

Cefalea dopo l'orgasmo: come affrontarla

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

"Gentile Professoressa, ho 51 anni e Le scrivo per un problema che mi preoccupa molto. Negli ultimi tempi, facendo l'amore con mia moglie, per due o tre volte al momento dell'orgasmo ho sentito una violenta fitta alla testa, che poi ci ha messo molto a passare. Io sono poco soggetto alla cefalea, e comunque con una pastiglia di solito mi passa subito. Quindi non capisco la ragione di questi attacchi, e proprio in un momento come quello! Per il resto sto abbastanza bene: sono solo stressato per il lavoro, che mi obbliga a viaggiare molto in macchina. Perché ho quelle fitte? Non mi verrà mica un ictus? Che cosa mi consiglia di fare?".

Claudio L. (Roma)

Gentile signor Claudio, comprendo la sua preoccupazione: il mal di testa che lei accusa viene nella maggior parte dei casi scatenato da una crisi ipertensiva e quindi non va sottovalutato, perché può essere la spia di patologie cardiovascolari anche serie. Va però detto che in altri casi si tratta di un disturbo episodico, che scompare anche senza cure o si ripropone sporadicamente, senza essere legato a nulla di particolarmente grave. Un accertamento medico è quindi doveroso, per escludere cause significative e per la sua stessa tranquillità.

Che cosa sappiamo della cefalea post-orgasmo?

Questo tipo di attacco rientra nella categoria delle "cefalee da sforzo", che possono essere provocate anche da altri fattori, come il movimento fisico eccessivo o la tosse violenta. Compare approssimativamente nell'1 per cento delle persone nel corso della vita, con un'incidenza maggiore in chi faccia uso di cocaina. Può essere "benigna", quando è episodica e non si associa ad altri disturbi; o "maligna", quando è il segno di una vulnerabilità dei vasi cerebrali a emorragie per crisi ipertensive, a loro volta favorite dallo stress. Nel 12 per cento dei casi, può essere sintomo della rottura, anche microscopica, di vasi sanguigni già lesi congenitamente, come succede negli aneurismi cerebrali.

Perché lo stress favorisce l'ipertensione?

Perché, soprattutto quando è cronico, causa una prolungata sollecitazione cardiovascolare da adrenalina, che è un potente vasocostrittore responsabile fra l'altro dell'aumento della pressione diastolica (la cosiddetta "minima").

Come si fa a capire se questa cefalea è benigna o maligna?

Dipende dal modo in cui si manifesta. Normalmente si distinguono tre quadri clinici:

- la cefalea ottundente, caratterizzata da un dolore sordo, con un andamento "a casco" dalla nuca in avanti, e che peggiora con l'aumento dell'eccitazione;

- la cefalea posturale, che si può avvertire in alcune posizioni particolari;
- la cefalea esplosiva, che compare al momento dell'orgasmo.

Quest'ultima può effettivamente essere il segnale di un rischio specifico di emorragia cerebrale. Ma anche le altre forme non vanno trascurate, perché sono pur sempre un "semaforo rosso" che ci dice che siamo in riserva di energie.

Come si svolgono gli accertamenti medici?

Il primo passo è prendere la pressione. La singola misurazione che le può fare il medico, però, non è sufficiente, perché avviene ore o giorni dopo l'attacco. L'ideale sarebbe quindi comprare un apparecchietto da tenere a casa, e fare la rilevazione all'inizio della crisi. Meglio ancora sarebbe effettuare un "Holter pressorio", che registra la pressione arteriosa nell'arco di 24 ore. Se la pressione è normale, e il mal di testa resta episodico o tende a scomparire, non dovrebbe essere necessario procedere con ulteriori accertamenti. Se invece gli attacchi si ripetono o si aggravano, è consigliabile sottoporsi a una visita cardiovascolare completa ed eventualmente a una risonanza magnetica nucleare, subito dopo l'attacco, per accertare la presenza di danni cerebrali.

Nel frattempo che terapia posso seguire?

A breve termine potrebbe assumere, su prescrizione medica, un farmaco anticefalea prima dei rapporti, per ridurre il rischio che il problema si ripeta e vivere serenamente l'intimità. I principi attivi più efficaci in questo senso sono l'indometacina e l'ergotamina tartrato.

Purtroppo però l'uso frequente di queste terapie può causare una cefalea da astinenza, o "rebound", che poco per volta trasforma il disturbo da saltuario a cronico. Per questo motivo è importante non affidarsi solamente ai farmaci sintomatici, ma adottare anche uno stile di vita che aiuti a prevenire l'insorgere degli attacchi.

In concreto, che cosa dovrei fare?

Nella lettera lei dice di essere molto stressato dal lavoro, quindi è su questo fronte che dovrebbe cercare di agire. Se non può ridurre gli impegni professionali, può però scaricare la tensione curando un'alimentazione sana, evitando alcol e fumo (nemici della salute cardiovascolare), dormendo almeno sette ore per notte e dedicando ogni giorno un po' di tempo al movimento fisico.

In questo modo, se gli esami medici escluderanno cause di origine vascolare, potrà poco per volta attenuare lo stress che la affatica e gli attacchi di cefalea dovrebbero ridursi sino a scomparire.

Cefalea: quanti tipi ne esistono?

I disordini da mal di testa costituiscono un problema molto frequente e purtroppo ancora poco compreso. Secondo un recente studio di R. Jensen e L.J. Stovner, del Danish Headache Center

dell'Università di Copenhagen (Danimarca):

- il 47 per cento della popolazione soffre, almeno occasionalmente, di "mal di testa" in generale;
- il 10 per cento soffre di emicrania: una forma di cefalea che perdura per 4-72 ore, è pulsante, d'intensità variabile da moderata a grave, unilaterale, peggiora con l'esercizio fisico ed è accompagnata da nausea, vomito, ipersensibilità alla luce, al suono, agli odori. Spesso è preceduta da un'aura: un deficit transitorio e reversibile, di tipo visivo, somatosensoriale, motorio o fasico (legato cioè alla parola). La maggior parte delle persone riferisce aure visive, come lampi di luce e scotomi scintillanti;
- il 38 per cento soffre di cefalea muscolo-tensiva: una cefalea che dura dai 30 minuti ai 7 giorni, non pulsante, di grado lieve o moderato, bilaterale, non aggravata dall'esercizio fisico e non associata a nausea, vomito, fotofobia, ipersensibilità al rumore o agli odori. Si tratta generalmente di un disturbo meno invalidante dell'emicrania;
- il 3 per cento soffre infine di cefalee croniche che durano più di 15 giorni al mese.

La cefalea colpisce le donne tre volte più degli uomini, soprattutto nella forma dell'emicrania. Quando frequente e resistente alle terapie, causa grave sofferenza e un consistente peggioramento della qualità della vita tanto da essere considerata fra le prime dieci condizioni che causano disabilità maggiore.

Per approfondire:

Jensen R. Stovner L.J.

Epidemiology and comorbidity of headache

Lancet Neurol. 2008 Apr; 7 (4): 354-61
