



CEFALEE TODAY

for the research on headache and clinical neuroscience

N. 122 MARZO

EDITORIALE

CHERUBINO DI LORENZO - PAG. 2

NUOVE TERAPIE NELLA PREVENZIONE DELL'EMICRANIA: OGGI E DOMANI

MARTA ALLENA - PAG. 3

L'AURA EMICRANICA

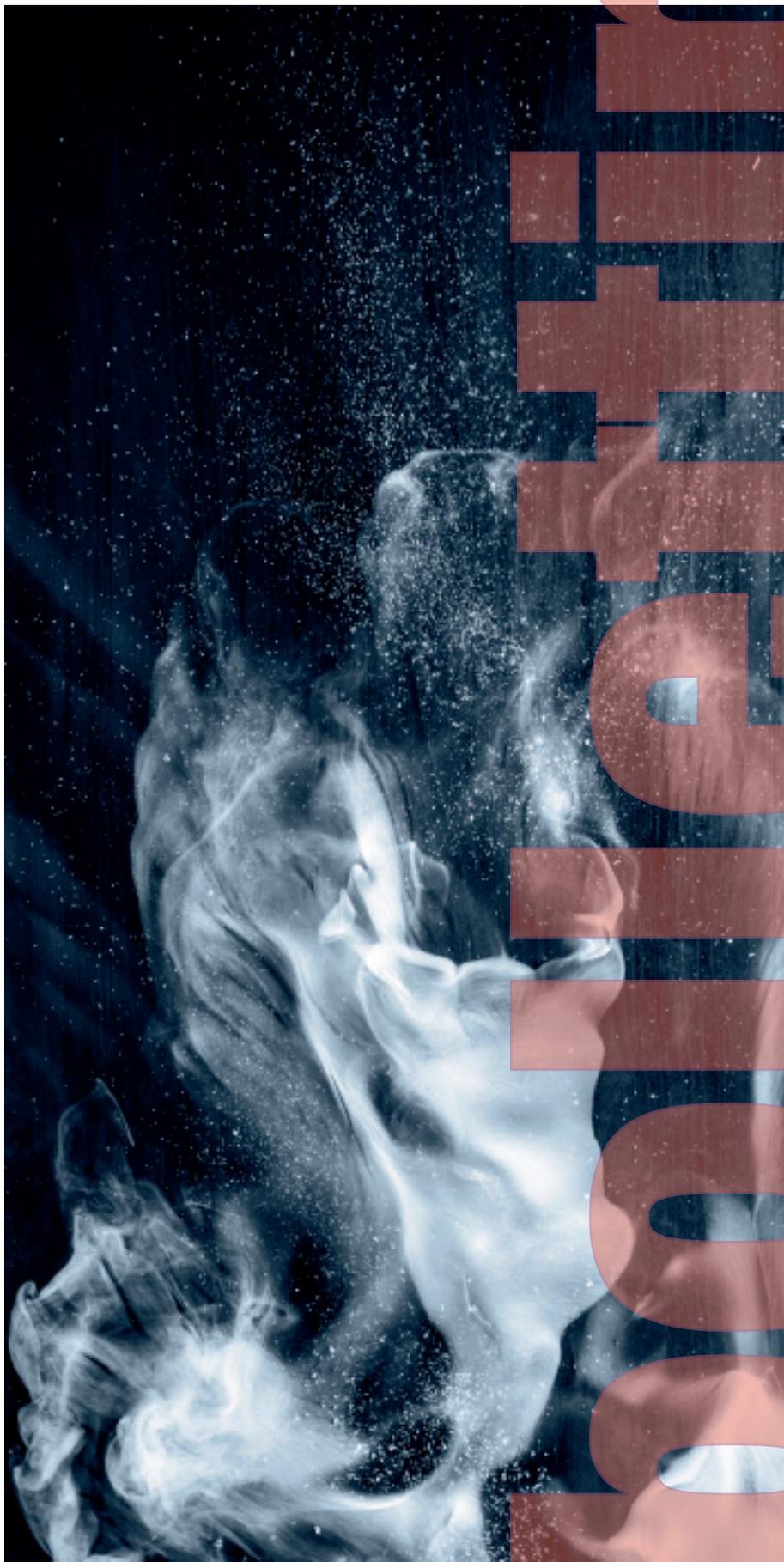
MICHELE VIANA - PAG. 4

SERVA ORDINEM ET ORDO SERVABIT TE! (SANT'AGOSTINO) (CONSERVA L'ORDINE E L'ORDINE TI CUSTODIRÀ)

BIAGIO CICCONE - PAG. 6

LA CEFALEA IN CUCINA

CHEF LUCA BARBIERI - PAG. 7



DIRETTORE SCIENTIFICO

Cherubino Di Lorenzo (Roma)

DIRETTORE RESPONSABILE

Silvia Molinari (Pavia)

DIRETTORE EDITORIALE

Roberto Nappi (Pavia)

COMITATO EDITORIALE

Coordinamento: Ennio Pucci (Pavia)

Marta Allena (Pavia)

Filippo Brighina (Palermo)

Biagio Ciccone (Saviano)

Alfredo Costa (Pavia)

Vittorio di Piero (Roma)

Maurizio Evangelista (Roma)

Enrico Ferrante (Potenza)

Federica Galli (Milano)

