



CEFALEE TODAY

for the research on headache and clinical neuroscience

N. 128 SETTEMBRE

EDITORIALE

CHERUBINO DI LORENZO - PAG. 2

DOLORE PELVICO CRONICO: DIFFUSO E SPESSO ACCOMPAGNATO DA EMICRANIA

SILVIA MALAGUTI - PAG. 3

CEFALEA DA FAME (O DA DIGIUNO)

NATASCIA GHIOTTO PAG. 4

LA CEFALEA IN CUCINA - IL CAFFÈ E IL MAL DI TESTA: QUALE RELAZIONE?

ELEONORA DI PIETRO - PAG. 5

CEFALEE TODAY AMARCORD - L'EMICRANIA E IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

EMANUELA GEROSA - PAG. 6

PREMIO "PAOLO ROSSI" E LIFE ACHIEVEMENT AWARD

PAG. 6



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

Ben ritrovati, amiche e amici. Anche questa caldissima estate è passata e con l'operoso autunno riprendono tutte le attività. Sì, sa, il mal di testa non va mai in vacanza, ma noi speriamo che vi abbia dato un po' di sollievo, ma ahimè, si sa che spesso il caldo eccessivo e gli esotici stravizi dell'anarchia vacanziera non sono affatto d'aiuto. Tra le tante attività ricominciate in questo periodo, ci sono i congressi, finalmente tornati in presenza, pur nel rispetto delle norme del distanziamento e del green pass. Come non menzionare allora il recentissimo convegno internazionale per i 50 anni del Centro Cefalee Mondino di Pavia, fondato dal prof. Giuseppe Nappi. Tutto l'ecosistema a cui noi facciamo riferimento, da questo rotocalco alla fondazione CIRNA (di cui nel 2020 è ricorso il trentesimo anniversario), passando per l'associazione Al.Ce. Group, fa riferimento all'attività visionaria

e contestualmente concreta che il prof. Nappi ha tenacemente portato avanti nel corso degli anni. Ecco perché alla fine dell'evento ha ricevuto un premio alla carriera intitolato "Lifetime Achievement Award", con una scultura commemorativa dell'artista pavese Luciano Ferro, intitolata "il viaggio", evocativa della ricerca scientifica come un viaggio di esplorazione per il progresso delle conoscenze che, scoperta dopo scoperta e di generazione in generazione, continua nel tempo. Questo è il giusto tributo per chi ha passato il testimone, ma ancora è una guida per i propri successori, discepoli ed epigoni, da lui indirizzati in questa corsa infinita. Da ultimo tra i suoi allievi non posso che esser felice per questo tributo onoratogli. Sempre nel convegno di Pavia vi è stata una sezione realizzata con Al.Ce. Group-CIRNA Foundation più dedicata ai pazienti e alle loro problematiche. In particolare, c'è stato un intervento molto apprezzato sulla telemedicina nelle cefalee, argomento già trattato anche da noi e sul quale torneremo nel nuovo anno. Al termine della "nostra" sezione del congresso è stato conferito, come annunciato nello scorso numero, il premio Paolo Rossi per un giovane ricercatore nel settore delle cefalee. È davvero bello ricordare così il nostro amico precocemente scomparso e onorare il suo nome, perché la sua missione non termini. "Non si è morti finché si è vivi nella memoria di chi ci ha amati" recita un proverbio e Paolo e la sua opera sono vivissimi tra noi e ancora ci ispirano. Il premio è andato al dott. Roberto De Icco del Mondino di Pavia, che della cinquantennale esperienza pavese nelle cefalee rappresenta il futuro prossimo. Prima di presentarvi il numero, è altrettanto doveroso menzionare un argomento su cui dovremo tornare nei prossimi numeri: la relazione tra cefalea e vaccino anti covid. L'argomento è caldo nei gruppi di discussione tra i pazienti, tante richieste di chiarimento (e di esonero) ci arrivano dai pazienti e molte evidenze su questa relazione stanno emergendo nella letteratura scientifica. Vi anticipo una conclusione di buon senso che è possibile estrapolare da quanto fin ora si sa: vaccinatevi e non abbiate paura. Qualsiasi cosa accada con la vaccinazione alla vostra cefalea sarà transitorio e di entità minore a ciò che potrebbe farvi il contrarre la malattia.

