



AMSA - Associazione Medica per lo Studio dell'Agopuntura

La Mandorla

Fogli elettronici di medicina tradizionale e non convenzionale

Anno X Numero 37 - Giugno 2006

Direttore

Dott. Carlo Di Stanislao

Comitato Editoriale

Dott.ssa Rosa Brotzu

Dott. Maurizio Corradin

Dott. Dante De Berardinis

Dott. Fabrizia de Gasparre

Dott. Paolo Fusaro

Dott. Roberto Montanari

Dott. Mauro Navarra

Dott. Giusi Pitari

Dott. Emilio Simongini

©2006 AMSA

Associazione Medica per lo Studio dell'Agopuntura

Tutti i diritti riservati

Gli articoli pubblicati su "La Mandorla" esprimono le opinioni dei rispettivi autori ai quali va attribuita in via esclusiva la responsabilità del loro contenuto

Indice

Editoriale	1
Moxa indiretta di tipo domestico nel trattamento delle coliche addominali del lattante	6
Agopuntura e posture sacre nel trattamento del dolore del cingolo pelvico in gravidanza	10
Trattamento di un dolore post-chirurgico in paziente con ostedintesi talare	15
Un'algodistrofia da vuoto di Yang	20
Un caso di "fame nervosa" trattato con agopuntura	27
Impiego di agopuntura e lozione a base di L-Melatonina nel trattamento del telogen effluvio	34
Discromie del viso e infezioni di orecchio e alte vie respiratorie in una sindrome di Kabuchi	42
Trattamento della polineuropatia simmetrica distale sensoriale in soggetti diabetici	50
Un caso di tremore essenziale trattato con agopuntura e organoterapia	56
Meridiani Tendino-Muscoari (<i>jing jin</i>): ricadute nella pratica shiatsu	61
Libri da leggere e rileggere	74

Editoriale

Dott. Carlo Di Stanislao
c.distanislao@agopuntura.org

“Dal mondo del pressapoco all'universo della precisione”

Alexandre Koyre

“Nell'epoca nostra, quando gli uomini sembrano sempre pi portati a confondere la saggezza con la dottrina e la dottrina con l'informazione, e a cercar di risolvere i problemi della vita in termini d'ingegneria, sta sviluppandosi una nuova specie di provincialismo che forse merita anch'esso un nome nuovo. E' un provincialismo non di spazio ma di tempo; per cui la storia non che la cronaca delle invenzioni umane via via superate e messe da parte, e il mondo proprieta esclusiva dei vivi, una proprieta di cui i morti non possiedono azioni”

Thomas Stern Elliot

“Mi piacciono solo le idee che diventano atto”

Ezra Pound

“Noi Ateniesi o giudichiamo o, almeno, ponderiamo convenientemente le varie questioni, senza pensare che il discutere sia un danno per l'agire, ma che lo sia piuttosto il non essere informati dalle discussioni prima di entrare in azione”