Nataschia Ghiotto (Pavia)

Guido Giardini (Aosta)

Rosario Iannacchero (Catanzaro)

Armando Perrotta (Pozzilli)

Grazia Sances (Pavia)

Elisa Sancisi (Ferrara)

Marzia Segù (Vigevano)

Cristina Tassorelli (Pavia)

Cristiano Termine (Varese)

Michele Viana (Lugano)

Per informazioni:

Francesca Cappelletti

c/o Biblioteca

IRCCS Fondazione Istituto Neurologico

Nazionale C. Mondino

Via Mondino 2 – 27100 Pavia

E-mail: alcegroup@cefalea.it

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

Bollettino di informazione bimestrale

EDITORIALE

Cherubino Di Lorenzo

Dott. Cherubino Di Lorenzo
Direttore Scientifico
Cefalee Today

Maldetto coronavirus! Inutile girarci attorno questo virus che ci sta condizionando la vita negli ultimi giorni non poteva non condizionare anche le nostre scelte editoriali per questo numero di 'Cefalee Today'. Avevamo improntato il numero precedente all'augurio per il decennio di belle speranze che si dischiudeva dinanzi a noi e speravamo di poter festeggiare con questo numero i primi traguardi del cambiamento auspicato. L'Agenzia Europea del Farmaco si doveva pronunciare sull'uso degli anticorpi monoclonali anche nella cefalea a grappolo (e dopo il parere favorevole dell'omologa agenzia USA pareva fosse tutto una formalità), ma è arrivato un responso negativo in tal senso, invitando a fare ulteriori studi (quindi un rinvio sine die). Poi si doveva ottenere finalmente il passaggio in fascia A (a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale) degli anticorpi monoclonali per i pazienti emicranici cronici e ad alta frequenza, mentre prima di metà mese sarebbe anche dovuta

arrivare l'approvazione definitiva e bipartisan da parte del Senato della Repubblica di disegno di legge che riconosce la cefalea cronica come una condizione ad impatto sociale. Purtroppo, anche questi due eventi sono sfumati: altre priorità sono sopraggiunte in uno scenario inatteso in cui migliaia di persone lottano tra la vita e la morte, mentre interi territori sono messi in una rigida quarantena. Tutto a causa di questo famigerato coronavirus responsabile del Covid-19, la pandemia (ormai l'OMS l'ha definita così) che tanto duramente si è accanita proprio sul nostro territorio nazionale. Tutto lo staff di 'Cefalee Today', non solo per motivi di prossimità territoriale, è vicino alle famiglie colpite dalla malattia e agli eroi (infermieri, medici, operatori, tecnici, biologi, ma anche personale amministrativo e guardie giurate, chiedendo fin d'ora scusa se ho dimenticato qualcuno) che in questi giorni, a rischio della propria incolumità lavorano nelle strutture sanitarie per dare sollievo e supporto ai malati.

Pertanto, in via del tutto eccezionale, ospiteremo in questo numero, una considerazione del dottor Biagio Ciccone su quanto sta succedendo, sono parole di speranza che ci sentiamo di sottoscrivere e divulgare. Cosa avevamo pensato di proporvi per il numero di marzo di 'Cefalee Today'? Sperando nella pronuncia favorevole sulla rimborsabilità degli anticorpi monoclonali, il nostro Roberto Nappi ha intervistato la dottoressa Marta Allena del Centro Cefalee del Mondino di Pavia, che ci parla appunto delle nuove opzioni terapeutiche nella profilassi delle cefalee. Speriamo che questa emergenza (e i grossi costi economici ad essa correlata) non facciano slittare troppo la procedura di rimborsabilità dei 3 anticorpi, perché se di cefalea non si muore, neppure si vive bene: ve l'assicuro! Ma voi già lo sapete. Senza la rimborsabilità, l'esperienza clinica di ciascun centro sarà molto limitata, rendendo pertanto difficile il prendere la debita dimestichezza con questi farmaci, anche al fine di realizzare gli auspicati studi 'real life' di cui si fa cenno nel testo.

A proposito di vivere male con la cefalea, una delle condizioni maggiormente disabilitanti e un po' neglette nell'emicrania è l'aura. Si tratta di una condizione che spesso viene un po' trascurata, si riserva sempre poco tempo ad essa nell'anamnesi e non si indaga quasi mai come essa venga vissuta dai pazienti. Io lo chiedo e la risposta può essere sintetizzata in tre parole: "con profonda angoscia". Abbiamo così pensato di mettere in cantiere una serie di articoli sull'aura con il dottor Michele Viana che negli ultimi anni si è distinto per una serie di lavori clinici sull'argomento, riportandolo al centro dell'attenzione clinica e dandogli la giusta importanza. Il primo degli articoli, quello presentato in questo numero, è quello più introduttivo, seguiranno negli altri gli approfondimenti.

