

---

# GESTIONE DELLA TERAPIA DELL'ATTACCO EMICRANICO

Si fonda essenzialmente sull'attenta raccolta dei **dati clinico-anamnestici** che consente di ottimizzare la scelta e l'uso dei farmaci sintomatici permettendone il più razionale impiego e su una informazione partecipata del paziente, premessa essenziale della cosiddetta "alleanza terapeutica" (1-4).

## 1. DATI CLINICO-ANAMNESTICI

**La corretta diagnosi di emicrania** è essenziale perché i farmaci per l'attacco esplicano la loro azione. Utile supporto per la diagnosi, dopo l'esclusione di una forma secondaria (5), è l'utilizzo di uno **strumento computerizzato** (6).

È necessario avere una storia documentata retrospettiva clinica di almeno 3 mesi o una registrazione di almeno un mese prospettica. A tale scopo è di fondamentale importanza il diario, compilato possibilmente per almeno 2 mesi, in cui vengono registrate **la frequenza, la durata e l'intensità** degli attacchi emicranici. Conoscere le caratteristiche delle crisi orienta la scelta del farmaco per l'attacco. Informazioni essenziali sono anche il numero totale di ore di cefalea al mese di cui deve essere segnalata l'intensità, il tempo di raggiungimento dell'acme, l'entità dei sintomi di accompagnamento, il consumo dei farmaci sintomatici. Sulla base della frequenza, intensità e durata delle crisi è possibile inoltre valutare se il paziente necessita, oltre che della terapia sintomatica, anche di una terapia di profilassi.

L'uso di un diario consente di identificare eventuali **fattori scatenanti o aggravanti**. Alcuni di questi non possono essere eliminati (mestruazioni, modificazioni atmosferiche, fine settimana ecc.), altri possono essere rimossi, parzialmente o totalmente (fatica fisica, alterazioni del ritmo sonno-veglia, cattive abitudini alimentari ed il digiuno, alcuni alimenti, in particolare formaggi fermentati, alcolici, cioccolato, di cui sia stata stabilita, nel singolo paziente, con certezza, la relazione tra assunzione ed esordio dell'attacco). Prima di iniziare la terapia è necessario provvedere all'eliminazione, quando possibile, dei singoli fattori scatenanti o aggravanti e questo può ridurre, da solo, la frequenza e/o l'intensità delle crisi.

---

Le **caratteristiche dei singoli attacchi** possono variare anche nello stesso paziente, che, in alcuni casi, è in grado di discriminare gli attacchi lievi da quelli intensi fin dall'esordio della cefalea con importanti riflessi sulle scelte terapeutiche. Vanno anche definite le **priorità del paziente**: nelle crisi di emicrania con aura spesso egli riferisce come invalidante non tanto la fase algica, quanto l'aura; a volte l'attacco si accompagna ad importanti sintomi vegetativi, quali la nausea ed il vomito, che possono essere, in alcuni casi, più invalidanti del dolore cefalico.

Per la scelta terapeutica è fondamentale l'anamnesi accurata relativamente ai **farmaci assunti in precedenza** (efficacia, inefficacia, perdita di efficacia, effetti indesiderati), che permette un orientamento più mirato: questo perché i diversi pazienti, e nello stesso paziente le diverse crisi, possono avere risposte differenti. La **quantità di farmaci sintomatici assunti** deve essere sempre verificato, per evidenziare una situazione, potenziale o in atto, di abuso che, oltre a possibili effetti indesiderati farmacologici, può indurre la trasformazione dell'emicrania in **cefalea cronica quotidiana** e rendere meno efficace o inefficace l'eventuale terapia di profilassi.

Deve essere indagata, con particolare attenzione, la coesistenza di **altre patologie (comorbidità)** perché in grado di influenzare in modo determinante la scelta terapeutica (ad esempio, l'ipertensione arteriosa non compensata e la cardiopatia ischemica controindicano l'uso di triptani ed ergot-derivati mentre l'ulcera gastro-duodenale controindica l'uso di analgesici e FANS). Da non trascurare anche i **farmaci** eventualmente **assunti per altre patologie**, che possono interferire con la/le terapie antiemicranica/che o favorire l'insorgenza degli attacchi (ad esempio, l'assunzione di propranololo aumenta i livelli ematici di rizatriptan; l'azione vasodilatatrice della nitroglicerina può favorire la crisi emicranica).

Si deve infine considerare se, accanto all'emicrania, vi siano **altri tipi di cefalea concomitanti**, per i quali la scelta del farmaco di attacco potrebbe essere diversa. In tal senso è necessario insegnare al paziente a riconoscere le varie forme di cefalea, consegnandogli anche materiale informativo. Si auspica la disponibilità di questo materiale in ogni centro dedicato alla cura delle cefalee.

## 2. TERAPIA

La sola terapia sintomatica è indicata quando il paziente presenta fino a due

---

attacchi al mese o quando la cefalea sia presente per meno di 4 giorni al mese. Si può impostare, comunque, una terapia profilattica anche quando gli attacchi, sebbene presenti per meno di 4 giorni al mese, siano particolarmente disabilitanti o siano particolarmente temuti dal paziente, condizionando in maniera negativa la sua qualità di vita.

