

L'identikit del mal di testa



L'emicrania colpisce circa 6 milioni di persone all'anno, ma è spesso sottovalutata e sottostimata. Le linee guida da seguire e l'importanza di rivolgersi ad uno dei 180 centri specializzati

A cura di **Benedetta Ceccarini e Francesca Aquino**

Sull'emicrania si sono scritti volumi interi, pubblicate ricerche approfondite, organizzati centinaia di congressi e tavole rotonde, ma alla fine delle discussioni e dei dibattiti restano, incontrovertibili, i numeri di una patologia ancora oggi totalmente

sottovalutata, spesso non diagnosticata e non trattata adeguatamente. Sottostimata.

Lo testimoniano chiaramente i risultati di "Vivere con l'emicrania", la ricerca del Censis presentata nei mesi scorsi, stilata interpellando un campione di 695 pazienti, dai 18 ai 65 anni, con diagnosi di

emicrania. Inoltre, è stato realizzato un focus sui pazienti colpiti da cefalea a grappolo, una forma per fortuna abbastanza rara, anche se particolarmente dolorosa.

Una patologia ancora sottostimata, dicevamo. I numeri parlano come sempre da soli: il 41,1% dei pazienti ha aspettato più di un anno prima di rivolgersi al medico dopo il primo episodio (contro il 13,6% che l'ha interpellato subito), il 36,7% ha ammesso di aver considerato il proprio "mal di testa" come un disturbo che è normale avere di tanto in tanto, il 28,7% lo ha considerato un problema passeggero e l'8% solo un lieve fastidio. Il ritardo nel rivolgersi al medico è stato spiegato dal 49,6% degli intervistati con l'iniziale capacità di tenere sotto controllo il disturbo attraverso l'assunzione di farmaci da banco. L'emicrania colpisce l'11,6% della popolazione, ma è tre volte più frequente tra le donne: il 15,8% contro il 5% dei maschi. La forma cronica, identificata con più di 14 episodi al mese, viene riscontrata, soprattutto, tra i 55-65enni (il 42,2% dei pazienti) e tra le donne (il 36,3% contro il 29,9% degli uomini). Per buona parte dei pazienti l'insorgenza dell'emicrania è avvenuta in epoca giovanile: l'età media dei primi sintomi è di 22 anni. L'esordio precoce appare più frequente tra le donne: il 42,1% (rispetto al 26% degli uomini) data la comparsa dei sintomi prima dei 18 anni. Nel complesso, la malattia appare più condizionante per le donne, che definiscono "scadente" il proprio stato di salute nel 34,1% dei casi contro il 15% degli uomini.

I pazienti interpellati dal Censis si sono dichiarati in larga maggioranza (oltre l'80%) molto o abbastanza

informati circa la loro patologia, con fonte principale i professionisti sanitari (83,7%), in particolare il neurologo (48,6%). Rilevante anche la percentuale di quanti indicano internet come fonte informativa (43,2%). Il giudizio sulla qualità e la comprensione delle nozioni ricevute è però esattamente a metà: soddisfatto il 45,2%, insoddisfatto il 49,1%.

“Solo il 36% dei pazienti riconosce nell'emicrania una vera e propria patologia”

A questo proposito, sono risultate frequenti le testimonianze di chi ha difficoltà a comprendere la malattia di cui è affetto. Solo il 36% la classifica immediatamente come una vera e propria patologia, risultato di una disfunzione biologica del sistema nervoso, mentre molti pazienti tendono ad assimilarla ad un sintomo derivante da altri disturbi: il 16,2% la associa a problemi ormonali, il 12,1% ad una patologia oculistica, dei seni paranasali o della cervicale, l'8,7% a un disagio psicologico, l'8,2% ad uno stile di vita scorretto.

Perché è prevalentemente femminile

Perché l'emicrania colpisce circa 6 milioni di italiani (tra i quali ben 4 di donne), e soprattutto da quali direzioni arriva ad insinuarsi nella nostra testa?

