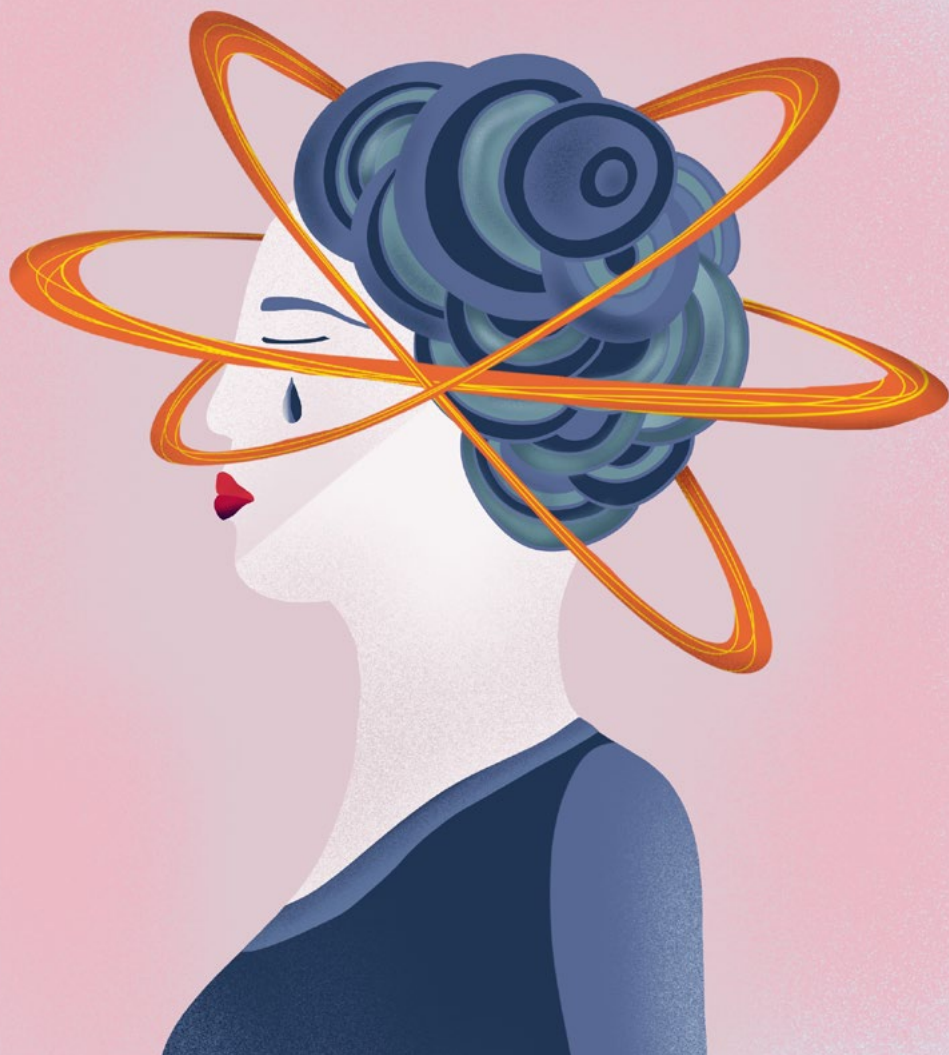


EMICRANIA

RICONOSCERLA PER PREDERSENE CURA



EMICRANIA NON È SINONIMO DI MAL DI TESTA

Capita a tutti di aver sperimentato il “mal di testa”, un’esperienza talmente comune e diffusa da essere banalizzata e sottovalutata.

L’emicrania non è, però, un semplice mal di testa, è una **malattia neurologica** caratterizzata da **attacchi ricorrenti** di cefalea di intensità da moderata a severa, con dolore tipicamente pulsante e unilaterale, associato a nausea, ipersensibilità a luce, suoni e odori.

La gravità e la ricorrenza dei sintomi, il loro effetto invalidante, il vivere nell’attesa angosciante di nuovi attacchi comportano una profonda **sofferenza psico-fisica** e un **condizionamento esistenziale** che danneggiano la qualità della vita dei pazienti.

