



CEFALEE TODAY

for the research on headache and clinical neuroscience

N. 132 SETTEMBRE

EDITORIALE

CHERUBINO DI LORENZO - PAG. 2

CEFALEE IN TEMPO DI GUERRA

VOLODYMYR ROMANENKO - PAG. 3

ANTIDEPRESSIVI E MAL DI TESTA

MATTEO NATHAN NUCCI - PAG. 3

LA CEFALEA IN CUCINA - LA CURCUMA E IL MAL DI TESTA

ELEONORA DI PIETRO - PAG. 5

CEFALEE TODAY AMARCORD - CEFALEA DA ELEVATA ALTITUDINE E "MAL DI MONTAGNA"

ROBERTO NAPPI - PAG. 6



DIRETTORE SCIENTIFICO

Cherubino Di Lorenzo (Roma)

DIRETTORE RESPONSABILE

Silvia Molinari (Pavia)

DIRETTORE EDITORIALE

Roberto Nappi (Pavia)

COMITATO EDITORIALE

Marta Allena (Pavia)
 Filippo Brighina (Palermo)
 Biagio Ciccone (Saviano)
 Alfredo Costa (Pavia)
 Vittorio di Piero (Roma)
 Federica Galli (Milano)
 Natascia Ghiotto (Pavia)
 Elena Guaschino (Pavia)
 Rosario Iannacchero (Catanzaro)
 Armando Perrotta (Pozzilli)
 Grazia Sances (Pavia)
 Elisa Sancisi (Ferrara)
 Marzia Segù (Vigevano)
 Cristina Tassorelli (Pavia)
 Cristiano Termine (Varese)
 Michele Viana (Novara)

Per informazioni:

Francesca Cappelletti
 c/o Biblioteca
 IRCCS Fondazione Istituto Neurologico
 Nazionale C. Mondino
 Via Mondino 2 – 27100 Pavia
 E-mail: alcegroup@cefalea.it

*Inserito nel registro stampa e periodici
 del Tribunale di Pavia al numero 680 in
 data 03/09/2007*

Bollettino di informazione trimestrale

EDITORIALE

Cherubino Di Lorenzo

Dott. Cherubino Di Lorenzo
 Direttore Scientifico
 Cefalee Today

Rieccoci amici con il nuovo numero del nostro bollettino. Ci siamo lasciati alle spalle l'estate più calda a memoria d'uomo ma, secondo alcuni esperti, la più fresca del resto della nostra vita. Speriamo si sbagliano, anche perché caldo e mal di testa non sempre vanno d'accordo.

Oltre al clima, il calore del momento è dato pure dagli scenari di guerra che si fanno sempre più inquietanti, assistiamo ad un'escalation inimmaginabile e questa situazione inquieta tutti noi: speriamo per il meglio, ma di certo tanta agitazione non aiuta. Giacché menzioniamo la guerra, approfitto per introdurre l'intervista che il nostro Roberto Nappi ha realizzato per questo numero, un piccolo grande scoop, con il professor Volodymyr Romanenko, Direttore Scientifico dell'Accademia Medica Ucraina di Kyiv e Membro del Comitato Educazionale dell'International Headache Society. Ci racconta la situazione nel suo Paese, in particolare ci fa sapere come stanno i suoi pazienti cefalalgici e di come si siano industriati i medici per poter continuare a seguirli malgrado i tragici eventi causati dal conflitto in corso. Spesso ci lamentiamo di quanto possa essere dura la vita per chi soffre di cefalea, ecco, provate ad immaginare cosa potrebbe accadere se a quella vita si sommasse una catastrofe simile. Un popolo incolpevole subisce un'aggressione militare sul proprio territorio, con attentati terroristici rivolti alla popolazione civile e lo stravolgimento di ogni consuetudine unita alla paura costante di non venire fuori da quell'incubo. I primi a pagarne le spese sono proprio i più deboli e fra essi i malati invisibili come i pazienti cefalalgici cronici. Senza retorica, esprimo la nostra vicinanza al popolo ucraino, a tutte le vittime del conflitto e ai loro cari.

