

Intervista al prof. Pietro Cortelli, Responsabile scientifico del Centro Cefalee, IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, e Presidente del Congresso nazionale dedicato alla cefalea organizzato congiuntamente da ANIRCEF e SISC (Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee, Società Italiana per lo Studio delle Cefalee) svoltosi recentemente a Bologna



Prof. Pietro Cortelli

Prof. Cortelli, si dice che sia più corretto parlare di cefalee e non di cefalea. Quante diverse tipologie? A cosa le dovute differenze?

La cefalea è un sintomo che fa parte di diverse sindromi e diverse malattie. Partendo da questo sintomo si può giungere a delle diagnosi differenziali molto complesse che sono di pertinenza neurologica. La grande distinzione è tra cefalea primaria e cefalea secondaria. Per quest'ultima solitamente, attraverso opportuni esami strumentali, si riesce a individuare la causa. La cefalea primaria invece è rappresentata da emicrania, cefalea tensiva o cefalea a grappolo: delle tipologie nelle quali il dolore in sé è già la malattia. L'emicrania, la forma più comune, colpisce dal 9 al 18% della popolazione generale, molto più le donne degli uomini, tra la fascia d'età post puberale e pre menopausa.

Emicrania Cronica: circa 5 milioni in Italia ne soffrono, prevalentemente donne. Qual è l'incidenza in Emilia-Romagna?

L'emicrania cronica, caratterizzata da un dolore che si protrae per più di 15 giorni al mese e che si associa ad un alto consumo di analgesici, colpisce circa 1-2% della popolazione generale. In Emilia-Romagna abbiamo dati raccolti dai centri di Parma e di Bologna, assieme alla collaborazione di una ventina di medici di medicina generale, che attestano una prevalenza regionale in linea con quella nazionale: considerando una popolazione generale di circa 4 milioni e mezzo, potrebbe dunque trattarsi di 45.000-90.000 persone con emicrania cronica.

Tra le tante novità presentate e discusse al Congresso, anche l'impiego della tossina botulinica per il trattamento dell'emicrania cronica. A tre anni dalla sua approvazione in questa specifica indicazione, è ancora una soluzione poco nota ai non addetti ai lavori. Di che si tratta e quali i vantaggi?

La tossina botulinica è un'ottima terapia dell'emicrania cronica. Lo studio PREEMPT ne ha dimostrata l'efficacia rispetto al placebo e, inoltre, da più di tre anni nei nostri centri la applichiamo quotidianamente alla terapia dell'emicrania cronica. Ci siamo dunque fatti una forte esperienza sul campo che ha permesso di redigere un documento congiunto SISC e ANIRCEF che sarà origine di un importante confronto al Congresso di Bologna e che raccoglie le principali evidenze dei rispettivi centri, in questi 3 anni di esperienza. Oggi questa terapia è ancora troppo relegata ai centri di terzo livello (per i casi più complicati)

ma l'ipotesi principale, frutto della discussione e del confronto in corso tra gli esperti, è che se l'impiego della tossina botulinica diventasse un presidio terapeutico in una fase più precoce sarebbe più probabile ipotizzarne un effetto sia più efficace sia più duraturo.

Per gli esperti, invece, è già una pratica clinica consolidata. Al Congresso sarà fatto un punto sullo stato dell'arte dell'impiego di questo trattamento, a partire dal coinvolgimento dei principali centri italiani in uno studio. Ci spiega di che si tratta e quali i dati/le evidenze più rilevanti?

Lo studio ha previsto l'invio di un questionario a circa 100 centri sul territorio italiano, di cui oltre il 70% ha dato risposta. L'idea, al momento, è che molti esperti convengono sul fatto che la terapia con tossina botulinica possa essere impiegata sempre di più come una terapia d'elezione e non solo come terapia di seconda linea, in casi resistenti ad altre terapie farmacologiche, ma anche in casi più precoci.

L'Emilia-Romagna rappresenta un'eccellenza sul territorio italiano per numero ed expertise dei centri coinvolti. Cosa contraddistingue il lavoro dei centri di Bologna, Modena, Parma e Ravenna?

Il motivo principale è che questi centri sono uniti in una rete regolata da un PDTA (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) regionale, con un lavoro di squadra e ottimi rapporti interpersonali. Queste condizioni ci permettono di dare la migliore risposta terapeutica possibile a pazienti che si trovano ad avere una qualità di vita estremamente ridotta. Ci sono comunque margini di miglioramento e stiamo infatti cercando di interagire tra di noi nella maniera migliore possibile per organizzare il lavoro di chi si occupa di cefalee in modo che venga distribuito in modo più omogeneo ed equilibrato il numero di pazienti trattati sul territorio (un rapporto dunque dialettico tra territorio e centro specializzato e viceversa), per facilitarne la gestione e diminuire le liste d'attesa.

fonte: ufficio stampa