Tucidide

Sono sempre stato (ancora oggi lo sono) un patito del fumetto e credo che alcuni eroi dei comics (Zagor, Tex, Capitan Miki, Batman, L'Uomo Ragno), abbiano inciso profondamente sulla mia formazione, non meno, comunque, di letture più serie e "paludate". Probabilmente il mio Autore preferito Frank Miller che oltre a creare Batman stato (ed) una colonna della Marvel e molti importanti contributi ha dato anche al cinema (altra forma espressiva che adoro). Frank Miller nato il 27 gennaio 1957 a Olmie, nel Maryland, ed considerato uno dei più importanti autori viventi di fumetti. La sua lunga carriera ha inizio nella seconda metà degli anni Settanta, quando comincia a lavorare su diversi supereroi della Marvel. Nel 1979 ottiene un enorme successo scrivendo e disegnando la serie Daredevil, ispirandosi alla grande tradizione noir americana¹. Successivamente, attraversa una fase di sperimentazione narrativa e grafica, da solo e assieme all'artista Bill Sienkiewicz, che porterà a opere come Ronin, Daredevil, Love and War, Elektra, Assassin, fino all'uscita, nel 1986, del suo libro più celebre: Il ritorno del Cavaliere Oscuro. Lo stesso anno, d alle stampe Batman: Year One, ciclo di storie illustrate da David Mazzucchelli, e poi passa a lavorare per il cinema (sue le sceneggiature di Robocop 2 e 3). Negli anni Novanta di nuovo attivo nei comics e pubblica opere come Give Me Liberty con Dave Gibbons, Hard Boiled con Geoff Darrow, Daredevil: the Man without Fear con John Romita Jr. e, da solo, la saga di Sin City e 300 ([1]). Recentemente ha realizzato The Dark Knight Strikes Again, il seguito di questa avventura, e ha codiretto il film ispirato alla sua "Città del peccato" ([2]). Faccio questa lunga premessa per descrivervi una sensazione che si sta espandendo in me, avvelenando il mio essere, condizionando di molto la volontà di andare avanti e produrre. Come i protagonisti dei migliori prodotti di Miller (secondo me Sin City e Il Ritorno, [3]), dopo un quarto di secolo di entusiastica attività nel campo delle Medicine non Convenzionali, mi sento deluso, amareggiato, depresso a causa di una comunità che sembra indifferente alla qualità degli sforzi prodotti, che ripudia l'impegno serio come condotta e linea-guida, che pare voler minimizzare e replicare la banalità di certe facili credenze o acquisizioni (la natura guarisce tutto, tutto energia, la forza

dell'intervento garantisce il risultato, ecc.). Un mio amico psichiatra dice che il mio scoramento attuale l'equivalente (allegorico) di una saga adulta, disperata e assolutamente vera, come tutte le grandi allegorie. Dice anche che essa mi offre l'opportunità straordinaria di comprendere dove ho sbagliato e come sia stato possibile essere frainteso. Certamente i miei discorsi sono stati complessi, apparentemente contraddittori, orientati verso un maggior rigore nell'applicazione delle Medicine Naturali e di una maggiore apertura nel campo della Medicina Scientifica. Il fatto che ho sempre ritenuto (grazie ai miei maestri²), che il sapere unico, non divisibile fra umanistico e scientifico, non frammentabile o compartimentalizzabile e, sempre, assolutamente rigoroso. E' questo che ho cercato di trasmettere, riuscendoci, per, solo in alcuni casi ([4]). Sono d'accordo con Sabatino Moscati: la separazione tra sapere umanistico e sapere scientifico appare sempre più convenzionale ([5]). Ci che risulta difficile da esprimere (e che quindi può ingenerare confusione), che un avvio alla ricerca, dando per scontata un'esperienza iniziale ([6]), può rivelarsi insoddisfacente e portare a disagevoli mutamenti di indirizzo, se non si stabiliscono regole e criteri certi, precisi, definiti. Nel campo delle Medicine Naturali si assiste ad una profusione di discorsi, di pratiche e di norme di comportamento, che per hanno come sfondo paradossale una vera e propria assenza di consenso su cosa esattamente sia la materia trattata, a chi appartengano i suoi componenti di base e quali siano i limiti scientifici, etici e politici delle diverse pratiche ([7]). Allo stesso tempo gli "anti-discorsi" della Medicina Scientifica (più gretta ed accademica), tendono a generare un mostro, una equivalenza fra sforzi e contenuti incapace di garantire con saggezza uno sguardo più attento fra percorsi nobili ed altri decisamente cialtroni ([8]). Tutto questo esprime la futilità di certo discorso "scientifico", che cerca solo di "domare" dei fenomeni e mai, comunque, di comprenderli. Negli anni Ottanta dell'Ottocento Emil Du Bois-Reymond enumerò sette "enigmi" dell'universo destinati a rimanere senza risposta da parte della scienza ([9]). Di fronte ad essi il fisiologo riteneva che si dovesse pronunciare non solo un "ignoramus" ma anche un "ignorabimus" (da qui il termine tecnico di "Ignorabimus-Streit"): una con-

¹Che va da Poe ad Hawarthorne.