La scelta del/dei farmaco/i sintomatici più appropriati si basa sull'attenta e critica considerazione dei dati clinico-anamnestici. Per la terapia dell'attacco emicranico sono disponibili numerosi presidi terapeutici specifici e non specifici, alcuni utilizzati da tempo, altri di recente acquisizione; altri ancora, in particolare del gruppo dei triptani, saranno disponibili a breve termine.

I farmaci per l'attacco sono distinti nei seguenti gruppi: **triptani; FANS ed analgesici; derivati dell'ergot; antiemetici** (7-9).

- **I triptani** sono indicati per il trattamento di crisi emicraniche di intensità grave (grado 3) o di intensità moderata (grado 2). Poiché, oltre che sul dolore, sono efficaci anche sui sintomi di accompagnamento, solitamente non richiedono l'associazione con antiemetici.
- **Gli analgesici ed i FANS** sono indicati per il trattamento di crisi di intensità lieve o moderata (grado 1 o 2) o quando sia controindicato l'uso dei triptani o infine quando questi si siano rivelati inefficaci. Per alcuni farmaci di questa classe è possibile l'automedicazione e l'utilizzo di farmaci da banco, ma è sempre necessario che sia stata formulata, in precedenza, una corretta diagnosi da parte del medico.
- **I derivati dell'ergot** sono indicati per il trattamento di attacchi invalidanti che non rispondono ad altri farmaci sintomatici ed a bassa frequenza (1-2 attacchi al mese), per il potenziale rischio di abuso. Vanno pressoché costantemente associati con gli antiemetici, in quanto gli ergot-derivati possono accentuare nausea e vomito.
- **Gli antiemetici** sono indicati come adiuvanti della terapia sintomatica dell'attacco, quando siano prevalenti i sintomi associati nausea e vomito.

Due sono le strategie nel trattamento dell'attacco emicranico, l'**approccio graduale** –stepwise– e quello **stratificato** –stratified– (10, 11). L'**approccio graduale** prevede il passaggio a strategie terapeutiche per tappe successive, nel caso di inefficacia delle precedenti. L'**approccio stratificato** si fonda

---

sulla preliminare valutazione dell'intensità degli attacchi in un dato paziente, che consente, sin dall'inizio, la scelta terapeutica prevedibilmente più adeguata, considerando oltre il singolo paziente, i suoi attacchi separatamente. Tale approccio si avvale, per il raggiungimento dell'obiettivo globale più importante, cioè il ritorno del paziente alla normali capacità funzionali, della somministrazione di analgesici o FANS nelle crisi medio-lievi e di un triptano in quelle medio-forti (12). Nei casi in cui il paziente è in grado di riconoscere sin dall'inizio quale sarà l'evoluzione dell'attacco, egli deve essere opportunamente istruito ad adottare la terapia più adeguata.

In ogni caso il **farmaco** più appropriato **deve essere assunto** al minore dosaggio utile a raggiungere la completa risoluzione delle crisi ed **il più precocemente possibile**. Sono consigliati preparati contenenti **un solo principio attivo**. Sarebbe inoltre conveniente prescrivere al paziente alternative terapeutiche differenti per attacchi di differente intensità, per ricercare quale sia la più efficace, **sempre considerando la presenza di eventuale comorbidità**. Inoltre, è opportuno fornire al paziente un **farmaco di soccorso**, a cui ricorrere nel caso in cui l'assunzione del farmaco indicato come prima scelta non raggiunga l'effetto atteso. Deve essere evitata nello stesso paziente l'assunzione contemporanea di un triptano e di un derivato dell'ergot.

**L'efficacia della terapia prescritta deve essere monitorata nel tempo.** Anche in questo caso è assolutamente consigliabile l'uso del **diario della cefalea**: con l'ausilio di questo strumento è possibile valutare più attentamente le caratteristiche delle recidive; gli effetti sul dolore e sui sintomi di accompagnamento; il consumo del farmaco o dei farmaci prescritti e l'eventuale uso di farmaci di salvataggio; i possibili effetti indesiderati. In tal modo si è in grado non solo di valutare l'efficacia dell'intervento, ma anche di acquisire informazioni mancanti dall'iniziale raccolta dei dati clinico-anamnestici o di completarne le lacune; di correggere aspetti forniti dal paziente o interpretati dal medico in maniera erranea; di evidenziare il possibile mutamento del pattern degli attacchi (ad esempio ciclicità stagionale; aggravamento in concomitanza di sopravvenute condizioni stressanti, ecc.).