L’EMICRANIA È SOPRATTUTTO DONNA

L’emicrania è tra le patologie dolorose croniche al femminile più diffuse. In Italia, quattro dei sei milioni di persone affette da emicrania sono donne. Nelle donne prevalgono, rispetto agli uomini, forme cliniche più severe (attacchi più frequenti, maggior intensità e durata dei sintomi).

Gli ormoni sessuali femminili (in particolare gli estrogeni) giocano un ruolo cruciale. L’emicrania presenta,

infatti, una caratteristica periodicità di ricorrenza delle crisi durante l’età fertile che correla con le fluttuazioni ormonali del ciclo mestruale. Migliora, in genere, nel corso del secondo e terzo trimestre di gravidanza per poi ricomparire dopo il puerperio e l’allattamento.

In menopausa in un terzo delle donne scompare, in un terzo persiste e in un terzo addirittura peggiora.

IDENTIKIT DELL’ATTACCO EMICRANICO

La cefalea (cioè il dolore alla testa) è solo una parte dell’attacco emicranico, che consiste in un processo multifasico sequenziale.

Può essere preceduta, già 24 ore prima, da alcuni sintomi come stanchezza, irritabilità, umore depresso, sonnolenza e sbadiglio, spiccato appetito per i dolci.

Il **dolore**, tipicamente **pulsante**, aumenta in modo **graduale** fino a raggiungere **intensità moderata/severa**. Ha durata variabile dalle 4 alle 72 ore. Insorge più spesso **unilaterale**, in prossimità della tempia e dell’occhio, per poi eventualmente diffondersi. Nel 30-40% dei casi, tuttavia, origina dalla regione nucale o cervicale; ciò può essere erroneamente interpretato dalla paziente come un problema della colonna cervicale che, per definizione, non ha invece alcuna responsabilità nella genesi dell’emicrania.

Il dolore cefalico è associato a **nausea**, meno frequentemente a vomito, a **ipersensibilità alle luci, ai suoni e agli odori**. Il paziente tende a isolarsi in ambiente buio e silenzioso.

In alcuni pazienti, la cefalea è preceduta dall'**aura** (durata: 5-60 minuti), caratterizzata da sintomi neurologici focali, transitori e reversibili.

I più comuni sono di tipo visivo (punti luminosi, luci lampeggianti, linee parallele luminose a zig-zag, parziale scomparsa del campo visivo). Meno frequentemente compaiono sensazione di intorpidimento o debolezza a metà del volto o del corpo, in particolare all'arto superiore, o difficoltà a esprimersi verbalmente.

Alla cefalea segue uno stato di malessere, della durata di 24-48 ore, connotato da insofferenza, prostrazione, scadimento dell'umore e necessità continua di urinare.

Sono stati identificati diversi **fattori scatenanti** l'attacco: fattori ormonali, ambientali e climatici, il digiuno e in particolare lo stress fisico ed emotivo, l'affaticamento, la mancanza di sonno e, in generale, le modificazioni dei ritmi di vita.

Si ringrazia per la supervisione scientifica il Professor Piero Barbanti, Direttore Unità per la Cura e la Ricerca su Cefalee e Dolore, IRCCS San Raffaele, Roma – Past President ANIRCEF – Presidente AIC Onlus

L'IMPORTANZA DI UNA DIAGNOSI PRECOCE: A CHI RIVOLGERSI

L'emicrania è una malattia complessa che necessita una valutazione specialistica per un corretto inquadramento diagnostico, un'appropriata presa in carico e un programma terapeutico personalizzato.

Una diagnosi tempestiva è cruciale per impedire una cronicizzazione del processo di malattia e l'abuso di farmaci per il trattamento acuto del dolore.

Il primo interlocutore è il **medico di Medicina generale** che potrà cogliere alcuni elementi indicativi della necessità di una **valutazione specialistica** (secondo livello) e di un eventuale invio alle strutture altamente specializzate che sono i **Centri cefalee** (terzo livello).



CONTATTI UTILI

AIC - Associazione Italiana per la lotta contro le Cefalee Onlus
<http://www.malditesta-aic.it/>

Al.Ce - Alleanza Cefalgici, CIR-NA Foundation Onlus
<https://www.cefalea.it/sezione-pazienti/alleanza-cefalalgici>



www.fondazioneonda.it

CON IL PATROCINIO DI:



CON IL CONTRIBUTO INCONDIZIONATO DI:

