

## **Il passaggio ad un altro anticorpo monoclonale è una buona pratica clinica?**

Nel corso di questi ultimi anni si è assistito via via all'inserimento in terapia antiemicranica di vari tipi di anticorpi monoclonali anti-CGRP per il trattamento dell'emicrania cronica ed episodica, in sequenza erenumab, galcanezumab, fremanezumab, eptinezumab; su ognuno di essi vi sono in letteratura dati ormai consolidati per quanto riguarda efficacia, tollerabilità e sicurezza.

Si è dimostrato che sono efficaci in molti dei pazienti trattati (più del 50%) con riduzione del numero medio di giorni di emicrania al mese, riduzione dell'uso di farmaci sintomatici, riduzione dei punteggi di disabilità e riduzione dell'intensità della cefalea. Recentemente si è anche dimostrato che un trattamento prolungato fino a 12 mesi può essere efficace anche in una quota di pazienti che non avevano risposto in modo efficace nei primi 6 mesi di somministrazione del farmaco (Barbanti et al)

Sulla base della letteratura al riguardo ma anche dall'esperienza derivante dalla pratica quotidiana sappiamo che non tutti gli emicranici rispondono in modo positivo ai vari anticorpi a causa di scarsa tollerabilità o inadeguata efficacia al farmaco; in caso di fallimento di un tipo di trattamento il neurologo deve valutare se è ragionevole prescrivere al paziente non-responder un altro tipo di anticorpo monoclonale, chiedendosi se quest'ultimo avrà maggiore efficacia sulla cefalea.

Lo studio FINESSE, prospettico, multicentrico, condotto in Germania ed Austria, ha analizzato ad esempio il sottogruppo di pazienti (153 su 867) passati dal trattamento con un precedente tipo di monoclonale al fremanezumab. I risultati hanno mostrato che circa il 42% dei non-responder al precedente farmaco hanno beneficiato del passaggio a fremanezumab, risultato efficace, oltre tre mesi dopo l'inizio del nuovo trattamento, per quanto riguarda il numero medio mensile dei giorni di emicrania, le variazioni del punteggio alle varie scale di disabilità, la riduzione del numero di farmaci sintomatici assunti.

Questi dati di letteratura incoraggiano i neurologi ad utilizzare lo shift ad un altro tipo di anticorpo monoclonale quando il precedente non dà i risultati sperati o non è tollerato nel tentativo di ottenere una risposta in quel sottogruppo di pazienti non-responder alla precedente terapia

1)A. Straube et al: "Real-world effectiveness of fremanezumab in patients with migraine switching from another mAb targeting the CGRP pathway: a subgroup analysis of the Finesse study" J. Headache pain. 2023 May 23; 24 (1) : 59.