

I trigger dell'emicrania

Mueller L.L.

Diagnosing and managing migraine headache

J Am Osteopath Assoc. 2007 Nov; 107: ES10-6. Review

Commento di A. Serafini * e A. Graziottin **

* H. San Raffaele, Milano

** Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano

Parole chiave: cefalea, emicrania, assuefazione, stili di vita, cefalea rebound, emicrania mestruale, stress, ansia, depressione, dieta, terapia estroprogestinica

La cefalea è uno dei disturbi maggiormente lamentati dai pazienti che si recano dal medico di famiglia (per l'epidemiologia, si veda la sintesi commentata "Epidemiologia e comorbilità delle cefalee" su questo sito).

Nonostante la cefalea muscolo-tensiva sia la cefalea più comune, raramente i pazienti che soffrono di questa patologia cercano aiuto medico, a meno che il dolore non si presenti quotidianamente.

Purtroppo non si può dire lo stesso per l'**emicrania**. Gli attacchi intermittenti e debilitanti tipici dell'emicrania sono caratterizzati da **sintomi autonomici** (ansia, salivazione, fame, palpitazioni, tremori, sudorazione...), **gastrointestinali e neurologici**, e causano una marcata riduzione nella qualità di vita del malato. Nonostante le gravi conseguenze che questa patologia può avere sulla vita sociale, lavorativa ed intellettuale dei pazienti, solo una piccola parte di questi riceve una corretta diagnosi e un'adeguata terapia.

DIAGNOSI

La diagnosi di emicrania si basa strettamente sull'**anamnesi** del paziente. Le **caratteristiche tipiche dell'emicrania** sono:

- **il dolore unilaterale lancinante associato a disabilità severa o moderata;**
- **nausea e vomito;**
- **fonofobia;**
- **fotofobia;**
- **peggioramento della sintomatologia dolorosa con l'attività fisica.**

A volte l'esordio dell'emicrania avviene addirittura in età infantile. **Nei bambini l'attacco emicranico è generalmente più breve e causa sintomi meno pronunciati. Spesso al posto della classica sintomatologia dolorosa cefalica si ha una sindrome caratterizzata da disturbi gastrointestinali, come vomito e diarrea, oppure vertigini [1].**

Non esiste un pattern di sintomi costante che ci permetta di fare diagnosi di certezza di emicrania. **Le tre caratteristiche più predittive dell'attacco emicranico sono la disabilità, la nausea e la fotofobia.**

Gli attacchi emicranici sono spesso innescati da fattori o situazioni ricorrenti. Oltre alle classiche terapie

farmacologiche profilattiche o "abortive" dell'attacco, un giusto approccio terapeutico all'emicrania deve comprendere anche norme igienico-dietetiche di vita più adeguate e l'adozione di alcuni comportamenti di evitamento dei "triggers" più comuni della cefalea.

I TRIGGER DELL'EMICRANIA

L'emicrania è ritenuta essere una patologia ereditaria caratterizzata da un'ipereccitabilità corticale cerebrale: una **vulnerabilità genetica** costituisce quindi un **fattore predisponente** importante.

Nonostante le cause fisiopatologiche di questa patologia siano ancora per lo più sconosciute, alcuni **fattori scatenanti** sono stati riconosciuti dalla maggioranza dei pazienti emicranici.

a) Mestruazioni

Il 60% delle pazienti cefalalgiche riconosce nelle mestruazioni un trigger della cefalea, sia per quanto riguarda l'emicrania che la cefalea muscolo-tensiva [2]. La caduta improvvisa dei livelli ematici di estradiolo che si verifica appena prima e durante il flusso mestruale sarebbe responsabile della cosiddetta "emicrania mestruale". Si parla di emicrania mestruale quando il 90% degli attacchi si concentra intorno al periodo mestruale (più o meno 3 giorni rispetto al giorno di inizio flusso).

b) Stress fisico

L'affaticamento del fisico può essere uno dei fattori scatenanti l'emicrania. Situazioni di **stress fisico** che più comunemente possono contribuire a scatenare un attacco sono:

- **fame eccessiva;**
- **scarsa aerazione;**
- **sonno eccessivo/scarso.**

c) Fattori ambientali

Sono fattori scatenanti anche fattori **ambientali** che colpiscono gli organi di senso come:

- **luci intense;**
- **umidità;**
- **forti odori e profumi;**
- **sbalzi di temperatura, caldo o freddo eccessivo;**
- **esercizio fisico;**
- **rumori intensi.**

d) Stress e variazioni di tensione psicofisica [3]

Lo stress psico-motorio, ma soprattutto il rilassamento dopo un periodo di stress, possono influire negativamente sulla cefalea (cefalea da weekend).

e) Variazioni dei bioritmi del sonno e dei pasti

Cambiamenti nei ritmi di sonno e negli orari dei pasti. E' importante che i pazienti che soffrono di emicrania evitino le **ipoglicemie**, spezzando i lunghi periodi di digiuno con uno snack, e abbiano una grande **cura del sonno**, come custode cardinale della loro salute, anche cerebrale.

e) Alimenti

Un quarto dei pazienti con emicrania evita alcuni tipi di cibi riconoscendone la capacità di far precipitare un attacco di emicrania. Fra questi ricordiamo:

