



Scuola di Medicina Omeopatica di Verona

Vicolo Dietro Santi Apostoli, 2 – 37121 Verona tel 0458030926 – fax 0458026695 cell. 329 4744580 email info@omeopatia.org
www.omeopatia.org

Tesi

**“ Cefalea e ciclo mestruale:
quale Rimedio? ”**

dott.ssa Silvia Prando

Relatore

dott.ssa Mariella Cordella

Anno Accademico 2011-2012

RIASSUNTO

L'emicrania mestruale è una cefalea con le stesse caratteristiche dell'emicrania senza aura che può insorgere da due giorni prima a tre giorni dopo l'inizio della mestruazione in almeno due o tre cicli. Gli attacchi solitamente presentano una maggior resistenza al trattamento farmacologico, una maggior durata e comportano una maggior disabilità rispetto agli attacchi di emicrania che si verificano in altri momenti del ciclo mestruale. In caso di emicrania mestruale, o comunque correlata al ciclo mestruale, come emerge dal Repertorio, si possono considerare alcuni Rimedi Omeopatici: *Kreosotum*, *Pulsatilla*, *Cyclamen*, *Belladonna*, *Glonoinum*, *Graphites*, *Lycopodium*, *Natrum Muriaticum* e *Sepia*.

PAROLE CHIAVE

- Cefalea
- Emicrania
- Ciclo mestruale
- Rimedio Omeopatico

INTRODUZIONE

Per cefalea si intende un dolore localizzato al capo. Si tratta di un disturbo molto frequente: il 90% delle persone ha almeno un episodio di cefalea in un anno e il 40% della popolazione mondiale presenta almeno una volta all'anno un episodio di cefalea grave e debilitante¹. Per quanto riguarda invece la cefalea non occasionale, cioè episodi di dolore cefalico che si manifestano con frequenza relativamente elevata, studi epidemiologici condotti in Europa ne evidenziano una prevalenza annuale attorno al 50% della popolazione.

La cefalea incide quindi in modo importante sulla vita di chi ne soffre, sia in termini di gravità dei singoli episodi che in termini di frequenza degli stessi, interferendo più o meno pesantemente con le attività della vita quotidiana.

Nella maggior parte dei casi la cefalea è un disturbo primitivo, che non sottende alcuna causa organica o funzionale dannosa o potenzialmente tale, ma esistono anche cefalee secondarie, dovute invece a una causa specifica². Tra queste ultime si trovano nella Classificazione della Società Internazionale per le Cefalee (IHS):

- La cefalea associata a trauma cranico
- La cefalea associata a malattie vascolari (tra queste la cefalea da ipertensione arteriosa, da ESA, da ematoma intracranico, da MAV, da arteriti, da trombosi venosa, da malattia cerebrovascolare ischemica acuta, da patologia dell'arteria carotide o vertebrale)
- La cefalea associata a malattie intracraniche di natura non vascolare (pressione liquorale elevata o ridotta, infezioni, neoplasie)
- La cefalea associata all'assunzione o alla privazione di sostanze (nitrati, nitriti, glutammato monosodico, monossido di carbonio, alcol, ergotaminici, abuso di analgesici, caffeina)
- La cefalea associata a processi infettivi non cefalici
- La cefalea associata a disturbi metabolici (ipossia, ipercapnia, ipoglicemia, dialisi)
- La cefalea associata a malattie di cranio, occhio, collo, orecchie, naso, seni, denti, bocca (glaucoma acuto, sinusite acuta...)
- Nevralgie craniche.

Tra le cefalee primitive figurano l'emicrania, la cefalea muscolo-tensiva e la cefalea a grappolo oltre a altre cefalee non associate a lesioni strutturali come la cefalea da compressione, da freddo, da tosse, da sforzo o associata ad attività sessuale.

Cefalea muscolo-tensiva

La cefalea muscolo-tensiva è di gran lunga la più comune, tanto che assume caratteristiche di malattia solo nel momento in cui si presenta con elevata frequenza interferendo quindi con la normale vita di relazione. Da un punto di vista epidemiologico la prevalenza nella popolazione generale sembra essere di circa l'11%, con una certa preferenza per il sesso femminile. Le principali

situazioni favorevoli di questo tipo di cefalea sono il mantenimento prolungato di una postura scorretta e le situazioni stressanti, la tensione emotiva, l'ansia, che causano tensione della muscolatura cranica e pericranica. Colpisce per lo più la fascia d'età tra i 35 e i 50 anni, con dolore lieve/moderato, gravativo o costrittivo, mai pulsante, a livello nucale o frontale, solitamente bilaterale. A differenza dell'emigrania la cefalea tensiva non migliora durante la gravidanza e non sembra sia negativamente influenzata dal ciclo mestruale.

Cefalea a grappolo

La cefalea a grappolo viene abitualmente considerata come la più dolorosa delle cefalee e comporta un numero elevato di attacchi dolorosi di durata relativamente breve che, per lo meno nella forma episodica, la più frequente, si raggruppano in un periodo di tempo limitato, mediamente 1-2 mesi circa. L'insieme degli attacchi che si verificano nel periodo viene appunto definito "grappolo" o "cluster".

La prevalenza media nella popolazione generale è di circa 0.5-1 caso per 1000 abitanti. Il sesso maschile ne è nettamente più colpito con un rapporto di circa 6:1 nei confronti di quello femminile, seppur negli ultimi anni si sia notato un progressivo aumento della frequenza della cefalea a grappolo in quest'ultimo.

Nel maschio insorge per lo più in età adulta-giovanile con un picco di incidenza attorno ai 30 anni; nelle donne si osservano invece due picchi di esordio della malattia, che corrispondono alla seconda e alla sesta decade di vita.

In passato la cefalea a grappolo non è stata considerata una condizione ereditaria, ma da studi più recenti è emerso un rischio di insorgenza della malattia 14 volte maggiore nei parenti di primo grado dei soggetti affetti e una concordanza del 100% nelle coppie di gemelli omozigoti studiate.

La precisa eziopatogenesi di questa forma di cefalea rimane ancora non del tutto chiarita e non esiste un modello unitario che giustifichi tutti gli elementi della sua presentazione clinica. I principali aspetti che si stanno considerando per una possibile interpretazione patogenetica sono: la distribuzione strettamente unilaterale e la prevalente localizzazione nel territorio della prima branca trigeminale del dolore, i fenomeni neurovegetativi associati alla sintomatologia algica e la regolare e periodica presentazione nel tempo degli attacchi e dei periodi attivi.

Da un punto di vista clinico, la forma più comune di cefalea a grappolo è la forma episodica (90% dei casi) che si presenta con un numero di attacchi compreso tra 1 ogni 2 giorni e 8 al giorno (più frequentemente 1-3 attacchi al giorno) per un periodo di tempo definito (per lo più 1-2 mesi), seguito da remissioni in genere di lunga durata (mesi o anni). La frequenza dei "grappoli" è molto variabile: inizialmente 1-2 all'anno, spesso con cadenza stagionale; in seguito la periodicità tende a divenire meno definita. Un eventuale accorciamento progressivo dei periodi di remissione potrebbe indicare una trasformazione verso la forma cronica

di cefalea a grappolo (5% dei casi), in cui non esistono più periodi di remissione. Nel 5% dei casi questa forma si manifesta dall' inizio.