Ma veniamo ora ai contenuti del numero in uscita.

Come sapete, siamo sempre interessati ad analizzare a 360 gradi la dimensione dei problemi vissuti dai nostri pazienti. Così, nella solita intervista di Roberto Nappi, affrontiamo con la dott.ssa Silvia Malaguti, Neurofisiopatologa e Neurourologa, il problema del dolore pelvico cronico, condizione negletta ma molto invalidante dell'universo femminile (e non solo). Come sapete, il grosso dei pazienti dei centri cefalee è costituito da donne e spesso questa condizione è comorbida (cioè, si presenta contemporaneamente) all'emicrania. Talvolta, ne può costituire un meccanismo diretto o indiretto di cronicizzazione. Crediamo sia doveroso concorrere alla diffusione della conoscenza di tale argomento, nell'ottica di favorire una maggiore coscienza collettiva rispetto a questi problemi, anche per spingere magari le nostre lettrici a riconoscersi nel quadro clinico e sentirsi meno sole.

Il successivo articolo, a cura della dott.ssa Nataschia Ghiotto, affronta un tema molto interessante e "vischioso": la cefalea da fame. È sempre molto complesso capire se essa sia un trigger di una sottostante emicrania o una forma a sé stante, ma sicuramente occorre conoscerne

esistenza e caratteristiche, per evitare d'incapparvi. Lo ripetiamo sempre: la prima strategia antiemicranica è l'igiene di vita. Ebbene, la regolarità dei pasti, assieme a quella del sonno, è al primo posto nel mantenere questa igiene.

Per la rubrica "la Cefalea in cucina" presentiamo un articolo della dott.ssa Eleonora Di Pietro, biologa nutrizionista dell'Associazione Eupraxia, inerente un'altra bevanda nera di colore e molto amata / odiata da tutti gli emicranici: il caffè. Ne approfitto per fare anche gli auguri alla dott.ssa Nesci, autrice del pezzo precedente della nostra rubrica, neo sposa proprio nei giorni scorsi.

Infine, nella rubrica "Amarcord" riprendiamo un vecchio articolo del 2001 sull'emicrania e la medicina generale, il pezzo è sempre attuale nonostante il trascorrere del tempo ed è un modo per salutare la dott.ssa Emanuela Gerosa, anch'essa storica collaboratrice della Direzione Scientifica del Mondino di Pavia, che recentemente è andata in pensione.

Come sempre, spero che gli argomenti siano di vostro gradimento. Buona lettura e fateci conoscere i vostri commenti.

Dolore Pelvico Cronico: diffuso e spesso accompagnato da Emicrania

Silvia Malaguti



Dott.ssa Silvia Malaguti, Neurofisiopatologa Neurourologica, Centro della Pelvi Malaguti Lamarche - Milano

Dott.ssa Malaguti, cosa si intende per "Dolore Pelvico Cronico" e quanto è diffuso nella popolazione?

Con Sindrome del Dolore Pelvico Cronico (Chronic Pelvic Pain Syndrome - CPPS) intendiamo il dolore percepito nell'area pelvica, continuo o intermittente che dura più di 6 mesi, spesso accompagnato da sintomi urinari, disturbi evacuativi, disfunzioni sessuali.

Il coinvolgimento delle strutture pelviche mio-fasciali e osteo-articolari, gli aspetti negativi

cognitivo-comportamentali e psico-emotivi associati riducono significativamente la qualità di vita delle persone affette.