²A partire da mio padre

statazione che evidenzia non solo la consapevolezza della limitatezza del programma materialistico e darwinistico, ma che anche un sintomo della necessaria riconduzione della problematica *conoscitiva* alla concezione di fondo dell'uomo e del suo ruolo nella natura e nella storia, alla dimensione, cioè, più propriamente *antropologica* ([10]). Ho creduto necessario, su queste pagine, tracciare qualche nota di riflessione in questa direzione e su questa, fino ad oggi piuttosto trascurata, problematica e tentare un confronto con l'atteggiamento "gnostico" con cui, nel contesto dell'odierna "etica della scienza" e delle nuove tecnologie, si fa appello al principio di responsabilità³ ([11]). La necessità di proporre un tale tema di riflessione nato dalla constatazione dell'evidente crisi originatasi tra le due modalità del sapere, quella cosiddetta umanistica, e quella cosiddetta scientifica. Un equilibrio, divenuto sempre più instabile negli ultimi decenni, fa decisamente pendere il piatto della bilancia dalla parte del sapere "scientifico", ma espresso in modo limitativo e malinteso. Le discipline "scientifiche" godono ancora di un certo favore da parte dell'opinione comune, le discipline ritenute "culturali" ed "umanistiche" vengono avvertite come inutili, non idonee a formare le qualità necessarie per sentirsi in sintonia coi tempi. Osservando più da vicino le cose, si può poi ancora notare che le discipline "scientifiche" vengono viste con occhio compiacente se mettono in mostra dei risultati che concorrono non tanto ad ampliare il recinto del nostro sapere quanto, invece, a produrre tecnica e tecnologia che possa rimpiazzare, con qualche piccola variante, la tecnologia del giorno che non ancora finito. In questo senso credo che la disposizione genuinamente speculativa, teoretica, delle discipline "scientifiche" si trovi in una crisi dalla matrice comune a quella delle discipline considerate "umanistiche", cioè superflue ed oziose. Se, ad esempio, la matematica non ha i problemi di identità delle lingue classiche, ciò dovuto in buona parte a due fattori: in primo luogo, e potrebbe essere una provocazione discuterne, la matematica continua ad essere obbligatoria fino a diciannove anni; in secondo luogo ritenuta indiscutibile la sua utilità per produrre tecnica tradizionale e d'avanguardia. Pochi, nella società media, sono disposti a comprendere la necessità di investire risorse per coltivare

l'aspetto teoretico di quelle discipline che producono, per i più, una novella <<magia naturale>>: se G.B. Della Porta visse ai nostri tempi vedrebbe esauditi molti dei suoi desiderata esposti nei venti libri di *Magia Naturalis*. Dunque in questo dilagare della cultura contabile e della cultura del datore di lavoro si assiste, nel mondo della scuola e della formazione in generale, di riflesso, ad una progressiva emarginazione di intere discipline oppure allo svuotamento di contenuti operato su altre. Nascono per contro, nella società, nuovi ed aggressivi orientamenti, di per sé legittimi nel loro diritto ad esistere, meno legittimi quando pretendono di sostituire e di esaurire i canoni culturali che hanno garantito un senso al percorso di una civiltà. Visto dal versante "umanistico" il panorama poco incoraggiante. Interi generazioni di giovani "maturati" portano seco un diploma ignorando bellamente, e non per colpa loro, l'esistenza (cito a caso) di Omero, di Saffo, o di Sofocle, oppure i fatti salienti della storia antica. Mi sovvien quanto narra Platone nel *Timeo*, a proposito del viaggio di Solone nella provincia egizia di Sais: *"Ora Solone diceva che, giunto col, vi fu ricevuto con grandi onori, e che, avendo interrogato sui fatti antichi i sacerdoti più dotti della materia, trovò che né egli né alcun altro Greco sapeva, per così dire, niente di tali cose. E una volta, volendo provarli a parlare di fatti antichi, prese a dire degli avvenimenti che qui si credono i più antichi, e favoleggiò di Foroneo, ch'è detto il primo uomo, e di Niobe e, dopo il diluvio, di Deucalione e di Pirra, com'erano sopravvissuti, e passò in rassegna i loro discendenti, e ricordando i tempi tentò di calcolare la data degli avvenimenti di cui parlava. Ma uno di quei sacerdoti, ch'era molto vecchio, disse: - O Solone, Solone, voi Greci siete sempre fanciulli, e un Greco vecchio non esiste!- E avendo udito, Solone gli chiese: -E come? Che questo che dici?- -Voi, riprese quello, siete tutti giovani d'anima, perché in essa non avete riposta nessuna vecchia opinione d'antica tradizione, nessun insegnamento canuto per l'età. Ben difficilmente riusciremmo a capire il presente se non ci orientiamo nel passato, se non abbiamo gli strumenti e la lingua per dialogare con i millenni che ci hanno preceduto. Ma davvero necessario un conflitto tra una visione umanistica ed una visione scientifica nel campo teorico e pratico dell'attività umana, o non piuttosto un falso conflitto alimentato per indebolire le migliori energie di entrambi i*