Secondo gli scienziati, il cervello dell'emicranico è come uno smartphone di ultima generazione dotato però di una batteria che regge poco e male, che, cioè, spende più energia di quanta ne produce. Risultato: stress, variazioni ormonali femminili, digiuni, irregolarità nel ritmo sonno-veglia e persino cambi climatici vengono convertiti in dolore, generando una vera e propria malattia neurologica che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità è al secondo posto tra le più disabilitanti del nostro Pianeta. Perché, ci chiedevamo, le principali destinatarie dell'emicrania sono le donne? Anzitutto per una questione biologica, visto che la malattia segue

le fluttuazioni degli ormoni sessuali femminili, che peggiora nei giorni delle mestruazioni e dell'ovulazione. A volte, spiegano i neurologi, migliora nel corso del secondo/terzo trimestre di gravidanza, ma riaffiora in tutta la sua disabilità dopo l'allattamento. In menopausa, addirittura, l'emicrania persiste in circa il 30% delle donne, e in un altro terzo addirittura peggiora. Ma, evidentemente, non è tutto addebitabile agli ormoni, perché, come ha rilevato l'Istituto Superiore di Sanità, la donna emicranica presenta in genere un maggior numero complessivo di comorbilità, dall'epilessia alle sindromi dolorose croniche, passando per le allergie, l'asma, le malattie circolatorie, fino ai disturbi dello spettro affettivo. E gli stessi attacchi sono mediamente più gravi e più protratti.

Che tipo di cefalea avete?

La Società Internazionale del mal di testa (*International Headache Society*) distingue cefalee malattia (4) e cefalee-sintomo (9), suddivise a loro volta in primarie e secondarie, con oltre 90 diverse sottocategorie. Caratteristiche fondamentali per la classificazione sono: la qualità, l'intensità, la ciclicità del dolore e la sua modalità di insorgenza.

PRIMARIE

Rappresentano una vera e propria malattia, indotta da cause non sempre immediatamente identificabili, nell'ambito delle quali si possono individuare alcuni fattori scatenanti di natura ormonale o ambientale. Le forme principali sono: tensiva, emicrania ed a grappolo.

Tensiva

È la più diffusa, provocata dalla tensione muscolare che produce una maggiore quantità di acido lattico, intossicando le cellule e facendo crescere progressivamente e autoalimentando il mal di testa. Il classico cerchio alla testa, quasi il 90% dei casi è dovuto a stress di natura psicosociale o a disturbi come l'ansia e la depressione, ad esso collegate. Può essere episodica (per meno di 15 giorni al mese e di durata variabile tra la mezz'ora e la settimana) o cronica (il dolore è presente, complessivamente, per sei mesi l'anno).

Questo tipo di cefalea comincia di solito alla nuca o alla base del cranio, per poi diffondersi e localizzarsi in un punto qualsiasi del capo, spesso nella regione occipitale. Possono soffrirne, per esempio, coloro che rimangono a lungo chini sui libri o davanti al computer tenendo i muscoli cervicali contratti. Infatti, l'individuo non se ne accorge, e i muscoli della testa e del collo s'irrigidiscono, subendo contratture prolungate che provocano una costrizione dei vasi sanguigni e della loro rete nervosa; la circolazione impoverita aumenta il dolore dello spasmo muscolare. Il dolore è cupo e persistente, a volte è più avvertito a livello degli occhi, ma ha spesso caratteri variabili anche nello stesso soggetto. Generalmente è di lieve o media intensità e non pregiudica le normali attività. Colpisce più le donne che gli uomini (soprattutto studenti o persone che per motivi di studio o lavoro trascorrono molte ore in posizioni scorrette o accumulano stress e tensione); spesso i soggetti colpiti mostrano una certa propensione alla depressione e all'ansia o hanno problemi di relazione con gli altri. I sintomi associati sono rigidità della nuca e manifestazioni ansiose (non c'è nausea, vomito, fastidio alla luce ed al rumore).

Emicrania

La parola deriva dal greco *hemikranion*, cioè metà della testa, e questo già spiega tutto, perché quella

“Ad incidere negativamente sulle donne sono le fluttuazioni degli ormoni sessuali”



che viene considerata come la più fastidiosa tra le cefalee si manifesta soltanto da un lato, irradiandosi abitualmente dall'occhio. Il dolore è continuo e può durare da qualche ora a qualche giorno. Gli attacchi sono ricorrenti e si presentano con frequenza variabile (da pochi episodi in un anno a 2-3 volte la settimana). Il dolore pulsante è di solito riconducibile alla sequenza vasocostrizione-vasodilatazione arteriosa intracranica; il dolore si intensifica con il movimento rendendo chi soffre di questo disturbo incapace di svolgere le abituali attività quotidiane.