Assieme all'asma, la lombalgia cronica e la cefalea è uno dei maggiori problemi di salute pubblica. Colpisce circa il 26% della popolazione femminile mondiale in età riproduttiva e il 14% delle donne in menopausa. Nell'uomo al di sotto dei 50 anni ha una prevalenza del 2-16% e causa il 90% delle prostatiti abatteriche con sintomi urinari e disfunzione sessuale.

Quali sono i sintomi principali?

I più comuni sono la sensazione di pressione/dolore sovrapubico, inguinale, perineale, tensione, bruciore perianale o presenza

di un corpo estraneo intrarettale. Spesso insorgono spontaneamente, irradiandosi in sede vulvo-vaginale, scrotale-penieno o in area sacro-coccigea. Talvolta, i sintomi sono lateralizzati e si modificano con la postura. Possono associarsi sintomi sensitivi minzionali o evacuativi (frequenza e urgenza), espressione di ipersensibilità viscerale, oppure ritenzione urinaria o stipsi. Accompagnano o seguono la minzione, l'evacuazione, l'iaculazione. Nei casi più severi rivelano una ipersensibilità/allodinia al contatto, rendendo difficile o impossibile la postura in assise e i rapporti sessuali, con importanti ripercussioni psico-emotive. Nella CPPS frequentemente si associano altre sindromi dolorose come la dismenorrea, l'endometriosi, la sindrome del colon irritabile (IBS), la sindrome della vescica dolorosa/cistite interstiziale (BPS/CI) che tra loro manifestano un alto grado di comorbidità: nel 48% delle donne che soffrono di BPS/IC c'è endometriosi, il 30-75% delle donne con BPS/IC soffre di IBS. La complessità della sintomatologia richiede quindi una diagnosi approfondita per una terapia efficace.

Quali sono le cause ed è possibile fare opera di prevenzione?

Le cause includono fattori neurologici, viscerali, somatici, esperienze traumatiche fisiche e/o psichiche, disordini psichiatrici o anomale reattività allo stress.

I visceri pelvici (utero, intestino e vescica) e le strutture miofasciali e osteo-articolari condividono le vie nervose, rendendo pertanto difficile la distinzione tra cause somatiche e viscerali del dolore.

La sensibilizzazione crociata visceroviscerale per cui un organo può ipersensibilizzare un altro organo pelvico e la convergenza viscerosomatica, per cui la persistente stimolazione nocicettiva viscerale può portare alla stimolazione nocicettiva somatica, spiegano perché l'IBS, la BPS/IC e l'endometriosi possono presentarsi con dolore pelvico, ipertono del pavimento pelvico, mialgia, addominalgia, lombalgia.

Analogamente, esiti traumatici o disfunzioni posturali con sequele muscolo-scheletriche, mio-fasciali pelviche e nevralgiche (genito-femorali, ilio-inguinali, ilio-ipogastriche e pudendali) possono associarsi a urgenza, frequenza ed incompleto svuotamento vescicale o retto-ale.

Nel 50-90% delle pazienti con CPPS il dolore ha origine muscolo-scheletrica.

L'incrementata e cronica attività trasmessa dalle strutture viscerali e somatiche ai centri midollari spinali e cerebrali determina una modulazione dei sistemi di controllo del dolore, amplificandone la risposta del sistema nervoso centrale e riducendone l'inibizione.

La prevenzione della CPPS si basa sull'identificazione e trattamento dei fattori predisponenti e scatenanti, unita al mantenimento di uno stile di vita sano. L'endometriosi, per esempio, predispone e mantiene l'infiammazione e l'ipersensibilità viscerale, crea tensione miofasciale ed ansia che a sua volta si riflette negativamente sulla vita intima della paziente.

Come può essere curata? Si può guarire?