Il singolo attacco è di breve durata, in media circa 30 minuti, e talora si presenta ad orari fissi, più spesso nelle ore notturne e nel primo pomeriggio. Il dolore viene descritto come estremamente intenso, con localizzazione unilaterale: inizia per lo più in sede retro-oculare, è rapidamente ingravescente con diffusione attorno all'orbita fino alle regioni mascellare o temporale e talvolta raggiungendo l' arcata dentaria superiore. Il dolore raggiunge l' acme molto rapidamente, termina in maniera piuttosto brusca e si accompagna a fenomeni vegetativi omolaterali alla sua localizzazione: miosi, restringimento della rima palpebrale, vasodilatazione congiuntivale e cutanea, lacrimazione, ostruzione della narice per edema della mucosa e talora rinorrea. In alcuni casi possono essere presenti anche manifestazioni autonome sistemiche (bradicardia, ipertensione, aumento dell' iniezione acida gastrica) o altri sintomi di accompagnamento come nausea, fono e fotofobia.

Nella donna gli attacchi di cefalea a grappolo sono lievemente diversi: in media più brevi, con sintomi autonomici locali meno frequenti e più frequentemente accompagnati da nausea, vomito e fono/fotofobia.

Durante il "grappolo" il dolore può essere inoltre scatenato dall' assunzione, anche modesta, di bevande alcoliche o di vasodilatatori come la nitroglicerina e l'istamina.

Emicrania

L' emicrania, tipo di cefalea meno frequente, ma con impatto socio-economico estremamente rilevante, ha una prevalenza del 12-25% tra le donne e del 4-8% tra gli uomini. Si può definire come una condizione diagnosticata in base alla ricorrenza di episodi di disfunzione neurologica per lo più associati a cefalea di intensità moderata o severa, che può avere una durata variabile da alcune ore a più giorni. Si tratta di una sindrome cefalalgica benigna e ricorrente accompagnata da nausea, vomito e/o altri sintomi neurologici in varie combinazioni. Evidente è la comorbilità tra emicrania, epilessia, disturbi depressivi e d' ansia. In genere l' età d' esordio è l' età giovanile /adulta: un terzo dei casi si manifesta nella prima decade di vita, frequentemente insorge nella seconda e nella terza decade, raramente inizia a manifestarsi dopo i 50 anni. Si è notata una tendenza alla remissione in occasione di gravi malattie organiche, di interventi chirurgici e in corso di gravidanza; si presenta inoltre un miglioramento attorno ai 50 anni, che coincide nel sesso femminile con la menopausa.

Sono stati identificati sette sottotipi di emicrania, tra cui le più frequenti sono l'emicrania senz' aura e l' emicrania con aura.

Nell' *emicrania senz'aura* gli attacchi sono caratterizzati dalla localizzazione unilaterale del dolore, da dolore pulsante di intensità moderata o grave, dall' associazione con nausea, vomito, fono e fotofobia e dall' aggravamento con

l' abituale attività fisica. L' attacco è composto da tre fasi: la fase prodromica (da non confondere con l' aura propria dell' altro sottotipo di emicrania), la fase cefalalgica e la fase risolutiva. I prodromi compaiono con anticipo di ore o giorni, sotto forma di alterazioni del tono dell' umore, dell' appetito, del ritmo del sonno e della cenestesi in generale; talvolta possono anche essere assenti. Nella seconda fase si manifesta la cefalea, spesso nelle prime ore del mattino, con andamento ingravescente per 1-2 ore fino ad arrivare all' acme del dolore che rimane tale per la restante durata dell' attacco, generalmente una giornata, ma talvolta anche 48-72 ore. Nella fase risolutiva la cefalea decresce lentamente, anche se in alcuni soggetti il riposo a letto, il sonno o un episodio di vomito possono far terminare rapidamente l' attacco. Oltre alla nausea e al vomito si possono manifestare altri disturbi vegetativi come ipotensione arteriosa, pallore cutaneo, sudorazione e talora diarrea. Gli attacchi emicranici possono prediligere alcune ore della giornata, alcuni giorni della settimana (week-end) o del mese. In quest' ultimo caso si nota come nel sesso femminile sia abbastanza frequente la concomitanza di emicrania e ciclo mestruale (emicrania catameniale).

L' emicrania con aura è caratterizzata dalla presenza di una disfunzione focale emisferica e/o tronco encefalica completamente reversibile che solitamente precede l' insorgenza del dolore e si manifesta clinicamente con il fenomeno dell' aura. Questa dura tipicamente circa 10-30 minuti per ciascun tipo di sintomi, può essere costituita da un solo tipo di sintomi (per lo più visivi) oppure da un'evoluzione di sintomi dapprima visivi, poi sensitivi e, se coinvolto il lato dominante, anche da disturbi del linguaggio: tale progressione corrisponde topograficamente ad un' ipofunzione di aree corticali contigue, per cui si può dire che l' aura presenta una "marcia" che si sviluppa in senso postero-anteriore. I sintomi visivi interessano parti omonime dei campi visivi; all' inizio si presenta solitamente un piccolo scotoma scintillante, che si ingrandisce prendendo la forma delle mura a zig-zag di una fortificazione medievale assumendo talora colorazioni varie chiamate "spettri di fortificazione" o "teicopsie". Dopo qualche minuto lo scotoma scintillante scompare e subentra un deficit visivo di dimensioni inizialmente limitate che può poi estendersi fino a diventare un' emianopsia laterale omonima. Nei casi in cui la marcia dell' aura progredisce, dopo la risoluzione dei sintomi visivi si manifestano disturbi sensitivi, solitamente parestesie che rispettano la rappresentazione corticale sensitivo-motoria, coinvolgendo l' arto superiore, soprattutto la mano, eventualmente il viso e molto raramente raggiungendo il tronco o l' arto inferiore. Successivamente vengono interessate le aree motorie, per cui si possono manifestare ipostenia, per lo più dell' arto superiore, e, se il lato interessato è quello dominante, afasia. La cefalea che segue l' aura è solitamente meno intensa e di minore durata di quella dell' emicrania senz' aura e nella maggior parte dei casi il dolore si sviluppa dallo stesso lato dell' emisfero cerebrale interessato dall' aura, per cui il soggetto avverte i disturbi neurologici da un lato e il dolore dal lato opposto.

Riguardo la fisiopatologia dell' emicrania con e senza aura, molto importanti sono i fattori genetici, considerando che la percentuale di emicranici con familiari affetti oscilla tra il 50 e il 90%.

Esistono inoltre alcuni fattori che, agendo su individui predisposti, scatenano l'attacco emicranico. Tra questi sono stati riconosciuti l'alcol (es. vino rosso), alcuni alimenti (es. cioccolato, alcuni tipi di formaggio, glutammato, alimenti contenenti nitrati), la fame, un sonno irregolare (sia in difetto che in eccesso), alcuni odori, l'esercizio fisico prolungato, cambiamenti acuti dei livelli di stress, le mestruazioni e la luce abbagliante.

Tuttavia, pur trattandosi di un disturbo molto frequente, la fisiopatologia dell'emicrania rimane tuttora dibattuta e al riguardo sono state formulate svariate ipotesi: la prima fu l' "ipotesi vascolare" che vede l'emicrania come un disordine vasomotorio che origina dalla vasocostrizione a livello cranico; dopo tale precoce stadio vaso costrittivo i vasi meningei si dilatano attivando le terminazioni trigeminali che li circondano e causando così dolore.