Infine, per la nostra attesissima rubrica, "La Cefalea in cucina", procediamo in questo viaggio molto eterogeneo che spazia tra il dolore ed i fornelli. Dopo le esperienze culinarie di 2 pazienti un po' speciali, passiamo ora ad un professionista della cucina, che ci racconterà di una esperienza inattesa ed atipica. Si tratta dello chef Luca Barbieri, non un semplice chef ma un ricercatore che, anziché un laboratorio, ha a disposizione le sconfinare cucine degli Spedali Civili di Brescia. Lo chef Barbieri non si è accontentato come gli altri di far da mangiare ai pazienti, no, lui ha studiato tutte le linee guida nutrizionali delle varie patologie (da cui il termine "cucina lineare", cioè che rispetta le linee guida) per fornire a ciascun paziente il pasto giusto. Insomma, un'eccellenza italiana ai fornelli, sconosciuto ai più, ma notissimo nel settore. Negli ultimi tempi, complice la nostra amicizia, ha iniziato ad occuparsi anche dell'emicrania. Come sempre, spero che gli argomenti siano di vostro gradimento. Buona lettura e fateci conoscere i vostri commenti.

Nuove terapie nella prevenzione dell'emicrania: oggi e domani

Marta Allena



Dott.ssa Marta Allena,
Headache Science Center-
IRCCS Mondino Foundation
Pavia

Dott.ssa Allena, oggi vorremmo parlare di una malattia frequente di cui si sa ancora poco: l'emicrania.

L'emicrania è una patologia cronica altamente invalidante e diffusa. Ne soffre, infatti, quasi il 12% della popolazione mondiale, con una netta predilezione per il sesso femminile. Il Global Burden of Disease del 2016 l'ha collocata al primo posto tra le malattie che causano disabilità nella popolazione di età inferiore ai 50 anni, con un impatto personale e socio-economico devastante in termini di costi sanitari e ridotta produttività. Tuttavia, è proprio vero, l'emicrania rimane ancora una malattia misconosciuta e non adeguatamente trattata, a dispetto di una disabilità tanto grave e di costi così imponenti.

L'emicrania si può curare?

Secondo studi recenti, circa il 40% dei pazienti con emicrania può trarre beneficio non solo dalla terapia sintomatica (o acuta), che viene utilizzata per la gestione dell'attacco doloroso, ma anche da una terapia di prevenzione.

Quali sono i fattori che limitano l'efficacia di queste terapie?

Purtroppo, molti dei farmaci impiegati, ad oggi, per la prevenzione dell'emicrania, tra cui antidepressivi, antiepilettici e betabloccanti, sono stati "presi in prestito". La loro indicazione iniziale, infatti, era per altre condizioni cliniche ed è stata individuata, talvolta in modo casuale, una loro efficacia nella prevenzione dell'emicrania. Molto spesso, poi, la scelta della terapia è influenzata dalla presenza di comorbidità (se è presente uno scarso controllo pressorio o una franca ipertensione somministro il beta-bloccante, se c'è una storia di depressione preferisco l'antidepressivo, etc.).

Questo cosa significa?

Significa che il rapporto rischio/beneficio per questi farmaci, non essendo stati sviluppati per la patologia emicranica, non è ottimale. Purtroppo, infatti, lo scenario da cui proveniamo è quello di terapie con efficacia anche discreta, ma molti effetti collaterali, che sono poi le due principali motivazioni di interruzione della terapia da parte del paziente, evento assai frequente. È per questo che c'era e c'è urgenza di sviluppare nuove molecole, nuovi farmaci, che siano specifici per il trattamento per l'emicrania.

Cosa c'è di nuovo?

Il trattamento farmacologico dell'emicrania, in linea con studi di ricerca che hanno permesso una migliore comprensione dei meccanismi fisiopatologici e biomolecolari, è andato incontro ad un'autentica rivoluzione. Possiamo dire che per chi soffre di emicrania sta per iniziare una nuova era: quella degli anticorpi monoclonali, il cui bersaglio è il CGRP,

ovvero il peptide correlato al gene della calcitonina che svolge un ruolo cruciale nella mediazione del dolore.

Ci racconti dottoressa, che cosa è e che ruolo svolge il CGRP?

Da diversi anni sappiamo che un piccolo neuropeptide, il CGRP appunto, prodotto e liberato dalle terminazioni nervose centrali e periferiche trigeminali, può avere un ruolo primario nella genesi del dolore emicranico. Il CGRP, oltre ad avere un effetto vasodilatatore, è coinvolto nella trasmissione dei segnali dolorosi durante gli attacchi di emicrania. In particolare, i livelli di CGRP aumentano in concomitanza delle crisi e tornano alla normalità quando l'attacco si risolve. L'infusione, inoltre, di CGRP nei soggetti con una storia di emicrania può indurre e scatenare gli attacchi dolorosi.

Da queste conoscenze hanno preso avvio studi che nel corso di 3 decenni hanno portato alla messa a punto di molecole capaci di interagire con il CGRP, bloccandone l'azione.

Come agiscono gli anticorpi anti-CGRP?

Si tratta di Anticorpi Monoclonali, derivati principalmente o interamente da cellule umane, progettati per bloccare il recettore del peptide correlato al gene della calcitonina o il CGRP stesso, impedendo quindi l'insorgenza della crisi.

Ma funzionano?

Gli anticorpi anti-CGRP costituiscono una nuova classe terapeutica in grado di prevenire gli attacchi dolorosi emicranici.

I dati desunti dagli studi registrativi sono estremamente promettenti. I pazienti, infatti, riportano una costante e sostenuta riduzione della gravità di malattia. Inoltre, in molti casi (circa la metà dei soggetti), si è riscontrata una riduzione di almeno il 50% dei giorni mensili di emicrania. L'efficacia clinica (ovvero la riduzione dei giorni di cefalea) si vede sin dalla prima somministrazione del trattamento. Si tratta, inoltre, altro aspetto importante, di farmaci ben tollerati con scarsi o quasi nulli effetti collaterali.

