

Emicrania con aura: un problema serio, soprattutto dopo la menopausa

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

«Soffro di emicrania con aura fin da quando ero ragazza. Uno-due attacchi al mese, peggiorati prima della menopausa. Ora va un po' meglio: sono in menopausa da due anni, e gli attacchi sono meno violenti. Purtroppo però ho tantissimi sintomi, con vampate tremende. In più ho una grande secchezza vaginale e dolore ai rapporti. La mia ginecologa dice che l'emicrania con aura è una controindicazione alla terapia ormonale sostitutiva. E' vero? Che cosa posso fare? Grazie mille».

Alberta C.

L'emicrania con aura costituisce **un problema diagnostico e terapeutico serio e delicato**, in particolare dopo la menopausa. La **relazione tra emicrania e terapia ormonale sostitutiva (TOS)** è molto complessa. I primi fattori che possono scatenare gli attacchi sono i livelli di estrogeni e le loro fluttuazioni, oltre allo stress, anche biologico, scatenato dalle vampate, che possono raddoppiare i livelli di cortisolo, ormone dell'allarme e dell'emergenza, con ripercussioni serie su molti altri organi e sistemi, fra cui il cervello, il cuore e il microbioma intestinale.

Le **variazioni dei livelli ormonali**, in particolare la caduta rapida degli estrogeni, scatenano l'emicrania, soprattutto senza aura.

Durante la transizione verso la menopausa, ossia durante i due-tre anni prima dell'ultimo ciclo, le **oscillazioni dei livelli di estrogeni e progesterone** possono peggiorare la frequenza e la severità degli attacchi emicranici, come è successo a lei.

La **stabilizzazione degli ormoni**, con bassissimi livelli di estrogeni, che segue l'entrata in menopausa, tende a ridurre la prevalenza dell'emicrania.

L'emicrania con aura è una controindicazione alla TOS?

Sì, l'emicrania con aura è **una controindicazione alla terapia ormonale sostitutiva sistemica con estrogeni** (con compresse per bocca, cerotti o gel), come correttamente le ha detto la sua ginecologa. Le **terapie solo progestiniche** sono invece considerate sicure, perché non aumentano questo rischio.

Il motivo è questo: **l'emicrania con aura è di per sé già associata a un aumentato rischio di ictus ischemico.**

Quanto è elevato il rischio di ictus nelle donne con emicrania con aura?

Il **rischio basale di ictus ischemico** nelle persone con emicrania con aura è circa doppio rispetto alla popolazione senza emicrania, ma rimane basso in termini numerici assoluti.

Nelle donne di età compresa tra 20 e 44 anni, il rischio annuale di ictus ischemico è 5,9 per 100.000 per chi ha emicrania con aura, rispetto a 2,5 per 100.000 nelle donne senza emicrania e 4,0 per 100.000 in quelle con emicrania senza aura. Parliamo quindi di un rischio complessivamente basso.

Attenzione: il rischio di ictus, nelle donne con emicrania con aura, viene esasperato da **stili di vita errati**, tra cui fumo, inattività fisica e stress elevato, e da **patologie concomitanti**, tra cui ipertensione, ipercolesterolemia e diabete.

Il rischio di ictus si riduce con stili di vita impeccabili, e in assenza di comorbidità cardiovascolari e metaboliche.

Perché la TOS sistemica resta controindicata in caso di emicrania con aura?

L'uso di terapie ormonali contenenti estrogeni (quindi sia i contraccettivi combinati che la TOS) incrementa ulteriormente il rischio di ictus.

Le principali società scientifiche, tra cui **Centers for Disease Control and Prevention** (CDC, Stati Uniti), **American College of Obstetricians and Gynecologists** (ACOG) e **World Health Organization** (WHO), raccomandano quindi di evitare l'uso degli estrogeni nelle donne che soffrono di emicrania con aura, indipendentemente dalla via di somministrazione o dal dosaggio, a causa del rischio additivo di eventi cerebrovascolari, soprattutto in presenza di altri fattori di rischio.

In sintesi, la presenza di emicrania con aura rappresenta **una controindicazione all'uso di estrogeni sistemici** (con compresse per bocca, con cerotto o gel) per la terapia ormonale sostitutiva, mentre **le terapie solo progestiniche** sono raccomandate come opzione sicura.