In seguito venne formulata l'ipotesi neurovascolare secondo cui la vasodilatazione responsabile del dolore cefalico è secondaria a fenomeni nervosi. Un alterato funzionamento degli apparati deputati alla gestione degli stimoli esogeni ed endogeni e delle fluttuazioni dell'ambiente esterno e interno costituirebbe il terreno su cui andrebbero ad agire i fattori scatenanti dell'attacco. Si ritiene infatti che alla base dell'emicrania stia un normale meccanismo fisiopatologico che nei pazienti emicranici viene attivato più spesso e più intensamente rispetto ai soggetti "sani": i primi si dimostrano particolarmente suscettibili allo sviluppo di cefalea in seguito all'intervento di fattori "trigger", che non esercitano tuttavia lo stesso effetto sui secondi. Si suppone quindi l'esistenza di una soglia, superata la quale avrebbe inizio il processo da cui scaturisce l'attacco emicranico: tale soglia nei soggetti che soffrono di emicrania sarebbe più bassa rispetto agli individui in cui questo disturbo non si manifesta.

Si ipotizza che i fattori scatenanti l'attacco siano in grado di indurre una vasodilatazione delle arterie intracraniche extracerebrali in seguito alla quale le fibre nervose nocicettive addossate alle pareti vascolari verrebbero stirate e quindi attivate. In questo modo da una parte viene trasmesso l'impulso doloroso lungo le afferenze trigeminali e dall'altra vengono rilasciati neuropeptidi dalle stesse terminazioni nervose. Tali neuropeptidi vanno ad interagire con le pareti dei vasi sanguigni determinando un'ulteriore vasodilatazione, lo stravasamento di proteine plasmatiche e la degranolazione e attivazione dei mastociti. Tale fenomeno, che prende il nome di infiammazione neurogena, determina l'abbassamento della soglia del dolore in corrispondenza della regione da cui esso origina e spiega allo stesso tempo l'intensità del dolore emicranico.

Un'altra struttura coinvolta nell'attacco emicranico è il tronco encefalico, sebbene ne sia controverso il ruolo come generatore o modulatore.

Il dolore pulsante che caratterizza l'attacco emicranico si può ricondurre alla sensibilizzazione periferica a stimoli chimici o meccanici dei neuroni trigeminali, meccanismo che spiegherebbe anche l'aumento di tale dolore in seguito a normali attività fisiologiche che causano un innalzamento della pressione intracranica. L'allodinia cutanea che talvolta si manifesta nell'emicrania è invece causata dalla sensibilizzazione centrale dei neuroni di secondo ordine del nucleo trigeminale caudale.

Esistono molteplici evidenze riguardo l' influenza esercitata dagli estrogeni sull'emicrania.

Innanzitutto si è osservato che le variazioni dell' ambiente ormonale che si verificano in corrispondenza del menarca, della gravidanza, dell' allattamento e della menopausa sono frequentemente associate a modificazioni nel pattern e nella frequenza dell' emicrania. Inoltre, come già accennato, l' esistenza di una forte correlazione tra il ciclo mestruale e la frequenza di attacchi cefalalgici suggerisce l' intervento degli ormoni ovarici nella patogenesi dell' emicrania³: prima della pubertà infatti non si nota una sostanziale differenza nella prevalenza di questo disturbo tra i due sessi, ma dopo il menarca essa risulta nettamente maggiore nel sesso femminile (con un rapporto maschio/femmina di circa 1:3) e rimane tale per la maggior parte del periodo fertile.

Le variazioni degli ormoni ovarici proprie del ciclo mestruale possono rappresentare il fattore trigger di attacchi emicranici.

Il ciclo mestruale è composto da una fase follicolare o proliferativa e da una fase luteinica o secretiva. La prima fase inizia con la comparsa del flusso mestruale per terminare il giorno precedente l' ovulazione, in corrispondenza della quale ha inizio la seconda fase, che copre il periodo rimanente prima della successiva mestruazione. Ognuna delle due fasi può essere ulteriormente suddivisa in un periodo precoce, un periodo intermedio e un periodo tardivo, durante i quali si assiste a notevoli variazioni nei livelli plasmatici di estrogeni e progesterone. Nella fase follicolare precoce fino alla fase follicolare intermedia si riscontra una bassa concentrazione di estrogeni, che successivamente aumenta fino a raggiungere un picco in corrispondenza delle fasi follicolare tardiva e luteinica precoce; gli estrogeni plasmatici si stabilizzano quindi ad un livello lievemente inferiore durante la fase luteinica intermedia per poi precipitare di nuovo a basse concentrazioni appena prima dell' inizio del flusso mestruale. I livelli sierici di progesterone sono estremamente bassi durante la fase follicolare, raggiungono un picco durante la fase luteinica intermedia ed infine, durante la fase luteinica tardiva, precipitano di nuovo a basse concentrazioni⁴.

Tutto ciò è il risultato di un complesso evento neuroendocrinologico che coinvolge l' asse ipotalamo-ipofisi-ovaio.

Nel 60% delle donne che soffrono di emicrania, la comparsa del flusso mestruale è associata con l' insorgenza di attacchi emicranici⁵ e l' IHS (International Headache Society) ha definito l' emicrania mestruale come una cefalea avente le stesse caratteristiche dell' emicrania senz' aura che si verifica in un arco di tempo che va da due giorni prima a tre giorni dopo l' inizio della mestruazione in almeno due o tre cicli. Viene inoltre fatta una distinzione tra emicrania mestruale pura e emicrania correlata al ciclo mestruale: nel primo caso gli attacchi insorgono solo durante il periodo perimestruale, mentre nel secondo anche in altri momenti del ciclo⁶.

La prevalenza dell' emicrania mestruale nella popolazione generale è di circa il 3%, ma, se si considera la popolazione costituita da pazienti emicranici, risulta

compresa tra il 35% e il 51% per l'emicrania correlata al ciclo mestruale e tra il 7% e il 19% per l'emicrania mestruale pura⁴.

Gli attacchi di emicrania mestruale, come sopra riportato, non sono generalmente associati con aura, solitamente presentano una maggior resistenza al trattamento, una maggior durata e comportano una maggior disabilità rispetto agli attacchi di emicrania che si verificano in altri momenti del ciclo mestruale⁶.

Dal punto di vista etiopatogenetico questo sottotipo di emicrania sembra essere il risultato di una risposta anomala del Sistema Nervoso Centrale alle normali fluttuazioni degli ormoni ovarici⁴. In particolare l'ipotesi etiopatogenetica più accreditata sembra essere la cosiddetta "caduta degli estrogeni" che precede l'insorgenza della mestruazione; riguardo tale ipotesi, riveste una certa importanza nello scatenamento dell'emicrania mestruale, oltre alla diminuzione della concentrazione plasmatica degli estrogeni, anche la durata dell'esposizione a questi stessi ormoni prima della diminuzione dei loro livelli plasmatici. Infatti anche subito prima dell'ovulazione si assiste a un picco e ad una diminuzione della concentrazione estrogenica, ma in questo caso non viene scatenato l'attacco emicranico⁷.

