

**Il punto di vista del paziente: Le migliori
pratiche per il processo decisionale
condiviso nella prevenzione e nel
trattamento dell'emicrania**

Esclusione di responsabilità

- *I prodotti non approvati o gli utilizzi non approvati dei prodotti approvati possono essere discussi dai docenti; queste situazioni possono riflettere lo stato di approvazione in una o più giurisdizioni*
- *La facoltà che si occupa della presentazione è stata informata da touchIME affinché indichi eventuali riferimenti a utilizzi non etichettati o non approvati*
- *touchIME non supporta in alcun modo prodotti non approvati o utilizzi non approvati né sottintende il proprio supporto ad essi qualora vi siano riferimenti a tali prodotti o utilizzi nelle attività di touchIME*
- *touchIME non si assume alcuna responsabilità per errori od omissioni*

Discussione tra:



Patricia Pozo-Rosich, MD, PhD
Ospedale Universitario Vall d'Hebron,
Barcellona, Spagna



Audrey Craven
Migraine Association of Ireland
Dublino, Irlanda

Comprendere la disabilità correlata all'emicrania

Patricia Pozo-Rosich, MD, PhD

Ospedale universitario Vall d'Hebron
Barcellona, Spagna



Il peso della emicrania

Prevalenza globale¹



Diagnosi



Ritardo medio:^{2,3}
8–12 anni

% di pazienti che ha ricevuto una diagnosi corretta di emicrania:⁴



Da parte di medici generici: 28%



Da parte di specialisti*: 35%

Trattamento



*Il 51% era rappresentato da neurologi e/o specialisti di cefalea; †Ampio intervallo percentuale per trattamento acuto e preventivo per via del diverso utilizzo dei farmaci nei paesi e delle differenze nelle popolazioni e nei progetti dello studio.

1. Stovner et al. *J Headache Pain*. 2022;23:34; 2. Al-Hashel JY, et al. *J Headache Pain*. 2013;14:97; 3. Puvvadi P, et al. *Neurology*. 2018;90(Suppl. 15):P3.135; 4. Viana M, et al. *Eur J Neurol*. 2020;27:536–41; 5. Katsarava Z, et al. *J Headache Pain*. 2018;19:10; 6. Ertas M, et al. *J Headache Pain*. 2012;13:147–57; 7. Koch M, et al. *J Headache Pain*. 2021;22:106.

Sviluppo di obiettivi terapeutici incentrati sul paziente

Patricia Pozo-Rosich, MD, PhD

Ospedale universitario Vall d'Hebron
Barcellona, Spagna



Esiti degli studi clinici e endpoint utilizzati

Trattamento acuto dell'emicrania¹

Correlato al dolore:

- Sollievo dal dolore
- Assenza di dolore
- Uso di farmaci di soccorso
- Cefalea recidiva
- Dolore generale
- Sollievo significativo

Sintomi associati:

- Nausea, vomito, fotofobia, fonofobia, ecc.
- Sintomi più fastidiosi
- Disabilità/Compromissione

PROM:

- PROM non correlati alla cefalea*
- PROM correlati alla cefalea[†]



Trattamento preventivo dell'emicrania²

Focalizzato sull'emicrania:

- Attacchi
- Giorni con cefalea/emicrania
- Intensità/gravità del dolore
- Durata, ad es. durata media dell'attacco
- Ore, ad es. numero totale di ore di cefalea per periodo di 4 settimane
- Uso di farmaci acuti o di soccorso (giorni/numero di dosi)

PROM:

- PROM non correlati alla cefalea, ad es. PGIC, SF-36, BDI, soddisfazione del trattamento, efficacia del trattamento
- PROM correlati alla cefalea, ad es. MIDAS, MSQ, HIT-6, disabilità/compromissione

*Ad esempio, soddisfazione del trattamento, efficacia del trattamento, e preferenza di trattamento; †Ad esempio, il 24-hour Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire e il Patient Perception of Migraine Questionnaire-Revised.

BDI, Beck Depression Inventory; HIT-6, 6-item Headache Impact Test short form; MIDAS, Migraine Disability Assessment Test; MSQ, Migraine-specific Quality of Life; PGIC, Patient Global Impression of Change; PROM, patient-reported outcome measure; SF-36, Short Form 36 Health Survey Questionnaire.

