Emicrania mestruale e terapia ormonale sostitutiva: indicazioni e controindicazioni

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

«Ho sempre sofferto di emicrania all'arrivo delle mestruazioni, e negli ultimi due anni la cosa è peggiorata. Ora le mestruazioni saltano, le ho ogni due-tre mesi, ma quando stanno per arrivare il mal di testa mi fa scoppiare il cervello. Cosa posso fare per stare meglio? Quando sarò in menopausa potrò fare la terapia ormonale sostitutiva?».
Lucia S.

Il primo fattore scatenante dell'emicrania sono l**e fluttuazioni degli ormoni estrogeni**, i cui livelli nel sangue si abbassano prima del ciclo: ecco perché molte donne sono più vulnerabili all'emicrania prima e durante il ciclo mestruale, e perché si parla di **cefalea mestruale** (o catameniale). Più raramente, l'emicrania può esplodere anche a metà ciclo, in coincidenza con il picco e poi la caduta degli estrogeni corrispondenti all'ovulazione.

Perché l'emicrania mestruale può peggiorare negli anni immediatamente precedenti la menopausa?
L'emicrania mestruale è **tanto più intensa e invalidante** quanto maggiori sono le **fluttuazioni estrogeniche**: ecco perché tende a peggiorare nei due-tre anni prima dell'ultimo ciclo, ossia la vera entrata in menopausa, quando le fluttuazioni estrogeniche sono più marcate rispetto agli anni precedenti.

Quanti tipi di emicrania ci sono?
Secondo la classificazione attuale della International Headache Society (IHS), esistono tre principali tipi di emicrania:
emicrania senza aura: è la forma più comune, caratterizzata da attacchi ricorrenti di cefalea associata a sintomi come nausea, fotofobia e fonofobia, ma senza sintomi neurologici reversibili;
emicrania con aura: si distingue per la presenza di sintomi neurologici transitori (visivi, sensoriali, del linguaggio, motori), che precedono o accompagnano la cefalea;
emicrania cronica: è definita da cefalee presenti per almeno 15 giorni al mese per più di 3 mesi, di cui almeno 8 giorni con caratteristiche di emicrania.
Altri tipi sono più rari. Per la diagnosi precisa del tipo di emicrania è indispensabile una valutazione da parte di un neurologo esperto, ancor meglio se presso un centro di neurologia specializzato per la diagnosi e la cura dell'emicrania.

© 2026 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org

Quale terapia ormonale si può fare per ridurre l'emicrania mestruale senza aura?
La prima opzione è **ridurre le fluttuazioni degli estrogeni** che scatenano l'attacco, mettendo a riposo l'ovaio, in modo reversibile, con **una pillola contraccettiva con solo progestinico** (desogestrel o drospirenone), ossia senza estrogeni, somministrata senza pause, proprio per ridurre le fluttuazioni estrogeniche.
La seconda opzione è **una pillola con estrogeni bioidentici** (estradiolo o estetrolo), quando il neurologo abbia escluso la presenza di un'emicrania con aura, che resta una controindicazione agli estrogeni.

Se ho l'emicrania, in menopausa potrò fare la TOS?
Sì, se è un'emicrania mestruale **senza aura**. E' invece da valutare con attenzione, in caso di emicrania **con aura**. La possibilità di assumere la TOS va infatti sempre valutata in collaborazione con il neurologo di fiducia («competenze gemelle»), valutando:
la frequenza, la gravità e la durata degli attacchi di emicrania;
la presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare per emorragia cerebrale o ictus;
la gravità dei sintomi menopausali che la donna avverte.
Ne parleremo in dettaglio nel prossimo articolo.

Bibliografia essenziale

Ashina M. Migraine. N Engl J Med. 2020 Nov 5;383(19):1866-1876. doi: 10.1056/NEJMra1915327. PMID: 33211930

Bernstein C, O'Neal MA. Migraine and menopause - a narrative review. Menopause. 2020 Aug 10;28(1):96-101. doi: 10.1097/GME.0000000000001635. PMID: 32796291

Grodzka O, Dzagoevi K, Rees T, Cabral G, Chądzyński P, Di Antonio S, Sochań P, MaassenVanDenBrink A, Lampl C; European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Migraine with and without aura-two distinct entities? A narrative review. J Headache Pain. 2025 Apr 14;26(1):77. doi: 10.1186/s10194-025-01998-1. PMID: 40229683; PMCID: PMC11995571

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202. PMID: 29368949

Hugger SS, Do TP, Ashina H, Goicochea MT, Jenkins B, Sacco S, Lee MJ, Brennan KC, Amin FM, Steiner TJ, Ashina M. Migraine in older adults. Lancet Neurol. 2023 Oct;22(10):934-945. doi: 10.1016/S1474-4422(23)00206-5. Epub 2023 Sep 14. PMID: 37717587

Levin, M. (2013), The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition (ICHD III) – Changes and Challenges. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 53: 1383-1395. doi:10.1111/head.12189

ATTENZIONE: Questi approfondimenti NON costituiscono indicazioni terapeutiche individuali. Hanno l'obiettivo di migliorare la cultura sulla salute in modo scientifico, così da ottimizzare il dialogo, rispettoso e costruttivo, con il medico di fiducia. Solo il medico ha titolo, ruolo e responsabilità per diagnosi e cura della singola persona.