



Ma attenzione! La *Cefalea primaria da attività fisica* è scatenata e si manifesta **solo** durante o in stretto rapporto con uno sforzo (fattore casuale); nei pazienti che già da tempo soffrono di emicrania, lo sforzo può invece agire come **fattore di innesco** (trigger factor), inducendo una crisi di cefalea vascolare pulsante (della durata di 4/72 ore), preceduta (**Aura**) o meno (**la più comune Emicrania senza Aura**) da disturbi neurologici (perdite della vista, paresi, formicolii, afasia) di 5/60 minuti; a questo tipo di mal di testa si associano inappetenza, nausea, vomito, intolleranza alla luce, ai rumori e agli odori.

Recentemente la stampa sportiva ha riferito il caso di Fredrik Ljungberg (ventisettenne centrocampista svedese dell'Arsenal), costretto a saltare due partite consecutive di campionato a causa di un classico attacco di emicrania con aura: "...comincio a vomitare e perdo la vista e la sensibilità delle mani...". Ljungberg soffre di cefalea emicranica con aura visiva tipica sin dall'età di 14 anni. Fortunatamente, l'emicrania con aura generalmente si manifesta secondo una frequenza di crisi assai bassa/addirittura sporadica (poche crisi nel corso della vita!) e nel caso del giocatore dell'Arsenal tra una crisi e l'altra di mal di testa sono, infatti, passati anche più di due anni. E' solo per questo che la carriera (e le quotazioni) di Ljungberg non ne hanno risentito! Si fosse trattato di una comune "emicrania da fine settimana" (4/5 attacchi al mese, di gravità tale da impedire del tutto o ridurre grandemente la performance sportiva dell'atleta), difficilmente Ljungberg sarebbe approdato alla ribalta della Premier League britannica. Cefalee attribuibili a pratiche sportive specifiche sono anche descritte fra le forme di mal di testa secondarie ad altre condizioni patologiche. In particolare, la nuova classificazione delle cefalee ne riporta due: la "Cefalea

da immersione" (nei subacquei) e la "Cefalea da elevata altitudine" (alpinisti). Di queste due forme di cefalea sintomatica tratteremo in uno dei prossimi numeri di questo bollettino.

Roberto Nappi



CEFALEA DA CODA DI CAVALLO

Fissi i capelli con fermagli molto stretti? Attenta perché possono causare mal di testa e dolori al tratto cervicale. Se ti piaci con la "coda di cavallo", evita le mollette di ferro e légali con elastici in tessuto.

Starbene, gennaio 2005

Cefalee Today

- Bollettino di informazione bimestrale a cura della Fondazione CIRNA

- Organo ufficiale di Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)

Redattore Responsabile: Grazia Sances (Pavia)

Comitato Editoriale: M. Gabriella Buzzi (Roma); Teresa Catarci (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Silvano Cristina (Pavia); Enrico Ferrante (Milano); Anna Ferrari (Modena); Oreste Ferrari Ginevra (Pavia); Natascia Ghiotto (Pavia); Pasquale Marchione (Roma); Enrico Marchioni (Pavia); Alberto Proietti Cecchini (Pavia); Ennio Pucci (Pavia); Paolo Rossi (Roma); Cristina Tassorelli (Pavia); Paola Torelli (Parma)

Segreteria: Silvana Bosoni (Pavia)

Marketing e Pubblicità: 'X Comunicare'

Via Marconi 1/D - 27100 Pavia

Tel. 0382-577590

fax 0382-476889

E-mail: xcomunicare@virgilio.it

Per informazioni: Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)

Via Palestro, 3 - 27100 Pavia

Fax. 0382-380369

E-mail: alceagroup@tin.it

Partnering: Roberto Nappi (Pavia)



CEFALEE TODAY

e-bulletin www.cefalea.it

Anno 7, Numero 36

Febbraio 2005

Sommario

Quando il paziente aiuta il medico	1-3
Appunti da ...	3
Cefalee & Sport	3-4
Cefalea da coda di cavallo	4

QUANDO IL PAZIENTE AIUTA IL MEDICO!

"Scrivo dalla provincia di Udine. Approfitto di questo servizio per sottoporvi un quesito, riportato in fondo al documento. Si tratta della mia cara, vecchia emicrania.

Non mi sono mai rivolta ad un neurologo per definire la diagnosi, ma dall'alto della mia ignoranza posso supporre si tratti di questa forma di cefalea.

