzia l'importanza degli approcci non farmacologici nel trattamento dell'emicrania in particolare per quei pazienti che li prediligono, per quei soggetti che presentano intolleranza o particolari rischi all'utilizzo dei farmaci o che presentano una bassa risposta al trattamento farmacologico, per le donne in gravidanza o in fase di allattamento, per i soggetti che hanno una storia di abuso di farmaci e, infine, per i soggetti che manifestano elevati livelli di stress. Infatti, queste linee guida raccomandano l'utilizzo del biofeedback per il trattamento preventivo dell'emicrania, da solo o in associazione alle tecniche di rilassamento e alla terapia cognitivo-comportamentale (Grado A di evidenza di efficacia). In tempi più recenti, anche le linee guida dell'European Federation of Neurological Societies suggeriscono, tra le terapie non farmacologiche della cefalea di tipo tensivo, l'utilizzo dell'sEMG biofeedback (Grado A di evidenza di efficacia).

In letteratura ci sono molti articoli pubblicati che esaminano l'uso delle terapie comportamentali nel trattamento dell'emicrania e della cefalea di tipo tensivo, i più recente dei quali sono quelli di Nestoriuc et al. (2008) e di Andrasik (2010).

Nestoriuc et al. (2008) hanno pubblicato una meta-analisi di 94 studi di elevata qualità metodologica che hanno indagato gli effetti del biofeedback nel trattamento della cefalea di tipo tensivo e nell'emicrania, esaminando un campione pari a 3500 soggetti, con un'età compresa tra i 20 e 67 anni. La cronicità media del disturbo era di circa 15 anni.

Dallo studio, emerge che il training biofeedback nel trattamento dell'emicrania presenta un effetto medium-to-large e la modalità di feedback più efficace risulta essere quella della attività vasomotoria (effect size medium-to-large), seguita da quella della temperatura periferica, associata al rilassamento o al feedback della attività muscolare (effect size medium). Il biofeedback relativo solo all'attività muscolare oppure solo alla temperatura periferica risulta avere degli effetti minori (effect size small-to-medium). Il biofeedback relativo solo all'attività muscolare oppure solo alla temperatura periferica risultano avere degli effetti minori (effect size small-to-medium). Il training di biofeedback nel trattamento della cefalea di tipo tensivo raggiunge un effect size medium-to-large e la modalità di feedback più efficace risulta essere quella dell'attività muscolare. Secondo questa meta-analisi, il biofeedback produce effetti stabili nel tempo in quanto, a un follow-up medio di 14 mesi, tali effetti hanno mostrato un completo mantenimento. Inoltre, il biofeedback rappresenta un trattamento globale poiché dallo studio risulta avere un effetto positivo anche su altre variabili quali autoefficacia, livelli di ansia, depressione e assunzione di farmaci.

Nell'ambulatorio Athena per lo studio, la diagnosi e la cura delle cefalee si esegue un'ampia valutazione del paziente cefalalgico. Nello specifico dopo la valutazione neurologica e la diagnosi di forma primaria di cefalea in base alla classificazione internazionale ICDH III del 2004 si invia il paziente al trattamento attraverso l'utilizzo del biofeedback e/o spesso in associazione alla terapia cognitivo-comportamentale. Prima di iniziare il trattamento si effettuano sia la valutazione psicodiagnostica che quella psicofisiologica allo scopo di valutare la risposta individuale allo stress di ogni paziente e, con il medico, personalizzare l'intervento.

Lo studio e l'applicazione del biofeedback presso l'Ambulatorio ATHENA ha avuto una crescita tale negli anni da ottenere una casistica di pazienti riportata al Convegno Nazionale dell'Alleanza Cefalalgici (Settembre 2010) e al 17° Convegno Annuale della Biofeedback Federation of Europe. In queste occasioni sono state presentate le osservazioni preliminari derivanti da una serie di 6 casi con diagnosi di cefalea di tipo tensivo o emicrania trattati integrando interventi farmacologici, psicofisiologici (biofeedback) e psicologici (terapia cognitivo-comportamentale). Nel pre e post trattamento, abbiamo misurato la durata del dolore, l'intensità e la frequenza di crisi al mese, così come i sintomi emozionali e la qualità della vita. Dopo una valutazione neurologica, psicologica e psicofisiologica,

Continua a pagina 4 >>

Continua da pagina 3

i pazienti hanno ricevuto in media 15 sessioni di biofeedback integrate con intervento cognitivo e, in alcuni casi, con i farmaci. Dopo il trattamento, abbiamo osservato una riduzione del 50 % nella durata del dolore e una riduzione del 62 % nella frequenza di giorni al mese con mal di testa. Nella maggior parte dei casi, i sintomi di ansia e depressione sono apparsi migliorati. Infine, l'impatto negativo del mal di testa sulla vita quotidiana è stato ridotto.

