

L'INIZIATIVA

Mal di testa, confronto medici-pazienti Mercoledì prossimo il convegno a Battù



VIGEVANO - Mercoledì 10 febbraio alle ore 19 si terrà a Vigevano presso il Centro Congressi Battù un evento organizzato da Al.Ce. Alleanza Cefalalgici sul tema del mal di testa. L'evento, aperto gratuitamente alla popolazione e patrocinato dal Comune di Vigevano, darà a chi desidera intervenire la possibilità di incontrare esperti internazionali operanti sul nostro territorio per chiarire tutte i propri quesiti sul mal di testa.

L'emigrania è la terza patologia più frequente a livello mondiale (dopo la carie dentale e la cefalea tensiva) e recentemente è stata classificata come la settima patologia che causa più disabilità.

Tra le patologie neurologiche è quella che causa più disabilità.

Essa è caratterizzata dalla ricorrenza di attacchi di mal di testa assai disabilitanti sia per l'intensità del dolore, che per la presenza di svariati sintomi associati (che possono comprendere nausea, vomito, fastidio a luci/rumori/odori, difficoltà a concentrarsi, spossatezza, vertigini, intolleranza ai movimenti).

Il fatto che l'emigrania colpisce molte persone (circa il 14% della popolazione), soprattutto persone che stanno per il resto bene e sono nel pieno della loro attività lavorativa e sociale (l'emigrania arriva a colpire una donna su 4 tra i 30 e i 40 anni) e che consiste in attacchi disabilitanti che durano giorni, spiega perché è stata classificata come la settima patologia che causa più disabilità a livello mondiale. L'emigrania deriva da una predisposizione dell'individuo, dovuta in gran parte a cause genetiche. È infatti noto da diverse decadi che

la maggior parte dei pazienti emigranici presentano almeno un parente che soffre di un mal di testa simile (spesso sulla linea materna - madre, nonna o zie materne, eccetera). Non vi è però solo la genetica, oltre alla suscettibilità del paziente possono entrare in gioco i fattori scatenanti (in inglese "trigger"), che aumentano significativamente la possibilità che si manifesti l'attacco di emigrania.

Anni di attente osservazioni hanno permesso di comprendere che molti di questi fattori tendono a ricorrere con periodicità, con ciclicità ben definita. L'interazione tra questi fattori e la suscettibilità (il tratto - trait) del paziente, può generare quindi attacchi con caratteristiche temporali specifiche e altamente prevedibili (da qui il modello cronobiologico e l'ipotesi discronica delle cefalee del prof. G. Nappi).

Alcuni di questi fattori, chiamati appunto di "sincronizzazione" (o desincronizzazione) sono definiti "interni", come le variazioni dei bioritmi ormonali (ad esempio le variazioni periodiche degli ormoni sessuali femminili, che regolano i cicli mestruali), il ciclo sonno/veglia, mentre altri sono "esterni", come l'alternarsi della luce e del buio, l'alternarsi delle stagioni, le abitudini di vita (orario dei pasti, turni di lavoro, ritmi riposo-attività/h 24).

Per quanto riguarda la terapia antiemigranica si possono considerare 2 tipi di terapie. Una prima è denominata igienico-comportamentale: essa consiste nell'individuazione e nell'evitamento dei fattori scatenanti (per quanto possibile), nel mantenere la massima

regolarità dei ritmi biologici del paziente (orari dei pasti, dieta bilanciata, ritmo sonno-veglia, ritmi lavorativi) e nello svolgimento di attività fisica in modo regolare. In seconda battuta abbiamo la terapia farmacologica che consiste in 2 tipi di trattamento, che possono agire in modo diverso in relazione ai fattori scatenanti. Esiste una terapia preventiva (detta anche di profilassi) che ha lo scopo di ridurre la soglia di suscettibilità del paziente, rendendolo meno vulnerabile ai fattori scatenanti. È poi a disposizione anche una terapia da assumere al bisogno. Questi farmaci, cosiddetti sintomatici, si possono dividere in 2 categorie: quelli aspecifici (antinfiammatori non steroidei e analgesici non antinfiammatori) e quelli specifici (triptani ed ergotamini). Le Linee guida terapeutiche americane raccomandano in generale l'uso di terapie specifiche per gli attacchi emigranici di intensità moderata-severa. Le linee guida europee consigliano come trattamento di prima linea per gli attacchi emigranici i triptani e gli antinfiammatori, mentre la diidroergotamina (l'ergotamico più utilizzato) si raccomanda nei pazienti con frequenti recidive delle crisi di emigrania, attacchi di lunga durata o attacchi che tendono ad occorrere con periodicità prevedibile - associati quindi a fattori scatenanti prevedibili, quali i flussi mestruali, i week-end, i primi 2/3 giorni di ferie, i lavori stagionali. Questa predilezione per la diidroergotamina (Dhe) per condizioni di questo genere è dovuta al fatto che il farmaco presenta una lunga emivita con bassi tassi di recidiva della crisi.