³Che poi diviene sinonimo acquiescente di "integrazione".

versanti, per limitare sempre pi l'originalit dei modi di pensare di una umanit altrimenti poco incline alla massificazione? Certi semplicismi, certe artificiali divisioni, sono comode e funzionali ad un sistema che ci vuole supini ed inconsapevoli ([12]). Inoltre, solo non ignorando i contenuti scientifici, le acquisizioni recenti e le conquiste del passato si potr davvero accedere verso figure professionali capaci di progettare un medicina davvero utile ed umanizzata ([13]). Vale quindi la pena (a costo di sembrare contraddittori ed incomprensibili) di continuare ad interrogarsi circa la nostra collocazione rispetto alle scienze naturali e alle scienze umane, avvertendo la necessit di ripensare il ruolo della riflessione etico-pratica, nell'intento di fornire basi adeguate e motivazioni sufficienti per approfondire il senso della convivenza civile e del progresso umano ([14]). I diversi contributi qui raccolti riflettono, in una pluralit di prospettive e di contesti, la comune preoccupazione per le declinazioni della responsabilit umana nei suoi significati individuali, sociali e storici. Vale la pena insistere sulla complessit delle problematiche in gioco e sul fatto che le terapie erogate possono e debbono essere erogate in rapporto a ragionamenti non solo economici ma di qualit della vita e di individualizzazione dinamica del rapporto medico-paziente⁴ ([15], [16]). E noi, come Batman (Tex o Capitan Miki), non vorremmo mai sentirci disertori o "irresponsabili" ([17], [18]). Il nostro potr anche essere un discorso "frammentario", ma certamente non privo di passione, ed anzi, decisamente "amoroso" ([19]). Attraverso il richiamarsi (e dipanarsi) di una geografia di luoghi topici (espressi in forma mista, umanistica e tecnica), abbiamo espresso convinzioni e disagi, lati un ombre ed in piena luce, in definitiva l'ordine alfabetico a forma di frammento, che tutto evoca e disperde ([20]), nella complessit di un tema in piena progressione, definizione e sviluppo. Con Daredevil possiamo dire: "se mai ti venisse il dubbio che esiste una coscienza, pensa ai disagi che incontri ogni giorno" ([21]).

⁴Il settore del benessere vive un'esplosione senza precedenti: il ritorno delle cure termali, il successo delle medicine non convenzionali e dei centri olistici sono l'evidente segnale dello sviluppo di questo settore che viene gi definito "il business da un miliardo di dollari" che segner la rivoluzione del benessere in tutti i paesi sviluppati. Ma questo in modo "consumistico" e senza alcun cambiamento nella struttura portante della cultura e della consapevolezza umana.