Sebbene la diagnostica iniziale debba escludere cause organiche e viscerali del dolore, la terapia organo-specifica da sola non è quasi mai risolutiva. Per evitare prolungate terapie inefficaci e soprattutto interventi chirurgici non necessari, data la natura multifattoriale e complessa della CPPS, è necessario un approccio bio-psico-sociale multidisciplinare in centri specializzati che sappiano identificare la sensibilizzazione centrale, le

componenti nevralgiche, disfunzionali miofasciali e somatiche. La valutazione iniziale deve prevedere una storia dettagliata, la revisione delle indagini diagnostiche e delle terapie precedenti. L'esame fisico di tutte le componenti pelviche è fondamentale per identificare eventuali disfunzioni miofasciali, osteo-auricolari pelvi-rachidee e posturali secondarie ad eventi traumatici o post-chirurgici. L'ipertono del pavimento pelvico, la nevralgia o neuropatia del pudendo possono a loro volta essere responsabili del dolore e dei sintomi minzionali ed evacuativi, della dispareunia e dei disturbi sessuali. La valutazione funzionale e neurofisiologica del pavimento pelvico è necessaria per non definire "idiopatico" il dolore lamentato dal paziente.

Le strategie terapeutiche di maggiore successo prevedono l'uso combinato dei farmaci per il controllo sintomatico del dolore e della riabilitazione per il recupero funzionale attraverso la terapia manuale, la fisioterapia, la rieducazione posturale, l'integrazione nutrizionale e la dieta, la terapia cognitivo-comportamentale.

Gli anti-infiammatori e gli oppiacei sono giustificabili per esempio in fase subacuta post-chirurgica, mentre gli antidepressivi triciclici, gli SSRI e antinevralgici sono indicati nelle forme neuropatiche.

Attenzione agli effetti collaterali come la stipsi che possono peggiorare la sintomatologia, aumentando la tensione miofasciale del pavimento pelvico ed incrementando l'ipersensibilità viscerale.

La strategia riabilitativa e la fisioterapia per le disfunzioni muscolo-scheletriche devono essere personalizzate considerando le caratteristiche biomeccaniche costituzionali, le disfunzioni posturali, le attitudini individuali verso determinate attività fisiche e le eventuali barriere psicologiche.

Centrale nella gestione della CPPS è l'approccio psicologico, che con la terapia cognitivo-comportamentale si è dimostrata efficace nella riduzione della disabilità secondaria indotta dal dolore.

Particolare attenzione alla dieta, anch'essa personalizzata, per la possibile coesistenza di IBS e BPS/IC e per correggere eventuali abitudini, come per esempio la riduzione dell'idratazione o la scarsa nutrizione, instaurate per alleviare i sintomi.

Si tratta indubbiamente di una patologia di genere, così come lo sono le Cefalee, in particolare l'Emicrania, se consideriamo che circa il 70% di chi soffre di Emicrania è donna. C'è una qualche correlazione tra le due patologie?

L'emicrania è comune nelle donne con CPPS, anche senza endometriosi. Oltre il 50% delle donne con dismenorrea, il 23-53% con IBS e il 70% con IC/BPS, soffre di cefalea.

La sensibilizzazione centrale, responsabile dell'allodinia, iperalgesia e l'allargamento del campo recettoriale neuronale, caratterizza sia la cefalea che la CPPS.

Così come per l'emicrania, è indispensabile prevenire precocemente la sensibilizzazione centrale con la terapia farmacologica; riconoscere e trattare rapidamente i fattori predisponenti, scatenanti e cronicizzanti si può rivelare la chiave fondamentale per curare la CPPS.

Cefalea da fame (o da digiuno)

Natascia Ghiotto



Dr Natascia Ghiotto,
Centro Cefalee - IRCCS Mondino,
Pavia

Con cefalea da fame o cefalea da digiuno si intende una cefalea che si può verificare a seguito di astinenza prolungata dal cibo.

Il digiuno può assumere differenti valenze tra cui si annoverano il digiuno come pratica religiosa, il digiuno come strumento politico, il digiuno come "medicina interna". Infatti, è considerato una delle più antiche e diffuse tradizioni curative del mondo.