Altre teorie patogenetiche coinvolgono il rilascio di prostaglandine, il deficit di magnesio e le alterazioni dei sistemi di neurotrasmissione. Si potrebbe ipotizzare che la caduta dei livelli estrogenici, le prostaglandine e la mancanza di magnesio influenzino i sistemi neurotrasmettitoriali concorrendo così a provocare l'attacco emicranico.

Gli estrogeni sembrano quindi modulare la frequenza, la gravità e la disabilità dell'emicrania. I livelli sierici di estradiolo rivestono un ruolo fondamentale nella determinazione degli effetti ormonali: gli estrogeni sono in grado di scatenare l'emicrania mestruale solo a concentrazioni sieriche inferiori a 45-50 pg/mL; a livelli medio-alti come quelli riscontrati in gravidanza e durante HRT svolgono invece un'azione preventiva in pazienti che soffrono di emicrania senz'aura, mentre possono peggiorare l'emicrania con aura. Tutto ciò indica che l'emicrania con e senza aura sono probabilmente causate da meccanismi diversi e che gli estrogeni, anche alla stessa concentrazione, possono avere un ruolo scatenante o preventivo.

L'influenza degli ormoni ovarici sull'emicrania si esplica attraverso molteplici meccanismi, tra cui la velocità con cui cambiano i tassi plasmatici degli ormoni, l'entità di tale cambiamento, il carico ormonale e il cosiddetto "effetto soglia", cioè una concentrazione ormonale sopra o sotto la quale l'emicrania può essere scatenata o prevenuta⁴.

2. DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Oltre ad essere entità patologiche definite e riconosciute dall' IHS, l'emicrania mestruale e l'emicrania correlata al ciclo mestruale sono condizioni con cui capita spesso di confrontarsi durante la quotidiana attività ambulatoriale.

Molte donne riferiscono un' emicrania che insorge il primo giorno del ciclo mestruale e che regredisce durante il ciclo stesso; altre lamentano una cefalea che compare il giorno precedente l'inizio della mestruazione per poi regredire quando quest'ultima si manifesta.

In molti casi la cefalea compare invece durante la menopausa oppure durante il periodo perimenopausale...“non ho mai sofferto di mal di testa ma da quando mi salta il ciclo...sarà la menopausa?!” è la frase tipica.

Al contrario chi durante l' età fertile soffre di emicrania mestruale o correlata, nella maggior parte dei casi nota e riferisce al medico una regressione spontanea della patologia sia durante la gravidanza che durante la menopausa.

Chi soffre di questo tipo di cefalea talvolta contatta ripetutamente il medico perché, nonostante l' assunzione dei farmaci (allopatici) prescritti, il dolore non scompare.

In gran parte dei casi inoltre, il dolore cefalico è talmente intenso e resistente alla terapia farmacologica da costringere la paziente ad assentarsi dal lavoro, interferendo in modo importante con le normali attività quotidiane.

3. OBIETTIVO DELLA TESI.

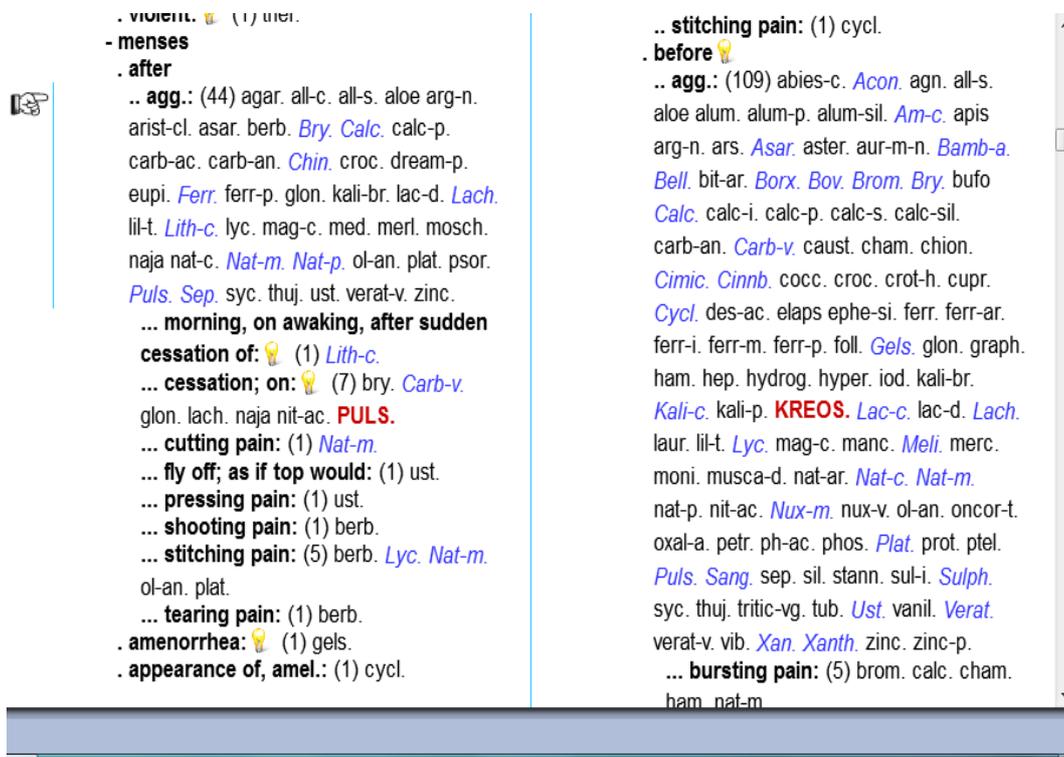
Vista la frequenza, l'entità del dolore e la resistenza alla terapia farmacologica tradizionale della cefalea mestruale pura e delle cefalee correlate al ciclo mestruale, con questa tesi ci si propone di valutare se ci siano e, nell'eventualità, quali siano i Rimedi Omeopatici da tenere in considerazione in questi casi.

4. IL REPERTORIO

Sfogliando il Repertorio⁸ (Synthesis Treasure Edition 2009 – Schroyens F.) nel Capitolo “HEAD” alla Rubrica “Pain” si trovano le Sottorubriche “Menses”, “Pregnancy”, “Menopause”.

All’ interno della sottorubrica “Menses” si trovano ulteriori sottorubriche:

- HEAD, Pain, menses, after agg.:
- HEAD, Pain, menses, amenorrhea:
- HEAD, Pain, menses, appearance of, amel:



. violent. (1) uer.
- menses
. after
.. agg.: (44) agar. all-c. all-s. aloe arg-n.
arist-cl. asar. berb. *Bry. Calc.* calc-p.
carb-ac. carb-an. *Chin.* croc. dream-p.
eupi. *Ferr.* ferr-p. glon. kali-br. lac-d. *Lach.*
lil-t. *Lith-c.* lyc. mag-c. med. merl. mosch.
naja nat-c. *Nat-m. Nat-p.* ol-an. plat. psor.
Puls. Sep. syc. thuj. ust. verat-v. zinc.
... morning, on awaking, after sudden
cessation of: (1) *Lith-c.*
... cessation; on: (7) *bry. Carb-v.*
glon. lach. naja nit-ac. **PULS.**
... cutting pain: (1) *Nat-m.*
... fly off; as if top would: (1) ust.
... pressing pain: (1) ust.
... shooting pain: (1) berb.
... stitching pain: (5) berb. *Lyc. Nat-m.*
ol-an. plat.
... tearing pain: (1) berb.
. amenorrhea: (1) gels.
. appearance of, amel.: (1) cycl.