Chiedo scusa se vi ho rattristati con l'argomento di prima, forse, per tirarci un po'su potrebbe essere il caso di parlare di antidepressivi, ma per ciò che interessa noi, cioè, il loro uso nella terapia di profilassi delle cefalee. Come sapete, seguo molto i gruppi e forum dei pazienti nei canali social e una delle domande più ricorrenti è proprio questa: "se non soffro di depressione, perché devo prendere un antidepressivo?". Ecco, ci tenevamo a dare una risposta definitiva alla questione, ma non è semplice affrontare un argomento così tecnico con le parole giuste per renderlo comprensibile per un lettore laico (cioè, un non professionista della salute). Citando Einstein, avevamo il compito di rendere tutto semplice, ma non semplicistico. Così abbiamo pensato di chiedere aiuto al dott. Matteo Nathan Nucci, Farmacista, blogger e divulgatore scientifico. Con la sua scrittura semplice e diretta è in grado di rendere fruibili argomenti molto tecnici, Spero il suo intervento concorra a risolvere molti dei vostri quesiti.

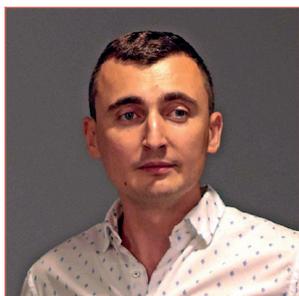
Per la rubrica "la Cefalea in cucina", la dott.ssa Eleonora Di Pietro, biologa nutrizionista dell'Associazione Eupraxia, ci parlerà della curcuma, antichissima spezia indiana, recentemente finita nell'occhio del ciclone per una presunta tossicità epatica. Dopo esser stata scagionata da queste accuse è tornata alla ribalta in campo scientifico, con tanti studi, pure nel settore delle cefalee.

Infine, per la rubrica Amarcord, dopo aver parlato nello scorso della cefalea da immersione, abbiamo deciso di recuperare un altro vecchio pezzo del nostro Roberto Nappi sulla cefalea da alta quota. Come sempre, spero che gli argomenti siano di vostro gradimento.

Buona lettura e fateci conoscere i vostri commenti.

Cefalee in tempo di guerra

Dott. Volodymyr Romanenko



Dr. Volodymyr Romanenko
Direttore scientifico
dell'Accademia Medica Ucraina
di Kyiv - Membro del Comitato
Educazionale dell'International
Headache Society

Dott. Romanenko, in quale città lavora e come l'invasione russa ha cambiato le sue condizioni di lavoro? Sappiamo che in alcune città gli ospedali sono stati bersaglio di attacchi militari, questo ha cambiato l'organizzazione delle varie attività ospedaliere?

Prima dell'inizio della guerra lavoravo a Kyiv (è il modo in cui gli ucraini vogliono sia chiamata la loro capitale in caratteri latini, in quanto la translitterazione in Kiev è russofona, n.d.r.). Con i

primi giorni dell'offensiva russa io, come milioni di altri ucraini, mi sono trasferito nelle regioni occidentali dell'Ucraina per essere in un luogo più sicuro. Nei primi mesi dell'invasione russa c'è stato un picco di consultazioni online. Molti medici si sono trasferiti e non hanno prestato i loro servizi nelle sedi abituali.

La guerra ha limitato la possibilità dei suoi pazienti di accedere alle visite per il mal di testa? Pensa che sia possibile che alcuni pazienti non abbiano più accesso alle cure a causa della guerra o che decidano di rinunciare per paura di essere coinvolti in un bombardamento?

Molti pazienti sono fuggiti dalle loro case e non si trovavano più nelle immediate vicinanze geografiche del loro medico e del loro ospedale. Le persone erano molto stressate e questo è stato uno dei fattori che ha portato a un notevole aumento dell'intensità e della frequenza degli attacchi di mal di testa. Per questo motivo, in molti casi le visite a distanza erano l'unica opzione disponibile per fornire aiuto ai pazienti. Io e i miei colleghi siamo stati fortemente coinvolti nelle consultazioni a distanza. Fortunatamente, con i pazienti affetti da cefalea è stato possibile farlo in modo molto efficace in formato online.

Conosce qualche città in cui gli ospedali e gli ambulatori hanno dovuto interrompere completamente le visite ai pazienti? La guerra ha peggiorato le condizioni sanitarie nel suo Paese? Vi sentite in pericolo andando al lavoro?

