La cefalea, tra diagnosi e cura

Aprile 11, 2025



La cefalea, tra diagnosi e cura – Il mal di testa è un disturbo molto frequente, milioni di persone ne soffrono e questo dolore diviene spesso un vero e proprio ostacolo nel lavoro e nelle attività quotidiane, divenendo una patologia disabilitante a tutti gli effetti. La rubrica *Pillole di neurologia* affronta oggi questo argomento di larghissima diffusione. Grazie al Dott. Rocco Totaro cercheremo di conoscerne la particolarità, come si manifesta, quali sono le possibili cause e come di consueto, provare ad individuare le terapie appropriate. Per inquadrare la portata dell'argomento, basti pensare che con la legge 81/2020, l'emicrania cronica è stata riconosciuta come "malattia sociale". Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, il mal di testa colpisce almeno una volta all'anno la metà della popolazione, non risparmiando neanche i più giovani che spesso ne soffrono. Le conseguenze sono significative: la persona colpita non riesce a svolgere le sue normali funzioni lavorative e quotidiane in famiglia con disturbi nei casi più critici accompagnati da nausea, intolleranza alla luce, ai rumori e agli odori.

Oggi parliamo di cefalea, una condizione che colpisce molte persone. Dott. Totaro, per iniziare ci può dire quando si parla di cefalea?

Con il termine cefalea indichiamo un dolore in qualsiasi parte della testa, incluso il cuoio capelluto, la parte superiore del collo, il viso e l'interno del cranio. Le cefalee sono uno dei motivi più comuni di consultazione medica. Tra i tipi più comuni troviamo la cefalea tensiva e l'emicrania. Ma facciamo un piccolo passo indietro e diciamo che le cefalee si distinguono in cefalee primarie e cefalee secondarie. Parliamo di cefalea primaria quando non vi sono altri disturbi che causano il mal di testa o, al contrario, di cefalea secondaria quando vi sono altre condizioni morbose che possono causarlo. Tra le cefalee primarie troviamo la cefalea tensiva e l'emicrania che sono appunto condizioni che non derivano da altre patologie. Ma è possibile avere cefalea anche in corso di altre patologie cerebrale come le patologie vascolari, i traumi cranici, le neoplasie, patologie infettive, da patologie psichiatriche o da malattie internistiche ma anche da situazioni banali come l'elevata altitudine.

Quindi si può avere mal di testa per diversi motivi, ma come facciamo a capire che tipo di cefalea abbiamo?

Come ho appena detto per le cefalee secondarie è necessario che siano presenti altre patologie che possono causare la cefalea e quindi si può ipotizzarne la causa. Per le cefalee primarie, quando non abbiamo nessuna possibile causa, ci dobbiamo basare sulla storia clinica del paziente e sull'esame fisico. Non esistono test specifici per le cefalee primarie, quindi è importante che il paziente tenga un diario dei sintomi per aiutare il medico a fare una diagnosi precisa. In base al tipo di sintomatologia ed all'esame fisico possiamo prendere in considerazione quale tipo di cefalea ha il paziente. Nel caso dell'emicrania senza aura, il paziente presenta una cefalea ricorrente che si manifesta in attacchi della durata di 4-72 ore. Le caratteristiche tipiche della cefalea sono la localizzazione unilaterale, la qualità pulsante, l'intensità moderata o severa, l'aggravamento in seguito ad attività fisica routinaria e l'associazione con nausea e/o fotofobia e fonofobia. Questo tipo di emicrania era anche chiamata emicrania comune o semplice. Nel caso dell'emicrania con aura, il paziente presenta attacchi ricorrenti, della durata di minuti, di sintomi del sistema nervoso centrale unilaterali completamente reversibili di tipo visivo, sensoriale o altri sintomi che di solito si sviluppano gradualmente e sono di solito seguiti da mal di testa e sintomi associati di emicrania. Durante la fase iniziale, chiamata appunto aura, il paziente presenta dei disturbi che possono far pensare ad un evento come l'ictus. Solitamente questa fase dura 15-30 minuti e successivamente presenta la cefalea abbastanza simile a quella dell'emicrania senza aura. Nel passato veniva chiamata emicrania classica, emicrania oftalmica, emiparaestetica, emicrania emiplegica o afasica, emicrania comitata oppure emicrania complicata. Nel caso della cefalea tensiva, il paziente presenta episodi di cefalea tipicamente

bilaterale, di qualità gravativa o costrittiva, di intensità da lieve a moderata e durata da minuti a giorni. Il dolore non peggiora con l'attività fisica di routine e non si associa a nausea, sebbene possano essere presenti fotofobia o fonofobia. La possiamo distinguere in cefalea tensiva episodica o cronica a seconda di quanti sono i giorni di cefalea. Se il mal di testa è presente per almeno 15 giorni al mese per almeno 3 mesi la possiamo considerare cronica. In passato veniva chiamata cefalea muscolo-tensiva, cefalea da stress, cefalea psicogena. Quelle di cui ho brevemente esposto le caratteristiche sono i tipi più frequenti di cefalea ma la classificazione completa è molto più complessa e la diagnosi non sempre è semplice. La International Headache Society (IHS) redatto la classificazione delle cefalee, l'ultima delle quali, la terza edizione, è stata pubblicata nel 2018.

Quindi esistono vari tipi di cefalee e per quelle secondarie le altre patologie ne sono il motivo, ma per le cefalee primarie quali sono le cause?

