

Dalla interdisciplinarietà alla ricerca di nuovi modelli

La rivista *Confinia Cephalalgica* si accinge ad affrontare il suo terzo decennio di vita, dopo aver contribuito nei suoi vent'anni di attività a presentare studi, ricerche, informazioni ed approfondimenti autorevoli concernenti il mondo delle cefalee e ... dintorni. Nata agli inizi degli anni '90 come rivista interdisciplinare volta a "oltrepassare confini e steccati storici nell'interesse della ricerca e del progresso delle conoscenze", la rivista si proponeva di ricercare uno spazio di incontro per medici e ricercatori con specializzazioni diverse e perciò indotti ad affrontare il dolore cefalico da prospettive condizionate dalla propria formazione e preparazione individuale. "Sarebbe un grosso successo, ritengo, se la rivista riuscisse ad abbattere qualcuna di quelle stereotipie che, come riflessi condizionati da anni di militanza specialistica, talvolta incanalano su percorsi obbligati (e limitati) il nostro pensiero."

Così scriveva, nell'editoriale del primo numero, Gian Camillo Manzoni. In realtà questo primo obiettivo di creare un "terreno di incontro tra diverse competenze", si è rivelato quasi un percorso infinito, per quanto la natura dell'oggetto considerato sollecitava lo spirito della conoscenza a spingersi sempre "un po' più in là", alla ricerca di nuovi strumenti e nuove informazioni in grado di *integrare* le conoscenze già acquisite.

Già di per sé, il nome della rivista, *Confinia Cephalalgica*, contiene una impercettibile risonanza enfatica, quasi tautologica. Infatti la sindrome cefalica è già un disturbo di confine; in molti sensi, considerando non solo la complessità della patologia, ma anche la parte del corpo che ne viene affetta, la quale non è una parte "qualunque", ma è quella parte dell'organismo che assume assoluta rilevanza e centralità, sia dal punto di vista biologico che dal punto di vista culturale e simbolico.

Non solo, ma il "mal di testa" accompagna fin dall'inizio la storia della civiltà e si intreccia silenziosamente con la storia della cultura, visto che molti "geni" ne furono afflitti. Per alcuni, come nel caso di Nietzsche, si tramutò in un vero e proprio calvario esi-

stenziale, come apprendiamo dal suo epistolario, e attorno al quale si avvicendarono i medici del tempo, con le più disparate ipotesi ed aprendo una discussione a carattere bio-filosofico-esistenziale che per certi aspetti continua ancora oggi. Ma una descrizione dei sintomi della malattia già compaiono nei primi manoscritti dell'antica Babilonia e nei papiri egiziani, le porte più antiche attraverso le quali le cefalee entrano nella storia della medicina e della cultura, dando adito alla formulazione delle più svariate ipotesi circa le cause di un disturbo per alcuni aspetti ancora oscuro. L'intreccio tra questa sindrome e le rappresentazioni simboliche sarebbe poi di per sé evidente osservando semplicemente le raffigurazioni delle aureole con cui i pittori circondavano il volto dei santi che, secondo una testimonianza di Ildegarda da Bringen (mistica del XI secolo) rappresenterebbe proprio "l'aura emicranica", spesso associata e confusa con le visioni misticheggianti.

Questi ed altri aspetti della ricerca storica sulle cefalee in quanto patologie intrecciate con la produzione culturale ed artistica sono stati via via affrontati e approfonditi nell'ambito degli studi e delle attività afferenti alla rivista ed hanno contribuito ad allargare sempre più le iniziali prospettive di ricerca circoscritte nell'ambito biomedico, integrandole con l'apporto di nuove discipline e nuovi saperi. Con l'editoriale pubblicato sul n. 3 dell'anno 2001, a firma Giuseppe Nappi, dal titolo *Oltre Confinia: dalla medicina alle scienze psicosociali*, la rivista compie la sua prima metamorfosi "trasformandosi da rivista a carattere interdisciplinare sulle cefalee ad esclusivo interesse biomedico, a rivista con angolo di osservazione allargato anche a discipline più appartenenti all'area delle scienze umane e del comportamento".

Metamorfosi non significa semplicemente un cambio di indirizzo. La metafora che meglio rappresenta questo movimento è quella dei cerchi concentrici. È il nucleo originario – che rimane saldo nelle sue radici – che si espande. Scrive Nappi: "Nonostante il terreno costituzionale possa condizionare una

soglia di comparsa e di innesco degli episodi cefalalgici, questa stessa soglia, sebbene su base genetico-ereditaria, è tutt'altro che immutabile e subisce un'ampia modulazione, quale risultante della complessa interazione genotipo-ambiente che si viene ad instaurare singolarmente. Così la storia delle cefalee è la storia dell'individuo, delle sue scelte, è la sua biografia, i suoi successi e i suoi fallimenti." Queste parole anticipano già gli stadi evolutivi di un progetto in espansione che non solo tende a coinvolgere in progetti di studio delle cefalee sempre nuovi ambiti disciplinari, superando in questo caso lo steccato storico tra "natura e cultura", ma aprendo nello stesso tempo un nuovo scenario, dove gli elementi coinvolti nel processo interattivo sono da un lato l'individuo, nella sua complessità, e dall'altro il "mondo", nella sua pari complessità.

Esiste però un punto, in questa esplorazione di confini, che la semplice "interdisciplinarietà" non si mostra più sufficiente per affrontare lo studio di interazioni sistemiche caratterizzate da una molteplicità di variabili che determinano andamenti di tipo caotico. È necessario, in questo caso, una specie di "salto epistemologico", una rivoluzione di pensiero. Ed è questa oggi, a giudicare dalle tendenze e dalle tensioni entro le quali si muove il pensiero scientifico, la nuova frontiera che si staglia all'orizzonte della ricerca scientifica.

Tutta la storia della biologia (ma in generale tutto il progresso scientifico) è caratterizzata da periodiche "rivoluzioni" dove vengono rimessi in discussione metodi, modelli epistemologici, modalità di approccio agli oggetti, sullo sfondo di una rinnovata visione del mondo e dei processi della natura in generale. "Progresso del sapere" non significa solamente ampliamento progressivo delle informazioni, ma la possibilità di organizzare questi flussi di informazioni all'interno modelli teorici di riferimento più avanzati e funzionali.

Riprendendo una tesi del filosofo del positivismo, Auguste Comte, (se pur contestata dagli spiritualisti) dobbiamo pensare all'albero delle scienze, come ad un sistema unitario, pervaso da una legge – o da una tendenza – secondo cui le discipline che raggiungono un livello più avanzato di svi-

luppo e i migliori risultati "prestano" i loro metodi di indagine alle altre scienze, "costringendole" (per così dire), a loro volta, a progredire.

Quindi, all'interno delle neuroscienze, che oggi sono effettivamente al centro di un intreccio di discipline, dove vediamo incontrarsi il teorico e lo sperimentale, i saperi della natura e i saperi della cultura, non si tratta soltanto di favorire l'incontro tra queste molteplici istanze, quasi si trattasse di tante voci radunate attorno ad una tavola rotonda sempre più grande. Il problema pare oggi essere, invece, prevalentemente quello di estrapolare da questo afflusso di discipline quei saperi e quelle esplorazioni "di confine" che sembrano più adatti e attrezzati a affrontare le dinamiche dei sistemi complessi. Si tratta, in un certo senso, di procedere anche in senso verticale e non solo in senso orizzontale.

È in questa direzione che intendiamo raggiungere un nuovo "anello" ai cerchi concentrici della rivista. La nostra sfida è che il campo di ricerca e di studio sulle cefalee possa offrirsi come banco di prova per sperimentare nuovi modelli di analisi e di interpretazione della complessità della vita e del sistema organico. Infatti, proprio la complessità della patologia, che sembra sfuggire ad ogni tentativo di semplificazione eziologica, rimanda immediatamente alla complessità del funzionamento dell'organismo vivente e soprattutto di un organismo come quello umano dove ai travagli della natura si aggiungono anche quelli dello spirito, e perciò dove il dolore – che registra e misura a vari livelli di sensibilità le interazioni dell'organismo con il mondo - tende a disegnare sempre nuovi confini con la trascendenza e a segnare, a scandire, in modo crescente gli stadi di un processo evolutivo di significato universale.

*Giuseppe Nappi
Pier Giuseppe Milanese*

Medicina complementare e cefalee primarie Complementary medicine and primary headaches Medicina complementaria en cefaleas primarias

Ennio Pucci¹, Fabio Antonaci^{1,2}, Alfredo Costa¹, Ilaria De Cillis^{1,2},
Giorgio Sandrini¹, Giuseppe Nappi¹

¹ Consorzio Uuniversitario Cefalee e Disordini Adattativi (UCADH), Università di Pavia,
IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia

² U.O. Neurologia, Centro Medicina delle Cefalee, Policlinico di Monza

Le Terapie Complementari rappresentano strategie importanti: in particolare per il trattamento del dolore acuto e cronico, cefalee incluse. Se i principi delle terapie non convenzionali potessero essere combinate con l'efficacia di un regime farmacologico attentamente valutato e flessibile, nonché con l'uso di altre tecniche di tipo convenzionale, gran parte delle cefalee, in modo particolare, quelle di tipo tensivo e alcune forme emicraniche possono essere trattate con successo dalle terapie complementari. Le quali sono ancora marginalizzate nei sistemi sanitari di molti paesi, ma la richiesta di un approccio integrato sta crescendo e sembra avere effetto come pure l'ostilità di alcuni medici nei confronti delle Terapie Complementari sta iniziando a sgretolarsi.

