

# Emicrania

D. Valade

*L'emicrania è un disturbo neurovascolare debilitante la cui patogenesi oggi non è ancora completamente chiarita. È la cefalea primaria più frequente, con una prevalenza dell'ordine del 17%. La sua diagnosi è facile a causa delle sue caratteristiche cliniche e si manifesta con crisi di cefalea parossistiche pulsanti spesso monolaterali accompagnate da nausea e/o vomito, associati a una fonofobia e a una fotofobia. Le sue crisi possono essere precedute da manifestazioni neurologiche transitorie chiamate aura. Questa malattia è benigna ma può diventare invalidante, causando un deterioramento della qualità di vita dei pazienti e un impatto significativo non trascurabile sui loro rapporti affettivi e professionali. La sua forte prevalenza nella popolazione generale e, in particolare, nella popolazione attiva ne fa una priorità di salute pubblica a causa dell'impatto economico della malattia. Gli obiettivi della gestione terapeutica si basano sull'eradicazione dei fattori scatenanti delle crisi, sul trattamento della crisi emicranica, così come su un trattamento di fondo profilattico, quando la frequenza delle crisi è elevata. Il trattamento dell'emicrania ha conosciuto un importante progresso con l'emergere dei triptani. Nonostante questi progressi, l'emicrania resta una malattia sottodiagnosticata ancora trattata troppo male, poiché i pazienti non si curano per nulla o si curano solamente con automedicazioni. L'implementazione di studi terapeutici con trattamenti di fondo, da assumere solo una o due volte al mese, dovrebbe permettere una migliore compliance. La diagnosi precoce è indispensabile per una gestione ottimale.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Emicrania; Aura; Comorbilità; Depressione corticale invasiva; Genetica; Trattamento di crisi; Trattamento di fondo

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Epidemiologia</b>	1
Prevalenza	1
Caratteristiche delle crisi	2
Comorbilità	2
Qualità della vita e impatto	3
■ <b>Fisiopatologia</b>	3
Meccanismi dell'aura emicranica	3
Sensibilizzazione ed emicrania	4
Componente genetica complessa	5
■ <b>Clinica</b>	6
Emicrania senza aura	6
Emicrania con aura	6
Complicanze dell'emicrania	7
■ <b>Trattamento</b>	8
Trattamento di crisi	8
Trattamento di fondo	9

intervalli liberi in cui il paziente non presenta alcun segno. Si tratta di una patologia benigna che non causa alcuna sequela neurologica. Costituisce, di per sé, un fattore di rischio vascolare cerebrale indipendente. A causa del suo rischio di evoluzione verso una cefalea cronica quotidiana, si considerano attualmente due stadi evolutivi, le emicranie a bassa frequenza con un numero di crisi al mese compreso fra 1 e 8 e le emicranie ad alta frequenza con 8-15 crisi al mese; oltre tale limite, si tratta di un'emicrania cronica<sup>[2]</sup>, se non vi è un abuso di farmaci, o di una cefalea cronica quotidiana per abuso di farmaci, se quest'ultimo è presente. Esistono due tipi di emicrania, secondo i criteri dell'International Headache Society (IHS)<sup>[3]</sup>, l'emicrania senza aura e l'emicrania con aura. Queste emicranie con o senza aura tipica sono facili da riconoscere e non richiedono esami complementari, poiché le difficoltà diagnostiche si presentano al momento della prima crisi, periodo durante il quale i pazienti sono raramente sottoposti a visita, salvo per le emicranie con aura, che possono essere inquietanti per il paziente per i segni che precedono il mal di testa e, soprattutto, perché solo il 50% dei pazienti si presenta a visita, mentre l'altro 50% ricorre all'automedicazione e, purtroppo, molto spesso, assume dei trattamenti non adeguati<sup>[4]</sup>.