Il territorio ucraino è ancora minacciato da attacchi missilistici russi. Il 14 luglio 2022 due nostri colleghi neurologi sono morti durante un atto terroristico russo a Vinnytsia. Stavano svolgendo una normale giornata di lavoro in clinica, visitando i pazienti, quando un missile russo ha colpito il loro ospedale. Nelle regioni orientali e meridionali, dove la linea del fronte era vicina, molti ospedali e cliniche sono stati distrutti o occupati. Secondo i dati ufficiali del Ministero della Sanità ucraino, il 6 luglio 2022 erano 817 le istituzioni sanitarie parzialmente danneggiate e 122 quelle completamente distrutte. Il numero di istituzioni sanitarie che attualmente si trovano nel territorio occupato non è stato reso noto, ma si può ipotizzare che sia di centinaia.

I farmaci per il mal di testa sono normalmente disponibili per i pazienti ucraini? Com'è cambiata la disponibilità negli ultimi 6 mesi?

Abbiamo avuto una carenza di farmaci nei primi mesi di guerra. Molti pazienti non hanno potuto accedere alle cure di cui avevano bisogno perché molte farmacie sono state chiuse, più di 500 sono state distrutte, e le catene di approvvigionamento sono state interrotte. Grazie al sostegno dei donatori internazionali, agli aiuti umanitari da loro forniti e al duro lavoro dei volontari, i pazienti hanno potuto ricevere un'assistenza mirata. Questo si riferisce anche ai farmaci più costosi, come la tossina botulinica o gli anticorpi monoclonali. Oggi, quasi tutti i farmaci sono disponibili in farmacia, ma a prezzi più alti, perché la grivna, la moneta nazionale ucraina, è crollata al mercato dei cambi.

Pensa che ci sia qualcosa che noi di altre nazioni possiamo fare per far sentire la nostra solidarietà a tutte le donne e gli uomini ucraini che soffrono di mal di testa?

Molte associazioni mediche professionali internazionali hanno espresso solidarietà e sostegno ai medici ucraini. Questo si è concretizzato nell'offerta di iscrizioni gratuite a diversi congressi e corsi online, in modo che i colleghi ucraini avessero la possibilità di aggiornare le proprie conoscenze sugli argomenti di loro interesse. Molti medici stranieri sono stati invitati a tenere presentazioni speciali per i colleghi ucraini su base volontaria. La formazione online in Ucraina ha raggiunto l'apice negli ultimi mesi e i pazienti ne trarranno sicuramente beneficio.

In conclusione, qual è la situazione ad oggi, in particolare per coloro che non si trovano più in Ucraina?

Il problema più grande resta la guerra in corso. Molti pazienti e medici sono fuggiti in altri Paesi in cerca di sicurezza per sé e per le proprie famiglie. Fortunatamente, grazie al grande sostegno dei Paesi europei, del Regno Unito, degli Stati Uniti, del Canada e di altri Paesi, gli ucraini possono ricevere assistenza medica nei luoghi in cui risiedono attualmente. Molti pazienti sono ancora in teleconsulto con i loro medici ucraini. La cosa più desiderata per noi oggi è il ritorno sotto il controllo ucraino dei nostri territori e la fine della guerra con la nostra vittoria. E ogni ucraino sta facendo tutto il possibile per avvicinare questo giorno.

Slava Ucraina!

Intervista a cura di Roberto Nappi

Antidepressivi e Mal di Testa

Dott. Matteo Nathan Nucci



Dott. Matteo Nathan Nucci
Farmacista e blogger,
divulgatore scientifico

La storia degli antidepressivi comincia per caso, negli anni '50 del secolo scorso, quando furono introdotti i primi farmaci antitubercolari, l'isoniazide e l'iproniazide. Quest'ultimo aveva come effetto collaterale la stimolazione del sistema nervoso centrale e i pazienti in trattamento mostravano una ripresa di vitalità inaspettata. Fu grazie alla lungimiranza di alcuni medici che gli studi su questa molecola si focalizzaro-

no sulle sue attività centrali, dando vita ad una nuova categoria di farmaci, in particolare ad una classe di antidepressivi detti MAO inibitori. Le MAO (monoaminossidasi) sono enzimi che degradano alcuni neurotrasmettitori (monoamine), tra cui spicca per importanza la serotonina. I MAO inibitori sono dunque capaci di aumentarne indirettamente le concentrazioni nelle sinapsi.

Nello stesso periodo, furono scoperti i primi antipsicotici, dai quali con piccole modifiche strutturali si ottennero molecole con effetti antidepressivi. Nacque così l'imipramina, il capostipite della classe degli antidepressivi triciclici (TCA), chiamati così per la loro caratteristica struttura molecolare.

