

Stabilire standard più elevati per la prevenzione dell'emicrania

L'emicrania è una patologia cronica, disabilitante, soprattutto se le crisi sono frequenti, con un importante impatto in senso negativo sulla qualità della vita sia familiare che sociale e lavorativa, in special modo se associata in co-morbilità con altre patologie croniche. Nell'ambito dei trattamenti farmacologici sintomatici e di profilassi dell'emicrania, nell'ultimo decennio, è comparsa sul mercato una vasta ed efficace serie di opzioni terapeutiche sia in ambito di profilassi (Anticorpi monoclonali, tossina botulinica, gepanti) che in ambito di trattamenti sintomatici (gepanti e ditani). Le nuove terapie di profilassi, in particolare, hanno dimostrato, rispetto a quelle classiche, una significativa maggiore efficacia nella gestione del disturbo soprattutto nei casi cronici e refrattari ai farmaci tradizionali, ottenendo di conseguenza da parte del paziente una migliore aderenza alla terapia ed un netto miglioramento nella sua qualità di vita. Nei trials clinici il parametro per valutare l'efficacia della risposta ad ognuno di questi nuovi farmaci è quello della riduzione del numero di giorni di cefalea superiore al 50%. Ma nella pratica clinica tale parametro non è sufficiente a definire in toto il quadro clinico di ogni singolo paziente, soprattutto nei casi di emicrania cronica in cui la cefalea è ad esempio presente in 20 o 30 giorni al mese per cui la riduzione del 50% dei giorni di cefalea (rispettivamente 10 o 15) non può essere ancora soddisfacente per il singolo paziente in termini di qualità di vita. L'International Headache Society (IHS), nell'interessante articolo pubblicato su Cephalalgia, ha preso in considerazione in modo approfondito questo divario fra parametri utilizzati in lavori scientifici e parametri da valutare in ambito clinico, personalizzandoli per ogni paziente in modo da puntare, in ogni singolo caso, al goal standard clinico oltre che farmacologico. Sono stati definiti nell'articolo anche 4 situazioni standard che si dovrebbero tenere in considerazione nel paziente emicranico in corso di trattamento con i nuovi farmaci di profilassi. La situazione ideale è molto rara e difficile da raggiungere, la "Migraine Freedom" (Libertà dall'emicrania), la completa assenza di giorni di cefalea o di una cefalea definita da "da moderata a severa", preferibilmente nell'arco osservazionale di 3 mesi; resta l'obiettivo massimo in terapia di profilassi. Meno utopico è l'obiettivo inferiore, il "Controllo ottimale" dell'emicrania corrispondente alla presenza di meno di 4 giorni al mese di emicrania o di cefalea definita da moderata a severa per 3 mesi; a ciò si deve aggiungere una soddisfacente risposta quando si usa un farmaco sintomatico che faccia regredire la cefalea in 2 ore. Il terzo step è il "controllo modesto", da 4 a 6 giorni di emicrania o di cefalea da moderata a severa al mese; in questo gruppo di pazienti la disabilità evidentemente rimane ma il paziente cronico che in precedenza aveva molti giorni di cefalea severa al mese è soddisfatto anche con questo risultato. Il quarto step è invece il "controllo insufficiente" con più di 6 giorni di cefalea al mese, da moderata a severa. Come si può notare è sempre fondamentale la monitorizzazione degli attacchi di emicrania con il diario. L'IHS ha quindi tentato di definire, utilizzando parametri clinici più complessi, una scala di risposta alla terapia farmacologica che valuti globalmente ed in modo personalizzato la risposta del singolo paziente tenendo conto anche degli eventuali miglioramenti della qualità di vita.

Un altro punto importante sottolineato dall'articolo è l'importanza, per ogni singolo caso ed in modo strettamente personalizzato, di valutare la possibilità di associare più terapie farmacologiche o di associare trattamenti non farmacologici in corso di profilassi con i nuovi farmaci allo scopo di migliorare ulteriormente la qualità di vita del paziente.

Bibliografia: "Setting higher standards for migraine prevention: A position statement of the International headache Society"

S. Sacco, M. Ashina, H-C Diener, F. Haghdoost, M.J.Lee, T.S. Monteith, B. Jenkins, M. Peres, P. Pozo-Rosich, R.Ornello, F. Puledda, F.Sakai, T.Schwedt, G. Terwindt, G. Vaghi, S.Wang. F. Ahmed and Cristina Tassorelli, Cephalalgia 2025, Vol.45 (2) I-II