### **3. INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DEL PAZIENTE**

Un aspetto assai rilevante nell'impostazione della terapia dell'attacco emi-

---

cranico è l'informazione al paziente, cui vanno spiegati, fin dalla, prima visita, la **natura della cefalea** ed i provvedimenti disponibili sia per la **terapia** dell'attacco che, se indicata, di profilassi. L'importanza dell'**anamnesi farmacologica** deve essere ben chiarita (attendibilità dei dati riferiti; utilità di esibire le prescrizioni precedenti se disponibili; opportunità di conservare anche in futuro le prescrizioni). Dopo queste premesse, vanno raccolte le esperienze del paziente sull'efficacia e sulla tollerabilità dei farmaci già utilizzati in passato, in modo da orientare appropriatamente la prescrizione anche sotto questo aspetto.

Non sempre l'obiettivo della terapia ideale dell'attacco – scomparsa del dolore e dei sintomi di accompagnamento, rapida restituzione del paziente alla sua normale capacità funzionale, senza effetti indesiderati né recidive – è ottenibile, né in tutti i pazienti né in tutte le crisi.

Anche per questo è necessaria una corretta informazione, in grado di stabilire una solida “alleanza terapeutica” per il raggiungimento del risultato migliore, **evitando** di creare **aspettative non realistiche** che potrebbero interrompere il rapporto medico-paziente o ridurne la “compliance”. Pertanto, il paziente deve essere informato sul **razionale che guida la scelta terapeutica**, sull'**appropriato uso dei farmaci** e sui possibili effetti indesiderati. Vanno chiariti realisticamente gli obiettivi e le eventuali necessità di utilizzo di farmaci diversi nelle diverse crisi. In ultima analisi, da un lato il paziente deve **partecipare attivamente** al trattamento complessivo degli attacchi, utilizzando appropriatamente l'apposito diario ed imparando ad **identificare ed evitare** i possibili **fattori scatenanti**; dall'altro, egli deve imparare a **porsi durante l'attacco nelle condizioni più favorevoli** per evitare fattori di aggravamento e, viceversa, favorire la risoluzione della crisi, ricorrendo a particolari misure quali riposare in ambiente tranquillo, al riparo dalla luce e dai rumori; cercare di dormire; evitare di soggiornare in un ambiente eccessivamente freddo o surriscaldato; provare semplici manovre che possono arrecare sollievo, ecc.

Bisogna infine spiegare al paziente che il raggiungimento di risultati soddisfacenti deve avvenire evitando l'uso di farmaci che possono dare dipendenza.

Tutti gli elementi sopra elencati possono contribuire alla fondamentale **alleanza terapeutica** medico-paziente. Il medico deve essere consapevole della complessità del dolore cefalico riferito dal paziente e deve contestualizzarla nell'esperienza individuale dello stesso. Ciò contribuisce a stabilire

---

il rapporto di fiducia che è indispensabile per una buona compliance del paziente e la buona riuscita di ogni intervento terapeutico.

## Riferimenti bibliografici

1. Matchar DB, Young WB, Rosenberg JH, Pietrzak MP, Silberstein SD, Lipton RB, Ramadan NM. Pharmacological management of acute attacks. In: Evidence-based guidelines for migraine headache. US Headache Consortium. 2000;<http://www.aan.com/public/practiceguidelines/03.pdf>.
2. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000;55(6):754-62.
3. Tfelt-Hansen P, Mathew NT. General approach to treatment. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, (eds). *The Headaches*, 2nd edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000;pp367-9.
4. Becker WJ. The challenge of evidence-based migraine therapy. *Cephalalgia* 2000;20(Suppl. 2):S1-4.
5. Silberstein SD, Goadsby PJ, Lipton RB. Management of migraine: an algorithmic approach. *Neurology* 2000;55(9 Suppl. 2):S46-52.
6. Gallai V, Sarchielli P, Alberti A, Rossi C, Cittadini E, and the Collaborative Group for the Application of IHS Criteria of the Italian Society for the Study of Headache. Application of the 1988 IHS criteria in the clinical setting: results from 10 Italian headache centers using a reliable and simple computerized record. *Headache* 2002; In press.
7. Morey SS. Guidelines on migraine: Part 3. Recommendations for individual drugs. *Am Fam Physician* 2000;62(9):2145-8.
8. Diener HC, Limmroth V. Acute management of migraine: triptans and beyond. *Curr Opin Neurol* 1999;12(3):261-7.
9. Ferrari MD, Haan J. Drug treatment of migraine attacks. In: Goadsby PJ, Silberstein SD, (eds). *Headache*. Butterworth-Heinemann, Boston, 1997: pp117-30.
10. Sheftell FD, Fox AW. Acute migraine treatment outcome measures: a clinician's view. *Cephalalgia* 2000;20(Suppl. 2):14-24.
11. Lipton RB, Silberstein SD. The role of headache-related disability in migraine management: implications for headache treatment guidelines. *Neurology* 2001;56(6 Suppl. 1):S35-42.
12. Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, Lainez MJ, Sawyer JP, for the Disability

---

in Strategies of Care Study Group. Stratified care vs step care strategies for migraine: the Disability in Strategies of Care (DISC) Study. A randomized trial. JAMA 2000;284(20):2599-605.