In conclusione, la nostra esperienza suggerisce che i trattamenti integrati per il mal di testa sono fattibili ed efficaci. Coerentemente con la letteratura scientifica, il training biofeedback sembra diminuire il dolore, ridurre i sintomi emotivi e migliorare la qualità della vita.

Il nostro metodo di intervento è strutturato in modo tale da poter valutare costantemente gli effetti sui sintomi di cefalea e sul benessere psicofisico della persona. Inoltre, ci poniamo come partner della BFE (Biofeedback Federation of Europe), impegnati dunque in un percorso di formazione continua e di ricerca a livello nazionale e internazionale.

In collaborazione con B.Ciccone Neurofisiopatologo, Responsabile Ambulatorio ATHENA in Saviano (NA) www.biagiociccone.it, D. Pierini Psicologo, Istruttore Senior BFE, Montreal Neurofeedback Center, Keiron

BIBLIOGRAFIA

Andrasik F. Biofeedback in headache: An overview of approaches and evidence. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2010; 77(3):72-76

Astin JA et al, Mind-body medicine: state of science, implications for practice, in *Journal of American Board of Family Practice*, 16 (2002), 131-147

Nestoriuc Y et al, Biofeedback treatment for headache: a comprehensive efficacy review, in *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33, 2008

Ruolo della farmacia

Un importante ruolo è attribuito alla farmacia, un riferimento per il paziente sul territorio. La farmacia è uno "sportello" di consulenza perché gli antidolorifici sono tra i farmaci da banco più venduti ed è importante che siano utilizzati in modo appropriato. La farmacia è un presidio integrato nella rete delle strutture sanitarie e come tale può, se necessario, indirizzare i pazienti ai centri specialistici presenti sul territorio, abbreviando i tempi del ricorso alla terapia più adeguata.

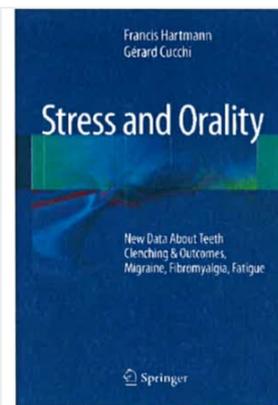
Il XXVIII Congresso Nazionale SISC ha ospitato la relazione "Il ruolo della farmacia nella gestione del dolore" di G. Gregori - Federfarma Lombardia (28 giugno 2014).

Luisa Gervasio



La lettura di *Stress and Orality* scritto da F. Hartmann e G. Cucchi mi ha indotto a pensare che dovremmo considerare da un punto di vista completamente diverso rispetto all'approccio storico tradizionale i problemi di alcune cefalee, dolori al collo, fibromialgia e fatica cronica.

Professor Roger Guillemin (Premio Nobel per la Medicina)



DIRETTORE SCIENTIFICO
Marzia Segù (Pavia)
DIRETTORE RESPONSABILE
Silvia Molinari (Pavia)
DIRETTORE EDITORIALE
Roberto Nappi (Pavia)
COMITATO EDITORIALE

Marta Allena (Pavia); Filippo Brighina (Palermo); Biagio Ciccone (Saviano); Alfredo Costa (Pavia); Vittorio di Piero (Roma); Maurizio Evangelista (Roma); Enrico Ferrante (Milano); Federica Galli (Milano); Natascia Ghiotto (Pavia); Guido Giardini (Aosta); Rosario Iannacchero (Catanzaro); Armando Perrotta (Pozzilli); Ennio Pucci (Pavia); Paolo Rossi (Grottaferrata);

Grazia Sances (Pavia); Cristina Tassorelli (Pavia); Cristiano Termine (Varese); Michele Viana (Novara)

SEGRETERIA

Silvana Bosoni (Pavia)
Per informazioni:
Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)
c/o Biblioteca
IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino
Via Mondino 2 - 27100 Pavia
E-mail: alcegroup@cefalea.it

Cefalee Today

EDIZIONE N. 93
Luglio 2014

inserito nel registro stampa e periodici del Tribunale di Pavia al numero 680 in data 03/09/2007
Bollettino di informazione bimestrale