

## tuttoscienze

SETTIMANALE DI SCIENZA E TECNOLOGIA



## LA MALATTIA CEFALALGICA

## Quell'attacco di emicrania senza mal di testa

*Una diagnosi che spiega malesseri, spossatezza, nausea, vertigini spesso incomprensibili*

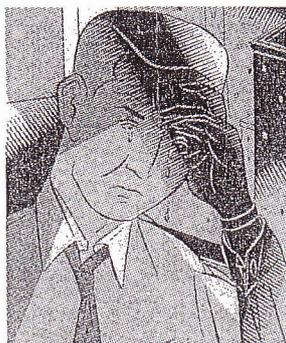
**L'**ATTACCO di emicrania non è soltanto mal di testa, anche se il dolore è spesso il sintomo che coinvolge più emotivamente il paziente. Ci sono anche, in misura più o meno evidente, manifestazioni collaterali come malessere, spossatezza, nausea, a volte disturbi visivi, vertigini...

E' noto d'altra parte, fra gli addetti ai lavori, che per formulare una diagnosi di malattia cefalalgica non è indispensabile la coesistenza di cefalea e sintomatologia collaterale, in quanto quest'ultima può manifestarsi in modo relativamente indipendente dalla prima: può precedere di minuti o di ore il dolore, ma a volte anche di un paio di giorni; può sovrastare, per l'intensità dei sintomi, una cefalea di scarso rilievo, tale da non essere neppure riferita dal paziente o da essere agevolmente inibita dall'assunzione di farmaci sintomatici di banco; può addirittura

sostituire del tutto il dolore.

Il quadro è descritto in questi termini nei testi specialistici: sensazioni di malessere e di spossatezza immotivate; fenomeni sensoriali fastidiosi o sgradevoli (anoressia, nausea, dolori addominali, sbadigli ripetuti, fotofobia e fonofobia, vertigini, febbriattole, lipotimie); manifestazioni neurologiche, quali formicolii agli arti o al viso, impaccio nei movimenti di un arto; connotazioni psichiche o caratteriali (svogliatezza, insofferenza, irritabilità, incostanza). Tutte manifestazioni che non raggiungono ancora la soglia del dolore, ma incidono negativamente sull'efficienza psico-fisica nelle iniziative individuali e nei rapporti interpersonali.

A volte invece una sintomatologia dolorosa spontanea compare, ma non al capo, specie nell'infanzia, con dolori addominali ricorrenti, magari con vomito. O anche nella fanciullezza, con do-



lenzie articolari inspiegabili (i cosiddetti dolori di crescita) e dolori pelvici femminili intensi.

E' intuitivo come una sintomatologia così multifforme, che di solito non trova riscontri nelle abituali analisi del sangue (anzi, l'assenza di riscontri ematochimici e strumentali rappresenta un criterio necessario per la dia-

gnosi), possa dar luogo alle interpretazioni più disparate, che riflettono in qualche misura anche l'orientamento specialistico del medico.

Oltre all'internista, gli specialisti più consultati sono l'oculista, l'otorinolaringoiatra, l'ortopedico, il ginecologo, il gastroenterologo, il neurologo. Lo specialista adeguato è invece il cefalalgologo.

Il meccanismo responsabile di questa «aura emicranica senza cefalea» è stato recentemente ipotizzato nell'«inquinamento disfunzionale del neurone» (la cellula nervosa). Situazioni biochimiche anomale di diversa provenienza (errori dietetici, sostanze inalate, medicinali, sostanze endogene prodotte per difetti di metabolismo, per stimoli sensoriali o psichici che oltrepassano una soglia limite), diffondendosi alle diverse strutture encefaliche, inducono conseguenze corrispondenti alla sede

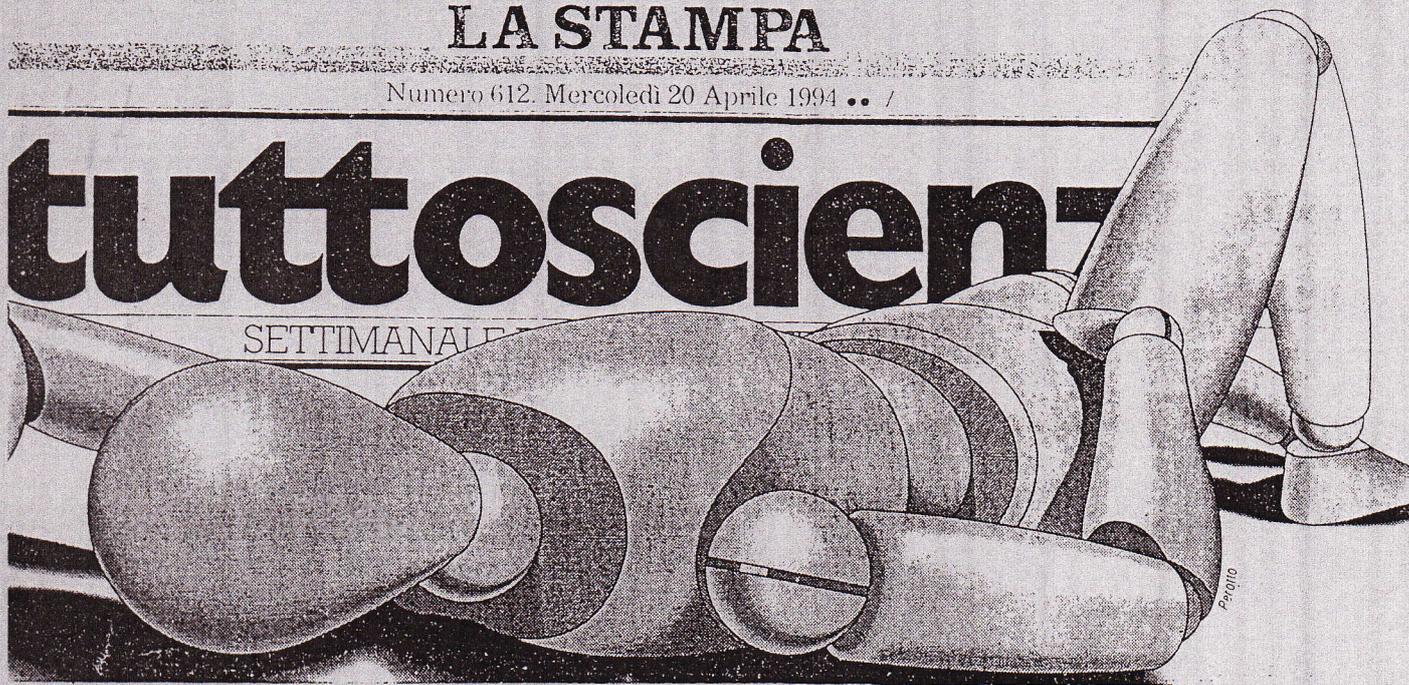
in cui agiscono: nei centri preposti al controllo del dolore producono cefalea; nei centri deputati alla modulazione di funzioni della vita vegetativa o alla elaborazione di attività psichiche determinano le disfunzioni vegetative o psichiche corrispondenti; nei centri che presiedono alle funzioni vascolari determinano le manifestazioni vasomotorie.