Parole chiave: cefalee primarie, evidenze scientifiche, medicina complementare

Complementary therapies are important strategies, particularly for the treatment of acute and chronic pain, including headache. If the principles of non-conventional therapies were combined with the efficacy of a carefully evaluated and flexible pharmacological regimen, as well as with the use of other conventional techniques, many headaches, especially tension-type headache and some forms of migraine, could be successfully treated through recourse to complementary therapies. Unfortunately, however, these therapies continue to be marginalised within the healthcare systems of many countries, even though the demand for integrated approaches is growing and the hostility, on the part of some physicians, to complementary therapies is starting to decline

Key words: primary headaches, scientific evidence, complementary medicine

Las terapias complementarias representan estrategias importantes en particular para el tratamiento del dolor agudo y crónico, incluida las cefaleas. Si los principios de la terapia no convencional pudieran ser combinados con la eficacia de un régimen farmacológico atentamente evaluado y flexible, gran parte de las cefaleas, como las tensionales y algunas formas de migraña podrían ser tratadas con éxito por las terapias complementarias. Las cuales están todavía marginalizadas por el sistema sanitario de muchos países, pero la necesidad de una integración está creciendo aun cuando existen muchos profesionales que se encuentran reacios a la misma.

Palabras claves: cefaleas primarias, evidencia científica, medicina complementaria

INTRODUZIONE

La Medicina Complementare, per definizione, rivela un'impostazione, basata su evidenze scientifiche, che apre all'integrazione di alcune pratiche nell'ambito di un percorso terapeutico convenzionale. Una collaborazione che può rappresentare una grande

opportunità per la tutela della salute e del benessere del paziente. (1)

Innanzitutto occorre stabilire la definizione. Medicina Complementare sembra stia ad indicare la sua integrazione con i metodi di cura della medicina "ufficiale" o "convenzionale".

Nei paesi a basso e medio reddito circa 80% della popolazione si affida alla Medicina Complementare per i propri bisogni sani-

tari. Una diffusione crescente che sta interessando anche i paesi industrializzati a più alto reddito, in alcuni dei quali sino al 65% della popolazione dichiara di aver fatto ricorso a queste forme di medicina.

Per sgombrare il campo da equivoci, non bisogna considerare la Medicina Complementare come un insieme di cure miracolose che possono determinare magicamente la guarigione di un paziente, ma come pratiche la cui opportunità di utilizzo va valutata in base al rapporto rischi-benefici e in base ad una documentata efficacia.

Il rischio è infatti che questi metodi di cura vengano considerati "alternativi" rispetto alle cure mediche convenzionali ed utilizzati, al di fuori di ogni controllo, senza tenere conto di una diagnosi, di terapie convenzionali più efficaci, di interferenze tra esse e i farmaci che si assumono magari per patologie importanti e vitali già diagnosticate (ad es. diabete o ipertensione). Questo dipende molto dall'atteggiamento del paziente, sempre più orientato all'auto-cura. Se considerate "alternative" cioè in contrapposizione e in sostituzione rispetto alle cure della medicina classica, queste pratiche possono presentare seri rischi. (2)

Il rischio per il paziente è che possano risultare inutili, quando non addirittura dannose, e che possano impedire o ritardare il ricorso ad altre cure più efficaci con conseguenze talora drammatiche.

Proprio nell'ottica di tutelare la salute del paziente bisogna avere un atteggiamento prudente, mostrando apertura verso le terapie alternative o complementari risultati efficaci dopo essere stati testati.

Particolare prudenza è raccomandata per i bambini, le donne in gravidanza o in allattamento, gli anziani e, in generale, tutte quelle persone che per altre malattie stanno assumendo dei medicinali. (3)

Biofeedback, agopuntura, chiropratica, fitoterapia, omeopatia sono tra le pratiche sanitarie più conosciute che vanno sotto il nome di Medicina Complementare o Alternativa. Sono, inoltre, le terapie più conosciute ed usate nel trattamento delle Cefalee primarie. Uno dei problemi che accompagna l'utilizzo della Medicina Complementare è la scarsa informazione e conoscenza da parte del Medico, anche dello specialista delle Cefalee.

Anche se le diverse forme di Cefalee, classificate secondo i criteri IHS-ICHD-II, sono molto numerose; le Cefalee primarie sono molto più frequenti rispetto alle secondarie (90 vs 10% circa). (4)

TERAPIE COMPLEMENTARI E CEFALEE

Le Cefalee Primarie sono tra i sintomi più comuni riscontrabili nella pratica medica in grado di costituire un peso rilevante sia per la società che per l'individuo che ne è affetto. E' più frequente tra i soggetti di età inferiore ai 55 anni, e pertanto interessa nella maggior parte dei casi soggetti con impiego lavorativo. Benché percepita come una patologia minore, poiché non riduce l'aspettativa di vita, la cefalea rappresenta causa di assenza dal lavoro e di ridotta resa produttiva. Pertanto, è evidente che alleviarne le conseguenze rappresenta motivo di crescente interesse anche da parte della Medicina Complementare. (5,6)



Negli ultimi anni, infatti, sempre più Centri Cefalee si sono attivati a fornire ai pazienti, a loro afferenti, terapie complementari o alternative con ottimi risultati, come evidenziato per alcune terapie da una ricca produzione scientifica (ad es. Biofeedback). (7,8) Le principali pratiche di Medicina Complementare sono:

Biofeedback: è un metodo terapeutico non farmacologico che permette di acquisire il controllo volontario su funzioni dell'organismo (tensione muscolare, battito cardiaco, frequenza del respiro, sudorazio-

ne) di cui normalmente non si ha consapevolezza; consente pertanto, al paziente, mediante l'ausilio di una particolare strumentazione elettronica, di apprendere progressivamente, controllare ed autoregolare una propria funzione fisiologica. (9)

Il termine biofeedback deriva dalla contrazione dei termini *biological feedback*.

Agopuntura: si basa sulla concezione che dietro la malattia ci sia un'alterazione o uno squilibrio dei sistemi di regolazione dell'organismo. Con l'agopuntura è possibile agire sull'organismo allo scopo di correggere eventuali fasi di squilibrio attraverso la stimolazione di zone particolari della cute, chiamate *agopunti*, localizzati su strutture denominate *Meridiani*. Il medico agopuntore ristabilisce l'equilibrio dell'organismo curando o prevenendo diverse malattie. (10)

Chiropratica e Osteopatia: sono pratiche con grande diffusione che si basano, ciascuna con una differente impostazione, sui trattamenti manuali per curare e prevenire diversi disturbi dell'organismo. Soprattutto, sono pratiche sanitarie volte alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione dei disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e degli effetti di tali disturbi sul sistema nervoso e sullo stato di salute generale. Particolare importanza è attribuita a tecniche di tratta-

mento manuale quali la manipolazione vertebrale e il massaggio cranio-sacrale. (11,12)

Fitoterapia: è una tecnica terapeutica basata sull'uso di piante medicinali e di loro derivati ed estratti, opportunamente trattati. Il paziente è visto come un sistema globale e integrato in cui l'azione del *fito-complesso*, da solo o in associazione ad altri, è quella di intervenire contemporaneamente su diversi organi e apparati del paziente, in modo da ottenere una reazione terapeutica a più livelli, che determina una guarigione non solo sul sintomo specifico. Ma anche di tutto l'organismo nel suo complesso. (13)

Omeopatia: è una tecnica terapeutica che utilizza a scopo curativo e in dose non tossica sostanze capaci di produrre (se utilizzate in dosi tali da risultare tossiche) sintomi simili a quelli della malattia da curare. Le sostanze utilizzate a scopo terapeutico (medicine) vengono tecnicamente chiamate *Rimedi*. Le più comuni forme di somministrazione sono globuli o granuli (saccarosio+lattosio) o gocce (in diluizione alcolica) di solito per via orale ma talvolta per via inalatoria e cutanea. (14)

Altre Terapie Complementari utilizzate nel trattamento delle Cefalee.

Aromaterapia	Terapia basata sull'utilizzo di olii essenziali
Digitopressione	Usa la pressione esercitata dalle dita in punti specifici della pelle.
Ipnosi	L'ipnosi tiene il corpo in uno stato di profondo rilassamento
Massaggio	Comporta la manipolazione dei tessuti molli del corpo usando le mani.
Reiki	Mira a favorire la guarigione ponendo le mani lungo le linee energetiche vitali.
Shiatsu	Usa la pressione applicata delle dita, dei gomiti, delle ginocchia e dei piedi a punti curativi specifici della pelle per alleviare i sintomi come tensione e dolore.
Yoga	Yoga è una combinazione di esercizi mentali e fisici studiati per unire una persona con lo spirito universale.

MEDICINE COMPLEMENTARI IN ITALIA

Da un'indagine ISTAT è emerso che circa l'8% della popolazione, circa 5 milioni di persone utilizza almeno una delle terapie complementari. L'Omeopatia è la più utilizzata (oltre 2 milioni e 600 mila persone), se-

guita dalla Fitoterapia (2 milioni e 100 mila) e dall'Agopuntura (1 milione e 600 mila).