Pertanto, gli anti-CGRP, per l'efficacia, la tollerabilità ed il profilo di sicurezza, lasciano intravedere nuove prospettive nella terapia di prevenzione dell'emicrania episodica e cronica. Siamo di fronte, quindi, ad una vera e propria svolta epocale.

Sono già disponibili questi nuovi farmaci?

A dicembre 2018 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale l'approvazione per l'utilizzo clinico di erenumab (Aimovig), il primo e unico fra anticorpi monoclonali che agisca bloccando il recettore del CGRP, nella prevenzione dell'emicrania. La sua somministrazione avviene con iniezione sottocutanea ogni 28 giorni.

A questo, si sono aggiunti nei mesi successivi galcanezumab (Emgality) e fremanezumab (Ajovy), entrambi diretti contro il peptide, che vanno assunti per via sottocutanea ogni mese il primo, oppure mensilmente o trimestralmente il secondo.

Un quarto anticorpo monoclonale, non ancora disponibile in Italia, è l'eptinezumab, l'unico che andrà somministrato per via endovenosa ogni 3 mesi.

Molti Centri Cefalee in Italia hanno iniziato a trattare pazienti tramite campionatura del farmaco, dopo accordi tra Farmacie delle Aziende Ospedaliere e le Aziende produttrici, in attesa di conoscere i criteri di prescrivibilità e la data in cui sarà possibile avviare il trattamento con rimborsabilità da parte del Sistema Sanitario Nazionale.

Cosa dobbiamo aspettarci nei prossimi mesi?

Tutti gli studi finora condotti con gli anticorpi monoclonali anti-CGRP hanno dimostrato piena sicurezza di impiego e tollerabilità sovrapponibile a quella del placebo.

Sono, quindi, ora necessari studi di real life, ovvero di pratica clinica quotidiana per individuare i criteri di un loro impiego ottimale.

Rimangono, infatti, ancora alcune domande senza risposta o con risposte parziali sul loro corretto utilizzo: quali pazienti sono candidabili al trattamento? Per quanto tempo deve durare il trattamento? Come comportarsi in caso di gravidanza e allattamento? Come gestire le altre terapie preventive in caso di terapia con anticorpi monoclonali? Se un paziente non ha risposto ad un anticorpo monoclonale si può pensare di proporre un altro tipo?

Questi farmaci sono costosi?

Sì, hanno un limite di spesa non indifferente. Si tratta di farmaci costosi, con un impatto non trascurabile sul bilancio del sistema sanitario nazionale. Il ruolo, anche da un punto di vista economico, degli anticorpi anti-CGRP potrà essere chiarito e definito solo da ulteriori studi volti a valutarne il costo/beneficio. Ricordiamoci che in Italia il costo annuale legato alla perdita di produttività per emicrania in pazienti con 4 o più giorni di emicrania al mese può superare i 7 miliardi di euro. Quindi, un miglioramento di salute del paziente emicranico può senz'altro avere risvolti positivi anche sulla riduzione di tali costi.

Intervista a cura di Roberto Nappi

L'aura emicranica

Michele Viana



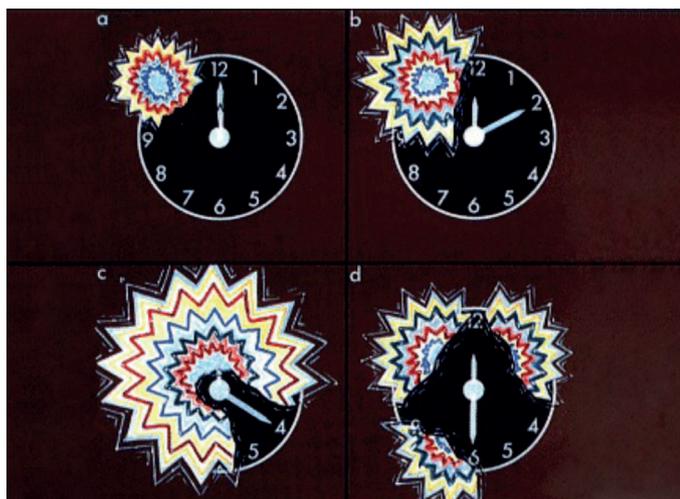
Dott. Michele Viana - Neurologo, ricercatore del King's College di Londra e collaboratore scientifico del Neurocentro di Lugano

Più raramente, in alcuni pazienti, l'aura può venire anche senza emicrania (in questo caso si parla di aura senza cefalea).

L'**emicrania** è la terza malattia più frequente al mondo e l'aura emicranica colpisce un terzo degli emicranici – è pertanto una condizione molto comune (si stima che una persona su 10 ne abbia esperienza almeno una volta nella vita).