- **il glutammato monosodico:** un aminoacido che si trova naturalmente in molti cibi, specialmente nel formaggio grana. Viene aggiunto artificialmente come esaltatore di sapidità in alcune pietanze. Si trova ad alte concentrazioni nelle zuppe e nel cibo cinese;
- **i nitriti:** sono sostanze naturalmente presenti negli alimenti animali, vegetali e nell'acqua. Vengono aggiunti come additivi a insaccati, prosciutti, wurstel, carni in scatola e altri prodotti a base di carne, pesci marinati e a volte anche in prodotti caseari;
- la **tiramina:** una fenilettilamina sostituita con azione simpaticomimetica in grado di stimolare il rilascio di noradrenalina causando vasocostrizione, con aumento dei battiti cardiaci e della pressione sanguigna. Questa sostanza si trova nei vini e nei formaggi stagionati;
- la **fenilettilamina:** un'ammina ramificata concentrata in cibi come il cioccolato, l'aglio, le cipolle crude, semi e noci;
- **l'alcool, i dolcificanti, i cibi sott'aceto e l'aceto** in sé possono facilitare l'emicrania;
- **il latte** è uno degli alimenti che più di frequente causa intolleranze alimentari e che spesso può essere alla base dello scatenarsi dell'emicrania.

E' bene tener presente che non tutti i pazienti cefalgici sono sensibili a questi cibi, quindi una dieta che elimini totalmente questi alimenti non può essere considerata una misura preventiva efficace della cefalea, e soprattutto non può essere applicata senza distinzioni ad ogni paziente. **E' importante che ogni paziente individui con l'esperienza i cibi ai quali è più sensibile ed impari ad evitarli.**

Il consumo quotidiano di caffeina può portare a **cefalee da astinenza o rebound**. La maggioranza dei pazienti che soffre di emicrania utilizza una quantità maggiore rispetto agli altri di caffeina, spesso perché questa potenzia l'effetto analgesico delle terapie antalgiche. La caffeina è infatti utilizzata spesso come additivo nei farmaci "abortivi" dell'attacco emicranico. Nonostante ciò, un **sovradosaggio cronico di caffeina può far progredire un'emicrania da patologia saltuaria a patologia cronica.**

f) Pillola anticoncezionale

Gli effetti della **pillola anticoncezionale** classica (contenente sia estrogeni che progestinici) è variabile da donna a donna. **Un peggioramento dell'emicrania è riportata dal 18-55% delle utilizzatrici**, con attacchi più frequenti nella settimana di sospensione. Ciononostante, il 30-40% delle pazienti non nota nessun peggioramento della sintomatologia, o addirittura nota un leggero miglioramento. [4]

La pillola più indicata per le donne che soffrono di cefalea è quella che contiene solo progestinico (minipillola).

g) Traumi cranici

Il trauma cranico può causare o esacerbare le cefalee. E' possibile diagnosticare come cefalea post-traumatica un primo episodio di cefalea che si presenti entro 7 giorni da un trauma cranico. Se **la cefalea persevera per più di 3 mesi dopo il trauma può essere considerata una cefalea cronica post-traumatica.**

Anche lievi traumi cranici senza perdita di coscienza possono essere responsabili di questo tipo di cefalea.

h) Miscellanea

Altri fattori che possono cronicizzare questa patologia sono:

- l'**abuso di farmaci analgesici** (che causa la cefalea rebound); [5]
- la **depressione**;
- l'**obesità**.

CONCLUSIONI

Il management dell'emicrania è un processo dinamico, in quanto il mal di testa evolve nel tempo e può anche manifestarsi un'assuefazione alle terapie e quindi la necessità di un continuo aggiustamento dello schema terapeutico.

Ad oggi sono presenti numerosi farmaci in grado di fermare l'attacco emicranico. **Purtroppo l'uso frequente di queste terapie può causare una cefalea da "astinenza", la cefalea rebound**, che causa la progressione della cefalea da patologia saltuaria a patologia cronica. Sembra **che l'utilizzo di farmaci antiemicranici almeno 3 volte alla settimana sia responsabile dell'insorgenza di questa patologia**.

Per questo motivo è importante che i pazienti che soffrono di emicrania non si affidino solamente alle terapie farmacologiche acute abortive dell'attacco, ma imparino ad adottare norme igienico-dietetiche di vita più adeguate e alcuni comportamenti di evitamento dei "triggers" più comuni della cefalea, in modo da diminuire la frequenza/gravità della cefalea, e di conseguenza la necessità di farmaci antiemicranici.

La disabilità correlata alle cefalee può essere marcatamente ridotta incrementando l'interesse e l'educazione tra i medici e il riconoscimento dei trigger e delle comorbidità legati a questa patologia.

BIBLIOGRAFIA

1. Kung E, Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD, Bigal ME. New daily persistent headache in the paediatric population. Cephalalgia. 2009; 29: 17-22.
2. Hutchinson SL, Silberstein SD. Menstrual migraine: case studies of women with estrogen-related headaches. Headache. 2008; 48: S131-41. Review.
3. Hashizume M, Yamada U, Sato A, Hayashi K, Amano Y, Makino M, Yoshiuchi K, Tsuboi K. Stress and psychological factors before a migraine attack: A time-based analysis. Biopsychosoc Med. 2008; 18; 2:14.
4. Bousser MG. Estrogens, migraine, and stroke. Stroke. 2004; 35: 2652-6.
5. Bigal ME, Lipton RB. Excessive acute migraine medication use and migraine progression. Neurology. 2008; 71: 1821-8. Review.