Grazie alle successive teorie sulla patogenesi della depressione, specialmente quella che vuole la riduzione della concentrazione delle monoamine nelle sinapsi giocare un ruolo significativo, seguirono tutte le altre classi di antidepressivi, generalmente con meno interazioni ed effetti collaterali (SSRI, SNRI, NARI, NASSA e atipici).

Siamo abituati normalmente a classificare i farmaci in base al loro impiego principale, ma in realtà ogni molecola possiede diversi meccanismi d'azione che possono tornare utili anche per più condizioni patologiche.

Il caso dell'utilizzo di antidepressivi nel dolore cronico è emblematico poiché questi principi attivi agiscono sul sistema nervoso attraverso meccanismi non ancora del tutto chiariti.

Un motivo però che sappiamo essere importante per cui alcuni antidepressivi funzionano nella profilassi della cefalea è perché potenziano l'azione della serotonina. Questo neurotrasmettitore, rilasciato correttamente nelle sinapsi, non ci regala soltanto il buon umore e un sonno ristoratore, comunque fondamentali nella gestione del dolore cronico, ma gioca un ruolo significativo nella sensibilità al dolore al livello centrale, partecipandovi anche come inibitore.

Di questa categoria in questo contesto, il farmaco più importante è l'amitriptilina, appartenente alla classe degli antidepressivi triciclici. Tale molecola potenzia anche la funzione della noradrenalina, un ulteriore neurotrasmettitore con funzione inibitoria sulla percezione del dolore. Agisce inoltre con altri svariati meccanismi (es. blocco dei canali del sodio) che partecipano alla produzione della complessa analgesia finale, senza dimenticare la sua benefica azione neurotrofica che aumenta la resistenza delle cellule nervose, proteggendole dallo stress, funzione che oggi viene ritenuta importante per l'azione principale di tutti i farmaci di questa categoria, probabilmente conseguente all'aumento della concentrazione di monoamine. Tuttavia, la sua applicazione è limitata da alcuni effetti collaterali quali sonnolenza e altre anomalie del ritmo sonno veglia, ottundimento, ipotensione ortostatica e aumento ponderale; inoltre, va usata con estrema cautela in presenza di epilessia e di-

sturbi della conduzione cardiaca. Molto più recentemente, un'altra molecola ha subito uno strano percorso registrativo: la duloxetina. Fu studiata come farmaco contro l'incontinenza, ci si rese subito conto che migliorava inaspettatamente il tono dell'umore, così la si studiò come antidepressivo e con tale indicazione fu commercializzata; tuttavia, il grosso del suo successo l'ha dovuto ad un altro inatteso effetto collaterale: l'analgesia. Oggi è usatissima, anche nelle cefalee, proprio come farmaco in grado di prevenire il dolore. In linea generale la profilassi farmacologica della cefalea, grazie all'obiettivo principale che si pone, ovvero quello di ridurre il consumo di farmaci sintomatici, è importante da attuare anche nei casi meno complessi. I farmaci che bloccano direttamente l'attacco acuto di cefalea sono senza dubbio più problematici per l'organismo nel lungo termine, inoltre potrebbero aumentare la cronicità del dolore, oppure il dolore stesso potrebbe cronicizzare se non coperto da una profilassi che stabilizza in un certo senso il sistema nervoso, impedendo che vi si adatti. Il caso degli antidepressivi è emblematico: tutti agiscono sulla serotonina (che abbiamo detto essere tra i neurotrasmettitori principali nella genesi della crisi emicranica), molti anche sulla noradrenalina (ugualmente chiamata in causa nell'analgesia), così come sul controllo di alcuni correnti ioniche neuronali mediante la modulazione di specifici canali, infine possono indurre il rilascio di fattori neuroprotettivi, oltre a dare un senso di benessere al paziente. Insomma, si tratta in tutti i casi di meccanismi che possono modulare favorevolmente la predisposizione ad avere attacchi ricorrenti di cefalea, evocati mediante l'uso di farmaci creati e ampiamente sperimentati nei trial clinici e nella pratica medica quotidiana per esser usati anche per lunghi periodi senza eccessive preoccupazioni.

Ovviamente, sarà lo specialista a scegliere quale farmaco di quale classe è più idoneo per il paziente, prestando attenzione all'anamnesi e a tutti gli altri fattori, riducendo così al minimo i rischi potenzialmente correlati alla terapia.