Confrontando i dati ISTAT del 1994 e del 2001 si può notare come l'utilizzo di terapie complementari nel nostro paese sia quasi raddoppiato (da 8.30% al 15.60%) nel giro di 7 anni.

Grazie ai dati raccolti da questa indagine è stato possibile tracciare un identikit della

persona media che utilizza Medicine Complementari: risiede al Nord, ha un livello di istruzione medio-alto, è prevalentemente una donna, si avvicina a queste terapie su consiglio del medico (30.9%), di propria iniziativa (27.2%), per informazioni ricevute dai media (4.6%); inoltre il 70% dell'utenza si dichiara soddisfatta.

Per quanto riguarda la distribuzione per fascia di età: l'omeopatia è più diffusa tra i pazienti giovani (età media 27 anni), mentre l'agopuntura è maggiormente presente tra i 45 e 69 anni, grazie al suo utilizzo come analgesico. (15,16,17)

Identikit utente medio:

- Età: 47 femmina, 55 maschio;
- Sesso: 65.2% femmina, 34.8% maschio;
- Durata media trattamento: Durata: mesi 2,
- Numero sedute: 5;
- Patologie più frequenti: Cefalee e
 - cervicalgia: 35.4%,
 - Dolori articolari: 32.5%,
 - Altro: 32.1%.
- Risultato medio ottenuto: Benefici: 45.4%,
 - Benefici parziali: 32.5%
 - Nessun miglioramento: 6.2%
 - Abbandono terapia: 15.8%

DISCUSSIONE

Per valutare l'efficacia di una terapia è importante avere presente la differenza sostanziale tra sperimentazione scientifica e testimonianze individuali. Ovvero: una cosa è affermare che una certa pratica è utile perché uno studio clinico ha dimostrato la sua efficacia testandola su un gruppo di persone e rispettando severe regole metodologiche; un'altra cosa è affermare che la stessa pratica complementare fa bene per "sentito dire", perché c'è scritto su Internet. Senza nulla togliere alla buona fede di chi testimonia di aver avuto un effetto positivo adoperando un certo tipo di terapie o di pratica, va sottolineato che la scienza si muove su un piano diverso, puntellato da prove cliniche e dimostrazioni documentate.

La principale critica che viene fatta nei confronti della Terapie Complementari è relativa

alla loro mancanza di rigore scientifico. L'evidenza dei fatti è fondamentale ma ha bisogno di essere basata su solide basi scientifiche. In mancanza di ricerche ben condotte, l'effetto placebo viene spesso adottato dalla medicina convenzionale come spiegazione dei risultati della terapie non convenzionali. Attualmente non ci sono evidenze scientifiche pertanto le Terapie Complementari o alternative vengono usate insieme ai trattamenti convenzionali, piuttosto che in sostituzione soprattutto per le sindromi dolorose (Cefalee, artralgie, lombalgie) che sono fra le maggiori cause di ricorso alle sopradette terapie. (18,19)

NOTA CONCLUSIVA

Le Terapie Complementari rappresentano strategie importanti: in particolare per il trattamento del dolore acuto e cronico, cefalee incluse. Se i principi delle terapie non convenzionali potessero essere combinate con l'efficacia di un regime farmacologico attentamente valutato e flessibile, nonché con l'uso di altre tecniche di tipo convenzionale, gran parte delle cefalee, in modo particolare, quelle di tipo tensivo e alcune forme emicraniche possono essere trattate con successo dalle terapie complementari. (20,21,22,23)

Studi clinici controllati sono stati eseguiti per valutare l'efficacia di trattamenti erballi (Tanacetum partenio, Ginkgo biloba) che hanno dato incoraggianti risultati nel trattamento delle Cefalee primarie, Emicrania *in primis*, e che stimolano coloro che fanno utilizzo delle Medicine Complementari a proseguire su questa via.

Il Tanacetum partenium, più noto come Partenio, è una pianta perenne appartenente alla famiglia delle Composite (Asteraceae). I costituenti più importanti sono lattoni sesquiterpenici: tra i quali il partenolide è fondamentale per l'attività terapeutica. Altri costituenti sono flavonoidi, composti guaianolidici, monoterpeneici (camfora) e poliacetilenici. (24,25,26)

Nella medicina tradizionale il partenio è stato utilizzato per trattare la febbre, la cefalea, dolori articolari, la dismenorrea e per favorire l'espulsione della placenta. E' stato usato

anche come collutorio e per uso esterno come antisettico per ferite e contusioni. (27) Nella fitoterapia moderna è principalmente usato nella profilassi dell'emicrania. Il Partenio determina una riduzione della frequenza e della intensità, ma non della durata, degli attacchi emicranici. (28,29,30)



Per quanto riguarda il meccanismo d'azione, è stata dimostrata una inibizione della sintesi delle prostaglandine, che sembra essere mediata da un effetto inibitorio sulla fosfolipasi. Il composto partenolide possiede anche un effetto antiaggregante piastrinico e di conseguenza potrebbe avere effetti antitrombotici, quindi da usare con cautela nei soggetti con pregressa storia di emorragie o disordini dell'emostasi. (31,32) Il Ginkgo biloba è un fossile vivente. Appartiene alle Gimnosperme. (33) E' una pianta originaria della Cina e contiene terpeni, polifenoli, flavonoidi che avrebbero un'azione vasodilatatrice con attività sulle funzioni cerebrovascolari. Viene utilizzato per i disturbi della memoria, come antiossidante, nelle vertigini, emorroidi, malattia di Alzheimer e nell'emicrania.(34)

Il Ginkgolide B è ritenuto un antagonista del PAF (platelet activating factor), mediatore intracellulare implicato nei processi di aggregazione piastrinica, formazione del trombo e reazioni infiammatorie. (35,36) Gli effetti positivi del Ginkgo Biloba sulle emicra-

nie potrebbero essere legate al miglioramento del metabolismo neuronale, grazie alla stimolazione del flusso sanguigno a livello cerebrale. Quindi può essere indicato nelle emicranie (con e senz'aura) associate a disturbi vascolari, grazie alla sua azione vasodilatatrice a livello cerebrale. (37)

Le Terapie Complementari sono discipline di concezione olistica che operano sui disagi e disturbi della persona.

Il termine Complementare verte a sottolineare gli intenti che queste discipline perseguono, intenti che non vogliono essere alternativi alla medicina allopatrica, ma vogliono essere di supporto. Così la medicina olistica complementare si pone nel trattare la soggettività dell'individuo attraverso numerose tecniche, lasciando l'oggettivazione prettamente scientifica alla medicina allopatrica che da sempre persegue il trattamento della salute attraverso la cura del sintomo patologico.

Le Terapie Complementari si occupano principalmente di benessere e della qualità di vita della persona curando l'aspetto omeostatico (di equilibrio) dell'individuo affinché l'organismo nel suo complesso ristabilisca e mantenga il suo stato naturale di equilibrio.

L'accezione "terapie complementare" quindi non corrisponde alle reali caratteristiche di queste arti mediche, che vogliono supportare la scienza medica e non sostituirla.

Le esperienze cliniche rilevano come le Terapie Complementari (in particolare BFK) possano costituire una valida alternativa terapeutica non farmacologica nelle forme in cui la tensione muscolare svolge un ruolo importante; (7,8,9,38,39) è inoltre da considerare in quei pazienti in cui il trattamento farmacologico è controindicato, come ad es. nell'età infantile e nella gravidanza. Ma anche in altre forme di cefalea, come quella a grappolo, si è utilizzata la terapia complementare. (40,41)

Bisogna dire che alcuni farmaci che normalmente vengono usati per il trattamento delle cefalee derivano dalla natura. Sperimentazioni controllate sull'uomo potranno, in un futuro non molto lontano, dare un giudizio di efficacia e permettere il loro utilizzo nella pratica clinica.

Appare evidente la necessità di studi coordinati, focalizzati sull'utilizzo delle Terapie Complementari, per stabilire quale ruolo te-

rapeutico abbiamo nelle Cefalee primarie e di conseguenza quantificare l'efficacia di esse.

Comunque, in conclusione, vista la diffusione delle pratiche complementari spesso utilizzate autonomamente dai pazienti, occorre aumentare la consapevolezza del paziente sui possibili rischi connessi all'uso improprio della Medicina Complementare. Bisogna porre l'accento sulle possibili interazioni negative di farmaci tradizionali con "farmaci" di Medicina Complementare e indurre i pazienti a consultare il Medico.