.. stitching pain: (1) cycl.
. before
.. agg.: (109) abies-c. *Acon.* agn. all-s.
aloe alum. alum-p. alum-sil. *Am-c.* apis
arg-n. ars. *Asar.* aster. aur-m-n. *Bamb-a.*
Bell. bit-ar. *Borx. Bov. Brom. Bry.* bufo
Calc. calc-i. calc-p. calc-s. calc-sil.
carb-an. *Carb-v.* caust. cham. chion.
Cimic. Cinnb. cocc. croc. crot-h. cupr.
Cycl. des-ac. elaps ephe-si. ferr. ferr-ar.
ferr-i. ferr-m. ferr-p. foll. *Gels.* glon. graph.
ham. hep. hydrog. hyper. iod. kali-br.
Kali-c. kali-p. **KREOS.** *Lac-c.* lac-d. *Lach.*
laur. lil-t. *Lyc.* mag-c. manc. *Meli.* merc.
moni. musca-d. nat-ar. *Nat-c. Nat-m.*
nat-p. nit-ac. *Nux-m.* nux-v. ol-an. oncor-t.
oxal-a. petr. ph-ac. phos. *Plat.* prot. ptel.
Puls. Sang. sep. sil. stann. sul-i. *Sulph.*
syc. thuj. tritic-vg. tub. *Ust.* vanil. *Verat.*
verat-v. vib. *Xan. Xanth.* zinc. zinc-p.
... bursting pain: (5) brom. calc. cham.
ham. nat-m

➤ HEAD, Pain, menses, before



. before 🗨️

.. **agg.**: (109) abies-c. *Acon.* agn. all-s. aloe alum. alum-p. alum-sil. *Am-c.* apis arg-n. ars. *Asar.* aster. aur-m-n. *Bamb-a. Bell.* bit-ar. *Borx. Bov.* *Brom. Bry.* bufo *Calc.* calc-i. calc-p. calc-s. calc-sil. carb-an. *Carb-v.* caust. cham. chion. *Cimic. Cinnb.* cocc. croc. crot-h. cupr. *Cycl.* des-ac. elaps ephe-si. ferr. ferr-ar. ferr-i. ferr-m. ferr-p. foll. *Gels.* glon. graph. ham. hep. hydrog. hyper. iod. kali-br. *Kali-c.* kali-p. **KREOS.** *Lac-c.* lac-d. *Lach.* laur. lil-t. *Lyc.* mag-c. manc. *Meli.* merc. moni. musca-d. nat-ar. *Nat-c. Nat-m.* nat-p. nit-ac. *Nux-m.* nux-v. ol-an. oncor-t. oxal-a. petr. ph-ac. phos. *Plat.* prot. ptel. *Puls. Sang.* sep. sil. stann. sul-i. *Sulph.* syc. thuj. tritic-vg. tub. *Ust.* vanil. *Verat.* verat-v. vib. *Xan. Xanth.* zinc. zinc-p.
 ... **bursting pain**: (5) brom. calc. cham. ham. nat-m.
 ... **dull pain**: (2) bit-ar. crot-h.
 ... **pressing pain**: (10) bamb-a. bell. carb-an. cimic. hep. *Nat-m.* nux-v. petr. sep. sil.
 ... **shooting pain**: (4) calc-p. ferr. nat-m. ol-an.
 ... **stitching pain**: (2) calc-p. *Ferr.*
 ... **tearing pain**: (4) ars. cinnb. glon. laur.

. during

.. **agg.**: (137) abies-c. acon. aeth. agar. aloe alum. alum-p. alum-sil. am-c. am-m. aml-ns. androc. ant-c. apis *Arg-n.* arn. ars. ars-s-f. asar. aster. aven. *Bamb-a. BELL.* berb. borx. *Bov.* brom. *Bry.* bufo cact. *Calc.* calc-p. calc-s. calc-sil. cann-i. cann-s. canth. carb-an. *Carb-v.* castm. *Caust.* cench. cham. chin. chinin-ar. chion. cic. cimic. *Cocc.* coff. coloc. con. croc. cub. cupr. cur. cycl. dig. dulc. eupi. ferr. ferr-ar. ferr-m. *Ferr-p. Gels.* gent-c. **GLON.** glyc. **GRAPH.** guar. ham. hep. *Hyos.* hyper. *Ign.* iod. kali-ar. kali-bi. *Kali-c.* kali-n. kali-p. kali-s. kali-sil. kalm. kola **KREOS.** lac-c. *Lac-d. Lach. Laur.* lil-t. **LYC.** *Mag-c.* mag-m. mag-s. mang. med. merc. *Murx.* nat-ar. *Nat-c. NAT-M.* nat-p. nat-s. nept-m. *Nit-ac. Nux-m. Nux-v.* pall. *Phos. Plat. Plat-m.* pneu. positr. *Puls.* rat. rhod. *Sang.* sel. **SEP.** sil. spig. stann. sul-i. *Sulph.* syc. teucr-s. ther. til. ust. *Verat.* verat-v. vib. xan. xanth. zinc. zinc-p.
 ... **boring pain**: (3) calc. mag-c. sep.
 ... **burning**: (1) nat-m.
 ... **bursting pain**: (10) berb. *Bry.* calc. *Glon.* kreos. lyc. nat-m. nat-s. sang. sep.

- HEAD, Pain, menses, during;
- HEAD, Pain, menses, instead of;
- HEAD, Pain, menses, suppressed menses from;