Il combinarsi di queste tre situazioni produce l'emicrania nella sua forma perfetta, se così si può dire. Tuttavia, per peculiarità biochimiche contingenti e per caratteristiche anatomiche individuali, l'inquinamento neuronale può limitarsi ad alcune strutture: di qui le forme incomplete della malattia cefalalgica. La terapia dovrà tendere ovviamente alla eliminazione o alla neutralizzazione della componente inquinante.

Ezio Del Ponte

# tuttoscienze

SETTIMANALE



## UNO STRANO COLLASSO

### E' mal di testa oppure infarto?

*Sindrome da estinzione rapida della crisi emicranica: sintomi insoliti*

**N**ON sempre esiste un rapporto diretto fra gravità dei sintomi ed entità del danno (anatomico). Un esempio tipico è l'emicrania, nella quale, anche dopo le più violente crisi di mal di testa, è pressoché costante il ripristino dell'efficienza abituale.

Previsioni ampiamente favorevoli, dunque, non solo per il dolore ma anche per i disturbi che lo accompagnano e che, in altre circostanze, farebbero prospettare un'evoluzione non altrettanto benigna.

E' il caso della «Sindrome da estinzione rapida della crisi emicranica», così detta perché si manifesta in alcune forme di emicrania senz'aura (la forma più comune di mal di testa), di solito all'inizio della fase di estinzione del dolore alla testa. Esordisce con irrequietezza e agitazione improvvise e immotivate, che si accrescono a poco a poco fino a indurre vero e pro-

prio panico, e sfociano in una morsa dolorosa al petto, con sensazione di morte imminente e certa: un quadro clinico che crea nel paziente un giustificato allarme e molti dubbi sulla possibilità di un completo recupero psico-fisico. Tuttavia, a oltre vent'anni dal primo episodio, alcuni pazienti conducono una vita perfettamente normale (emicrania permettendo), senza mostrare segni di danno cardiaco, pur praticando attività sportive di un certo impegno.

La sindrome è stata osservata più frequentemente in seguito all'assunzione di medicinali antiemicranici ad azione rapida e intensa, ma può comparire anche con analgesici da banco. Più che con il tipo di farmaco, sembra in rapporto con la rapidità di estinzione dell'emicrania.

L'angoscia e la sensazione di mancamento si protraggono per 15/40 minuti, dopodiché in pochi minuti la crisi si estingue la-

sciando il paziente spossato. Si differenzia dall'insufficienza coronarica acuta organica (cioè l'infarto miocardico o l'angina di petto) in base all'estremo coinvolgimento emotivo in confronto alla mancanza di segni oggettivi a carico dell'apparato cardiovascolare e alla negatività dell'elettrocardiogramma (è dunque necessario che la diagnosi sia confermata dal medico) e nel fatto che il paziente sembra trovare sollievo più nel movimento che nella quiete. Naturalmente è indispensabile la presenza della crisi emicranica immediatamente prima o all'inizio dei disturbi.

Un'altra caratteristica interessante, notata in queste forme e assente nelle forme coronariche organiche, è il moderato senso di euforia che manifesta il paziente in uscita dalla crisi. L'interpretazione più immediata è che essa dipenda dalla constatazione dello scampato peri-

colo e dal recupero del proprio equilibrio sensoriale. Tuttavia nei casi in cui la sintomatologia ha interessato le donne, è stata colta una certa analogia con i primi momenti dopo il parto.

Il fatto non poteva non evocare implicazioni sulla possibilità di un meccanismo patogenetico comune, che è stato individuato nella persistenza nell'uno e nell'altro caso degli effetti di un'attivazione di meccanismi biochimici a funzione antidolorifica e riequilibrante.

E' un quadro che richiede l'intervento medico, sia per la diagnosi sia per la cura. Tuttavia nell'attesa, un'azione rassicurante da parte di chi assiste e la somministrazione di un blando ansiolitico non possono provocare danni. In mancanza d'altro due dita di whisky sono un rimedio antico e in complesso valido.

Ezio Del Ponte