Ippocrate di Cos, considerato il padre della medicina moderna, scriveva: "Mangiare quando si è malati significa nutrire la propria malattia".

Gli antichi greci credevano infatti che le cure mediche potessero essere osservate dalla natura. Le persone, come la maggior parte degli animali, non mangiano quando si ammalano.

La cefalea da digiuno è inserita nel capitolo 10 della 3^a Classificazione Internazionale delle Cefalee della International Headache Society (2018 – edizione italiana a cura di V. Guidetti e L. Savi) facendo parte delle forme attribuite a disordini dell'omeostasi insieme alla cefalea da ipossia/ipercapnia, cefalea da dialisi, cefalea da ipertensione arteriosa, cefalea da ipotiroidismo e cefalea cardiaca.

Quali sono le caratteristiche di questa forma di cefalea?

La cefalea viene definita come una cefalea diffusa che non soddisfi i criteri dell'emicrania o di uno qualsiasi dei suoi sottotipi e che rispetti una delle seguenti caratteristiche: digiuno da almeno 8 ore ed evidenza di rapporto di causalità dimostrato con il digiuno (la cefalea si è sviluppata durante il digiuno e la cefalea è significativamente migliorata dopo l'assunzione di cibo)

Il mal di testa da digiuno è quindi caratterizzato da un dolore diffuso o a livello della fronte bilateralmente, non pulsante e di intensità lieve / moderata. Quindi, presenta caratteristiche molto differenti rispetto alle crisi emicraniche.

Tuttavia, questa forma di cefalea si riscontra con maggiore frequenza in soggetti con una precedente storia di cefalea; in questo caso, soprattutto se il paziente è emicranico, la cefalea può essere simile alle crisi abituali. Ricordiamo, infatti, che il digiuno può essere elencato tra i vari fattori scatenati l'emicrania.

Le ragioni del problema non sono state ancora definite con certezza, ma molti autori sono portati a ritenere che la causa principale sia da attribuirsi alla variazione dei livelli di glucosio nel sangue (glicemia). In effetti, il glucosio svolge un ruolo fondamentale nel metabolismo energetico del cervello ed è molto probabile che il calo della glicemia induca alcune variazioni nel sistema nocicettivo tali da provocare il mal di testa. È plausibile, quindi, l'ipotesi che il dolore alla testa che si avverte dopo un certo periodo di digiuno sia una sorta di "sveglia"

che serve a ricordarci che il cervello ha alcune necessità metaboliche che devono essere correttamente soddisfatte.

Le cose però si complicano perché la cefalea attribuita al digiuno può insorgere anche in assenza di ipoglicemia: infatti, l'ipoglicemia indotta da insulina non precipita la cefalea in soggetti affetti da emicrania e la cefalea non fa parte dei disturbi riferiti dai pazienti che giungono al Pronto Soccorso con ipoglicemia sintomatica.

Quindi quali sono le basi fisiopatologiche della cefalea da digiuno? Studi iniziali hanno indirizzato l'ipotesi eziopatogenetica di questa forma di cefalea sull'ipoglicemia (H. J. Roberts, 1967), ma successivamente l'attenzione è stata spostata sui livelli di insulina nel sangue. Le conclusioni di alcuni studi degli anni 70, nei quali sono stati valutati i livelli ematici di glucosio e di insulina durante la somministrazione endovenosa di glucosio e durante la somministrazione di tolbutamide (un potente ipoglicemizzante), sono state che molti emicranici tollerano bene bassi livelli glicemici e che la cefalea da digiuno deve avere meccanismi differenti. Infatti, rispetto a un gruppo di controllo di soggetti non affetti da emicrania è stato osservato un forte calo dei livelli ematici di triptofano nei pazienti con emicrania durante il test di tolleranza alla tolbutamide, suggerendo che gli attacchi di emicrania possono essere indotti in alcuni soggetti da un disturbo del turnover della 5-idrossitriptamina (Marco Poloni, 1976).