Siccome non so quali siano le informazioni necessarie per rispondere alla domanda, vi sottopongo questo mio ipocondriaco elenco di dati, nel quale sono presenti anche le informazioni più banali.

ANAMNESI:

- 25 aa, studentessa (ancora x poco) di fisioterapia; 1,60 m / 58 kg; attività fisica normale; esami ematochimici normali, recente carenza di ferro e ferritina (donatrice regolare di sangue);
- familiarità x emicranie (non documentata ma rilevata autonomamente): madre con frequenti manifestazioni fino alla menopausa, senza aura; padre con episodi rarissimi di cefalea con aura visiva in concomitanza con esposizione a vernici;

- dalla tenera età cefalea associata a vomito, attribuita a indigestione. Vomito immediatamente risolutivo della cefalea;
- periodi di remissione alternati a periodi di aumento della frequenza delle manifestazioni;
- crisi piuttosto violente in esposizione a sole e rumori forti;
- durante la pubertà: associazione con mestruazioni (cefalea mai forte);
- 16-17 aa: alcune crisi molto violente con vomito, nausea, pallore, impossibilità a svolgere qualsiasi attività; frequenza più bassa;
- 5 aa fa compare aura visiva. Inizialmente da intox benzina (non sniffo, lavoravo la ceramica e nella benzina si scioglie bene la cera d'api x lucidare...). Poi aura senza causa apparente, oppure dopo sforzo intenso, calo di pressione per caldo;
- da qualche mese: periodi con risveglio mattutino con cefalea importante; nell'80% dei casi si risolve nel giro di 1 h dal risveglio. Quando non passa diventa forte ed è difficile farla passare;
- non sono riuscita a stabilire alcuna relazione precisa con periodi mestruali, cibi, fattori esterni;

- pre mestruo: cefalea di lieve entità, trascurabile e riconoscibile.

CARATTERISTICHE DELLA CEFALEA: CON AURA:

- aura visiva: inizia con abbaglio/ punti ciechi/"lucette", continua con riduzione del campo visivo (effetto "televisore rotto" nella zona cieca). Interessate diverse zone del campo: 2 quadranti temporali bilateralmente, o solo parte dx del campo, o rimane libera solo una piccola zona;
- durata: da circa 10 min a più di 1 h (una volta sola). Una volta sola: persistente sensazione di strabismo ad un occhio, smentita da chiunque mi osservasse. Ne è risultato un attacco molto violento. Alcuni episodi di aura con inizio successivo a cefalea post-risveglio, durata molto breve (10min), cefalea intensa. Generalmente ne risulta cefalea di tipo pulsante di intensità media o elevata, mai insopportabile, non risponde più ai comuni farmaci. Generalmente cefalea unilaterale, più dx che sx, zona temporale-orbitale. Alcuni episodi di aura senza cefalea o con cefalea insignificante.



SENZA AURA:

- cefalea pulsante, di intensità progressivamente crescente, arriva a livelli più alti della precedente. Per lo più dopo giornata fisicamente o mentalmente intensa e/o esposizione prolungata al sole/vento (camminate in montagna);
- localizzazione mono o bilaterale, zona orbitale o temporo-orbitale; quando raggiunge l'acme diventa impossibile distinguere una zona dolente. Aggravata da qualsiasi movimento. Più frequenti episodi medio-lievi o a risoluzione spontanea; episodi intensi molto più rari ma piuttosto invalidanti. Se intensa: nausea, vomito (non risolutivo, anzi, lo sforzo aggrava temporaneamente), pallore marcato (mi dicono), brividi o sensazione di freddo, impossibilità a svolgere qualsiasi attività, insofferenza ai rumori, impossibile dormire, aggravata dalla

posizione distesa e dal movimento (anche aprire-chiudere gli occhi e parlare), durata dopo l'assunzione di farmaci: max 2 h; solo 1 volta (intensità molto forte) stato confusionale riferito da familiari. Se media o lieve: è possibile parlare e muoversi (anche se non gradito). Continuo a svolgere le mie attività. Talvolta mattutina, scompare dopo circa 1 h / intensità medio-forte (v. sopra).