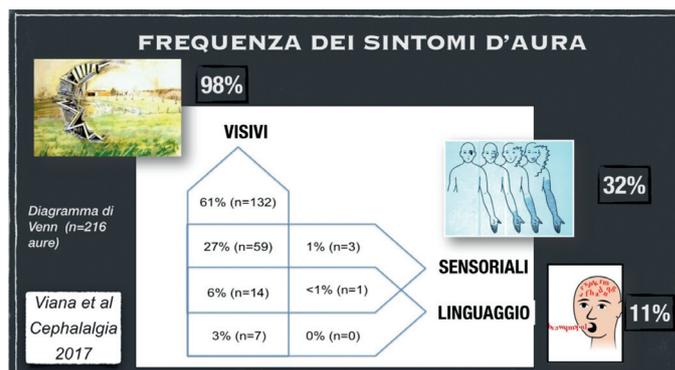
L'aura è un **disturbo neurologico transitorio** che di solito precede o accompagna (prevalentemente nella fase iniziale) gli attacchi di emicrania, che in tal caso vengono definiti "emicrania con aura".

Più raramente, in alcuni pazienti, l'aura può venire anche senza emicrania (in questo caso si parla di aura senza cefalea).



DURATA. L'aura di solito dura dai 5 ai 60 minuti e compare e scompare in modo graduale, progressivo. Non è comunque infrequente che l'aura possa durare più di un'ora, come ho dimostrato in un mio recente studio, mentre è molto raro che si spinga oltre le 4 ore.

SINTOMI. L'aura può essere caratterizzata da diversi sintomi, che possono insorgere insieme o in successione tra loro. I sintomi più frequenti sono i disturbi visivi, sensoriali e i disturbi del linguaggio. Nell'immagine, ho riportato la frequenza di incidenza di questi 3 sintomi nelle auro descritte dai pazienti che hanno partecipato ad un mio studio. Vedete che i disturbi **VISIVI** sono i sintomi più frequenti (98% delle auro), seguono quelli **SENSORIALI** (32%) e i disturbi del **LINGUAGGIO** (11% delle auro).



DISTURBI VISIVI: Quali possono comporre un'aura?

Su questo tema ho recentemente pubblicato una **revisione sistematica della letteratura scientifica** proprio con lo scopo raccogliere e per la prima volta stilare una **LISTA UFFICIALE, di tutti i sintomi visivi possibili nell'aura emicranica**. Trovo che questa lista sia di estrema importanza anche perché la stessa classificazione internazionale delle cefalee (ICHD-III) né è sprovvista e include solo la descrizione di 4 disturbi visivi dell'aura, veramente poco, considerando ciò che leggerete tra poco.

Ecco la lista definitiva di quelli che ho chiamato **DISTURBI VISIVI ELEMENTARI (DVE)** dell'aura:

1. LUCE ABBAGLIANTE
2. VISIONE OFFUSCATA O ANNEBBIATA
3. LINEE A ZIG-ZAG
4. SCOTOMA (unica grande zona cieca nel campo visivo)
5. SCOTOMATA (multiple zone cieche nel campo visivo)
6. FOSFENI (puntini luminosi/stelline)
7. PUNTI o CERCHI BIANCHI
8. PUNTI o CERCHI COLORATI
9. LINEE COLORATE
10. FORME GEOMETRICHE
11. VEDERE ATTRAVERSO VAMPATE DI ARIA CALDA, ACQUA INCRESPIATA o ALTRI LIQUIDI (olio, ...)
12. VISUAL SNOW: puntini (solitamente grigio/nero e bianchi) intermittenti. L'immagine è simile a quella del vecchio televisore quando non era sintonizzato sul canale
13. FIGURA A "C" o a SEMILUNA
14. EMIANOPSIA (metà del campo visivo non è visibile)
15. METAMORFOPSIA (gli oggetti appaiono distorti, ad esempio linee rette diventano curve)
16. VISIONE A TUNNEL o A CANNOCCHIALE (si oscura la parte periferica del campo visivo)

17. OSCILLOPSIA (le immagini vibrano/oscillano)
18. VISIONE A MOSAICO (le immagini risultano suddivise in quadratini come in un mosaico)
19. VISIONE FRATTURATA (le immagini risultano spezzate in elementi difformi come in uno specchio rotto)
20. EFFETTO CORONA (vedere una linea di contorno agli oggetti)
21. ANOPIA (completa mancanza di visione)
22. MICROPSIA (gli oggetti appaiono più piccoli o più lontani di quello che in realtà sono)
23. MACROPSIA (gli oggetti appaiono più grossi o più lontani di quello che in realtà sono)
24. EFFETTO "NEGATIVO" (i colori vengono stravolti come quando si guarda un negativo di una pellicola)
25. ALLUCINAZIONI COMPLESSE (comparsa di qualsiasi immagine riconoscibile come visi, persone, paesaggi, vedute panoramiche, animali, oggetti inanimati, cartoni animati, ecc)



DUE PRECISAZIONI:

1. Tenete presente che **ho estratto e suddiviso i SINGOLI DISTURBI VISIVI ELEMENTARI**: questi possono frequentemente associarsi (presentarsi contemporaneamente) in una singola aura (ad esempio lo scotoma, la luce abbagliante e la linea a zigzag – ma come queste possono formarsi centinaia di altre associazioni...).
2. Attenzione, questi sintomi elencati non sono patognomonicamente di aura emicranica – ovvero, non sono specifici al 100% di aura, ma possono presentarsi in caso anche di altre patologie. Ovviamente, alcuni si prestano di più altri di meno... Ad esempio, la linea a zigzag è molto specifica dell'aura, mentre l'anopia molto meno. È sempre la raccolta della storia clinica fatta da un esperto che consente di porre una diagnosi attendibile (...e su disturbi transitori del sistema nervoso centrale è sempre bene avere la massima certezza di diagnosi, **QUINDI NO ALL' "AUTO-DIAGNOSI", ATTENZIONE!**).

