Terapia dell'emicrania - Parte seconda

Data 03 agosto 2025
Categoria neurologia

In questa seconda pillola riassumeremo le linee guida dell'American College of Physicians (ACP) sulla prevenzione degli attacchi emicranici

L'American College of Physicians ha pubblicato le linee guida sulla prevenzione e sulla terapia dell'attacco emicranico. In questa seconda parte riassumeremo brevemente le raccomandazioni sulla prevenzione (valide per gli adulti non in gravidanza).

Prima di iniziare una terapia farmacologica preventiva, è consigliabile identificare e modificare eventuali fattori scatenanti e promuovere interventi sullo stile di vita, come una corretta idratazione, sonno regolare e attività fisica.

La terapia preventiva (profilassi) in linea generale va attuata nei pazienti con più di 4 attacchi di emicrania al mese o più di 8 giorni con emicrania in un mese, nei casi di crisi gravi che non rispondono bene al trattamento sintomatico, quando vengono usati farmaci antiemicranici per più di 10-15 giorni al mese (rischio di cefalea da farmaci), nei pazienti in cui i farmaci per la fase acuta siano controindicati o non tollerati e, infine, nel paziente che desideri un trattamento profilattico.

Le linee guida suggeriscono di iniziare con una monoterapia utilizzando uno dei seguenti farmaci:
Beta-bloccanti (metoprololo o propanololo), Antiepilettici (valproato), Antidepressivi (per esempio un SNRI come la venlafaxina o un triciclico come l'amitriptilina).

Per i pazienti che non tollerano o non rispondono adeguatamente ai trattamenti di prima linea, si raccomanda l'uso di:
1) Antagonisti del peptide correlato al gene della calcitonina (CGRP): atogepant o rimegepant;
2) Anticorpi monoclonali anti-CGRP: eptinezumab, erenumab, fremanezumab o galcanezumab

Se le terapie precedenti risultano inefficaci o non tollerate, si suggerisce l'uso del topiramato come monoterapia .

Gli autori delle linee guida ammettono che le loro raccomandazioni hanno una forza condizionale e si basano su evidenze di bassa certezza, riflettendo la necessità di ulteriori studi comparativi diretti. È fondamentale discutere con il paziente i benefici, i rischi, le preferenze personali, le comorbidità e la disponibilità dei farmaci.

Che dire? Queste linee guida offrono un approccio strutturato e flessibile che tiene conto delle esigenze individuali dei pazienti. L'inclusione di nuove terapie come gli antagonisti e gli anticorpi monoclonali anti-CGRP riflette l'evoluzione delle opzioni terapeutiche disponibili. Però non va dimenticato che la bassa certezza delle evidenze disponibili richiama la necessità di ulteriori ricerche per definire con maggiore precisione l'efficacia comparativa dei diversi trattamenti. Di particolare importanza il consiglio di personalizzare il trattamento basandosi non solo sull'efficacia, sulla tollerabilità e sulle controindicazione ma anche sulle preferenze del paziente, esigenza che si fa sempre più rilevante in un contesto clinico orientato alla medicina centrata sulla persona.

RenatoRossi

Bibliografia

Qaseem A, Cooney TG, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Wilt TJ, Harrod CS, Tice JA, Crandall CJ; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians; Hicks LA, Cross JT Jr, Fitterman N, Lewis J, Linsky AM, Maroto M, Miller MC, Obley AJ, Owens DK, Shekelle PG, Shamliyan T, Yost J. Prevention of Episodic Migraine Headache Using Pharmacologic Treatments in Outpatient Settings: A Clinical Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2025 Mar;178(3):426-433. doi: 10.7326/ANNALS-24-01052. Epub 2025 Feb 4. PMID: 39899861.