Molti anni dopo si è giunti alla conclusione che il problema alla base di questa cefalea verosimilmente è l'iperinsulinemia e questo soprat-

tutto nei soggetti che già soffrono di emicrania.

Non è ancora del tutto chiarito cosa significhino i dati sulle alterazioni insulinemiche negli emicranici e perché le due cose dovrebbero essere correlate. Pare che il recettore per l'insulina abbia un forma diversa negli emicranici, ma ciò non sembra alterarne la capacità di lavoro. Sono state identificate mutazioni del gene per l'insulina, ma il suo significato nell'emicrania non è chiaro. Varie pubblicazioni hanno posto l'accento su un aumento dello stress ossidativo. Una meta-analisi su questo non conferma in generale un legame significativo, ma il legame pare esserci tra stress ossidativo ed emicrania nei pazienti iperinsulinemici.

Un argomento nuovo, che data il suo inizio verso la metà degli anni 2000, è quello delle adipochine, i cui livelli sono aumentati negli emicranici, che potrebbero svolgere un ruolo di mediatori dell'infiammazione.

Come si cura la cefalea da digiuno?

È banale dirlo ma, per evitare mal di testa da digiuno, non bisogna saltare i pasti. Detto ciò, ci possono essere delle situazioni imprevedibili e inevitabili, come ad esempio motivi religiosi, in cui il digiuno non può essere evitato. In questi casi, si potrebbe valutare l'ipotesi di assumere un antinfiammatorio, come un FANS a lunga durata d'azione, il giorno antecedente il digiuno. Per questo, però, bisogna sempre confrontarsi con il proprio medico o neurologo.

Ed ora, a furia di parlare di digiuno, mi è venuta fame!

La Cefalea in cucina



Il caffè e il mal di testa: quale relazione?

Chi avrebbe mai scommesso, solo tre secoli fa, sul successo planetario di una amarissima bevanda di origine vegetale, complessa da preparare (è più facile rovinarla che farla bene), derivata da una pianta difficile da coltivare, che cresce solo in limitate zone del mondo, che fa massimo 2 raccolti all'anno e il cui processo di raccolta e trasformazione è tanto articolato quanto delicato? Parliamo del caffè. Fateci caso, tanti surrogati hanno provato a scalzarlo (dall'orzo al cicorione, per rimanere a quelli diffusi nel nostro Paese), senza mai riuscirci, e proprio grazie ad esso, tanti bar prosperano nelle nostre città. Cos'ha decretato dunque il così improbabile e insperato successo della bevanda? Verosimilmente la presenza di caffeina. Alcaloide appartenente alla famiglia delle xantine (come la teina contenuta nel tè e la teobromina nel cacao, altre bevande di grande successo), la caffeina è a tutti gli effetti una "smart drug", cioè una sostanza psicotropa in grado di inibire il senso di stanchezza ed aumentare la concentrazione. Insomma, la si potrebbe definire a tutti gli effetti una droga eccitante legale e di libera vendita. Ma perché parlarne in un contesto riguardante la cefalea? Perché per anni il caffè è stato proposto quale rimedio contro il mal di testa, in particolar modo nell'emicrania. Nello specifico, esiste la tradizione di consumare caffè con limone (una fettina, solo qualche goccia di succo, o con la scorzetta in infusione) per potenziarne l'effetto. C'è un riscontro oggettivo in questa credenza folkloristica? L'argomento è assai dibattuto per quanto riguarda il limone: qualcuno ritiene si tratti di puro folklore (il disgusto per il sapore acido e amaro assieme favorirebbe un maggior effetto placebo), altri dicono che la soluzione genererebbe sali citrati di caffeina, che