COME SI COMPORTANO QUESTI DISTURBI NEL CAMPO VISIVO?

Come detto, in un episodio d'aura possono comparire uno o più dei disturbi visivi che sopra ho descritto. Solitamente sono da 1 a 4 in un'aura.

Possono avere comportamenti diversi: possono coinvolgere tutto il campo visivo, solo metà od una piccola parte (ognuno può prendersi una parte diversa). **La cosa molto tipica è che questi disturbi visivi una volta che si formano, poi si spostano, si ESPANDONO nel campo visivo.** Ad esempio, è tipico che si possa formare una piccola macchia cieca nel centro del campo

visivo e che tale macchia poi vada ad ingrandirsi e ad espandersi lateralmente, magari acquisendo una forma a zigzag colorata con caratteristiche scintillanti o intermittenti, andando poi a scomparire per una durata complessiva di 30 minuti. Come vedremo dopo, questo comportamento ricalca quello della **CSD** (*Cortical Spreading Depression*) che corre sulla corteccia visiva – dando quindi manifestazioni in differenti zone del campo visivo a seconda del tempo dall'inizio dell'aura.

DISTURBI SENSORIALI

In un'aura su tre sono presenti anche disturbi sensoriali: di tipo **positivo** (formicolii, sensazione di aghi spilli) o **negativo** (intorpidimento o mancanza di sensibilità/anestesia), che si muovono con una lenta **marcia** dal punto di origine e interessano una parte più grande o più piccola di un lato del corpo e del viso. I sintomi sensoriali coinvolgono classicamente un lato del corpo. La mano (96% dei casi) e il viso (67%) sono le parti del corpo più spesso colpite, mentre l'arto inferiore (24%) e il tronco (18%) sono meno comunemente coinvolti.

DISTURBI DEL LINGUAGGIO

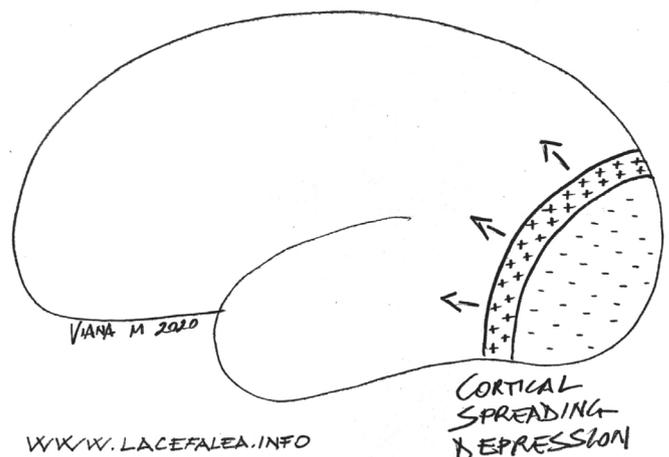
In un 10% delle aure vi sono anche disturbi del linguaggio, che più comunemente sono costituiti da errori di produzione/espressione. Essi vanno dalla totale incapacità ad esprimersi o al reperire alcune parole o ancora più frequentemente nell'omissione, nella sostituzione, nella delezione, o nella trasposizione di fonemi o di parole (parafasie). Gli errori di comprensione si verificano meno frequentemente (38% dei casi).

QUALE È LA CAUSA DELL'AURA?

Anche se la ricerca avrà bisogno di un po' di tempo per chiarire definitivamente la questione sembra ormai assodato da tempo che l'aura sia dovuta alla **"Cortical Spreading Depression" (CSD)**.

La **CSD** è un'onda di eccitazione seguita da un'attività di depolarizzazione (quindi un po' come un momentaneo "sbalzo di tensione sulla linea") sulle cellule nervose (neuroni) della corteccia del cervello (la parte più esterna/superficiale dell'encefalo, dove sono maggiormente presenti i centri di controllo del sistema nervoso). La CSD di solito si forma nella corteccia occipitale – ove risiede l'area visiva (troverete una rappresentazione molto schematica a matita che ho creato a scopo esemplificativo per questo articolo).

È quindi proprio per questo che nella quasi totalità delle aure sono presenti, e per primi, i disturbi visivi. La CSD ha la proprie-



tà di diffondersi ("spreading" significa proprio questo) e lo fa lentamente nella parte superficiale (la corteccia appunto) del cervello. In quella zona del cervello (la parte occipitale, che è posteriore) la CSD avrà un percorso quasi obbligato in direzione anteriore, dove incontrerà – in base alla neuroanatomia – le zone sensoriali e del linguaggio. Capite così perché verranno generati i sintomi di quelle pertinenze (disturbi della sensibilità come formicolii e disturbi del linguaggio come difficoltà ad esprimersi...).

