

Abstracts di interesse cefalalgico

Marta Allena, Michele Viana (a cura di)

Headache Science Center, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Università di Pavia

Vestibular migraine: the most frequent entity of episodic vertigo

Emicrania vestibolare: la più frequente forma di vertigine episodica

Dieterich M, Obermann M., Celebisoy N.

J Neurol 2016;263 (Suppl 1):S82-S89

In neurologia clinica è molto frequente l'associazione tra sintomatologia vertiginosa ed emicrania. Sin dal 1984, negli adulti, essa è stata oggetto di numerosi studi e molti sono stati i termini utilizzati per definirla al meglio, tra cui migraine-associated vertigo, migraine-associated dizziness, migraine-related vestibulopathy, migrainous vertigo, and benign paroxysmal vertigo.

I primi ad utilizzare l'espressione Emicrania Vestibolare (dall'inglese VM - Vestibular Migraine) furono i tedeschi Dieterich and Brandt ed attualmente tale termine è universalmente accettato per indicare i sintomi vestibolari che sono causalmente relati all'emicrania. Inoltre, la Società Internazionale delle Cefalee e la Società Internazionale Barany di Neurootologia hanno redatto un *consensus document* con i criteri diagnostici che sono poi stati inseriti nell'appendice della nuova Classificazione Internazionale delle cefalee (ICHD-3 versione beta). Sebbene la VM si riscontri nel 7% dei pazienti valutati nelle cliniche vestibolari e nel 9% di quelli visti nei centri Cefalee, tale entità è ancora sotto diagnosticata.

In questa ampia e dettagliata review gli Autori analizzano la VM nel complesso, partendo dalle caratteristiche cliniche e dalla diagnosi differenziale, passando per la patofisiologia, sino ad arrivare al trattamento. La diagnosi della VM è essenzialmente clinica,

in quanto gli esami strumentali ed i test di laboratorio effettuati hanno prodotti risultati inconsistenti. I criteri diagnostici proposti dal consensus document del 2012 combinano i tipici segni e sintomi dell'emicrania con sintomi vestibolari di media o severa intensità della durata di durata dai 5 minuti alle 72 ore. L'esame neurologico effettuato tra gli attacchi, ovvero nel periodo libero dai sintomi, è generalmente normale. Tuttavia, in una percentuale molto variabile (dal 8.6% al 66%) sono presenti anomalie vestibolari centrali, inclusi il nistagmo centrale, saccadic pursuit, dismetria o saccadi lente, mentre alcuni pazienti (8-22%) presentano segni vestibolari periferici. Durante gli attacchi, invece, sino al 70% dei pazienti sviluppa un nistagmo patologico, sia esso spontaneo o posizionale.

I meccanismi patofisiologici sottostanti la VM non sono ancora del tutto chiariti. Una spiegazione proposta è quella di un'attivazione parallela, mediante un overlapping dei pathways vestibolari e nocicettivi cerebrali a livello del tronco encefalico, del talamo e della corteccia come mostrato anche dagli studi di neuroimagine.

La diagnosi differenziale della VM si pone essenzialmente con la sindrome di Ménière, patologia tra l'altro presente in questi pazienti sino a due volte in più rispetto ai soggetti sani. Anche la Vertigine Posizionale Parossistica Benigna dovrebbe essere presa in considerazione nella diagnosi differenziale soprattutto in quei pazienti con attacchi di vertigine posizionale, in quanto anch'essa è comunemente associata all'emicrania. Anche l'ansia è una comorbidità frequente dell'emicrania ed è spesso associata a sintomi vestibolari, in particolare la VM.

Pochi sono gli studi clinici randomizzati control-

lati condotti sul trattamento specifico della VM. In particolare, due di questi hanno valutato l'utilizzo dei triptani (farmaci specifici antiemcranici) per il trattamento acuto degli attacchi di VM. Tra i molti studi condotti sul trattamento di profilassi solamente uno ha utilizzato i recenti criteri diagnostici della VM ed ha valutato l'efficacia del metoprololo vs placebo ma è ancora in corso. In linea generale le linee guida attuali prevedono l'utilizzo di una terapia di profilassi antiemcranica, come la cinnarizina, la flunarizina, i beta-bloccanti, o alcuni anti epilettici. Infine, la riabilitazione vestibolare si è dimostrata un valido trattamento sia da sola che in aggiunta alle terapie mediche.

Gli Autori concludono evidenziando la necessità di designare nuovi studi clinici multicentrici randomizzati e controllati, basati sulle nuove conoscenze di patofisiologia e sui nuovi criteri diagnostici proposti, per valutare al meglio l'efficacia di trattamenti specifici della MV. Occorre, infine, mediante studi ad hoc, chiarire il probabile meccanismo genetico responsabile di una maggiore suscettibilità alla patologia.

Variability of the characteristics of a migraine attack within patients

Variabilità delle caratteristiche degli attacchi di emicrania tra i pazienti

Viana M., Sances G., Ghiotto N., Guaschino E., Allena M., Nappi G., Goadsby P.J., Tassorelli C.

Cephalalgia 2015 Oct 23. pii:0333102415613612 [Epub ahead of print]

Gli attacchi di emicrania possono presentare caratteristiche diverse sia tra pazienti che nello stesso paziente. La percentuale di soggetti che presenta attacchi identici o di coloro che presentano attacchi con differenti manifestazioni, non è mai stata oggetto di indagini specifiche.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la percentuale di pazienti che presentano attacchi di emicrania con le medesime caratteristiche, in termini di fenomenologia dell'attacco e di risposta ai farmaci sintomatici su tre attacchi consecutivi.

Trenta pazienti con emicrania senza aura arruolati all'Headache Science Center dell'Istituto Neurologico nazionale Mondino di Pavia, hanno registrato prospetticamente le caratteristiche di tre attacchi consecutivi su un diario creato *ad hoc* dai ricercatori. Le caratteristiche registrate sono state: l'intensità del dolore, presenza di nausea, vomito, fotofobia, fonofobia, osmofobia, allodinia, sintomi autonomici cranici e sintomi premonitori. I pazienti sono stati autorizzati ad assumere un triptano (frovatriptan) come farmaco sintomatico, la cui efficacia è stata valutata in termini di scomparsa completa del dolore dopo due ore dall'assunzione (dato registrato sul diario).

Le analisi dei risultati hanno evidenziato che nessuno dei pazienti presentava caratteristiche identiche sui tre attacchi studiati. Il dato è rimasto il medesimo anche quando il numero delle variabili valutate veniva ridotto da 11 a 7 (tra le 8 fondamentali per la diagnosi di emicrania). Abbassando ancora la soglia e considerando solo sei variabili, quali: unilateralità e la qualità del dolore, presenza/assenza di nausea, vomito, fotofobia e fonofobia, solo due pazienti (6% dei 30) hanno presentato caratteristiche identiche sui tre attacchi consecutivi.

Per quanto riguarda la risposta al farmaco, il 39% dei pazienti ha avuto la stessa risposta sui tre attacchi consecutivi, sia che sia stata positiva (assenza di dolore dopo due ore) o negativa (presenza di dolore dopo due ore).

Questo studio definisce in maniera sistematica e per la prima volta che gli attacchi emicranici mostrano un'elevata variabilità non solo tra i diversi pazienti, ma anche nello stesso paziente.