## ■ Introduzione

L'emicrania è una patologia molto frequente che può causare una disabilità e un'alterazione della qualità di vita<sup>[1]</sup> negli individui che colpisce. Essa non presenta una lesione sottostante; si tratta, quindi, di una cefalea primaria ed evolve per crisi con

## ■ Epidemiologia

### Prevalenza

Nonostante le possibili distorsioni e le diverse modalità delle indagini epidemiologiche, il tasso complessivo di prevalenza è

dell'11,5%, tuttavia l'uso di criteri di emicrania probabile della classificazione dell'IHS, vale a dire tutti i criteri meno 1, porta a una prevalenza globale del 17%<sup>[3]</sup>. Peraltro, il 3% della popolazione francese lamenta una cefalea cronica quotidiana<sup>[3]</sup>. In sostanza, si tratta di pazienti che mescolano cefalea emicranica, cefalea tensiva e cefalea iatrogena. Certamente, la prevalenza dell'emicrania sembra essere più bassa in Africa, Asia e Medio Oriente che in Europa e in Nord America. Vi sono diverse spiegazioni per queste differenze nei tassi, che possono essere attribuite a fattori metodologici, alla valutazione dei criteri diagnostici o alla raccolta dei dati, ma, quando si guardano gli studi di prevalenza condotti a 10 o a 15 anni di distanza nei vari paesi, in particolare in Francia e negli Stati Uniti, si constata una stabilità di questa prevalenza. Tale prevalenza varia notevolmente se si considerano le due caratteristiche sociodemografiche di sesso ed età<sup>[5]</sup>. Esiste una nettissima predominanza femminile che fa sì che, in età adulta, il rapporto secondo il sesso tra uomini e donne vari da 1/2,2 a 1/2,3. Questa predominanza femminile compare solo dopo la pubertà, il che suggerisce l'influenza degli ormoni sessuali femminili sull'espressione clinica della predisposizione emicranica. La prevalenza dell'emicrania con aura è dell'ordine del 4%<sup>[4]</sup>, ma occorre sottolineare le difficoltà metodologiche con numerose distorsioni possibili, in particolare per differenziare l'aura visiva dalla fotofobia, che è un segno associato della cefalea emicranica indipendentemente dalla sua forma. Infine, il livello socioeconomico delle famiglie sembra intervenire, in particolare nel Nord Europa, ma l'alta incidenza di emicrania nelle famiglie con basso livello economico è indipendente dalla comparsa di crisi e dalla loro remissione<sup>[5]</sup>. La variabilità della prevalenza dell'emicrania si traduce anche nel suo aumento nella prima parte della vita, seguito da un declino con un massimo di prevalenza tra i 30 e i 50 anni<sup>[6]</sup>, e, dunque, con un significativo impatto dell'emicrania sulla vita lavorativa<sup>[7]</sup>. Infine, la prevalenza dell'emicrania prima dell'età di 7 anni si situa tra l'1,4% e il 5,7%, aumentando leggermente fino all'età di 10 anni senza predominanza di sesso, a differenza dell'emicrania negli adulti. La predominanza femminile diventa più chiara a partire dall'età di 12 anni; così, all'età di 14 anni, la prevalenza annuale è del 15% tra le ragazze contro l'8% tra i ragazzi<sup>[8]</sup>. La prevalenza supposta superiore tra gli intellettuali e le persone di alto livello educativo è stata negata da tutti gli studi epidemiologici. I tassi massimi di prevalenza si trovano nelle professioni intermedie, impiegati di ufficio, insegnanti, professioni paramediche, mentre la prevalenza più bassa interessa il mondo operaio e contadino<sup>[3]</sup>.

## Caratteristiche delle crisi

La frequenza delle crisi nei tre quarti degli emicranici è compresa tra una crisi alla settimana e una crisi al mese. Circa il 10% degli emicranici ha più crisi per settimana e, complessivamente, le donne hanno crisi più frequenti rispetto agli uomini<sup>[9]</sup>.

La durata delle crisi è di meno di sei ore in metà degli emicranici, e questa durata è artificialmente abbreviata sotto l'effetto del trattamento. Un quarto dei malati di emicrania ha delle crisi di 24 ore e il 10% di una durata di 48 ore o più.

Se l'intensità delle crisi è vissuta come forte o molto forte per il 50-70% degli emicranici, la disabilità è considerata da moderata a importante dal 25-43% di questi stessi pazienti, nettamente superiore a quella di altri cefalalgici.

## Comorbilità<sup>[10]</sup>

Nonostante le numerose distorsioni metodologiche che hanno macchiato gli studi di associazione, i pazienti con emicrania sembrano essere soggetti a elevati tassi di comorbilità.