Senza addentrarmi in ulteriori spiegazioni troppo complicate, che richiedono fondamenti di biologia, neuroanatomia, fisiologia e molto altro ci tengo a fornire 4 punti fermi:

- 1) questo fenomeno (la CSD e quindi l'aura, nella sua forma normale) **non è un disturbo vascolare**, ma NEURONALE (dovuto appunto alla CSD). Tale fenomeno deriva da una disfunzione intrinseca delle cellule cerebrali (i neuroni appunto), le arterie non centrano nulla. C'è un correlato vascolare, ma solo perché in zone dove aumenta o diminuisce l'attività cerebrale il flusso sanguigno locale si autoregola di conseguenza (può rispettivamente aumentare o diminuire), ma ciò è fisiologico.
- 2) La CSD non è un fenomeno epilettico.
- 3) La CSD nelle sue manifestazioni tipiche non danneggia il sistema nervoso centrale.
- 4) La CSD è una proprietà intrinseca del cervello del paziente predisposto ad avere attacchi di emicrania con aura, derivate da una sua predisposizione biologica.

BIBLIOGRAFIA

1. Viana M, Tronvik EA, Do TP, Zecca C, Hougaard A. *Clinical features of visual migraine aura: A systematic review*. **The Journal of Headache and Pain**. 2019; 20:64
2. Viana M, Sances G, Linde M, Nappi G, Khaliq F, Goadsby PJ, Tassorelli C. *Prolonged migraine aura: new insights from a prospective diary-aided study*. **J Headache Pain**. 2018; 19(1): 77.
3. Schankin CJ, Viana M, Goadsby PJ. *Persistent and Repetitive Visual Disturbances in Migraine: A Review*. **Headache**. 2017; 57(1): 1-16
4. Viana M, Sances G, Linde M, Ghiotto N, Guaschino E, Allena M, Terrazzino S, Nappi G, Goadsby PJ, Tassorelli C. *Clinical features of migraine aura: Results from a prospective diary-aided study*. **Cephalalgia**. 2017; 37(10): 979-989.
5. Viana M, Goadsby PJ. *Migraine with Aura Phenomenology and Length*. **US Neurology**. 2014;10(2):111-6.

Serva ordinem et ordo servabit te! (Sant'Agostino) (conserva l'ordine e l'ordine ti custodirà)

Biagio Ciccone

Domenica chiudevo il mio post con questa frase di Sant'Agostino, che ho imparato a conoscere dagli anni 90 grazie alle mie amiche suore benedettine di Sant'Agata sui due Golfi e più passano le ore più penso che sia attualissima.

Ho deciso di chiudere tutti i miei ambulatori e di fermare ogni attività di consulenza ambulatoriale e domiciliare. Infatti, nelle ultime 48 ore ho constatato due cose:

- la prima che le prestazioni da me erogate sono spesso differibili;
- la seconda, molto più importante, è che ciascuno di noi deve fare la sua parte.

Non ho solo paura per me e per i miei cari, ma se io sto a casa ho rispetto anche per i miei pazienti che non dovranno muoversi. Vedo ancora troppa poca consapevolezza del rischio e del grave problema infettivo, che potrebbe a breve colpirci.

Da professionista impegnato da anni sul campo noto distacco e senso di eccessiva sicurezza, quasi presunzione, da parte di molte persone. Allora ho pensato che c'è bisogno di un segnale forte, di scelte corresponsabili, solidali non avere!

Da questa situazione possiamo uscire vittoriosi, se riusciamo ad avere da subito comportamenti collettivi corretti, ma se ognuno pensa al proprio orticello o attende decisioni che piovano dall'alto o peggio ancora sottovaluta il problema, i danni saranno enormi e la sconfitta collettiva certa.

Adesso tocca a noi, ad ognuno di noi, senza pensare che il problema è lontano o di altri, tocca a noi essere corresponsabili, perdere qualcosa oggi per poterlo riavere domani. Il coronavirus, qui in Campania, possiamo ancora fermarlo in tempo, bisogna fermare il contagio e per farlo bisogna stare a casa e limitare completamente i contatti fra gli individui, in poche settimane sarà solo un ricordo; diversamente, ci vorrà molto più tempo e non sappiamo se il prezzo da pagare sarà basso.

Questa è una grande opportunità per un popolo, quello campano, e per un Paese, l'Italia, di dimostrare pienamente la saggezza che ci appartiene, che ci ha fatto nella Storia invidiare da tutti gli altri popoli, che ci ha fatto dominare il mondo con la nostra cultura e le nostre arti. Questo è il tempo della prova, ma anche della responsabilità, è il tempo in cui uno vale due, cento mille, è il tempo del Noi tutti insieme ce la faremo!

Dr. Biagio Ciccone, Neurofisiopatologo - Saviano (NA) - 10 marzo 2020

La Cefalea in cucina



Quando si parla di patologie, è quasi sempre inevitabile parlare di terapia farmacologica. D'altronde, grazie al continuo sforzo dei ricercatori in ambito farmacologico, è soprattutto attraverso l'impiego dei farmaci che si riesce a curarle e tenerle sotto controllo. Negli ultimi anni, però, l'intuizione di molti esperti ha fatto in modo che l'arte culinaria, espressa nelle sue forme più evolute, supportasse la terapia farmacologica. Ho sempre sostenuto che il cibo vada considerato come un farmaco: l'abusarne o il privarsene potrebbe causare effetti devastanti.