In termini di efficacia, però, si va spesso a tentativi poiché la quasi totalità dei farmaci di profilassi sono cosiddetti "di riposizionamento", ovvero non sono stati studiati per le cefalee ma vengono impiegati in questo campo grazie a modeste evidenze di efficacia nella pratica clinica. Quindi, dato che la profilassi ideale per ogni paziente è complessa da ricercare e va effettivamente sperimentata nel tempo sul soggetto stesso scalando quelle che sono le linee terapeutiche e aggiustando dinamicamente i farmaci in base alle risposte soggettive che si modificano nel tempo, non bisogna aspettare che il mal di testa peggiori prima di rivolgersi allo specialista, perché non c'è tempo da perdere per tornare ad una qualità di vita migliore.



CAMPAGNA ADESIONI Al.Ce. 2023

Prima di fine anno sarà lanciata la Campagna Adesioni Al.Ce. 2023 che ricalcherà sostanzialmente le novità introdotte per il 2022: l'adesione base sarà gratuita, ma saranno riservati omaggi e servizi utili a chi l'accompagnerà con una piccola donazione. Maggiori dettagli saranno resi noti nella pagina dedicata su www.cefalea.it e nel prossimo numero di Cefalee Today.

PIÙ SIAMO, PIÙ CONTIAMO!

La Cefalea in cucina



La curcuma e il mal di testa

Una spezia molto diffusa nella cucina indo-asiatica e che dal medioevo si è affermata anche in Europa è la curcuma, un derivato della radice della pianta *Curcuma Longa*, il cui utilizzo è antichissimo (secondo alcuni, risale a più di 5000 anni fa) e fin da subito è stata adottata non solo a scopo alimentare (basti pensare che è l'ingrediente base per la realizzazione del Curry, principe dei condimenti della cucina indiana), ma anche rituale (per il suo pigmento giallo che la rendeva simile all'oro e al sole, ancora oggi usata nell'Unione Europea con la sigla E100) e terapeutico (è alla base di molti preparati della medicina ayurvedica). Oltre ad essere vista come la madre di tutte le spezie nella cultura indiana è dunque utilizzata anche in campo sanitario con molteplici indicazioni proposte dalla medicina tradizionale, che successivamente hanno trovato riscontro in ricerche scientifiche: è un potente antiossidante, antinfiammatorio / antipiretico e decongestionante, ha inoltre un potente effetto cicatrizzante e molteplici effetti sul tratto gastrointestinale, agendo sulle vie biliari (coleretica), sulla mucosa gastrica come antiacido e come disinfettante attivo sia sui batteri gastrici (tra cui *Helicobacter pylori*, responsabile dell'ulcera e del tumore gastrico) che intestinali. La molecola contenuta nella curcuma principalmente responsabile di tali effetti benefici è la curcumina, un polifenolo che dona il colore giallo-arancio acceso alla pianta. Il suo assorbimento sistemico è scarso perché trattenuto dal fegato, ecco perché il grosso delle azioni terapeutiche sono esercitate sul tratto gastroenterico e sul fegato, per un effetto "primo passaggio". Tuttavia, il filtro epatico può lasciar passare in circolo la molecola se assunta congiuntamente ai grassi e ad altre spezie. È il caso, ad esempio, del pepe, che non manca mai, assieme all'aglio, nelle preparazioni tradizionali culinarie indiane fin dall'antichità, in combinazione con la curcuma. L'altro trucco per aumentare l'assorbimento della curcumina, ma in questo caso, quella assunta dagli integratori, è la sua ingegnerizzazione in molecole isolate (in tal caso si parla di "nano-curcumina"), anziché negli agglomerati presenti nella pianta. Proprio l'impegno epatico da

