

Abstract di interesse cefalgico

Marta Allena, Michele Viana (a cura di)

Headache Science Center, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Università di Pavia

The added value of an electronic monitoring and alerting system in the management of medication-overuse headache: A controlled multicentre study

*Tassorelli C., Jensen R., Allena M., De Icco R., Katsarava Z., Lainez J.M., Leston J.A., Fadic R., Spadafora S., Pagnani M., Nappi G; the COMOESTAS Consortium**
Cephalalgia 2016; Jul 20 (Epub ahead of print)

Un incremento costante e progressivo nell'assunzione di farmaci sintomatici per la cefalea può peggiorare l'emicrania e/o la cefalea di tipo tensivo, sino a portare allo sviluppo di una condizione clinica, ad andamento cronico, denominata "Cefalea da uso eccessivo di sintomatici".

Tale cefalea (dall'Inglese "Medication Overuse Headache" - MOH) è piuttosto comune, se si considera la sua frequenza nella popolazione generale pari al 1-3%, ed è particolarmente disabilitante e difficile da gestire, in quanto associata ad un elevato rischio di ricaduta.

Il suo trattamento prevede la sospensione brusca del farmaco di abuso e, superata una breve fase di disintossicazione, la prescrizione di un'adeguata terapia di profilassi.

La percentuale di successo è piuttosto elevata ma, purtroppo, con il passare dei mesi, e soprattutto nel primo anno, se il paziente non è strettamente monitorato, il rischio di recidiva, cioè di ricadere nell'abuso di farmaci, rimane alto.

In studi precedenti, il nostro gruppo aveva osservato come l'utilizzo di un diario cartaceo per monitorare gli attacchi di cefalea e il consumo dei farmaci sintomatici, associato ad un programma predefinito di follow-up (visite programmate a 2-6-12 mesi), portava ad una riduzione nella frequenza di recidiva nei pazienti affetti da MOH.

Sulla base di questi risultati, ed avvalendoci della collaborazione di esperti in ICT (Information Communication Technology), è stato progettato un diario elettronico dotato anche di un sistema di allarme e di comunicazione il cui utilizzo è stato testato in questo studio multicentrico, controllato, condotto in sei Centri Cefalee in Europa ed in America Latina, denominato COMOESTAS, al fine di migliorare l'outcome della gestione della MOH.

Nello studio sono stati arruolati un totale di 663 pazienti affetti da MOH, suddivisi in due gruppi: il gruppo Comoestas, costituito da 298 pazienti monitorati mediante il diario elettronico, ed il gruppo Classico, costituito da 365 pazienti seguiti con il diario cartaceo.

L'emicrania era la cefalea primaria per l'88.3% dei pazienti del gruppo Classico e per l'89.3% dei pazienti del gruppo Comoestas. All'incirca il 10% dei pazienti in entrambi i gruppi riportava una cefalea di tipo tensivo come cefalea di origine.

Al termine dei 6 mesi di osservazione, una percentuale significativamente maggiore di soggetti del gruppo Comoestas era "overuse-free" (73.1 vs 64.1%, $p=0.046$). Inoltre, entrambi i gruppi hanno mostrato una riduzione sia nel numero di giorni di cefalea al mese che nel numero di giorni di assunzioni al mese ma questo ultimo dato era significativamente migliore tra i pazienti seguiti con il diario elettronico. Anche il livello di disabilità, misurato mediante una scala specifica, e quindi la qualità della vita, è migliorato maggiormente dopo 6 mesi nel gruppo Comoestas rispetto al gruppo Classico.

In conclusione, lo studio ha dimostrato come un dispositivo elettronico dotato di un sistema di monitoraggio e di allarme possa ottimizzare la gestione dei

pazienti affetti da MOH dopo la disintossicazione. Esso, inoltre, potrebbe essere utile anche per altre malattie croniche a rischio di peggioramento o recidiva; lo strumento Comoestas, infatti, è stato realizzato con una specifica attenzione per essere utilizzato come soluzione tecnologica disponibile e replicabile su larga scala e per altre patologie similmente disabilitanti che richiedano uno stretto monitoraggio clinico.