dovrebbero avere una maggiore biodisponibilità rispetto alla caffeina semplice estratta dal chicco di caffè, ma la risposta esatta non la conosciamo. Ciò che invece si sa è che la caffeina protegge dall'emicrania, molti studi lo dimostrano, tanto è vero che è stata, ed è tuttora, presente in numerose specialità medicinali formulate appositamente per trattare la fase acuta delle crisi emicraniche. L'azione si eserciterebbe grazie all'effetto antinfiammatorio e antiossidante dell'alcaloide del caffè, ma non si può escludere pure un coinvolgimento diretto del principale meccanismo d'azione della caffeina, cioè l'antagonismo con i recettori adenosinici, che concorre a tenerci svegli e a darci la nota sensazione di benessere. Ma allora è tutto rose e fiori, anzi, caffè e pasticcini, il rapporto tra i soggetti emicranici e la caffeina? Purtroppo no, come in tutte le cose, c'è sempre un risvolto della medaglia. Infatti, il consumo eccessivo di caffeina sembrerebbe essere un fattore di aggravamento del mal di testa, verosimilmente per un meccanismo di dipendenza/astinenza, anche se non si possono escludere altri meccanismi centrali, come quelli che chiamano in causa le anomalie del sonno indotte dall'esagerare con le tazzine bevute. Inoltre, per alcune persone, anche una minima assunzione di caffeina può portare allo scatenamento della crisi emicranica. Ciò colloca la caffeina tra i principali trigger alimentari noti per lo scatenamento della crisi di emicrania. Croce e delizia, insomma. Quindi allora, cosa fare, come comportarsi: da evitare o bere? I consigli sono sempre gli stessi: evitare di esagerare (magari non superare le 4 tazzine di caffè al giorno), non berlo troppo tardi la sera (per non rovinare il ritmo sonno veglia), imparare a consumarlo senza zucchero (per evitare l'effetto collaterale delle tante zollette che si accumulano nelle 24 ore), e poi imparare a osservarsi per capire la propria soglia ed i propri orari ideali di assunzione. Per il resto, il caffè fa male solo a chi fa male, ma a tutti gli altri fa bene, quindi in caso di assenza di pregresse reazioni avverse, vi auguro una buona tazzina di caffè.

A cura della Dott.ssa Eleonora Di Pietro,
Biologa nutrizionista - Associazione Eupraxia

Cefalee Today AMARCORD

L'emicrania e il medico di medicina generale

L'emicrania è una patologia molto frequente e con alti costi sociali. In uno studio americano è stato evidenziato che il 59% delle donne ed il 71% degli uomini affetti da emicrania non avevano mai consultato un medico, verosimilmente ricorrendo all'automedicazione con prodotti da banco, spesso di efficacia discutibile.

Partendo da questi presupposti, nel corso del '99-2000, è stato condotto, presso l'Istituto Neurologico Mondino di Pavia, uno studio che si è posto l'obiettivo di indagare il ruolo del Medico di Medicina Generale nella gestione dei pazienti con emicrania; hanno collaborato 28 medici della provincia di Pavia e 20 medici della provincia di Roma. Sono stati studiati circa 200 pazienti affetti da emicrania (85% di sesso femminile), due terzi seguiti da medici di Pavia e provincia, un terzo da medici di Roma e provincia.

Un terzo dei pazienti studiati era già stato inviato dal medico di medicina generale presso un Centro Cefalee delle rispettive città o di altre sedi italiane; le motivazioni dell'invio sono risultate soprattutto l'incertezza nella formulazione di una diagnosi specifica, l'inadeguata risposta ai trattamenti prescritti dallo stesso curante, la richiesta del parere specialistico avanzata dal paziente.

I restanti due terzi dei pazienti, indagati nello studio erano, invece, direttamente seguiti dallo stesso medico di medicina generale che, dopo aver formulato la diagnosi di emicrania, aveva consigliato un trattamento.

I farmaci maggiormente prescritti sono risultati i sintomatici, anche quelli specifici per l'emicrania di ultima generazione (triptani); in circa un quinto dei pazienti il medico di Famiglia ha suggerito una terapia di profilassi.