BIBLIOGRAFIA

- Bellavite P, Conforti A, Lechi A, Menestrina F, Pomari S. *Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*. UTET, Torino, 1998
- Raschetti R. *La medicina delle evidenze scientifiche e le diverse culture della guarigione*. *Ann Ist Super Sanità*, 1999; 35:483-488.
- Nahir R, Straus SE. *Research into complementary and alternative medicine: problems and potential*. *BMJ*, 2001; 322:161-164.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders*. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl. 1):1-151.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schrøll M, Olesen J. *Epidemiology of headache in a general population-prevalence study*. *J Clin Epidemiol* 1991; 44:1147-1157.
- Von Korf M, Steward WF, Simon DJ, Lipton RB. *Migraine and reduced work performance*. *Neurology* 1998; 50:1741-1745.
- Mullally WJ, Hall K, Goldstein R. *Efficacy of biofeedback in the treatment of migraine and tension types headaches*. *Pain Physician* 2009; 12(6):1005-1011.
- Supiot F. *Migraine in 2009: from attack to treatment*. *Rev Med Brux* 2009, 30(4):399-403.
- Nesturic Y, Martin A, Rief W, Andrasik F. *Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review*. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2008; 33(3):125-140.
- Di Chiara M. *Agopuntura: l'antica scienza cinese della salute*. Fenice 2000, Milano 1995.
- Rubinstein SM, Leboeuf-Yde C, Knol DL, de Koekoek TE, Pfeifle CE, van Tulder MW. *Predictors of adverse events following chiropractic care for patients with neck pain*. *J Manipulative Physiol Ther* 2008; 31(2):94-103.
- Keays AC, Neher JO, Safranek S, Webb CW. *Clinical inquiries. Is osteopathic manipulation effective for headaches?* *J Fam Pract* 2008; 57(3):190-1.
- Dobrilla G, Coruzzi G. *Fitoterapia. Dalle evidenze cliniche agli effetti indesiderati*. Pensiero Scientifico Editore, Roma 2005.
- Jonas WB, Kaptchuk TJ, Linde K. *A critical overview of Homeopathy*. *Ann Intern Med* 2003; 138:393-399.
- Lucchetti M. *Tecniche e terapie non convenzionali per il trattamento del dolore*. *Acta Anaesth Italica*; 2004; 55:8-32.
- Rapporti ISTAT 1994-2001
- Indagine ISTAT: "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000".
- Richardson J. *The use of Randomized Controlled Trials in complementary therapies: exploring the issues*. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 32(2):398-406.
- Verhoef MJ, Casebeer AL, Hilsden RJ. *Assessing efficacy in Complementary Medicine: Adding Qualitative Research Methods to the "Gold Standard"*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2002; 8(3):275-281.
- Biondi DM. *Physical treatment for headache: a structured review*. *Headache* 2005; 45:738-746.
- Rosen NL. *Psychological issues in the evaluation an treatment of tension-type headache*. *Curr Pain Headache Rep* 2008; 12(6):425-432.
- Buse DC, Andrasik F. *Behavioral medicine for migraine*. *Neurol Clin* 2009, 27(2):445-465.
- Sun-Edelstein C, Mauskop A. *Complementary and alternative approaches to the treatment of tension-type headache*. *Curr pain Headache Rep* 2008; 12(6):447-450.
- Heptinstall S, Awang DV, Dawson BA, Kindack D, Knight DW, May J. *Parthenolide content and bioactivity of feverfew (tanacetum parthenium). Estimation of commercial and authenticated feverfew products*. *J Pharm Pharmacol* 1992; 44:391-395.
- Williams CA, Harborne JB, Geiger H, Houlst JR. *Flavonoids of Tanacetum parthenium and T. vulgare and their anti-inflammatory properties*. *Phytochemistry* 1999; 51:417-423.
- Groenewegen WA, Knight DW, Heptinstall S. *Progress in the medical chemistry of the herb feverfew*. *Prog Med Chem* 1992, 29:217-238.
- Knight DW. *Feverfew: chemistry and biological activity*. *Nat Prod rep* 1995; 12:271-276.

28. Johnson ES, Kadam NP, Hylands DM, Hylands PJ. Efficacy of feverfew as prophylactic treatment of migraine. *Brit Med J* 1985; 291:569-573.
29. Diamond S. Herbal therapy for migraine. An unconventional approach. *Postgrad Med* 1987; 82:197-198.
30. Murphy JJ, Heptinstall S, Mitchell JRA. Randomized double-blind placebo-controlled trial of feverfew in migraine prevention. *Lancet* 1988; 189-192.
31. Heck AM, DeWitt BA, Lukes AL. Potential interactions between alternative therapies and warfarin. *Am J Health Syst Pharm* 2000; 57:1221-1227.
32. Miller LG. Herbal medicinals: selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interactions. *Arch Intern Med* 1998; 158:2200-2211.
33. Pasero R. *Farmacia al naturale*. Sapere & Salute 1999; 4(20):26-29.
34. Diamond BJ, Shifflott SC, Feiwel N, Matheis RS, Noskin O, Richards JA, Schoenberger NE. Ginkgo biloba extract: mechanisms and clinical indications. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81:668-678.
35. Chung KF, Dent G, McCusker M, Page GP, Barnes PJ. Effect of a ginkgolide mixture (BN 52063) in antagonism skin and platelet responses to platelet activating factor in man. *Lancet* 1987; 1:248-251.
36. Matthews MK Jr. Association of Ginkgo biloba with intracerebral hemorrhage. *Neurology* 1998; 50:1933-1934.
37. D'Andrea G, Bussone G, Allais G, Aguggia M, D'Onofrio F, Maggio M, Moschiano F, Saracco MG, Terzi MG, Petretta V, Benedetto C. Efficacy of Ginkgolide B in the prophylaxis of migraine with aura. *Neurol Sci* 2009; 30(suppl 1):121-124.
38. Crawford J. The evolving art of biofeedback. *Benning* 2008; 28(3):14-15.
39. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Passchier J, Koes BW. Behavioral treatments on chronic tension-type headache in adults: are they beneficial? *CNS Neurosci Ther* 2009; 15(2):183-205.
40. Rains JC. Change mechanisms in EMG biofeedback training: cognitive changes underlying improvements in tension headache. *Headache* 2008; 48(5):735-6.
41. Rossi P, Torelli P, Di Lorenzo C, Sances G, Manzoni GC, Tassorelli C, Nappi G. Use of complementary and alternative medicine by patients with cluster headache: results of a multi-centre headache clinic survey. *Complement Ther Med* 2008; 16(4):220-227.

Corrispondenza
ennio.pucci@mondino.it

Cefalea e disordini temporo-mandibolari. Un contributo sperimentale

Headache and temporomandibular disorders. An experimental contribution

Las cefaleas y los desordenes temporomandibulares. Un contributo experimental

Questo articolo si ispira alla tesi di laurea sostenuta da Paola Lumbroso in Odontoiatria e Protesi Dentaria, A.A. 2007-2008, Università di Pisa, dal titolo "Disordini temporomandibolari e cefalea tra comorbidità ed incertezze semiologiche. Revisione della letteratura e contributo sperimentale"

Paola Lumbroso¹, Irene Andriuolo², Giacomo Chiappe³, Mario Bosco³

¹ Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia, Università di Siena

² Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia, Università di Cagliari

³ Dipartimento di Discipline Odontostomatologiche, Università di Pavia

Nell'ambito del presente studio, vengono prese in esame le più moderne e diffuse classificazioni internazionali per inquadrare correttamente sia i DTM sia la cefalalgia. Sulla base di tali premesse abbiamo condotto un'ampia revisione critica della letteratura sull'argomento, preliminarmente all'elaborazione di un originale protocollo di ricerca per la valutazione e l'inquadramento clinico-diagnostico della sintomatologia cefalalgica nei pazienti affetti da DTM. Da questa revisione della letteratura emerge l'assenza di criteri clinici semplici, facilmente applicabili nel quotidiano, che ci permettano di discriminare i pazienti affetti da DTM dai pazienti che lamentano cefalalgia di altra natura. Per questo sarebbe auspicabile una stretta collaborazione interspecialistica tra neurologi ed odontoiatri cultori della branca gnatologica, con modalità one-setting, nella complessa gestione diagnostico-terapeutica delle due entità morbose

Parole chiave: *Disordini Temporo-mandibolari, Cefalea, Comorbidità*

This study analyses the most up-to-date and widespread international classifications for the diagnosis both of temporomandibular disorders (TMDs) and of headache. We conducted an extensive, critical review of the literature on this topic before drawing up an original research protocol for the assessment and clinical-diagnostic framing of headache in patients affected by TMDs. This review of the literature highlighted the absence of simple clinical criteria, readily applicable in daily practice, that might allow us to distinguish patients with TMDs from patients with other kinds of headache. For this reason, it is worth encouraging close collaboration between different specialists (neurologists and dentists with particular expertise in gnathology) in the complex diagnostic-therapeutic management of these two conditions.

Key words: *Temporomandibular disorders, headache, comorbidity*

El dolor cefálico es uno de los síntomas más frecuentes que acompañan al diagnóstico de Desorden Temporomandibular (DTM) (1,2,3,4). Es de fundamental importancia, realizar un correcto diagnóstico de esta alteración teniendo en cuenta la cefalea producida por alteraciones temporomandibulares, ya que ambos procesos mórbidos presentan complejas interacciones fisiopatológicas y superposición sintomatológica que dificultan el diagnóstico diferencial (5,6,7,8,9,10,11,12). En el presente estudio, se analizan las más modernas y difusas clasificaciones internacionales para encuadrar correctamente el DTM y la cefalalgia. Sobre la base de estas consignas hemos llevado a cabo una amplia revisión de la literatura, antes de elaborar un protocolo de investigación para evaluar y encuadrar la sintomatología cefalalgica en pacientes con DTM. De este análisis surge la ausencia de criterios clínicos simples de fácil aplicación que permitan la diferenciación entre los pacientes con DTM de los pacientes que sufran

cefalagias de otra naturaleza. Por esto sería oportuno una estrecha colaboración interdisciplinaria entre neurólogos y odontólogos especialistas en articulación temporomandibular, con modalidad one-setting, en la compleja gestión diagnóstico-terapéutica en las dos entidades morbosas.