<p>. during .. agg.: (137) abies-c. acon. aeth. agar. aloë alum. alum-p. alum-sil. am-c. am-m. aml-ns. androc. ant-c. apis <i>Arg-n.</i> am. ars. ars-s-f. asar. aster. aven. <i>Bamb-a.</i> BELL. berb. borx. <i>Bov.</i> brom. <i>Bry.</i> bufo cact. <i>Calc.</i> calc-p. calc-s. calc-sil. cann-i. cann-s. canth. carb-an. <i>Carb-v.</i> castm. <i>Caust.</i> cench. cham. chin. chinin-ar. chion. cic. cimic. <i>Cocc.</i> coff. coloc. con. croc. cub. cupr. cur. cycl. dig. dulc. eupi. ferr. ferr-ar. ferr-m. <i>Ferr-p.</i> <i>Gels.</i> gent-c. GLON. glyc. GRAPH. guar. ham. hep. <i>Hyos.</i> hyper. <i>Ign.</i> iod. kali-ar. kali-bi. <i>Kali-c.</i> kali-n. kali-p. kali-s. kali-sil. kalm. kola KREOS. lac-c. <i>Lac-d.</i> <i>Lach.</i> <i>Laur.</i> lil-t. LYC. <i>Mag-c.</i> mag-m. mag-s. mang. med. merc. <i>Murx.</i> nat-ar. <i>Nat-c.</i> NAT-M. nat-p. nat-s. nept-m. <i>Nit-ac.</i> <i>Nux-m.</i> <i>Nux-v.</i> pall. <i>Phos.</i> <i>Plat.</i> <i>Plat-m.</i> pneu. positr. <i>Puls.</i> rat. rhod. <i>Sang.</i> sel. SEP. sil. spig. stann. sul-i. <i>Sulph.</i> syc. teucr-s. ther. til. ust. <i>Verat.</i> verat-v. vib. xan. xanth. zinc. zinc-p. ... boring pain: (3) calc. mag-c. sep. ... burning: (1) nat-m. ... bursting pain: (10) berb. <i>Bry.</i> calc. <i>Glon.</i> kreos. lyc. nat-m. nat-s. sang. sep. ... drawing pain: (3) berb. mag-c. sang. ... dull pain: (5) cench. ferr-p. kali-p. lyc. nept-m. ... jerking pain: (1) eupi. ... nail; as from a: (3) am. <i>Ign.</i> <i>Nux-v.</i> ... painful menses: (1) morg.</p>	<p>... pressing pain: (24) acon. damo-a. bell. berd. <i>Bry.</i> castm. <i>Cimic.</i> cycl. eupi. <i>Gels.</i> <i>Graph.</i> iod. KREOS. lyc. merc. <i>Nat-m.</i> nat-s. nux-m. nux-v. plat. <i>Sep.</i> sil. stann. <i>Sulph.</i> ... outward: (1) kreos. ... shooting pain: (1) apis ... sore: (4) <i>Gels.</i> mag-c. nux-v. zinc-p. ... stitching pain: (6) acon. berb. calc. lyc. mang. rat. ... tearing pain: (8) am-m. calc. castm. lyc. mag-c. <i>Nat-c.</i> rat. verat. .. amel.: ☹ (13) all-c. aloë bell. cycl. elaps glyc. joan. lach. lil-t. <i>Meli.</i> puls. <i>Verat.</i> Zinc. .. beginning of menses ... agg.: (22) ant-t. berb. brom. bro-s-gau. <i>Bry.</i> carb-an. cyclosp. graph. hyos. iod. irid-met. <i>Kali-c.</i> lach. laur. <i>Nat-m.</i> nicotam. nit-ac. plat. plut-n. rhod. sal-fr. <i>Sep.</i> ... amel.: ☹ (7) all-s. alum. kali-p. <i>Lach.</i> <i>Meli.</i> verat. zinc. . instead of: (1) nux-m. .. bursting pain: (1) nux-m. . suppressed menses; from: ☹ (33) acon. aeth. alum. anag. anagy. apis bell. <i>Bry.</i> <i>Carbn-s.</i> cocc. CYCL. gels. glon. ign. ip. kali-c. lac-d. lith-c. lyc. naja nux-v. op. phos. plat. psor. PULS. sang. sep. sil. sulph. tub. verat-v. vib. - mental exertion . after: (9) anac. <i>Aur.</i> CHIN. daph. lyc. <i>Phos.</i> pimp. pip-m. prun. .. sore: ☹ (6) anac. <i>Aur.</i> CHIN. daph. <i>Phos.</i> prun.</p>
---	--

Come si può notare dal Repertorio, ci sono alcuni Rimedi ricorrenti, che quindi, in prima battuta, si potrebbero prendere in considerazione nel caso di cefalee correlate al ciclo mestruale.

- **KREOSOTUM** è un Rimedio che troviamo al terzo grado sia nella sottorubrica “HEAD, Pain, menses, before” che nella sottorubrica “HEAD, Pain, menses, during”.

Si ricava dalla distillazione del catrame di legna, precisamente del faggio, si presenta in forma liquida, incolore, dal forte odore, ha consistenza oleosa ed è infiammabile.

E’ un Rimedio importante nei disturbi mestruali e ormonali ed è utile in caso di escoriazione, infiammazione ed emorragia a cervice, vagina e utero (leucorrea con secrezioni putride, escorianti, che provocano importante prurito, che peggiora prima delle mestruazioni e durante la gravidanza), di sindrome pre-mestruale, di neoplasia uterina o cervico-vaginale.

Come riportato nella Materia Medica del Morrison presenta cefalea che peggiora prima o durante le mestruazioni, nausea e vomito prima o durante le mestruazioni e in gravidanza. Il dolore cefalico di *Kreos.* è un dolore

sordo, come un'asse premuta contro la fronte (v. "pressing pain" nel repertorio).

Kreos. è caratterizzato inoltre da dentizione difficile (in bimbi irritabili), carie dei denti decidui, gengive infiammate che sanguinano o si ulcerano facilmente. A livello dell'apparato respiratorio presenta tosse con espettorato putrido e striato di sangue; a livello dell'apparato urinario enuresi nella prima parte della notte e bisogno improvviso di urinare.

Peggiora all'aria aperta, fredda, con il riposo, quando si sdraia, dopo il mestruo; migliora con il calore, il movimento e con cibi caldi.^{9,10}

- **PULSATILLA** si ritrova in quasi tutte le sottorubriche, per lo più al secondo grado, ma anche al terzo. Interessante notare come si trovi al terzo grado nelle sottorubriche "HEAD, Pain, menses, suppressed menses from" e "HEAD, Pain, menses, after, agg, cessation on".

È soprattutto un rimedio femminile, i cui due principali ambiti d'azione a livello fisico sono il sistema ormonale (in questo caso il ciclo mestruale) e la circolazione (cefalee di tipo congestivo). Infatti è uno dei rimedi principali per quasi tutte le forme di problemi mestruali (si pensa a *Puls.* in caso di mestruazioni facilmente sopresse, amenorrea, ma anche metrorragia, mestruazioni di corta durata, irregolari, flusso mestruale mutevole) e durante la gravidanza; per quanto riguarda la sua azione sul sistema circolatorio, basti ricordare il tipico arrossire di *Puls.*, la cefalea pulsante (spesso emicrania all'ultima ora del flusso mestruale) che causa nausea e vomito, le varici e le emorroidi. Caratteristiche mentali di *Puls.* sono la tenerezza, la facilità con cui piange, il desiderio di consolazione, la mutevolezza d'umore (come anche dei sintomi fisici), l'essere facilmente influenzata o dominata da una figura importante, il sentirsi abbandonata. Migliora all'aria aperta, è aggravata dal calore e dai cibi grassi, desidera in particolar modo panna, latte e formaggio. Altri sintomi fisici che presenta oltre a quelli già citati sono: rinite, otite con dolore pulsante, congiuntivite, secrezioni dense, giallo-verdastre, tosse secca di notte e catarrale la mattina, cistite con dolore vescicale a fine minzione, minzione involontaria.^{9,10}

- **CYCLAMEN**, la cosiddetta "Pulsatilla freddolosa", si trova, proprio come *Puls.* al terzo grado nella sottorubrica "HEAD, Pain, menses, suppressed menses from". Si trova inoltre al primo grado nella sottorubrica "HEAD, Pain, menses, during, pressing pain" e al secondo grado nella sottorubrica "HEAD, Pain, menses, before".

Questo rimedio è accomunato a *Puls.* dalle difficoltà mestruali e dalla forte difficoltà digestiva per i grassi, dall'umore mutevole e dalla tendenza al pianto. Diversamente da *Puls.* è aggravato all'aria aperta e tende ad avere sete.