## Iperensione

Quasi tutti gli studi caso-controllo hanno segnalato un'associazione positiva tra emicrania e ipertensione<sup>[11]</sup>, con livelli di pressione arteriosa più elevati negli emicranici e un

aumentato rischio di emicrania negli ipertesi. Tuttavia, gli studi di coorte realizzati sulla popolazione generale non hanno confermato tale associazione tra emicrania e ipertensione.

## Patologie cardiache

Nonostante alcuni risultati contraddittori, probabilmente legati a carenze metodologiche, non è stato stabilito, finora, un solido legame tra emicrania e patologie coronariche: angina, infarto del miocardio e prolasso della valvola mitrale o aritmia. Tuttavia, il forame ovale pervio è da due a tre volte più comune negli emicranici con aura rispetto ai controlli non emicranici. Quando si è applicato il punteggio di rischio cardiovascolare di Framingham, esso era quasi raddoppiato negli emicranici con aura e più nelle donne che negli uomini<sup>[12]</sup>.

## Patologie cerebrovascolari

L'emicrania costituisce, al tempo stesso, un fattore di rischio vascolare cerebrale e una causa eccezionale di infarto cerebrale. Rari studi di coorte suggeriscono un aumento del rischio relativo di accidente vascolare cerebrale (AVC) negli emicranici, che varia tra 2 e 2,5, ma i criteri diagnostici per l'emicrania sono imprecisi e il tipo di emicrania o di AVC è insufficientemente documentato<sup>[13]</sup>. Alcuni studi caso-controllo suggeriscono un basso rischio di infarto cerebrale negli emicranici, che varia da 1,3 a 2 quando gli emicranici sono considerati nel loro insieme. Questo rischio relativo aumenta in modo significativo in caso di emicrania con aura, dove è raddoppiato, e l'associazione tra tabacco e progestinici sembrerebbe aumentare notevolmente il rischio di AVC nelle emicraniche. Sarebbe moltiplicato quasi per dieci nelle emicraniche con aura che assumono una contraccettione e moltiplicato più di 30 volte se fumano. Gli studi in risonanza magnetica (RM) realizzati nella popolazione generale mostrano un aumento della frequenza di infarto silente negli emicranici nel territorio vertebrobasilare, particolarmente nel cervelletto, soprattutto per l'emicrania con aura. D'altra parte, il rischio di comparsa di ipersignali della sostanza bianca relativamente estesi aumenta tra le donne emicraniche; questo rischio aumenta in presenza di fattori di rischio vascolare come ipertensione, fumo o uso di contraccettivi orali. A causa dell'imprecisione diagnostica nei rari studi di coorte, l'aumento del rischio di AVC nelle emicraniche sembra probabile, ma non definitivamente stabilito. Questo rischio sembra particolarmente aumentato nella donna giovane ed emicranica (rischio medio  $\times$  3), ma il rischio assoluto è basso in questa fascia di età: 18 per 100 000 all'anno.

In pratica, nelle donne emicraniche sono state proposte dall'IHS le seguenti raccomandazioni<sup>[3]</sup>:

- smettere di fumare, soprattutto quando si utilizza una contraccettione estroprogestinica;
- nessuna controindicazione agli estroprogestinici nelle emicraniche in assenza di emicrania con aura o di fattori di rischio vascolare;
- estroprogestinici a basso dosaggio di estrogeni nelle emicraniche;
- progestinici puri in caso di emicrania con aura o in presenza di fattori di rischio vascolare;
- trattamento antiaggregante piastrinico sistematico non giustificato;
- sospensione degli estroprogestinici e rivalutazione del rischio in caso di recrudescenza delle crisi o di cefalea divenuta permanente.

## Infarto emicranico

Si tratta di uno o più sintomi di emicrania con aura associati a una lesione ischemica cerebrale in un territorio appropriato verificato con neuroradiologia<sup>[13]</sup>.

## Patologie respiratorie

Un'associazione tra allergie, asma ed emicrania è segnalata dalla maggior parte degli studi realizzati nei bambini e negli adulti con rischi relativi che variano tra 2 e 4.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3049302>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3049302>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)