Se non posso usare la TOS, che cosa posso fare per ridurre vampate e insonnia?

In caso di emicrania con aura, le **attuali opzioni di cura non ormonali** per i sintomi vasomotori includono:

il fezolinetant (antagonista del recettore della neurochinina-3 [NK3R], 45 mg/die), che è stato approvato dalla Food and Drug Administration statunitense (FDA) per il trattamento dei sintomi vasomotori moderati o severi della menopausa, ossia per le vampate severe. E' però necessario monitorare la funzione del fegato, con dosaggio nel sangue prima e durante il trattamento, per il rischio di tossicità epatica;

diversi tipi di psicofarmaci, per ridurre l'iperattività del "termostato" che regola la temperatura corporea, situato nella parte profonda del cervello. Questi psicofarmaci (fra cui paroxetina, venlafaxina, gabapentin) vanno sempre valutati per tipo e dosaggio dal ginecologo, in collaborazione con il neurologo che segue la donna per l'emicrania con aura, anche per stabilire il dosaggio ottimale e monitorare gli eventuali effetti collaterali;

i fitoterapici, fra cui l'estratto di polline e pistillo, che è molto maneggevole ma ha una minore efficacia rispetto alle altre soluzioni.

Anche **terapia cognitivo-comportamentale** e **ipnosi** hanno dimostrato una discreta efficacia nella riduzione dei sintomi vasomotori e nel miglioramento della qualità di vita.

Per i sintomi sessuali genitali che cosa posso fare?

La secchezza vaginale, il dolore ai rapporti e i sintomi urinari, fra cui cistiti o urgenza minzionale, fanno parte della **sindrome genitourinaria della menopausa** (GSM). E a questo proposito c'è una buona notizia: per questi disturbi, anche in caso di emicrania con aura, sono disponibili soluzioni sia locali (ossia genitali), sia per bocca.

A livello locale si possono utilizzare:

estrogeni vaginali a basso dosaggio: sono considerati sicuri, perché l'assorbimento sistemico è minimo e non aumenta il rischio di ictus. Il più sicuro ed efficace è l'estriolo, in ovuli vaginali o crema vaginale, anche se va poi sempre valutata con cura la possibilità (rara) di emicrania anche con questi dosaggi davvero minimi, per ipersensibilità individuale;

prasterone (deidroepiandrosterone vaginale), in ovuli vaginali;

testosterone di estrazione vegetale, in crema da applicare su vulva e vagina, che aiuta a ridurre la secchezza e a migliorare la capacità di eccitazione, lubrificazione e orgasmo, oltre a ridurre il rischio di cistiti.

Per bocca si può invece assumere **l'ospemifene**, un modulatore selettivo del recettore estrogenico approvato dalla FDA Statunitense per la dispareunia e la secchezza vaginale da menopausa.

Importante: queste terapie sono raccomandate per la GSM anche nelle pazienti con controindicazione agli estrogeni sistemici.

Infine, la **fisioterapia** può essere preziosa per rilassare i muscoli del pavimento pelvico, se sono contratti e restringono l'entrata vaginale, causando dolore alla penetrazione.

Bibliografia essenziale

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

Bushnell C, Kernan WN, Sharrief AZ, Chaturvedi S, Cole JW, Cornwell WK 3rd, Cosby-Gaither C, Doyle S, Goldstein LB, Lennon O, Levine DA, Love M, Miller E, Nguyen-Huynh M, Rasmussen-Winkler J, Rexrode KM, Rosendale N, Sarma S, Shimbo D, Simpkins AN, Spatz ES, Sun LR, Tangpricha V, Turnage D, Velazquez G, Whelton PK. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2024 Dec;55(12):e344-e424. doi: 10.1161/STR.0000000000000475. Epub 2024 Oct 21

Huang AJ, Faubion S, Grady D. Nonhormonal Treatment of Menopausal Vasomotor Symptoms. JAMA Intern Med. 2025 Jul 1;185(7):874-875. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.0990. PMID: 40323611; PMCID: PMC12234229

Niskanen LM, Kärkkäinen HJ, Tuppurainen MT. Treatment of Menopausal Symptoms When Hormone Therapy Is Contraindicated. Semin Reprod Med. 2025 Jun;43(2):154-162. doi: 10.1055/s-0045-1811192. Epub 2025 Sep 2. PMID: 40897337

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.