1. Houts CR, et al. *Headache*. 2021;61:263–75; 2. McGinley JS, et al. *Headache*. 2021;61:253–62.

Consulenza pratica per lo sviluppo di un approccio decisionale condiviso

Patricia Pozo-Rosich, MD, PhD

Ospedale universitario Vall d'Hebron
Barcellona, Spagna



Emicrania episodica: Trattamenti acuti



+ **Aggiunta:** dispositivi neuromodulatori, terapia biocomportamentale e agopuntura; per nausea e/o vomito durante gli attacchi, antiemetici procinetici, ad es. domperidone e metoclopramide¹

! **Evitare:** alcaloidi dell'ergot orali, oppioidi e barbiturici^{1,2}

*I dati più attendibili supportano l'acido acetilsalicilico, l'ibuprofene e il diclofenac potassico;† Il paracetamolo è meno efficace e dovrebbe essere utilizzato solo per i pazienti intolleranti ai FANS; ‡Se un triptano è inefficace, un dosaggio maggiore potrebbe comunque offrire sollievo. La combinazione di triptani con FANS ad azione rapida può essere presa in considerazione per evitare recidive ricorrenti.

FANS, farmaco anti-infiammatorio non steroideo.

1. Eigenbrodt AK, et al. *Nat Rev Neurol.* 2021;17:501–14; 2. Steiner TJ, et al. *J Headache Pain.* 2019;20:57.

Eemicrania episodica: Trattamenti preventivi

1^a linea

- **Beta bloccanti** senza attività simpatomimetica intrinseca^{1,2}
- **Topiramato**^{1,2}
- **Candesartan**^{1,2}
- **CGRP mAbs** ad es. eptinezumab, erenumab, fremanezumab, galcanezumab^{3*}



Insuccesso delle terapie di prima linea¹

2^a linea

- **Flunarizina**^{1,2}
- **Amitriptilina**^{1,2}
- **Sodio valproato**^{1,2†}

+ **Aggiunta:** dispositivi neuromodulatori, terapia biocomportamentale e agopuntura¹

*Nei pazienti con risposta inadeguata a un anticorpo monoclonale mirato al pathway del CGRP, non vi sono dati sufficienti sui potenziali benefici dello switch anticorpale, ma lo switching potrebbe essere un'opzione; †Controindicato nelle donne in età fertile.

CGRP, peptide correlato al gene della calcitonina; mAb, anticorpo monoclonale; FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei.

1. Eigenbrodt AK, et al. *Nat Rev Neurol.* 2021;17:501–14; 2. Steiner TJ, et al. *J Headache Pain.* 2019;20:57; 3. Sacco S, et al. *J Headache Pain.* 2022;23:67.

Coinvolgimento del paziente nella gestione dell'emicrania

Decisioni del paziente sul trattamento



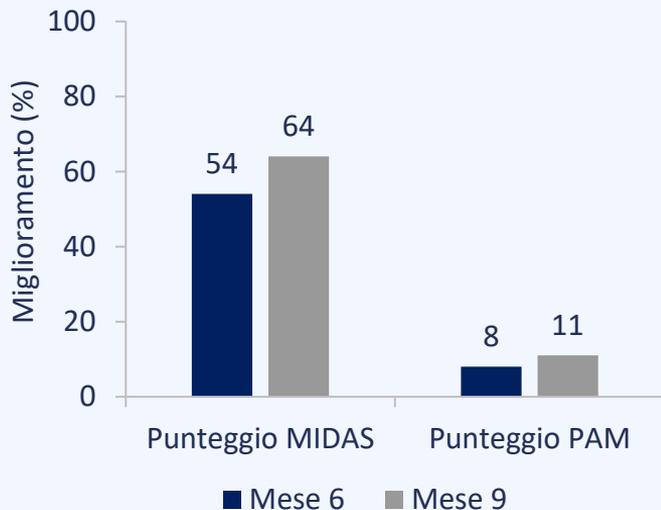
Preferisce un approccio condiviso al processo decisionale^{1*}



Riferisce che l'OS è l'unico responsabile delle decisioni^{1*}

Educazione del paziente

Impatto del telecoaching e dell'educazione individualizzati²



Coinvolgimento attivo del paziente[†]

L'aumento del livello di coinvolgimento attivo del paziente è stato associato a:³



Miglioramento della qualità della vita



Riduzione dell'assenteismo

*Per quanto riguarda il processo decisionale medico per la prescrizione di triptani; †I pazienti coinvolti attivamente hanno la motivazione, le conoscenze, le competenze e la sicurezza necessarie per prendere decisioni efficaci al fine di gestire la propria salute.

MIDAS, Migraine Disability Assessment; OS, operatore sanitario; PAM, Patient Activation Measure.

1. Matthew PG, et al. *Headache*. 2014;54:698-708; 2. Schaetz L, et al. *Headache*. 2020;60:1947-60; 3. Benhaddi H, et al. *Value in Health*. 2020;23(Suppl. 1):S276.