“Molti attacchi emicranici dipendono da fattori esterni come vento, freddo e radiazioni elettrostatiche”

Esistono due forme di emicrania: con aura e senza aura. L'aura si presenta con alterazioni della vista, come lampi, opacità di una parte del campo visivo, flash scintillanti della durata di pochi minuti.

Questi attacchi sono spesso accompagnati da nausea e vomito. Il paziente con l'emicrania classica è pallido, con l'arteria temporale dolente alla palpazione. Rumori e luce vengono possibilmente evitati, il cibo rifiutato. I sintomi vengono provocati da cambiamenti ambientali, in momenti di maggior stress o emozioni, durante le mestruazioni o in periodi di rilassamento, la domenica o in vacanza. Fattori esterni come vento forte, freddo, radiazioni elettrostatiche da televisione o da computer sono responsabili probabilmente di attacchi emicranici. Le più afflitte sono le donne che variano dai 10 ai 30 anni di età. Anche per l'emicrania occorre stabilire una diagnosi differenziale e la cura mirata alle cause. Un tipo molto fastidioso di emicrania è quella abituale: ci sono persone che soffrono di mal di testa praticamente per tutto l'anno con scarsi momenti di remissione.

Questo tipo di mal di testa è stato da molti definito “psicosomatico”.

A grappolo

Il nome è dovuto al fatto che le crisi si susseguono l'una all'altra ad intervalli di tempo piuttosto brevi e si raggruppano in determinati periodi del giorno e dell'anno. Il dolore è intenso e violento e di solito è monolaterale, localizzato attorno all'occhio e allo zigomo ed è di tipo trafittivo e isolante.

Colpisce prevalentemente gli uomini con un picco di incidenza fra i 20 ed i 30 anni.

Non si conoscono cause precise, ma le teorie più moderne si basano sull'esistenza di alterazioni ormonali e nervose.

SECONDARIE

Si tratta di mal di testa da interpretare come sintomi indicativi di altri disturbi (allergie, difficoltà digestive, sinusite, ipertensione) o scatenati da un motivo preciso, come l'assunzione o la mancata assunzione di particolari sostanze quali caffeina, alcol e alcuni tipi di farmaci.

L'*International Headache Society* elenca otto categorie di cefalea secondaria.

- 1) Trauma cranico e/o cervicale
- 2) Disturbi vascolari cranici o cervicali (ictus, trombosi, infiammazione dell'arteria carotide)
- 3) Disturbi intracranici non vascolari (ipertensione intracranica idiopatica)
- 4) Uso o sospensione di una sostanza esogena (farmaci, alcol, caffeina, monossido di carbonio, droghe)
- 5) Infezioni virali o batteriche (meningite, encefalite, HIV/AIDS; polmonite o influenza)
- 6) Disturbi dell'omeostasi come ipertensione, disidratazione, ipotiroidismo
- 7) Dolori facciali causati da patologie di cranio, collo, occhi, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali o craniche
- 8) Disturbi psichiatrici.

ALTRE CEFALIE

Esistono poi altri tipi di cefalee che non sono legate ad alcun tipo di malattia o lesione, ma provocate da cause molto diverse fra loro come il freddo, l'eccessiva pressione sui nervi cranici da parte di cappelli e simili, rapporti sessuali, calo di zuccheri, attività sportiva eccessiva, colpi di tosse, altitudine ed ipertensione.



Farmaci: analgesici e antinfiammatori

Quando arriva il mal di testa, l'azione antidolorifica immediata consiste nel ricorso ad analgesici e antiemcranici. In particolare, in caso di sintomatologia lieve-moderata, sono raccomandati paracetamolo e acido acetilsalicilico. Se questa prima "barriera" si rivelasse inefficace, l'opzione terapeutica successiva è costituita dai triptani (sumatripan il più usato), che agiscono direttamente sui recettori della serotonina, attenuando il dolore ed evitando la sua diffusione.