parte della curcumina ha destato dei dubbi nel recente passato sulla sicurezza del prodotto, a seguito di alcune segnalazioni su un potenziale danno epatico dovuto all'assunzione massiccia di curcumina. Tuttavia, a fronte di iniziali casi che innescarono una sorta d'isteria collettiva contro la molecola, soprattutto in Italia, sono mancati dati certi sulla reale pericolosità (in fondo dosi cumulative ben maggiori di quelle presenti negli integratori sono ingerite quotidianamente e per tutta la vita da una buona parte del miliardo e più degli abitanti dell'India), la bolla s'è sgonfiata e l'allarme è rientrato rapidamente. Sia nella medicina tradizionale che nella fitoterapia moderna la curcuma è ampiamente usata nelle cefalee, in particolar modo nell'emigrania. Il razionale è forte, essendo la molecola un antinfiammatorio analgesico, avente inoltre anche un effetto antiossidante e neuroprotettivo promuovente la plasticità neuronale. Inoltre, potrebbe esserci un'azione indiretta esercitata sull'intestino: migliorerebbe la flora intestinale, modificandola in senso favorevole al paziente emigranico e inducendo una modulazione vegetativa attraverso la riduzione della stimolazione del nervo vago al cervello. Infine, non va sottovalutato il ruolo regolatorio esercitato dalla curcumina sull'insulino-resistenza, essendo nota l'alta prevalenza di questa condizione metabolica sfavorevole nei pazienti emigranici. L'argomento è molto studiato sia dal punto di vista sperimentale (ricerche su animali) che clinico (negli ultimi 5 anni sono stati già pubblicati 10 trial clinici, con esiti favorevoli, sull'utilizzo della curcumina nei soggetti emigranici). In particolare, la curcumina sembrerebbe funzionare in termini di riduzione di frequenza, intensità e durata degli attacchi sia se assunta da sola che in associazione ad integratori di acidi grassi omega-3 e al Coenzima Q10. Insomma, i dati sono promettenti e coerenti nel dire che la curcumina possa essere uno strumento in più nel contrastare l'emigrania. Certo, la quantità di molecola assimilata con un integratore di buona qualità è sicuramente maggiore di quella ingerita, ad esempio, con una porzione di pollo al curry, quindi i risultati sperimentali conseguiti con gli integratori potrebbero non essere paragonabili a quelli ottenibili con la sola assunzione alimentare di curcuma, ma sicuramente un suo uso oculato e sistematico potrebbe essere benefico di per sé. Inoltre, esso potrebbe consentire di sostituire o ridurre il consumo di altre spezie, come il peperoncino, potenzialmente più a rischio nel concorrere a far sviluppare un attacco emigranico.

A cura della Dott.ssa Eleonora Di Pietro,
Biologa nutrizionista - Associazione Eupraxia

Dona il tuo 5 per mille sulla dichiarazione dei redditi alla Fondazione CIRNA Onlus, aiuterai anche Alleanza Cefalgici a perseguire i propri obiettivi a tutela di milioni di cefalgici. È sufficiente trascrivere il codice fiscale 10242930153 nel riquadro dedicato al sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale presente nell'apposita scheda e apporre la propria firma (senza la quale la scelta sarà considerata nulla!).

Grazie. PIÙ SIAMO, PIÙ CONTIAMO!

Cefalea da elevata altitudine e “mal di montagna”*

Il trekking e l'alpinismo sono sport sempre più praticati ed apprezzati: boschi, fitte pinete, verdi pascoli, pareti rocciose, nevai e ghiacciai posseggono un fascino particolare che attrae un numero crescente di amanti della montagna. Quando le piante si diradano e la vegetazione si fa progressivamente più bassa, fino ai soli licheni, è spesso segno che l'altitudine inizia ad avere una certa rilevanza. Oltrepassati i 2.500/3.000 metri, infatti, si raggiunge quella che è generalmente definita “alta quota” ed è proprio a tale altitudine che il nostro organismo può iniziare ad avvertire malesseri di vario genere. Il problema nasce soprattutto per la respirazione che, salendo, fino ad esempio a superare i 4.000 metri, diventa sempre più difficoltosa. La causa non è la ridotta quantità di ossigeno disponibile, come comunemente si crede, bensì la riduzione della pressione atmosferica. La concentrazione di ossigeno, infatti, non cambia con l'aumentare della quota, ma è la pressione che lo coinvolge nell'atto respiratorio a diminuire. Questo fenomeno, definito ipossia, implica l'adattamento dell'organismo a questa nuova condizione ambientale, cioè la necessità di una acclimatazione.