Palabras claves: cefalea, comorbilidad, desorden temporomandibular

INTRODUZIONE

Il dolore cefalalgico è uno dei sintomi che più frequentemente accompagnano la diagnosi di Disordine Temporomandibolare (DTM) (1,2,3,4). Formulare una corretta diagnosi di questo disturbo è di fondamentale importanza, tenendo distinta la cefalea dai Disordini Temporomandibolari, poiché entrambe presentano una serie di complesse interconnessioni fisiopatologiche e sovrapposizioni sintomatologiche che rendono ardua la diagnosi differenziale (5,6,7,8,9,10,11,12).

I disordini temporo-mandibolari sono un gruppo eterogeneo di patologie del sistema stomatognatico che si manifestano con diversi quadri algici e/o disfunzionali a carico dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM), dei muscoli masticatori e/o delle strutture ad esse correlate. La cefalalgia è un disturbo estremamente invalidante e come tale presenta elevati costi sociali, sia in termini di cure cliniche (visite specialistiche e cure farmacologiche) e giornate di assenza dal lavoro, sia in termini di impatto sulla vita di relazione, venendo quest'ultima in vario grado compromessa dallo stesso in rapporto all'entità e durata degli attacchi (13,14,15).

Una valida e corretta diagnosi di questo disturbo è di fondamentale importanza distinguendo la cefalea dai Disordini Temporomandibolari (DTM), in virtù sia della frequente sovrapposizione dei loro quadri sintomatologici, sia della cospicua percentuale di pazienti affetti da DTM con dolore cefalalgico (16,17,18,19,20). Nonostante l'estrema variabilità sintomatologica che li caratterizza, il "dolore cefalalgico" rappresenta uno dei sintomi più frequentemente lamentati dai pazienti affetti da tali patologie, costituendo talvolta una vera e propria entità nosologica. A tale proposito, nel 1994 l'International Association for the Study of Pain (IASP) (21) ha pubblicato una classificazione delle diverse condizioni dolorose

con un sottogruppo relativo al dolore cranio-facciale di origine muscolo-scheletrica. Successivamente l'American Academy of Orofacial Pain (AAOP) (22) ha presentato una classificazione dei DTM che include un gruppo eterogeneo di condizioni articolari e non articolari che spesso si accompagnano a segni e sintomi simili. Essa è mutuata primariamente dall'osservazione clinica; include alcune diagnosi specifiche di patologie ad eziologia nota, ma la maggior parte dei disordini articolari e non articolari classificati non è riconducibile ad un momento eziologico determinato ed è per questo che è in continua evoluzione (23). Per quanto riguarda l'inquadramento e lo studio delle varie tipologie di cefalea il comitato di riferimento è l'International Headache Society (IHS) (24) che ha proposto nel 2004 una nuova classificazione delle cefalee composta da quattordici gruppi di entità patologiche distinte, di cui l'undicesimo è relativo alle cefalee e ai dolori facciali associati a disordini delle diverse strutture craniche. Nonostante tali classificazioni siano valide ed accettate a livello internazionale, mancano criteri clinici semplici e facilmente applicabili che consentano di discriminare i pazienti affetti da DTM, dai pazienti con cefalalgia di altra natura.

MATERIALI E METODI

A tal proposito, abbiamo voluto apportare un nostro originale contributo, facendo un'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche di 446 pazienti con segni e sintomi di disordine temporo-mandibolare, afferiti consecutivamente per consulto gnatologico presso la Sezione di Protesi Dentaria e successivamente presso il Centro di Ricerca e Management dei Disordini Temporomandibolari, U.O. di Chirurgia Odontostomatologica dell'Università degli Studi di Pisa nel periodo compreso tra gennaio 2004 e dicembre 2007. La cartella clinica gnatologica conteneva al suo interno un semplice e

schematico questionario a suo tempo appositamente predisposto in collaborazione con il "Centro Cefalee C. Mondino" dell'Università degli Studi di Pavia, al fine di individuare alcune caratteristiche salienti del dolore cefalalgico e di consentirne una migliore tipizzazione.

RISULTATI

La percentuale dei soggetti di sesso femminile affetti da DTM che lamentano sintomi cefalalgici è molto alta analogamente al rapporto femmine/maschi. Tale dato è in accordo con i risultati di altri lavori della letteratura (7,25). Inoltre si è riscontrato che in molti pazienti l'esordio della sintomatologia cefalalgica è avvenuto da più anni. Questo dimostra che tali entità nosologiche sono da considerarsi di tipo cronico, intendendosi per cronica una patologia presente da più di sei mesi. Inoltre, se il paziente si fosse già sottoposto a precedenti visite e cure specialistiche per la gestione diagnostico-terapeutica del problema senza risolverlo, potrebbe perlomeno configurarsi il dubbio di un grave e colpevole ritardo diagnostico e/o terapeutico.

Inoltre, non meno importante, si è visto che la prevalenza di cefalalgia presenta valori più elevati nei disordini temporomandibolari associati a componente muscolare.

DISCUSSIONE E NOTA CONCLUSIVA

La cefalea ed il dolore cefalico artrogeno e miogeno legato alla presenza di un disordine temporomandibolare pongono quotidianamente lo specialista odontoiatra e gnatologo in particolare, di fronte a complesse problematiche di natura diagnostica, prognostica e terapeutica a causa delle incertezze eziopatogenetiche sul dolore stesso e del suo difficile inquadramento semeiologico.

Nell'ampia revisione ed analisi della letteratura da noi condotta allo scopo di approfondire le problematiche legate alla gestione clinica di questi disturbi, è emerso che esistono ancora molti punti di disaccordo tra gli AA; entrambe le patologie presentano spesso sovrapposizioni sintomatologiche che rendono ardua la diagnosi differenziale e conseguentemente vario è il protocollo me-

todologico suggerito dai diversi Autori per il loro corretto inquadramento diagnostico ed il successivo trattamento terapeutico. Sebbene il nostro studio quale lavoro preliminare presenti alcuni limiti, tra cui il fatto di essere stato condotto retrospettivamente su un gruppo selezionato di pazienti, l'assenza di randomizzazione e di un gruppo controllo, per la cospicua numerosità del campione ci sentiamo tuttavia di trarre alcune considerazioni conclusive: dai dati preliminari ricavati ed analizzati nell'ambito di questo contributo sperimentale, le caratteristiche del disturbo cefalalgico di cui soffre la maggior parte dei nostri pazienti sembrano delineare perlopiù una cefalea di tipo tensivo così come riportano sia i criteri della classificazione ICHD-II che della IASP. Inoltre, nonostante la notevole importanza socio-economica ricoperta dalla patologia cefalalgica e dai DTM, emerge sinora una infausta carenza di studi indirizzati alla chiara identificazione dei meccanismi eziopatogenetici alla base delle due entità patologiche. Questo è probabilmente imputabile al fatto che sia i DTM, sia il dolore cefalalgico riconoscono un'eziopatogenesi multifattoriale e che entrambe le patologie presentano consistenti sovrapposizioni semeiologiche e sintomatologiche, insidiose sfumature cliniche nonché un' indesiderata comorbidità che rendono impegnativa e complessa la programmazione di un efficiente iter diagnostico-terapeutico. I diversi comitati scientifici, AAOP, IASP, IHS, RDC/TMD dovrebbero collaborare all'unisono al fine di codificare un sistema tassonomico condiviso che possa permettere agli specialisti del settore di ridurre al minimo le problematiche legate alla diagnosi differenziale di queste patologie. Sarebbe auspicabile una stretta collaborazione interspecialistica tra neurologi e gnatologi, con modalità one-setting, nella complessa gestione diagnostico-terapeutica delle due entità morbose.

BIBLIOGRAFIA

1. *Rauhala K, Oikarinen KS, Jarvelin MR, Raustia AM. Facial Pain and Temporomandibular Disorders: An Epidemiological Study of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. J Craniomandib Pract 2000; 18(1):40-46*