Per quanto riguarda il ciclo mestruale, presenta spesso un aggravamento generale da soppressione delle mestruazioni, dismenorrea grave, mestruazioni facilmente sopresse, bagnandosi o con sforzi fisici,

amenorrea o mestruazioni troppo precoci o profuse; presenta vertigini e cefalea che peggiorano con le mestruazioni o con mestruazioni sopresse. Troviamo in *Cycl.* Anche disturbi visivi come diplopia, strabismo, tremolio della vista.

Riguardo all' apparato gastrointestinale ha avversione al grasso e alla carne di maiale e un forte desiderio di limonata.^{9,10}

Nella sottorubrica “HEAD, Pain, menses, during” troviamo al terzo grado *Bell., Glon., Graph., Kreos., Lyc., Nat-M. e Sep.*

➤ **BELLADONNA:** rimedio noto per la sua utilità nelle patologie acute e febbrili. E' caratterizzato da stati congestivi intensi, dolori lancinanti e pulsanti. Le emicranie con dolore violento sono tipiche di *Bell.* Le cefalee di *Bell.* iniziano spesso in regione occipitale e si irradiano alla tempia destra o alla fronte per poi stabilirsi attorno all' occhio destro; sono aggravate da luce, rumore, colpi improvvisi, sole, movimento, calore e mestruazioni; sono invece migliorate da applicazioni fredde, sdraiandosi al buio, fasciando la testa. Altri disturbi tipici di *Bell.* sono otite media con dolori lancinanti, soprattutto sul lato destro, e tonsillite acuta purulenta. Riguardo l' apparato genitale si trovano in *Bell.* una grave dismenorrea, emorragia con sangue rosso scuro e coaguli, dolori o cisti ovariche sul lato destro. Questo rimedio può presentare anche cistite, pielonefrite, polmonite, mastite, artrite, lombalgia, vertigini. In generale il paziente *Belladonna* ha aggravamenti dovuti a squilibri o insulti ormonali (v. cefalea aggravata da mestruazioni), un aggravamento attorno al periodo mestruale. Si aggrava anche se viene urtato.

Bell. è un rimedio molto utilizzato per la febbre e per le convulsioni febbrili, nel caso in cui ci sia febbre elevata e il paziente si presenti con viso rosso e caldo, occhi lucidi, pupille dilatate, piedi e mani fredde, senza sete e, tipicamente, con forte desiderio di limonata. Negli stati infiammatori la parte infiammata è spesso molto calda e di colore rosso cupo e durante la febbre spesso il paziente presenta allucinazioni.^{9,10}

➤ **GLONOINUM:** è un grande rimedio per le cefalee congestive pulsanti e per i disturbi climaterici (vampate in menopausa) o dovuti a soppressione mestruale (cefalea al posto delle mestruazioni, mestruazioni ritardate o con cessazione improvvisa e congestione della testa); agisce in modo importante sulla circolazione (vampate, palpitazioni, ipertensione e disturbi cardiaci). Ha un aggravamento generale con il sole, come pure con il sole peggiora la cefalea. Anche al torace troviamo una sensazione di congestione e pulsazioni con sensazione di calore, azione cardiaca affaticata, palpitazioni con dispnea. Tipica di *Glon.* è la confusione, riguardo la sua localizzazione, svegliandosi la notte e inalando fumi.^{9,10}

- **GRAPHITES:** rimedio che si distingue per lentezza mentale e in cui il metabolismo è colpito in modo importante causando obesità, formazione di calli e processi proliferativi di vario tipo. In *Graph.* risultano compromesse anche la cute e le membrane mucose: presenta screpolature (dietro le orecchie, sulle labbra), eczema, psoriasi, desquamazione, orticaria, herpes, cheloidi, ogni piccola ferita suppara e dalle eruzioni trasuda un liquido giallo che si secca in cristalli dorati sulla cute. Tipica di *Graph.* è una cefalea con sensazione di vuoto, la mattina al risveglio. Troviamo poi otiti con secrezioni, congiuntiviti e fotofobia, rinite allergica e raffreddori ricorrenti. A livello gastrointestinale *Graph.* presenta bruciore e dolore allo stomaco che migliorano mangiando o bevendo latte e flatulenza addominale per cui deve allentare i vestiti. Per quel che riguarda l'apparato genitale femminile, le mestruazioni sono in ritardo, accompagnate da stipsi, raucedine, raffreddore e tosse e precedute da epigastralgia e prurito; troviamo poi un abbondante e fine leucorrea. Anche al torace è presente sensazione di compressione, con attacchi d'asma che svegliano di notte il paziente, tosse e raucedine. E' poi caratterizzato da dolori a nuca, schiena e arti e da deformazioni ungueali.^{9,10}
- **LYCOPodium CLAVATUM:** rimedio contraddistinto da una vigliaccheria di fondo che può sfociare o in un senso d' inferiorità con conseguenti timidezza, introversione e sviluppo di fobie (agorafobia, paura di stare solo di notte, paura riguardo la morte) oppure in un grande egotismo. *Lyc.* inoltre non si assume la responsabilità dell' impegno. Sul piano fisico presenta: cefalea soprattutto a destra e eruzioni,eczema o psoriasi sul cuoio capelluto; addome gonfio e disteso migliorato da eruttazioni e flatulenze, eruttazioni acide, addome che non sopporta il peso dei vestiti; deficit erettile, soprattutto con la moglie, prostatite, nefrolitiasi destra; screpolature sui calcagni; mal di schiena e torcicollo; asma, polmonite destra.^{9,10}
- **NATRUM MURIATICUM:** rimedio del dispiacere e del dolore profondo. Si tratta di persone sensibili, introversive, molto riservate, perfezioniste. *Nat-m.* si aggrava generalmente con il sole, presenta cefalea peggiorata dal sole, leggendo e dalle mestruazioni, cefalea da dispiacere, febbre da fieno, rinite, lacrimazione oculare peggiorata all'aria aperta e al vento, disturbi della tiroide, sensazione di nodo in gola, ulcera peptica dopo dispiacere o litigio, desiderio di sale e aspro, avversione al grasso e ai cibi viscidati, colite con improvviso bisogno di andare di corpo con feci diarroiche, coito doloroso, nefrite cronica, "reni timidi", dolore alla schiena migliorato stando sdraiato su qualcosa di duro, unghie fissurate, eczema, orticaria, psoriasi o tinea, insonnia a causa di pensieri sulla giornata trascorsa, sogni di ladri.^{9,10}
- **SEPIA:** il tema di questo rimedio è la stasi che si traduce sul fisico in una lassità dei tessuti e della muscolatura liscia e in disfunzioni ormonali e sessuali. Per lo più è un rimedio femminile in cui la paziente appare

staccarsi dalla sua famiglia, irritata e depressa; accoglie con rabbia qualsiasi richiesta da parte della famiglia (per esempio madri che perdono facilmente la pazienza con i figli); si sente in colpa e piange disperata; allo stadio avanzato la paziente si stacca così tanto da non provare più neanche rimorso e esprimersi in modo sarcastico e offensivo nei confronti di chi le sta attorno. Se il paziente è maschio, si tratterà di persone insicure, deboli, poco virili. *Sep.* è freddolosa, migliora ballando e comunque con l'esercizio fisico, si aggrava prima o durante le mestruazioni, con la gravidanza, con l'aborto e con rapporti sessuali frequenti, con la perdita di liquidi (diarrea, allattamento), al mare. Presenta: cefalea sovraorbitaria sinistra, peggiorata in menopausa o prima o durante le mestruazioni, rinite, sinusite, herpes simplex; sensazione di vuoto allo stomaco che non migliora mangiando, nausea e vomito in gravidanza, desidera dolci o cose acide, lamenta la sensazione di una massa nel retto o nella prostata. Riguardo l'apparato genitale troviamo in *Sepia* vaginite con secrezione bianca e maleodorante che provoca prurito, prolasso uterino, herpes e verruche genitali, dispareunia; può presentare sterilità, aborto, in gravidanza vaginite, sensazione di una massa nel retto, avversione all'odore del cibo e del marito; incontinenza da stress. Spesso ha seni piatti senza consistenza; lamenta tosse che peggiora la notte e stando sdraiata, mal di schiena durante o prima del ciclo. Dal punto di vista cutaneo troviamo psoriasi, cute secca, fissurazioni labiali, screpolature sulle mani.^{9,10}

