

Tuttosalute Per il mal di testa ora basta un'iniezione al mese

NICLA PANCIERA - P. 27

L'iniezione al mese contro il mal di testa

Nuovi farmaci con anticorpi, è una rivoluzione

NICLA PANCIERA
NICLA PANCIERA

Chi non ha mai avuto mal di testa? Davvero pochi. Il 75% dei maggiorenni con meno di 65 anni, secondo l'Oms, ne soffre e nei più giovani la percentuale supera il 40%. Ma le forme (e le cause) sono tante.

Di sicuro è un disturbo che non va mai sottovalutato, spiega Cristina Tassorelli, direttrice dell'«Headache Science Center», centro di ricerca dell'Università di Pavia e Fondazione **Mondino** Istituto Neurologico Nazionale Irccs di Pavia, dove è direttrice della Struttura complessa di neuroriabilitazione. La professoressa, eletta presidente della prestigiosa International Headache Society, sottolinea che il dolore può indicare un danno nei tessuti, la perdita di integrità oppure una riduzione funzionale, ma anche essere il segno di una malattia. Come nel caso delle cefalee secondarie, le forme più rare, ma che vanno subito identificate perché dipendono da altre patologie in atto.

Quando farsi visitare

Le cefalee secondarie possono essere spia di un trauma cranico o cervicale, di disturbi vascolari come l'ictus o di patologie non vascolari come ipertensione o ipotensione liquorale. In caso di cefalea ammonisce la Tassorelli - «ci sono "bandierine rosse" che il medico di base deve tenere a mente, perché richiedono una visita: febbre o mal di testa in chi

non l'ha mai avuto: compare intenso e improvviso o con uno sforzo come un colpo di tosse, che si accompagna ad altri segni neurologici».

La forma più diffusa è muscolo-tensiva, di cui soffre dal 30 al 50% degli adulti italiani e che è di media intensità e può essere gestita con farmaci sintomatici. Tra le più debilitanti c'è l'emicrania, che si presenta con un dolore forte e pulsante e poi con nausea, vomito, fastidio per luce e rumori. Colpisce 6 milioni di italiani, in prevalenza donne. Se il 30% dei pazienti manifesta più di quattro attacchi al mese, soglia che definisce la disabilità oltre la quale alla terapia acuta ne va affiancata una preventiva, in 1 milione di persone le crisi raggiungono e superano i 15 giorni al mese. Questo porta spesso a un uso eccessivo di farmaci, con un peggioramento della situazione e la sua cronicizzazione.

Alla base dell'emicrania c'è «un contesto multifattoriale, in cui la familiarità è una componente, al pari di altri aspetti biologici e ambientali - spiega Tassorelli -. Tra le cause lo stress non scaricato, le fluttuazioni ormonali, l'affaticamento e la cattiva qualità del sonno che, in un circolo vizioso, peggiora con l'emicrania stessa. In genere, invece, una vita cadenzata e non sedentaria può aiutare».

Oggi, però, le novità terapeutiche danno nuova speranza ai pazienti, finora trattati con farmaci «in prestito», come antiepilettici, antidepressivi, antipertensivi: «Sono efficaci nel 40% dei casi e in grado di

ridurre gli attacchi fino al 50%, ma con effetti collaterali». Le nuove molecole, invece, agiscono direttamente sul meccanismo scatenante, riducendo frequenza e intensità degli attacchi. Sono state al centro dei congressi più recenti, quello dell'American Headache Society, della European Headache Federation, della European Academy of Neurology e della World Federation of Neurology.

«Sono anticorpi monoclonali anti-Cgrp ("Calcitonin gene related peptide", peptide correlato al gene della calcitonina): il neuropeptide infiammatorio viene rilasciato in quantità eccessiva dalle terminazioni nervose del sistema trigemino-vascolare, provocando il dolore - sottolinea Tassorelli -. I farmaci si sono rivelati efficaci e sicuri e possono agire contro il frammento proteico Cgrp o legarsi al recettore. Due sono sul mercato (erenumab e galcanezumab), il terzo lo sarà a breve (fremanezumab, a somministrazione trimestrale), e il quarto (eptinezumab) è in sperimentazione».

Proprio il **Mondino** è stato il primo centro italiano a somministrare l'erenumab. «I risultati sono buoni, soprattutto in termini di tollerabilità, ma anche di efficacia», dice la neurologa. «L'iniezione sottocutanea mensile favorisce l'aderenza che, a sei mesi, è dell'80%, contro l'11% degli altri farmaci e in alcuni pazienti le crisi, fin qui, non sono ricomparse».

Se, grazie all'azione sul meccanismo, i risultati sono rapi-

sono effetti collaterali a lungo termine. L'indicazione è l'emigrania cronica, ma gli studi dimostrano l'efficacia anche nell'episodica. Le fiale, tuttavia, sono costose, non sono rimborsabili (in alcune aziende ospedaliere la ditta che le produce ha concordato il prezzo simbolico di un euro) e sono acquistabili solo con la ricetta dello specialista. La contrattazione sul prezzo è in corso: è un nodo, quello del costo (per erenumab è di 700 euro a iniezione, 8400 euro l'anno) e dell'accessibilità dei farmaci, che andrà sciolto, insieme con

la selezione dei pazienti con un disturbo come l'emigrania che, allo scattare dell'ora X della rimborsabilità, invaderanno i «Centri Cefalea».

Il supporto psicologico

Nemmeno bambini e adolescenti sono risparmiati dal mal di testa, in particolare quella muscolo-tensiva. «Già a 11-14 anni - commenta Tassorelli - colpisce il 3% dei soggetti. La cifra aumenta poi con l'età, quando le curve d'incidenza tra maschi e femmine si separano in corrispondenza dell'inizio dell'età fertile nella

donna, che è più colpita». Per i piccoli, al momento, ci sono meno armi terapeutiche. In attesa dell'approvazione dei nuovi farmaci anche per loro è cruciale «il supporto psicologico, che insegna ai bambini la gestione dello stress, perché - assicurano i neuropsichiatri - questo migliora l'evoluzione del mal di testa e porta a una riduzione degli attacchi, anche da adulti».

Per tutti è valido il consiglio generale: «Assumere subito la giusta terapia, bloccando il dolore sul nascere». —