2. Gesh D, Bernhardt O, Alte D, et al. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in an urban and rural German population: Results of a population-based Study of Health in Pomerania. *Quintessence Int* 2004; 35:143-150
3. Chuang S. Incidence of temporomandibular disorders (TMDs) in senior dental students in Taiwan. *J Oral Rehabil* 2002; 29: 1206-1211
4. Jagger RG, Wood C. Signs and symptoms of temporomandibular joint dysfunction in a Saudi Arabian population. *J Oral Rehabil* 1992; 19:353-359
5. Wedel A. Heterogeneity of patients with craniomandibular disorders. A longitudinal study. *Swed Dent J Suppl.* 1988;55:1-51
6. Agerberg G, Carlsson GE. Symptoms of functional disturbances of the masticatory system. A comparison of frequencies in a population sample and in a group of patients. *Acta Odontol Scand.* 1975;33(4):183-90
7. Glaros AG, Urban D & Locke J. Headache and temporomandibular disorders: evidence for diagnostic and behavioural overlap. *Cephalalgia* 2007; 27:542–549
8. Schiffman E, Haley D, Baker C, Lindgren B. Diagnostic criteria for screening headache patients for temporomandibular disorders. *Headache.* 1995 Mar;35(3):121-4
9. Molina OF, Dos Santos J Jr, Nelson SJ, Grossman E. Prevalence of modalities of headaches and bruxism among patients with craniomandibular disorder. *Cranio.* 1997 Oct;15(4):314-25
10. Kemper JT Jr, Okeson JP. Craniomandibular disorders and headaches. *J Prosthet Dent.* 1983 May;49(5):702-5
11. Cooper BC, Cooper DL. Recognising otolaryngological symptoms in patients with temporomandibular disorders. *J Craniomandib Pract* 1993;11:260-267
12. Ciancaglini R, Radaelli G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. *J Dent.* 2001 Feb;29(2):93-8
13. World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization; 2001. p. 22–24
14. Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K. Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol* 2006; 13:333–345
15. Jensen R, Stovner L.J. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol* 2008 Apr; 7 (4):354-61
16. Ekberg EC, Nilner M. Treatment outcome of short- and long-term appliance therapy in patients with TMD of myogenous origin and tension-type headache. *J Oral Rehabil* 2006 Oct; 33(10):713-21
17. Lambourne C, Lampasso JB, William C. Malocclusion as a risk factor in the etiology of headaches in children and adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007 Dec; 132(6):754-61
18. Svesson P. Muscle pain in the head: overlap between temporomandibular disorders and tension-type headaches. *Curr Opin Neurol* 2007; 20:320–325
19. Cooper BC, Kleinberg I. Examination of a large patient population for the presence of symptoms and signs of temporomandibular disorders. *Cranio* 2007 Apr; 25(2):114-26
20. Bergström I, List T, Magnusson T. A follow-up study of subjective symptoms of temporomandibular disorders in patients who received acupuncture and/or interocclusal appliance therapy 18-20 years earlier. *Acta Odontol Scand* 2008 Apr; 66(2):88-92
21. Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain – Description of Chronic Pain Syndromes and Definition of Pain terms.* Second edition. Seattle: IASP Press; 1994
22. Okeson JP. *Orofacial pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management.* American Academy of Orofacial Pain. 3rd ed. Chicago: Quintessence; 1996
23. De Leeuw R. *The American Academy of Orofacial Pain. Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management, Fourth Edition.* Published by Quintessence Publishing Company, 2008
24. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders.* *Cephalalgia* 2004; 24 (1): 1-160
25. Ballegaard V, Thede-Schmidt-Hansen P, Svensson P & Jensen R. Are headache and temporomandibular disorders related? *Cephalalgia* 2008; 28:832–841

Corrispondenza
paola.lumbroso@gmail.com

APPENDICE

Riconoscere le cefalee: il percorso per l'odontoiatra

Marzia Segù¹, Marta Allena²
Fabio Antonaci³

¹Dipartimento di Discipline Odontostomatologiche "S. Palazzi", Pavia

²IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia

³Università di Pavia & IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia

Sempre più sovente, soprattutto per la pressante opera dei mass media, l'odontoiatra si trova ad affrontare il seguente quesito postogli dal paziente: "Il mio mal di testa può dipendere dai denti?"

Che cosa deve sapere l'odontoiatra per rispondere in maniera esaustiva a questa domanda?

Innanzitutto deve conoscere etiologia, diagnosi e gestione dei disordini temporomandibolari (TMD), che comprendono un gruppo di condizioni muscoloscheletriche e neuromuscolari che coinvolgono le articolazioni temporomandibolari (ATM), i muscoli masticatori e i relativi tessuti. Deve conoscere i segni e i sintomi associati a questi disturbi che sono vari e possono includere difficoltà nel masticare, nel parlare e in altre funzioni oro facciali e infine i disturbi algici spesso associati (comorbidità).

Recenti studi infatti hanno enfatizzato l'importanza dell'esame del sistema stomatognatico nel paziente cefalalgico (Ballegaard & Thede-Schmidt-Hansen 2008), poiché la prevalenza dei disordini temporomandibolari nella popolazione di soggetti affetti da cefalea è 56.1%.

La prevalenza dei TMD tende ad essere più alta nei pazienti con combinazione di emicrania e cefalea di tipo tensivo.

Inoltre pazienti cefalalgici con coesistenti TMD hanno una prevalenza di depressione significativamente maggiore.

Spesso il paziente con cefalea viene visto in prima battuta dall'odontoiatra (Bahra & Goadsby 2004).

E' fondamentale che per affrontare il quesito del paziente l'odontoiatra sappia orientarsi tra le diverse forme di cefalea: si tratta di un'emicrania o di una cefalea tensiva? il paziente è affetto da una cefalea a grappolo o si tratta di una forma secondaria? esiste un imminente pericolo? Come distinguere una cefalea primaria da una secondaria ?

Questo documento ha lo scopo di fornire all'odontoiatra delle linee guida per orientare una diagnosi differenziale tra cefalee primarie e forme secondarie, effettuare una corretta raccolta dei dati anamnestici, conoscere i campanelli d'allarme, i sintomi che devono preoccupare e infine, ma di cruciale importanza per l'approccio multidisciplinare richiesto per la gestione di questi quadri algici, sapersi rapportare con il neurologo, fornendogli con un timing adeguato tutti gli elementi per impostare una corretta diagnosi e un efficace piano di trattamento.

Presupposti alla raccolta anamnestica : Cefalee primarie e secondarie

- La diagnosi della cefalea si basa su una corretta e completa raccolta anamnestica.
- Non esistono, infatti, accertamenti utili per la diagnosi di una cefalea, l'anamnesi deve indagare ogni possibile aspetto indicativo di una cefalea secondaria.
- Oltre alle cefalee primarie esistono numerose **cefalee secondarie**, alcune delle quali sono pericolose e devono quindi essere riconosciute (anche se nel complesso rappresentano < 1% delle forme di cefalea).

Raccolta anamnestica: i punti critici

- Tipi di cefalea
- Esordio della cefalea
- Storia naturale della cefalea
- Caratteristiche del dolore
- Caratteristiche dei segni e/o sintomi associati
- Precedenti accertamenti per cefalea
- Precedenti terapie per cefalea
- Attuali terapie per cefalea
- Altre patologie associate

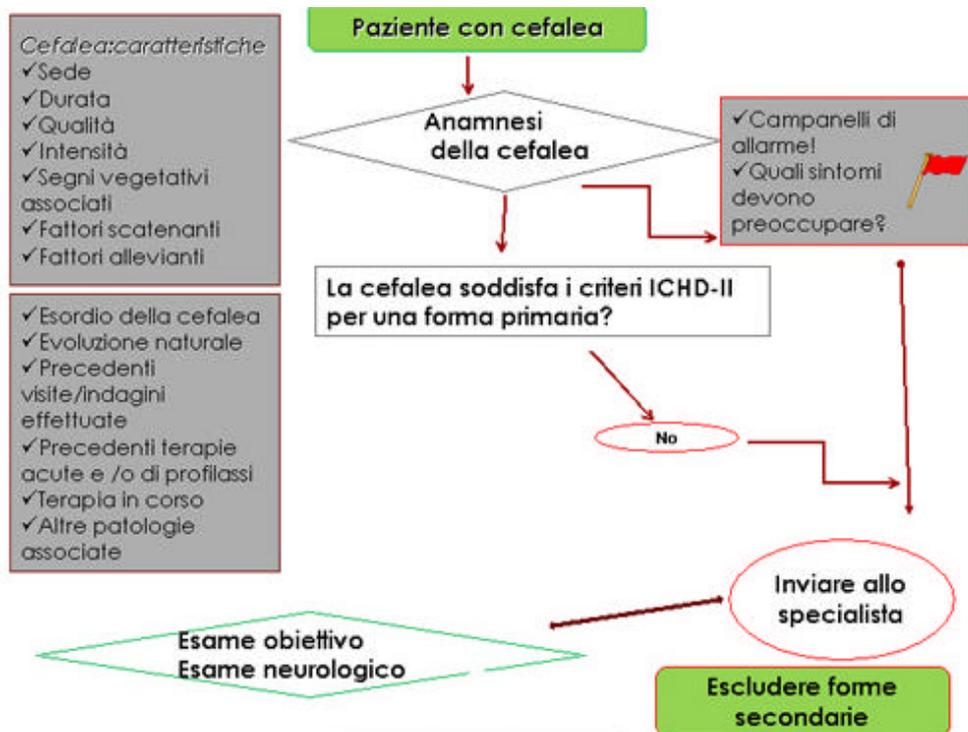
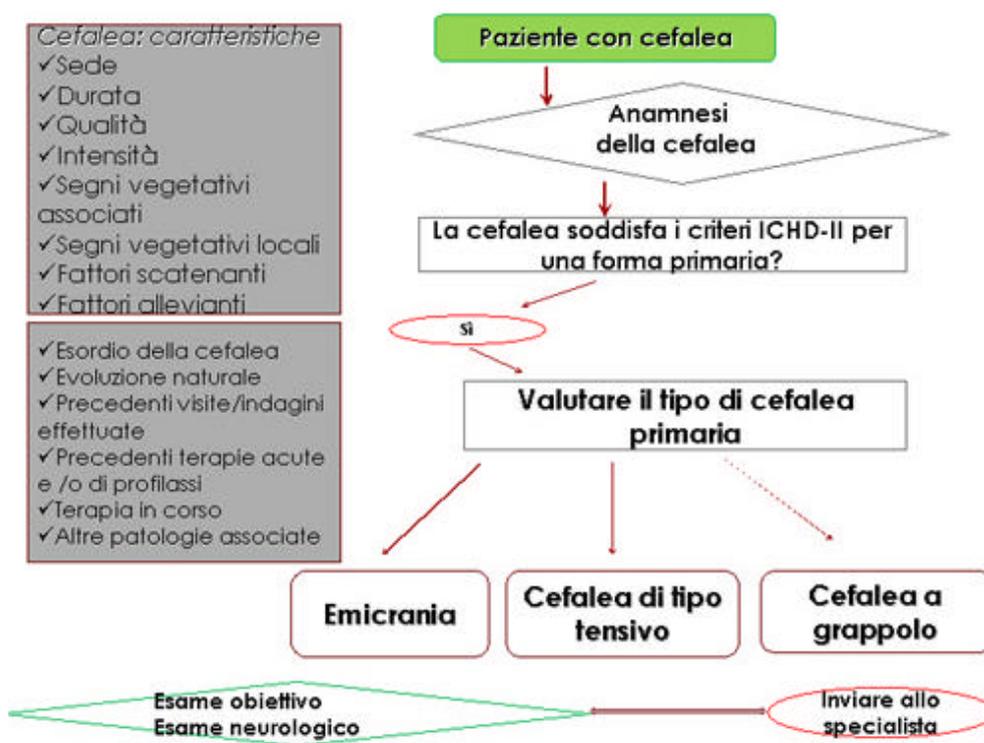
Quali sintomi devono preoccupare ... allarme cefalea!