Bibliografia

- [1] Aicardi G. *Sin cinema. Il genio di Frank Miller da Batman a Sin City*, Ed. Tunu, Milano, 2005.
- [2] Miller F. *Frank Miller*, Ed. Titian Publishing Group, New York, 2002.
- [3] Miller F. *Il Ritorno del Cavaliere Oscuro*, inserto a La Repubblica, dicembre 2004.
- [4] Valente I. (prefazione a) *Dal Codice da Vinci a Celestino V*, CD-ROM, Ed. Regione Abruzzo, L'Aquila, 2005.
- [5] Moscati S. *Introduzione al Catalogo della Settimana della Cultura Scientifica*, Ed. Accademia dei Lincei, Milano, 1999.
- [6] C.D. Ordine dei Medici de L'Aquila *Editoriale*, La Provincia Medica Aquilana, 2005, 3: 3-4.
- [7] Di Stanislao C. (a cura di) *Argomenti di Medicina. Il dialogo e l'integrazione fra culture e modelli*, Ed. Fondazione Silone, L'Aquila-Roma, 2005.
- [8] Marcelli F. *Anima, mente, corpo e malattia*, Omeonet, 2003, 9: 15-18.
- [9] Di Stanislao C. *Davvero pensiamo di essere liberi?*, <http://www.solaris.it/indexprima.asp? Articolo=1127>, 2004.
- [10] Gurgio O. *Scascia. Illuminismo cristiano*, Ed. Fondazione Soilone, Roma, 1997.
- [11] Vineis P. *Nel crepuscolo della probabilit. La medicina tra scienza ed etica*, Ed. Einaudi, Torino, 1999.
- [12] Meletti Bertolini M. *Etica e politica. Saggi in memoria di Ferruccio Focher*, Ed. Franco Angeli, Milano, 2004.
- [13] Di Stanislao C., Brotzu R., De Berardinis D. *Pi "cuore" per la nuova medicina. Una carta dei doveri e dei valori nella professione medica attuale*, www.agopuntura.org, in press.
- [14] Di Stanislao C. *Medicina Integrata: una sfida da raccogliere*, , <http://www.solaris.it/indexprima.asp? Articolo=1222>, 2005.
- [15] Bosco L. *Management del benessere. Progettare, avviare e gestire un centro di benessere e di medicina naturale*, Ed. Franco Angeli, Milano, 2004.
- [16] Bosco L. *Management del benessere. Progettare, avviare e gestire un centro di benessere e di medicina naturale*, Ed. Franco Angeli, Milano, 2004.
- [17] Mc Eoin B. *Il grande libro della medicina naturale. Conoscere e saper utilizzare al meglio tutte le tecniche terapeutiche alternative*, Ed. Newton, Roma, 2002.
- [18] Bartocci E. *Il futuro nella storia del socialismo. Saggi sul pensiero e l'esperienza politica di Francesco De Martino*, Ed. Lacaita, Reggio Calabria, 2002.
- [19] Barthes R. *Frammenti di un discorso amoroso*, Ed. Einaudi, Torino, 1981.
- [20] Dolfi A. (a cura di) *Frammenti di un discorso amoroso nella scrittura epistolare moderna*, Atti di seminario. Trento, maggio 1991, Ed. Bulzoni, Roma, 1991.
- [21] Nepoti R. *Daredevil*, La Repubblica, 5 aprile 2003.

Moxa indiretta di tipo domestico nel trattamento delle coliche addominali del lattante

Dott. Carlo Di Stanislao
c.distanislao@agopuntura.org

Dott. Daniela Lorusso

Dott. Pierfrancesco Fusco

Dott. Enrichetta Gallo

Dott. Raffaele Ciarfella

Sommario

Si inquadrano le coliche addominali infantili sotto il profilo scientifico ed in Medicina Cinese e si riferisce di una casistica trattata in ambiente domestico mediante moxibustione sui punti 12-8 e 5CV. Lo studio, spontaneo, aperto e sequenziale, mostra una buona azione sintomatica della moxa indiretta.

Parole chiave: coliche addominali infantili, moxa, punti di agopuntura.

Abstract

The infantile abdominal colics under the scientific profile are framed and in Chinese Medicine and it refers of one casuistry dealt in domestic atmosphere by means of moxa on the points 12-8 and 5CV. The study, spontaneous, opened and sequential, extension one good symptomatic action of the indirect moxa.

Key words: infantile abdominal colics, moxa, acupuncture points.