Una discreta percentuale di soggetti non ha però seguito i suggerimenti del proprio medico, proseguendo farmaci già in uso - anche di automedicazione - i quali potevano essere alla base di una situazione di dipendenza/abuso (assunzione giornaliera di sintomatici, anche se scarsamente efficaci). Un medico coinvolto nello studio ha riportato una frase che ci è sembrata molto indicativa di questi comportamenti di automedicazione: relativamente alle cure farmacologiche per il mal di testa una paziente affermava di "ascoltare i consigli di amiche e colleghi di lavoro". Oltre il 70% dei medici ha affermato di compilare da "qualche volta" a "spesso" certificati di malattia per il mal di testa.

Non sono emerse differenze significative di comportamento, nel trattare la patologia in esame, tra medici delle due realtà geografiche prese in considerazione. Oltre i due terzi dei medici hanno ritenuto la cefalea, in considerazione dell'alta frequenza di pazienti affetti che si trovano a gestire, la patologia neurologica più meritevole di aggiornamento. È emersa, inoltre, la necessità di un miglioramento del rapporto tra medico di medicina generale e specialista; tale rapporto è stato giudicato buono solo da un quinto degli intervistati.

In conclusione, emergono dallo studio alcune considerazioni generali: 1) è necessario che il paziente affetto da cefalea si rivolga, in prima istanza, al medico di medicina generale evitando l'automedicazione che può contribuire al peggioramento della malattia ed all'aumento indiscriminato della spesa sanitaria (sia dei costi diretti - esami, farmaci - che di quelli indiretti - giornate lavorative perse); 2) il medico di medicina generale intraprende un trattamento della patologia; si rivolge successivamente allo specialista nei casi di diagnosi difficile e/o complicata o per mancata risposta ai trattamenti. A tale scopo risulta molto rilevante l'aggiornamento per far sì che il medico di medicina generale formuli una corretta diagnosi del tipo di cefalea e prescriva un trattamento adeguato; 3) il medico di medicina generale e lo specialista devono migliorare lo scambio reciproco di informazioni sul paziente al fine di una corretta e proficua gestione della malattia.

Dr.ssa Emanuela Gerosa

(tratto dal numero 13 di Cefalee Today - aprile 2001)

Premio "Paolo Rossi" E Life Achievement Award

Nell'ambito del Convegno Internazionale "From Research to Headache Care and Back", con il quale sono stati celebrati i 50 anni del Centro Cefalee della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino - Università di Pavia, è stato conferito al dott. Roberto De Icco il Premio

"Paolo Rossi", promosso dalla Fondazione CIRNA Onlus per ricordare la memoria del dott. Paolo Rossi, prematuramente scomparso nel 2019. Il dott. De Icco, giovane Ricercatore del Mondino, è stato



premiato dal prof. Giorgio Sandrini, Presidente CIRNA Onlus, e dal prof. Giuseppe Nappi, Presidente Onorario CIRNA Onlus. Nell'occasione, il prof. Nappi ha ricevuto un Premio alla Carriera denominato "Life Achievement Award" in qualità di Fondatore nel 1970 del Centro Cefalee universitario del Mondino. Il Premio gli è stato consegnato dal Magnifico Rettore dell'Università di Pavia prof. Francesco Svelto e dalla prof.ssa



Cristina Tassorelli, Ordinario di Neurologia all'Università di Pavia, Responsabile della U.O. di Neuroriabilitazione e del Centro di Ricerca in Cefalee e Neuroriabilitazione del Mondino.

Dona il tuo 5 per mille sulla dichiarazione dei redditi alla Fondazione CIRNA Onlus, aiuterai anche Alleanza Cefalgici a perseguire i propri obiettivi a tutela di milioni di cefalgici. È sufficiente trascrivere il codice fiscale 10242930153 nel riquadro dedicato al sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale presente nell'apposita scheda e apporre la propria firma (senza la quale la scelta sarà considerata nulla!).

Grazie. PIÙ SIAMO, PIÙ CONTIAMO!