- Una cefalea di nuova insorgenza dovrebbe sempre essere valutata con attenzione.
- Aspetti particolari, considerati dei campanelli di allarme, da non sottovalutare e che richiedono una attenta valutazione in quanto può essere indicato il ricorso ad indagini strumentali.
- Una cefalea secondaria può manifestarsi con caratteristiche cliniche simili ad una forma primaria
- E' possibile che un paziente con diagnosi di cefalea primaria possa sviluppare una cefalea secondaria

Quali sintomi devono preoccupare ... allarme cefalea!

- La prima o la peggiore cefalea della propria vita, ad insorgenza "esplosiva" o improvvisa;

- Aura senza cefalea in assenza di una storia precedente di emicrania con aura o aura emicranica che compare per la prima volta in una paziente in terapia con estroprogestinici orali;
- Esordio della cefalea durante uno sforzo fisico;
- Cefalea progressiva che peggiora nell'arco di settimane o più;
- Cefalea aggravata da posture o manovre che aumentano la pressione intracranica;
- Rigidità nucale e segni di irritazione meningea con o senza alterazione dello stato di coscienza, anche se transitorio;
- Cefalea associata a febbre e/o deficit motori o sensitivi;
- Cefalea di nuova insorgenza in paziente di età superiore ai 50 aa.



Cesare Lombroso e la nascita pavese dell'antropologia criminale

Giuseppe Nappi¹, Paolo Mazza²

¹ Cattedra di Neurologia, Università di Roma "La Sapienza" IRCCS Fondazione "Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino", Pavia

² Cattedra di Storia della Medicina, Sistema Museale di Ateneo, Università degli Studi di Pavia

Era una mattina nebbiosa e fredda del dicembre 1870. Nelle «carceri di Pavia» Cesare Lombroso era concentrato nell'osservazione del teschio di un «brigante famoso, che malgrado i suoi 70 anni» era a lungo sfuggito ai carabinieri «correndo come un capriolo pei monti». Si chiamava Giuseppe Villella, era un contadino già condannato tre volte per furto e da ultimo per incendio di un molino. Di pelle scura, aveva le sopracciglia e i capelli di colore nerogrigiastro, il naso arcuato, soffriva di reumatismi che l'avevano reso «stortilato», e lo costringevano a camminare del tutto «sghembo». Sul piano psicologico appariva «ipocrita, astuto, taciturno, ostentatore di pratiche religiose» e, anche se negava di aver commesso azioni disoneste, si rivelava «così appassionato al furto, che derubava fino i compagni del carcere». Nonostante i problemi fisici era talmente agile da riuscire a correre tra i monti «colle pecore rubate sulle spalle ... resistendo a tre robusti carabinieri che se ne poterono impadronire solo col comprimergli i testicoli».

Lombroso l'aveva visto in una delle sue continue peregrinazioni nei carceri d'Italia, alla ricerca di anomalie tipiche dei delinquenti che potessero rivelargli le leggi sottostanti al fenomeno criminale. Poi il prigioniero era morto di tisi, scorbuto e tifo e il suo cranio era infine giunto sotto lo sguardo scrutatore dello psichiatra e antropologo che all'epoca insegnava all'Università di Pavia. Finalmente Lombroso aveva l'occasione di studiarlo direttamente, osservarne la forma, ricercarne i particolari più misteriosi nella convinzione che i criminali racchiudessero segreti psicobiologici che si sarebbero potuti decifrare interpretandone le anomalie somatiche. Quando aprì quel cranio si trovò di fronte a una «anomalia unica nella storia

patologica dell'uomo», un'osservazione che gli fece vivere un momento straordinario. A un tratto gli apparve «come una larga pianura sotto un infiammato orizzonte, risolto il problema della natura del delinquente, che doveva riprodurre così ai nostri tempi i caratteri dell'uomo primitivo giù giù sino ai carnivori». Lombroso descrisse questo istante rivelatore come una folgorazione improvvisa, la percezione di una nuova verità in grado di accendere un cortocircuito nella mente, come un fuoco che alimenta se stesso. Uno di quei rari momenti creativi in cui fenomeni diversi diventano improvvisamente interpretabili sulla base di poche assunzioni primarie.

Gli studi antropologici che erano già esplosi negli anni precedenti trovavano un raccordo affascinante con le novità dell'evoluzionismo che si stavano diffondendo in Italia proprio in quegli anni. Cosa aveva infatti di singolare il cranio del brigante Villella, in grado di gettare ponti concettuali con Darwin, ponendo la natura del delinquente nella prospettiva filogenetica della lunga catena degli esseri viventi? Osservando la fossa cranica posteriore dove avrebbe dovuto trovarsi una cresta occipitale interna, lo psichiatra notò invece, con grande sorpresa, una fossetta che corrispondeva all'abnorme sviluppo della parte intermedia (detta «verme») del cervello, «come nei feti di cinque mesi». Per chi sapeva leggerla, si trattava di un'anomalia sconcertante. Perché una fossetta simile era tipica dei «rosicchianti» cioè degli animali «inferiori» come i lemuri, una famiglia di proscimmie. Consultato anche Giovanni Zoia, professore di anatomia a Pavia, Lombroso vide improvvisamente collocato sulla scala evolutiva filogenetica il fenomeno della delinquenza. I criminali altro non erano che schegge impazzite

dell'evoluzione, esseri abnormi che conservavano le caratteristiche somatiche di stadi pregressi dello sviluppo animale, anacronismi viventi, le cui mostruosità psichiche riflettevano altrettante anomalie somatiche, in un parallelismo teratologico fra mente e corpo. Lombroso denominò questo fenomeno, che pensò di aver scoperto, «atavismo», la persistenza cioè di caratteri ancestrali nell'uomo contemporaneo. Il caso Villella diventò dunque il «totem», il «feticcio» dell'antropologia criminale, la nuova scienza che viene spesso associata, anche se non esclusivamente, all'opera di Lombroso. Disciplina, dunque, che nacque in gran parte a Pavia nel fermento scientifico straordinario che seguì all'unità d'Italia. E che si trasformò ben presto in un codice di interpretazione di altri fenomeni psichici. Lombroso si convinse presto che la criminalità non era che un esempio parziale in cui il fenomeno «atavistico» poteva esprimersi. Non solo i criminali, ma anche i pazzi erano investiti, anche se in grado diverso, dallo stesso processo, in una sorta di «degenerazione» a fasi precoci dello sviluppo evolutivo. E poi vi erano i geni, le persone di grande creatività, terza categoria nosografia che secondo Lombroso era connotata da stigmati regressivi «epilettoidi», che spesso apparivano degli alienati per una sorta di «legge di compensazione» biologica. Come una volta aveva affermato Goethe: «La natura ha il suo bilancio fisso, e quand'essa spende troppo per un organo, bisogna che faccia economia sugli altri». Lo sviluppo eccessivo di una facoltà doveva essere compensato dall'atrofia in altre. Da qui, dunque, la volontà tutta lombrosiana di scovare stigmati degenerativi non solo nei criminali, ma anche nei pazzi e nei geni. Se una visita al carcere o nelle corsie del manicomio poteva soddisfare facilmente questo desiderio di conoscenza per le prime due categorie antropologiche, ben più difficile diventava confermare la teoria nella terza. Ma a sorreggerlo vi era la sua mente camaleontica, l'agilità disinvolta che aveva nel collegare fra loro i temi più lontani e strampalati, dalla letteratura, alla pittura, alla scienza, in una sorta di *ars combinatoria* guidata dalla sua picaresca energia creativa. Che lo sosteneva a intermittenza, caratterialmente bipolare com'era, fin da quando, ancora studente,

aveva scritto un saggio *Su la pazzia di Cardano*, per arrivare all'incontro con il massimo genio letterario dell'epoca, lo scrittore russo Lev Tolstoj nell'estate del 1897. Lombroso infatti, mentre si trovava in Russia al congresso internazionale di medicina, decise che valeva la pena abbandonare le sessioni in cui era riverito come un divo della neuropsichiatria e della medicina legale, per andare a Jasnaia Poljana, la residenza del grande romanziere. Quale occasione migliore di verificare *de visu* la presenza di stigmati degenerativi in Tolstoj del quale aveva già scritto, (basandosi sulle sue sembianze fotografiche) che aveva «un aspetto cretinoso e degenerato»? Un giudizio che lo scrittore probabilmente conosceva già, data l'ampia diffusione europea dei libri di Lombroso. L'incontro, dunque, non poteva avvenire se non con una grande diffidenza reciproca. Quella sera Tolstoj scrisse infatti nel suo diario: «è venuto Lombroso, vecchietto ingenuo e limitato». Un giudizio negativo che verrà reiterato in *Resurrezione*, il terzo grande romanzo dello scrittore russo. Mentre lo psichiatra, tornato in Italia, renderà la pariglia scrivendo che il romanziere costituiva un chiaro esempio di «psicosi epilettoide del genio».