Questo fenomeno, definito ipossia, implica l'adattamento dell'organismo a questa nuova condizione ambientale, cioè la



necessità di una acclimatazione. I primi mutamenti evidenti sono l'accelerazione della respirazione e del battito cardiaco; inoltre, l'organismo adegua la produzione dei globuli rossi, aumentando la quantità, così da inviare più ossigeno, mediante la circolazione, ai muscoli e al cervello. Tale processo però non avviene immediatamente, e neppure in tempi brevi, ed è questo il motivo per cui viene sempre consigliata una buona acclimatazione, al fine, appunto, di favorire i mutamenti dell'organismo senza fastidiosi sintomi. Il metodo migliore per evitarli è, oltre i 3.000 metri, schematizzato con salite di 1.000 metri e discesa di 500 metri ogni giorno, sino al raggiungimento della meta. Ovviamente, non sempre è possibile seguire alla lettera il suddetto schema.

La **cefalea da elevata altitudine** colpisce circa l'80% di coloro che abitualmente salgono in alta quota, risultando senza dubbio il disturbo più comune per definita tale essa deve avere almeno due delle seguenti caratteristiche (v. paragrafo 10.1.1 Cefalea da elevata altitudine nella versione italiana della Nuova Classificazione delle Cefalee):

1. essere bilaterale
2. essere frontale o fronto-temporale

3. essere di qualità gravativa o costrittiva
4. essere di intensità lieve o media
5. essere aggravata da attività fisica intensa, movimento, sforzi, tosse o dalla flessione del busto.

Inoltre, la cefalea deve insorgere entro 24 ore dall'ascesa e risolversi entro 8 ore dalla discesa. La cefalea da elevata altitudine sembra essere indipendente da una precedente storia di cefalea, sebbene pazienti con emicrania possano descrivere cefalee di intensità maggiore, ma con caratteristiche simili ai loro usuali attacchi di emicrania.

Il cosiddetto “**mal di montagna**”, (scientificamente definito “malattia acuta da montagna”) consiste, invece, in una cefalea moderata associata a uno o più dei seguenti sintomi: nausea – astenia – inappetenza – vertigini – disturbi del sonno – eccessivo affaticamento – debolezza e ridotta forza muscolare – diminuzione della quantità di urina. Il “mal di montagna” può portare nei casi più gravi a edema polmonare o cerebrale ed è quindi necessario che chi si trovi a sostare in alta quota adotti alcuni semplici accorgimenti.

Oltre a un'adeguata acclimatazione, è consigliabile:

- * evitare l'assunzione di alcool e, al contempo, aumentare quella di liquidi (acqua e the in particolare);
- * non agitarsi od alterarsi;
- * respirare profondamente e lentamente;
- * alimentarsi con sostanze facilmente digeribili.

Non assumere sonniferi o altri medicinali, se non il generico analgesico per combattere il mal di testa! A tal proposito, è bene sottolineare come molte cefalee da altitudine presentino una buona risposta ai comuni analgesici, quali il paracetamolo e l'ibuprofene. Prima di arrivare al farmaco, una “dritta”, al di fuori dai soliti consigli, è quella di bere del caffè o altre bevande, non fredde, contenenti caffeina: forse andrà a discapito del sonno ma alcuni sintomi fastidiosi, come il mal di testa, si attenueranno. Ovviamente è importante, molto importante, non assumere mai medicinali, inclusi gli analgesici, con le bevande sopra citate! La montagna richiede notevole spirito di adattamento e di sacrificio. Per tollerare il “mal di montagna” sono necessarie sopportazione e pazienza, almeno per chi ne soffre! La motivazione, che spinge numerose persone a compiere scalate ed ascensioni, è molto forte; lo scopo principale è quello di farcela, di raggiungere la meta desiderata e spesso si tende a sottovalutare disturbi considerati non gravi in condizioni normali (come appunto il mal di testa), ma che in questa particolare condizione, come abbiamo visto, possono portare a conseguenze molto serie.

È sempre meglio ricordare, anche a costo di una rinuncia, che c'è una cosa più importante... da portare a casa: la Vita.

LA CURIOSITA'

Per dare un'idea della severità della riduzione di ossigeno in altitudine basti pensare che a livello del mare viene considerata normale una pressione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) di 75-80mmHg, mentre si parla di insufficienza respiratoria quando il valore è inferiore a 60mmHg. Dalla letteratura sappiamo che soggetti abitualmente residenti a livello del mare hanno, nei primi giorni di esposizione a 2600m, valori di circa 6-3mmHg e a 3400m di circa 50mmHg. È evidente quindi come a quote >3000m l'individuo sano si trovi in condizioni che in un paziente sarebbero considerate di “insufficienza respiratoria”.

Roberto Nappi