5. CONCLUSIONI

Da quanto emerso, nel caso si rivolga a noi, durante la nostra pratica ambulatoriale, una donna che lamenta cefalea collegata al ciclo mestruale, non possiamo non tenere in considerazione i rimedi sopra citati.

La scelta del rimedio sarà subordinata innanzitutto al momento d'insorgenza della cefalea in rapporto alla mestruazione, se prima, durante, dopo oppure se insorge in caso di mestruazioni sopresse o al posto delle stesse, oppure se il dolore migliora quando compaiono le mestruazioni.

Poi si valuteranno le caratteristiche della paziente e la tipologia di dolore.

Possiamo pensare a *Kreosotum* nel caso di un dolore cefalico come una pressione sul capo che insorge prima o durante il ciclo mestruale, per lo più in pazienti con vaginiti infiammatorie o escoriative.

Pulsatilla è un rimedio da tenere in considerazione in ogni caso di cefalea mestruale, ma soprattutto nel caso in cui vi siano un mestruo soppresso, una cefalea pulsante accompagnata da nausea e vomito oppure nel caso la paziente abbia problemi mestruali in genere (si pensa a *Puls.* quando si trovano nella paziente mestruazioni facilmente sopresse, amenorrea, ma anche metrorragia, mestruazioni di corta durata, irregolari, flusso mestruale tendenzialmente mutevole).

Si potrà pensare a *Cyclamen* quando si riscontreranno caratteristiche simili a *Puls.*, ma nel caso in cui il dolore più che pulsante sia come una pressione sul capo e soprattutto valutando poi le diverse caratteristiche costituzionali dei due rimedi (per esempio la sete, il desiderio di limonata, l'aggravamento all'aria aperta e i disturbi visivi propri di *Cycl.* che non si trovano invece in *Puls.*).

Nel caso la cefalea insorga soprattutto durante il ciclo mestruale si potrà prendere in considerazione *Belladonna* se il dolore è lancinante, pulsante, ad insorgenza improvvisa e violenta, se inizia in regione occipitale e si irradia alla tempia destra o alla fronte per poi stabilirsi attorno all'occhio destro; se si trova un aggravamento della cefalea dovuto a luce, rumore, colpi improvvisi, sole, movimento, calore o un miglioramento da applicazioni fredde, sdraiandosi al buio o fasciando la testa. Indagando riguardo le problematiche genitali si penserà a *Bell.* se la paziente presenta dismenorrea, emorragia con sangue rosso scuro e coaguli, dolori o cisti ovariche sul lato destro.

Si potrà valutare *Glonoinum* nel caso in cui la paziente riferisca cefalee con dolore pulsante, disturbi climaterici (vampate in menopausa) o dovuti a soppressione mestruale (cefalea al posto delle mestruazioni, mestruazioni ritardate o con cessazione improvvisa e congestione della

testa) oppure disturbi circolatori come vampate, palpitazioni, ipertensione e disturbi cardiaci.

Potrebbe necessitare di *Graphites* una paziente che riferisce cefalea con sensazione di vuoto durante il ciclo mestruale, con mestruazioni in ritardo e abbondante leucorrea. La paziente “*Graphites*” può presentare inoltre lentezza mentale (o comunque un rallentamento generale del metabolismo) e problemi cutanei come suppurazioni di ferite anche molto piccole, formazione di cheloidi, fissurazioni, eczema, psoriasi, desquamazione, orticaria o herpes.

Una cefalea che insorge durante le mestruazioni, localizzata soprattutto a destra in pazienti con costituzione linfatica, con mestruazioni ritardate, che durano a lungo, abbondanti, può far pensare, soprattutto se accompagnata dalle caratteristiche mentali del rimedio, a *Lycopodium*.

In presenza di un mal di testa pulsante, congestivo, che peggiora al sole, dopo o durante mestruazioni per lo più abbondanti e irregolari in donne sensibili, introversive, molto riservate, perfezioniste, che convivono con un dispiacere inespresso farà pensare a *Natrum Muriaticum*, soprattutto se in concomitanza con disturbi della tiroide e della cute.

Si prenderà infine in considerazione *Sepia* nel caso in cui la paziente riferisca cefalea sovraorbitaria sinistra, peggiorata in menopausa o prima o durante le mestruazioni e presenti disfunzioni ormonali e sessuali, oltre che la lassità dei tessuti che contraddistingue questo rimedio e che si traduce nella tipica sensazione di *Sep*. “che tutto cada”, come se gli organi genitali dovessero per esempio uscire dalla vulva. Le pazienti “*Sepia*” appaiono inoltre depresse e irritate nei confronti della famiglia e spesso reagiscono con rabbia e isteria a qualsiasi richiesta del nucleo familiare.

BIBLIOGRAFIA

1. Braunwald E., Fauci A.S., Kasper D.L. et Al.: Harrison. Principi di Medicina Interna. 15^a edizione. Mc Graw Hill. 2002. Vol. 1^o; Parte 2^a; Cap. 15.
2. Loeb C., Favale E.: Neurologia. Società Editrice Universo. 4^a edizione, 1^a ristampa. 2005. Vol. 2^o; Cap. 29.
3. Zacur H.A.: Hormonal Changes throughout life in women. Headache. 2006; 46 (suppl 2): S49-S54.
4. Martin V.T., Behbehani M.: Ovarian hormones and migraine headache: understanding mechanism and pathogenesis – part 2. Headache 2006; 46: 365-86.
5. Loder E.W.: Menstrual migraine: pathophysiology, diagnosis and impact. Headache 2006; 46 (suppl 2): S55-S60.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society: The international classification of headache disorders. 2nd ed. Cephalalgia 2004; 24(suppl 1): 9-160.
7. Somerville B.W.: Estrogen-withdrawal migraine. I. Duration of exposure required and attempted prophylaxis by premenstrual estrogen administration. Neurology 1975; 25; 239-44.
8. Schroyens F.: Synthesis Tresure Edition 2009 – Radar Opus.
9. Boericke W.: Materia Medica Omeopatica. Traduzione del Dott. Petrucci R. Homeopathic Book Publishers. Prima edizione italiana 1998.
10. Roger Morrison M.D.: Manuale guida ai sintomi chiave e di conferma. Traduzione italiana Dr Galeazzi B. Prima edizione italiana 1998. Ristampa 2008.