In alcuni pazienti hanno ottenuto un buon risultato terapeutico anche farmaci anti-infiammatori come ibuprofene, naprossene e diclofenac.

Secondo i dati della ricerca firmata dal Censis, i

pazienti ricorrono in misura maggiore (82,3%) alla somministrazione di farmaci analgesici/antiemcranici soggetti a prescrizione (in quasi la metà dei casi si tratta di triptani), mentre il 31,8% utilizza medicinali da banco.

L'adesione a una strategia di prevenzione dell'attacco emicranico riguarda il 61% dei pazienti ed è più comune tra quelli cronici (71,8%). I farmaci soggetti a prescrizione sono stati ottenuti in gran parte attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, ma solo per il 19,5% in modo totalmente gratuito, mentre per il 42,7% attraverso il pagamento del ticket. Il 37,8%, invece, ha affrontato i costi totalmente a proprio carico.

Quando rivolgersi ad un centro cefalee

Abbiamo visto, all'inizio di questo dossier, come uno dei problemi principali del mal di testa sia la scarsa propensione dei pazienti a rivolgersi ad un medico per una corretta diagnosi. Eppure esistono in Italia, capillarmente diffusi su tutto il territorio, oltre 180 centri cefalee, presenti in tutte le Regioni, dunque reparti dedicati ed altamente specializzati.

Il Censis ha rilevato che, complessivamente, poco più del 30% dei pazienti usufruisce delle cure di questi centri, con punte del 50,4% di chi soffre di emicrania cronica, tra questi ben il 35% sono donne. Tra i pazienti intervistati solo il 25,5% fa riferi-

mento al proprio medico di medicina generale.

Vediamo un piccolo vademecum informativo:

1) Quando è necessario rivolgersi ad un centro cefalee?

Deve essere il medico di base a stabilire se il suo assistito ha attacchi di cefalea primaria o secondaria. Nel primo caso, con uno-due episodi al mese che peraltro rispondono alle cure sintomatiche, non c'è bisogno che il paziente si rivolga al centro. In tutti gli altri casi, con l'aumento delle frequenze o con problematiche complesse che non consentono una diagnosi precisa, decisamente sì.

2) A quali esami viene sottoposto il paziente?

Si parte da un'anamnesi attentissima e dettagliata, perché tutto può essere importante: stato civile, professione, abitudini e caratteristiche personali (caffè, fumo, aborti, uso contraccettivi, ciclo mestruale, menopausa) malattie avute, fino ai temi specifici della cefalea. Per esempio numero, durata e frequenza degli attacchi, sede e intensità del dolore, sintomi e segni associati come nausea, fotofobia, vomito, lacrimazione, sudorazione. Poi si passa all'elenco dei farmaci utilizzati, anche questa una notizia non secondaria per evitare che il mal di testa si autoalimenti proprio con l'abuso di farmaci. Si conclude elencando sia i fattori scatenanti, sia quelli allevianti, se esistono, come il movimento, il riposo-buio, la compressione della zona dolente, l'aria aperta o lo stesso caffè che compare in tutte e due le caselle. Infine, esiste la familiarità, soprattutto per il sesso femminile.

3) Si può disegnare un soggetto tipicamente colpito dall'emigrania?

Parliamo della cefalea di tipo tensivo che costituisce il 90% delle cefalee e che va dai 3-4 episodi al mese fino alle forme croniche che arrivano a 15 giorni al mese per tre mesi consecutivi. Si tratta di pazienti

che non rispondono alle terapie sintomatiche e per i quali bisognerà pensare ad una terapia mirata di prevenzione. Un identikit preciso non si può fare, ma tra i fattori scatenanti si passa da un terreno di suscettibilità prettamente genetico (c'è chi nasce con una minore efficienza energetica cerebrale e quando il suo "software" è pieno scoppia il mal di testa...) a fattori ormonali in campo femminile, che nella maggior parte dei casi decadono dopo la menopausa, poi lo stress, il fumo, l'uso di alcol, ma anche andare in alta montagna, fare immersioni subacquee, avere problemi di tiroide, di anemia o di sbalzi di pressione. Ci sono persone che vivono con minore capacità di far fronte agli stimoli sensoriali, sia negativi che positivi e questo si può vedere chiaramente con i test "potenziali evocati", cioè esami che studiano le risposte del sistema nervoso centrale ad uno stimolo sensoriale, analizzando le vie nervose che dalla periferia portano le informazioni verso il cervello.