Clinical features of migraine aura: Results from a prospective diary-aided study

Viana M., Sances G., Linde M., Ghiotto N., Guaschino E., Allena M., Terrazzino S., Nappi G., Goadsby P.J., Tassorelli C.

Cephalalgia 2016; Aug 29 (Epub ahead of print)

Una valutazione dettagliata dei sintomi dell'aura emicranica è di fondamentale importanza, sia per un miglioramento delle conoscenze cliniche della stessa aura, sia per questioni di classificazione nonché per una più solida discussione fisiopatologica (relativa quindi ai suoi meccanismi).

Pochi studi sino ad ora si sono concentrati in modo dettagliato sugli aspetti clinici dell'emicrania con aura. Molti studi sono stati condotti retrospettivamente mentre i pochi studi prospettici hanno valutato un basso numero di auro.

Gli autori di questo articolo hanno condotto uno studio prospettico utilizzando un diario per gli attacchi di emicrania con aura creato *ad hoc*. Nel diario i pazienti dovevano registrare in tre attacchi consecutivi le seguenti caratteristiche: presenza, qualità, lateralità, durata di ogni sintomo dell'aura (visivi/sensitivi/disfasici), la loro successione temporale; presenza di mal di testa e la sua successione temporale con aura.

Settantadue pazienti hanno completato lo studio registrando le caratteristiche di tre auro consecutive per un totale di 216 auro.

I sintomi visivi si sono verificati in 212 pazienti (98% del totale), i sintomi sensoriali in 77 (36%), i sintomi disfasici in 22 (10%).

La maggior parte delle auro visive presentava più di un fenomeno visivo (mediana 2, IQR 1-3, range 1-4); i singoli sintomi visivi più frequentemente registrati sono stati: lampi di luce, visione annebbiata / offuscata, linee

a zig-zag o frastagliate, scotoma (macchia scura), fosfeni (piccoli punti luminosi), luce intermittente, visione "attraverso vampate di calore" o attraverso "acqua frastagliata".

Alcuni dei sintomi visivi si possono inquadrare in un gruppo più ampio che gli autori hanno definito "disturbi della percezione visiva" (DPV - come ad esempio la visione annebbiata / offuscata), non accostabili ad altri sintomi puramente positivi (lampi di luce, fosfeni,..) o negativi (scotoma, emianopsia...). I DVP, nonostante non venissero sino ad ora considerati da tutti gli autori come veri e propri sintomi d'aura, sono stati riscontrati in questo studio nel 45% delle manifestazioni visive. Inoltre le analisi hanno dimostrato che i DPV hanno caratteristiche simili a quelle del 55% dei sintomi più "tipici" di aura visiva (quelli appunto positivi o negativi).

La maggior parte dei pazienti (56%) non ha presentato attacchi stereotipati, ovvero almeno un attacco dei tre presentava, rispetto agli altri attacchi, almeno diversità nelle caratteristiche indagate (ad esempio caratteristiche visive, la combinazione e / o successione temporale dei tre sintomi aura). Anche per quanto riguarda la correlazione aura-cefalea, il 56% dei pazienti

ha riportato un diverso scenario di sequenza temporale nei tre attacchi. In altre parole poteva accadere che se in un attacco la cefalea iniziava dopo la conclusione dell'aura, in un altro attacco la cefalea insorgeva contemporaneamente all'esordio dell'aura o mentre l'aura era già iniziata (ma non ancora terminata).

Per quanto riguarda l'importante aspetto della durata dei sintomi dell'aura emicranica, si è dimostrato che il 15% dei sintomi dell'aura dura più di un'ora (anche se la classificazione riporta un'ora come limite massimo di durata) mentre solo il 5% dei sintomi d'aura ha superato le 4 ore di durata.

In conclusione, questi risultati mostrano un'elevata inter e intra-variabilità degli attacchi di emicrania con aura: esiste infatti un'ampia differenza in termini di presentazione dell'aura sia tra i diversi pazienti ma anche nello stesso paziente su attacchi differenti. Inoltre i risultati di questo studio forniscono solide basi per arricchire e chiarire le possibili presentazioni cliniche dell'aura e avviare, da un lato una discussione sull'attuale classificazione internazionale delle cefalee (ICHD-III-beta), dall'altro una speculazione fisiopatologica.