FARMACI:

- acido acetilsalicilico (*ndr*) per l'attacco lieve. Non scompare, ma è sopportabile;
- naprossene (*ndr*) intensità media e medio-forte (non passa del tutto ma allevia); metamizolo (*ndr*) x medio e medio forte (non passa del tutto ma allevia). Se molto forte non passa, altrimenti in 2 h max si;
- provato: sumatriptan (*ndr*), 1 volta, senza effetto significativo su cefalea medio-forte; rizatriptan (*ndr*): 3 volte. Efficace 1 sola volta x cefalea media intensità.

DOMANDE:

- un farmaco efficace per gli attacchi più brutti;
- continuare con farmaci sintomatici o fare profilassi? Non sono tanto d'accordo con la proposta del mio medico di assumere amitriptilina, considerando anche i lunghi (felici) periodi di remissione;
- il mio problema è se e quando assumere qualsiasi farmaco. Nei periodi con alta frequenza di cefalea, se dovessi prendere anche solo 1 aspirina in tempo utile x evitare l'aumentare dell'intensità, dovrei prenderne almeno 1 al giorno;

Considerato che per fortuna gran parte delle volte si risolve da sé, meglio non prendere niente. Però quando mi accorgo che non è così, è troppo tardi per prendere solo un analgesico. Anche gli

antiemcranici vanno presi in fase precoce. Grata per l'attenzione, saluto cordialmente".

giusi.calli@libero.it



"Appunti da ..."

Cervia - Settimana della Cefalea

Carissima dr.ssa ...,

sono Rosaria Grillo anzi Sara, ed ho avuto il piacere di conoscerla in occasione del Convegno a Cervia dal 21 al 23 maggio scorso. Mi fa piacere farle sapere che dal momento del mio rientro dopo una violenta crisi di emicrania, cui ha seguito una rilettura degli appunti e una personale ed intima riflessione sulla mia suscettibilità ai farmaci, ho iniziato un nuovo percorso. Ho capito i messaggi trasmessi con intelligenza e chiarezza, perciò dal 9 giugno scorso ho interrotto l'assunzione di tutti i sintomatici. L'unico supporto sono le sedute di agopuntura a cui mi sto ancora sottoponendo e sto vivendo la mia malattia in modo del tutto diverso.

Sono stata aiutata e lo sono ancora dalla sig.ra Lara Merighi (n.d.r. mammalara) che mi ha sostenuto sia prima e sia dopo la mia decisione e che regolarmente sento e con cui condivido queste nuove sensazioni e la gestione di un'emicrania non trattata ma vissuta.

Ho ritenuto farglielo sapere perché Lei dr.ssa ... e tutti gli illustri Professori che hanno partecipato al Convegno avete contribuito alla mia guarigione, non dall'emicrania ma dal male peggiore che è quello della dipendenza dei farmaci.

Grazie e cordialità.

Spero a presto rivederla.

Sara Grillo

CEFALEE & SPORT EMICRANIE INVALIDANTI ED ALTRI MAL DI TESTA

Un mal di testa occasionale, sia di tipo muscolare tensivo che vascolare pulsante, può colpire chi passa rapidamente da marcati stati di inattività a sforzi fisici intensi; in queste condizioni, avvengono repentini aumenti di pressione arteriosa che, uniti a polmoni (ipo-ossigenazione) e muscoli (fatica) poco allenati, provocano mal di testa più o meno intensi. D'altra parte, non è detto che chi pratici sport con regolarità sia immune da mal di testa! E, ad esempio, esiste la "Cefalea primaria da attività fisica", che colpisce molti sportivi proprio durante e/o dopo aver compiuto sforzi fisici intensi, con mal di testa di tipo pulsante, della durata, di solito, di 5 minuti/2 giorni. Questa forma di mal di testa è nota da tempi assai remoti; fu descritta già da IPPOCRATE, che insegnava ai suoi studenti a riconoscere le persone che ne soffrivano dopo la ginnastica, una camminata, una corsa o un lavoro faticoso. In questo ambito si distinguono varianti legate ad attività sportive specifiche, quale ad esempio la cefalea del "sollevatore di pesi".

In realtà, la cefalea primaria da attività fisica può essere scatenata da qualsiasi tipo di esercizio, in particolare se svolto ad alte quote o ad elevate temperature; in questi casi è obbligatorio per il medico escludere che la cefalea sia da attribuire a processi patologici particolarmente gravi ("Cefalee sintomatiche", secondarie ad altre malattie, tipo una emorragia all'interno della scatola cranica).