4) Il peggior tipo di cefalea classificato è quello a grappolo?

Sì, ma fortunatamente colpisce appena lo 0,01% della popolazione, ma è dolorosissimo, insopportabile, può durare da 15-30 fino a 180 minuti nei casi più gravi, con un minimo di un attacco ogni due giorni ed un massimo di 8 al giorno.



“La cefalea a grappolo è tipica di chi vive al massimo, nel lavoro e nella vita privata”

L'identikit del soggetto ci porta ad un uomo con una personalità eccessiva, che nella sua vita fa tutto al massimo, dal lavoro alla vita privata, che fuma, beve e in molti casi fa uso di cocaina, che è un antagonista del dolore.

Tutto questo porta ad un'alterazione del ritmo circadiano sonno-veglia, non a caso il dolore insorge di

notte, quando inizia la fase Rem oppure durante il sonnello pomeridiano.

5) Esistono terapie di prevenzione?

I centri cefalee usano farmaci di diverse categorie, a seconda dei casi, come antidepressivi, calcioantagonisti, betabloccanti (che abbiamo scoperto far bene anche alle cefalee oltre che ai cardiopatici, antiepilettici), Ace-inibitori fino ad integratori come vitamina B2 ad alto dosaggio e magnesio.

6) La più pericolosa di tutte è la cefalea secondaria?

Ovviamente sì, essendo il sintomo di un'altra malattia ben più grave. Consideriamo che esistono ben 14 categorie di possibili patologie che si manifestano con il mal di testa, dalla meningite all'ictus, per fare due esempi.

Per questo, l'intervento di un medico del centro cefalee al pronto soccorso è importante per avere un riconoscimento tempestivo al fine di evitare conseguenze rilevanti per il paziente, dovute alla patologia nascosta.

Il supporto delle terapie “non convenzionali”

di **Simona Peretti**

Medico Specialista in Omeopatia e Omotossicologia

La cefalea si può evitare? Diciamo che ci si può provare, anzitutto rispettando alcune norme di comportamento e attenendosi ad abitudini di vita semplici e sane.

Per esempio ottemperando a questi piccoli divieti:

1. Non fare eccessivi sforzi fisici
2. Non digiunare
3. Non dormire troppo o troppo poco
4. Non soggiornare ad alta quota
5. Non assumere contraccettivi orali o terapie ormonali sostitutive
6. Non ingerire alcuni cibi (gelati, formaggio, cioccolato, insaccati)
7. Non eccedere con alcol, caffè, tè
8. Non fumare
9. Non esporsi a luci abbaglianti o a rumori forti

Il riposo, per citare un altro semplice consiglio, è di importanza fondamentale, soprattutto per le persone che percepiscono un aumento degli attacchi dopo un'attività faticosa, o per chi associa al mal di testa la fotofobia o la fonofobia.

Detto che il ricorso ai farmaci è ovviamente necessario se non si riesce ad arginare il mal di testa, semplicemente facendo attenzione alle proprie abitudini quotidiane, vediamo che cosa offrono in

materia quelle che vengono definite “terapie non convenzionali”, cioè omeopatia, omotossicologia, agopuntura, osteopatia, fisioterapia, utilizzate sempre più frequentemente per l'efficacia dimostrata, sia in terapia sia in prevenzione, da sole o in associazione alla terapia farmacologica.

Si procederà quindi, in base alla gravità della patologia ed ai segni e sintomi associati, ad un approccio mirato che consenta la scelta terapeutica più adatta, individuando il giusto rimedio e la corretta posologia.

La terapia ideale per curare un attacco di cefalea dovrebbe avere queste caratteristiche:

1. dosaggio semplice e flessibile
2. rapidità di azione ed efficacia elevata
3. efficacia sui sintomi associati (nausea, vomito...)
4. buon recupero clinico e funzionale
5. efficacia nell'impedire il ritorno del dolore
6. coerenza tra vantaggi clinici e miglioramento della qualità della vita
7. tollerabilità accettabile
8. assenza di effetti collaterali

Una terapia preventiva è necessaria quando la frequenza, la durata e l'intensità di un attacco di cefalea incidono in modo significativo sulla qualità della

vita del paziente; si parla di pazienti che presentano 2 o più attacchi di cefalea al mese o che, comunque, presentano un'emicrania che dura più di 70 ore.