PROFILO DEL LOMBROSO



Cesare Lombroso

Nasce a Verona nel 1835 in una famiglia di commercianti israeliti, si laurea in Medicina a Pavia nel 1858 con uno studio sul cretinismo in Lombardia. Diventa medico militare e dal 1863 inizia a tenere un corso di clinica delle malattie mentali e di antropologia, di-

ventando poi professore straordinario nell'Università lombarda. Fra i suoi assistenti il futuro premio Nobel Camillo Golgi. Escono i suoi studi *Genio e follia* nel 1872 e *L'uomo delinquente* nel 1876, anno in cui si trasferisce a Torino come professore ordinario di medicina legale. Continua a occuparsi di criminologia, antropologia e medicina legale firmando opere che avranno un grande successo internazionale, come *La donna delinquente*, *Gli anarchici* e *Genio e degenerazione*. Muore a Torino nel 1909 lasciando le sue spoglie mortali al Museo di psichiatria e criminologia da lui inaugurato del 1898.

Lombroso è stato e continua a essere un grande fenomeno culturale. Cosa tuttavia rimane della sua opera scientifica? Niente, se consideriamo le sue tesi particolari, tutte sostanzialmente confutate. Molto se si considera l'insieme della disciplina che a lui si fa risalire, l'antropologia criminale.

Corrispondenza
paolo.mazzarello@unipv.it

Dalla letteratura internazionale

A cura di Marta Allena

Migraine frequency and risk of cardiovascular disease in women *Kuth T, Schurks M, Logroscino G, Buring JE.*

Gran parte della letteratura indica una correlazione tra l'emicrania e lo stroke ischemico, limitata nella maggior parte degli studi a pazienti affetti da emicrania con aura. Recenti studi prospettici hanno confermato ulteriormente l'associazione tra emicrania con aura e qualsiasi evento vascolare, compreso l'infarto del miocardio. Tuttavia non sono ancora stati chiariti i meccanismi biologici che collegano l'emicrania agli eventi vascolari ischemici. Inoltre, i dati relativi alla correlazione tra la frequenza dell'emicrania e la malattia cardiovascolare sono scarsi. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'eventualità che l'associazione tra l'emicrania e la malattia cardiovascolare possa differire a seconda della frequenza dell'emicrania in un ampio gruppo di donne americane operanti nel settore medico. Sono stati raccolti prospetticamente i dati clinici ed ematochimici (lipidi e biomarker infiammatori), ma anche le abitudini di vita, di 27.798 donne, di età media ≥ 45 anni, dal 1992 al 1995, senza malattia cardiovascolare, con possibile emicrania.

Il 18.3 % del campione riferiva una storia di emicrania (in accordo con i criteri IHS del 1988), e di questi il 70% riportava un'emicrania attiva (presente nell'anno precedente), con il 75.3% a frequenza annuale, il 19.7% mensile ed il 5% settimanale. L'incidenza di malattia cardiovascolare è stata confermata dalla revisione delle cartelle cliniche.

Durante un periodo medio di follow-up di 11.9 anni, si sono verificati 706 eventi cardiovascolari maggiori. Dal confronto con donne non emicraniche, sono state individuate correlazioni J-shaped tra la frequenza dell'emicrania ed un evento cardiovascolare maggiore, rappresentato al primo posto dallo stroke ischemico. Nei modelli aggiustati per variabili multiple, gli HR per evento car-

diovascolare maggiore sono risultati 1.55, 0.65 e 1.93 per una frequenza di emicrania rispettivamente annuale, mensile e settimanale. Le donne che riferivano una storia di cefalea, ma non nell'anno precedente, presentavano un HR di 1.13. La correlazione tra la frequenza dell'emicrania ed un qualsiasi evento cardiovascolare era evidente solo nelle donne con emicrania con aura. L'associazione tra una frequenza bassa di cefalea (meno che mensile) ed eventi cardiovascolari maggiori è risultata forte e significativa (HR compresi tra 1.81 per le rivascolarizzazioni coronariche e 2.43 per l'infarto del miocardio). Nelle donne con emicrania con aura ed una frequenza molto alta (settimanale), è stato evidenziato un significativo incremento soltanto del rischio di stroke ischemico (HR 4.25), confermando i dati di studi precedenti.

Lo studio ha evidenziato che la correlazione tra emicrania e malattia cardiovascolare varia a seconda della frequenza della cefalea ma le associazioni significative sono state riscontrate solo per la forma con aura. Tuttavia, l'emicrania con aura di per sé non può essere sufficiente ad aumentare il rischio di malattia cardiovascolare, in quanto sembrano essere necessari altri fattori aggiuntivi (tra cui fattori di rischio vascolare, varianti genetiche, l'uso di contraccettivi orali ed il fumo di sigaretta). Ulteriori studi sono quindi necessari per stabilire l'associazione dell'emicrania, delle sue sottoforme e dei suoi modelli con il rischio di eventi vascolari.

Neurology 2009; 73(8): 581-8

Safety and efficacy of deep brain stimulation in refractory cluster headache: a randomized placebo-controlled double blind trial followed by a 1-year open extension *Fontaine D, Lazorthes Y, Mertens P et al*

La cefalea a grappolo, la più comune tra le cefalee trigemino-autonomiche, rappresenta una delle cefalee più invalidanti pur essendo

poco frequente (prevalenza < 1%). Circa il 10% dei pazienti soffre della forma cronica, in cui non vi sono periodi di remissione degli attacchi dolorosi per almeno un anno o se presenti non sono superiori ad un mese (ICHHD-II, 2004). Una piccola porzione di questi soggetti non risponde alle terapie farmacologiche, con conseguente disabilità ed impatto importante sulla vita. In questi pazienti sono state proposte negli anni terapie chirurgiche alternative, spesso "traumatiche", non sempre con risultati sperati. Da circa 8 anni, la stimolazione cerebrale profonda viene utilizzata nel trattamento delle cefalea a grappolo cronica resistente, con buoni risultati, in quanto ad oggi, sono stati trattati 55 pazienti, in 12 centri differenti, e, di questi, 36 hanno avuto un beneficio (follow-up da 1 a 6 anni). Persistono tuttavia ancora dubbi sulla sicurezza e sulla validità di questo trattamento.

Recentemente i colleghi francesi, hanno condotto il primo studio multicentrico (in 4 centri accademici), randomizzato, in doppio cieco, con disegno incrociato, per valutare l'efficacia e la sicurezza della stimolazione cerebrale profonda (DBS) in 11 pazienti con cefalea a grappolo cronica resistente ai trattamenti, da almeno tre anni. Il disegno dello studio prevedeva, dopo un mese di trattamento in On (con posizionamento dell'elettrodo in sede ipotalamica posteriore omolaterale al dolore), una fase di randomizzazione per comparare la stimolazione attiva vs stimolazione non attiva; 30 giorni

dopo si effettuava la rivalutazione seguita da una seconda randomizzazione per trattamento attivo o non attivo, per un altro mese. Al termine seguiva un periodo in aperto per tutti i pazienti in fase On per 10 mesi. Nello studio non sono state riscontrate variazioni degli outcome primari (frequenza settimanale degli attacchi) e secondari (intensità del dolore, numero delle assunzioni di sumatriptan, qualità della vita) durante la fase di randomizzazione. Alla fine dello studio in aperto, invece, 6 pazienti sono risultati responders, di cui tre sono completamente liberi da attacchi, mentre i rimanenti 3 hanno ottenuto una riduzione del 50% delle crisi settimanali di cefalea a grappolo. Sono stati segnalati come eventi avversi seri, un'infezione sottocutanea (completamente regredita) ed un episodio di perdita di coscienza con emiparestesia dopo il test di stimolazione (lo stesso paziente, nella fase in aperto, ha avuto episodi sincopali da ipotensione ortostatica).

I risultati dello studio sottolineano che durante la fase di randomizzazione l'efficacia del trattamento, comparata con placebo, non è stata confermata. Questi dati contrastano però con quelli della fase dello studio in aperto, in cui più del 50 % dei pazienti ha avuto un miglioramento (confermati i dati degli studi precedenti). La presenza quindi di queste discrepanze giustifica e supporta la necessità di ulteriori studi controllati per valutare la reale efficacia del trattamento.

J Headache Pain. 2010 Feb;11(1):23-31