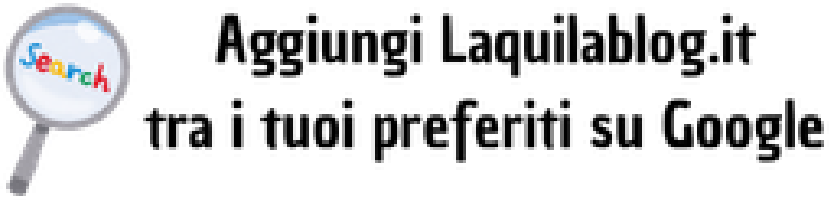
Le cause esatte dell'emicrania non sono ancora completamente comprese, ma si ritiene che siano legate a fattori genetici, ormonali e ambientali. La teoria più accettata riguarda la disfunzione del sistema trigemino-vascolare. In risposta a fattori scatenanti, il nervo trigemino rilascia neurotrasmettitori come la serotonina e il peptide correlato al gene della calcitonina (CGRP), che provocano vasodilatazione, infiammazione e attivazione di centri cerebrali associati al dolore.

I fattori scatenanti più comuni includono stress, privazione del sonno, cambiamenti nei livelli ormonali (come nel ciclo mestruale), alcuni cibi (come cioccolato, formaggi stagionati, alcol, caffeina) e fattori ambientali come luci intense o odori forti. Anche cambiamenti nel meteo o nelle pressioni atmosferiche possono scatenare un attacco. Ci sono anche alcune evidenze che suggeriscono una componente genetica nell'emicrania. I gemelli monozigoti (identici) mostrano una maggiore concordanza per l'emicrania rispetto ai gemelli dizigoti. Alcuni geni sono stati associati all'emicrania, come quelli che influenzano il sistema della serotonina e il CGRP. Tuttavia, la genetica da sola non spiega completamente la condizione, poiché sono coinvolti anche fattori ambientali.

Le cefalee sono patologie frequenti? Chi ne soffre di più?

Le cefalee sono tra i disturbi neurologici più comuni al mondo. Si stima che circa il 50-75% della popolazione mondiale soffra di cefalee occasionali, mentre oltre il 10% della popolazione adulta soffre di emicrania. Le donne soffrono di emicrania più frequentemente rispetto agli uomini, soprattutto durante gli anni riproduttivi. Le fluttuazioni ormonali, in particolare quelle relative al ciclo mestruale, alla gravidanza e alla menopausa, giocano un ruolo importante. Inoltre, le donne tendono a riportare sintomi più severi e una maggiore disabilità associata all'emicrania. Come per altre malattie

neurologiche, l’emicrania è una patologia prettamente femminile.



Quali sono le opzioni terapeutiche?

Per molti anni non abbiamo utilizzato farmaci specifici, cioè prettamente studiati per l’emicrania ma abbiamo utilizzato trattamenti con altre indicazioni che avevamo visto che ne miglioravano l’impatto.

Da un po’ di anni la situazione è notevolmente cambiata grazie allo sviluppo di nuovi trattamenti più specifici e più efficaci. In generale esistono farmaci per la fase acuta e per la prevenzione dell’emicrania. Tra i primi utilizziamo gli analgesici, come il paracetamolo e FANS, ed i triptani che riescono a bloccare completamento l’attacco di emicrania o a ridurne l’intensità e la durata.
 Recentemente è stato introdotto il trattamento con una classe di farmaci chiamati ditani, che agiscono sui recettori della serotonina in modo più specifico e selettivo rispetto ai triptani. Tuttavia, questi trattamenti non sono ancora rimborsabili dal sistema sanitario. Per la prevenzione dell’emicrania sono utilizzati trattamenti come calcio-antagonisti, beta-bloccanti, anticonvulsivanti, antidepressivi che riducono la frequenza e la gravità degli attacchi regolando i neurotrasmettitori coinvolti nella patogenesi dell’emicrania. Più recentemente sono stati immessi in commercio gli anticorpi monoclonali anti-CGRP (erenumab, fremanezumab e galganezumab ed eptinezumab), farmaci che bloccano il peptide correlato al gene della calcitonina (CGRP) e, di conseguenza, agiscono antagonizzando un meccanismo centrale nella patogenesi dell’emicrania. Altri quattro farmaci a piccola molecola rivolti al recettore del CGRP – i cosiddetti gepanti – sono risultati efficaci per il trattamento acuto dell’emicrania (rimegepant, ubrogepant e zavegepant) o per la prevenzione dell’emicrania episodica (rimegepant e atogepant). Queste molecole sono indicate quando si dimostra l’inefficacia di precedenti trattamenti profilattici con i cosiddetti farmaci “classici”. Tra i farmaci preventivi, abbiamo a disposizione anche le infiltrazioni con la tossina botulinica in diversi muscoli del

capo e del collo, che devono essere ripetute ogni tre mesi circa.

Infine, ci sono approcci non farmacologici che possono essere utili?

Da tenere presente che possono essere importanti anche modifiche dello stile di vita come la gestione dello stress, l'evitare i fattori scatenanti (come cibi specifici o privazione del sonno), e l'adozione di una routine regolare di sonno. Inoltre, il monitoraggio dei trigger e l'adozione di tecniche di rilassamento possono aiutare a ridurre la frequenza degli attacchi