L'omeopatia utilizza molteplici rimedi in base al tipo di cefalea, alla sua differente eziologia, alla sua localizzazione, alle concause che la scatenano o alle situazioni che la peggiorano.

Il medico omeopata, dopo aver formulato la diagnosi, prende in considerazione la sintomatologia totale psico-fisica del paziente e prescrive il medicinale "più simile" ai modi peculiari con cui il suo malato esprime la sua malattia.

Valuteremo brevemente alcuni rimedi omeopatici unitari, tra i quali potrete individuare quello che potrebbe essere utilizzato nel vostro caso, in base ai segni e sintomi che vi si associano. Si consiglia sempre di evitare il fai da te e il passaparola, e di seguire la prescrizione del medico o il consiglio del farmacista.

Nelle cefalee periodiche, generalmente, si utilizza la diluizione 30CH, in dose unica, una volta a settimana; nelle crisi dolorose si impiegano, invece, le diluizioni 5-7-9- CH, 5 granuli più volte al giorno. Vediamo in quali casi di cefalea ricorrere ai diversi rimedi qui elencati:

Aconitum napellus: si presenta spesso in corso di febbre, associata ad agitazione fisica e psichica, con senso di testa piena come se scoppiasse.

Argentum nitricum: dopo uno sforzo prolungato o come ansia da prestazione; si associa a disturbi digestivi e fobie del vuoto, del chiuso o degli spazi aperti.

Arsenicum album: cefalea associata a sintomi de-

pressivi, con disperazione e senso di inutilità.

Aurum metallicum: dopo un trauma affettivo, con pensieri negativi.

Belladonna: emicrania martellante, localizzata sopra l'occhio destro, con faccia arrossata, scatenata o peggiorata dall'esposizione al sole.

Chelidonium majus: in seguito all'ingestione di cibi grassi, formaggi, tuorlo d'uovo; presenza di disfunzione epatica o biliare.

Gelsemium sempervirens: caratterizzata da peso in regione nucale, compare dopo una brutta notizia o uno spavento; si può associare a sonnolenza, depressione e tremori e pesantezza agli arti.

Ignatia amara: compare dopo un dispiacere, sembra di avere un "chiodo in testa"; peggiora o viene scatenata dal fumo, si associa a nausea, anche se, mangiando, il dolore si riduce.

Kalium phosphoricum: compare dopo uno stress intellettuale scolastico o lavorativo; peggiora al risveglio e con movimenti bruschi e veloci.

Lachesis mutus in menopausa: sensazione di fastidio nell'indossare indumenti stretti al collo o in vita.

Lycopodium clavatum: il mal di testa peggiora prima del pasto e migliora mangiando.

Natrum muriaticum: in seguito ad una profonda delusione affettiva, ad un dolore o ad uno sforzo intellettuale.

Sepia officinalis: nella depressione post partum o dopo una delusione affettiva.

Staphysagria: mal di testa frontale, in seguito a maltrattamenti o frustrazioni sessuali.

Alcuni esempi, suddivisi per causa, nella tabella che segue.

Dopo sforzo fisico o mentale	Da sintomi nervosi (ansia, depressione, eccessiva emotività)	Da anemia	Da insufficienza epatica
<p>Calcarea phosphorica</p> <p>Kalium phosphoricum</p> <p>Natrum muriaticum</p>	<p>Gelsemium sempervirens</p> <p>Argentum nitricum</p> <p>Aconitum napellus</p> <p>Ignatia amara</p> <p>Kalium phosphoricum</p> <p>Staphysagria</p> <p>Arsenicum album</p> <p>Aurum metallicum</p> <p>Lachesis mutus</p> <p>Phosphoricum acidum</p> <p>Sepia officinalis</p>	<p>China rubra</p> <p>Ferrum metallicum</p> <p>Cyclamen europaeum</p>	<p>Lycopodium clavatum</p> <p>Sepia officinalis</p> <p>Chelidonium majus</p> <p>Aesculus hippocastanum</p> <p>Nux vomica ■</p>