Cucinalinearemetabolica, la filosofia culinaria che divulgo da anni, ha come obiettivo la corretta trasformazione delle materie prime con l'identificazione delle tecniche più idonee di trasformazione e fortificazione, in base alla patologia in questione. In pratica, il percorso che fino a qualche anno fa era un caposaldo si è invertito: non più dalla dieta agli alimenti, ma dagli alimenti alla dieta. La mia visione culinaria con tutti gli accorgimenti utili riguardanti l'emicrania, in questo specifico caso, è in continua evoluzione. Ho realizzato un protocollo molto interessante dopo aver letto libri e consultato fonti bibliografiche scientifiche.

Ho voluto specificare le tecniche di manipolazione degli alimenti classificati come allergeni, dei "trigger" individuati come potenziale causa di emicrania e, nello specifico, il glutammato non è contemplato nella mia visione culinaria.

Ho lavorato moltissimo sulla corretta tecnica di cotture di tutte le materie prime, ho creato vere e proprie linee guida in modo da semplificare i passaggi tecnici per renderli alla portata di tutti coloro che vogliono cucinare con criterio tra le mura domestiche. Come da indicazioni dei Medici e Biologi Nutrizionisti, ho curato in modo maniacale le cotture degli pseudo cereali, dei legumi, la lavorazione delle farine integrali e dei legumi stessi, in modo da ottenere prodotti sempre più "leggeri e completi" dal punto di vista nutrizionale.

Pensate solo che le farine di legumi e gli pseudo cereali, naturalmente privi di glutine, possono essere assunte con grandi risultati in termini di salute e benessere, non solo dalle persone celiache, ma anche da quelle diabetiche, da coloro che curano il sovrappeso ed anche da coloro che soffrono di emicrania.

Nel programma culinario di *Cucinalinearemetabolica* dedicato all'emicrania, ho chiaramente eliminato gli alimenti ricchi di istamina e gli alimenti istamino-liberatori, preferendo e lavorando sugli alimenti freschi: formaggi, pesce (eliminando crostacei e frutti di mare, pesci in scatola, affumicati, marinati o salati), carni fresche (evitando il maiale), frutta, consentita per realizzare anche piacevoli desserts.

Inoltre, da diverso tempo l'EFSA ed altre Autorità di settore a

livello internazionale, hanno sensibilizzato ed impartito direttive riguardanti l'acrilammide.

L'acrilammide è una sostanza che può formarsi, in modo del tutto naturale, durante la cottura dei prodotti amidacei contenenti zucchero e l'aminoacido asparagina, come patate, cereali, caffè, pane, pizza, biscotti, fette biscottate. Si sviluppa quando la temperatura di cottura supera i 120°C, quindi con la frittura, la cottura al forno e in prodotti panati cotti in padella. L'acrilammide ha un ruolo neurotossico e può essere associata a vari disturbi neurologici, inclusi i sintomi dolorosi.

È fondamentale, dunque, ridurre le temperature di cottura dei prodotti da forno, sbianchire (regola generale: immergere gli alimenti nell'acqua in ebollizione, che smetterà di bollire; non appena l'acqua riprende il bollore, estrarre gli alimenti) le patate prima di farle friggere, controllare le temperature dell'olio per la frittura affinché sia intorno ai 170°C.

Se cucinate al forno, impostate la temperatura a 150/160°C, utilizzando teglie rivestite con carta da forno, cercando di rigirarle delicatamente ed evitando così che si formino bruciature sugli angoli. Consiglio l'acquisto di patate di qualità: Agria, Jelly e Spunta, che contengono una quantità molto inferiore di asparagina.

Non dimentichiamoci poi delle carni alla griglia o alla piastra. Le modalità di esecuzione non corrette possono causare la formazione delle HCA, amine eterocicliche. I fumi derivanti dal grasso che cola sulle braci formano i PHA, idrocarburi aromatici policiclici, pericolosissimi per il nostro organismo.

Infine, vi ricordo che le verdure oppure gli ortaggi sono fonte inesauribile di vitamine. Il solo lavaggio può causare la perdita della fondamentale vitamina C. Per questa ragione, il trattamento termico degli stessi deve essere sempre consona alla tipologia del prodotto in questione.

Questa è solo una sintesi di tutto il lavoro svolto, stiamo lavorando ancora con molta dedizione ed attenzione al fine di fornire risposte sempre più valide.

Per vostra opportuna informazione, a breve, uscirà il mio settimo libro, un manuale "inesauribile", ricco di tante informazioni utili. I migliori saluti metabolici

Chef Luca Barbieri* - <http://www.cucinalinearemetabolica.it/>

*Attualmente, lo Chef Luca Barbieri collabora in qualità di Consulente supervisore direzionale, con incarico di svolgere progetti speciali riguardanti la nutrizione clinica, la ricerca, la sperimentazione, la dietetica e la formazione, presso la società che gestisce l'industria alimentare degli Spedali Civili di Brescia.

Collabora, inoltre, come consulente con importanti realtà del settore, ricerca, sviluppo, formulazione, produzione di alimenti dedicati al benessere ed ai regimi dietetici speciali.

In stretta collaborazione con aziende leader a livello internazionale, opera in qualità di docente formatore, curando inoltre un progetto pilota riguardante il microbiota intestinale e l'akkermansia (batterio del microbiota intestinale che sembrerebbe essere protettivo verso diabete, obesità ed epilessia).