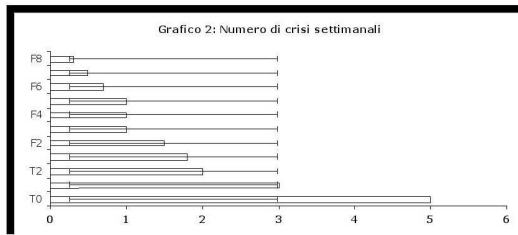
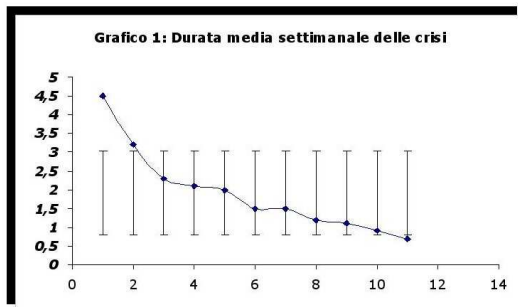
Con il termine di colica infantile (o colica gassosa infantile) si intende una condizione caratterizzata da pianto eccessivo di tipo parossistico e inconsolabile, per lo più ad insorgenza serale, associato a distensione addominale e flatulenza in un lattante eutrofico fra le 2 settimane e i 4 mesi di vita [1]. Nel corso di tali episodi il piccolo si presenta con gambe flesse sull'addome, congesto in volto, contratto e con i pugni serrati. Wessel ha inoltre quantizzato la colica (regola dei tre tre): deve durare più di 3 ore per più di 3 volte al giorno, per più di 3 volte la settimana e per più di 3 settimane. La prevalenza, secondo le diverse casistiche, varia dal 10 al 40% dei lattanti [2]. Il trattamento sintomatico prevede, come per tutte le coliche addominali infantili, l'uso o di atropinici (butilbromuro, ioscamina, propoantelina) o principi miolitici come meberina o derivati vegetali (aneto e menta piperita), [3]. I dati della letteratura sulla

patogenesi del disturbo si orientano su due ipotesi: psicorelazionale e organicistica [4]. Secondo l'ipotesi organicistica alla base di molte coliche infantile vi sarebbe una intolleranza alimentare, soprattutto al latte, inteso come proteine o lattosio [5]. Una revisione ampia della letteratura dimostra che solo l'11% delle coliche infantile è legata ad intolleranza alimentare e che esse, di solito, insorgono entro le prime sei settimane di vita e sono frequenti in neonati con atopia familiare [6]. La persistenza di crisi coliche oltre il 4 mese si ascrive sovente a malattia da reflusso gastroesofageo⁵, mentre la più parte delle coliche fra la 6⁰ e la 16⁰ settimana si deve ad ansietà del bambino, inadeguatezza familiare e più spesso materna, con iper-ecceitabilità e bassa soglia alle stimolazioni dolorose [7]. Secondo quanto stabilito dai medici del periodo Song l'accumulo di gas nell'intestino (dachangfeng) si deve a debolezza dell'insieme del TR-Medio, con Stasi del cibo e successivo sviluppo di Vento (feng). Un bambino con madre insicura ed apprensiva può vivere uno stato di estrema preoccupabilità e, pertanto, indebolire il già non maturo TR-Medio [8]. L'impiego di moxa è considerato il metodo più attivo, in Medicina Cinese, nel trattamento dei bambini al di sotto dei sei anni d'età, indipendentemente dalla diagnosi energetica [9], [10]. Si possono educare i genitori all'uso domestico di moxa, soprattutto su pochi punti di facile reperibilità. Le osservazioni di Kespi ci inducono a ritenere utili, in tutte le forme infantili con debolezza del TR-Medio, i punti 5CV e 12CV: il primo in grado di rendere "operante" la Yuanqi; il secondo attivo sul Jiao-Medio [11], [12]. Un punto molto importante, poi, nei disturbi intestinali dell'infanzia è l'8CV, il quale, come punto Shen [13], agisce anche sulle componenti emotive ed il disagio psichico individuale [14], [15], [16].

Casistica

Sono stati selezionati sette bambini (quattro maschi e tre femmine) di età compresa fra i 2 e i 3 mesi, con diagnosi pediatrica di colica infantile severa, non familiarità allergica e bassi livelli di IgE.

⁵ Qui si ricorda che il procinetico cisapride è controindicato poiché incrementa il tono intestinale. Si veda: *Direzione generale dell'uso dei farmaci e della farmacovigilanza: L'uso dei farmaci nei bambini*, Ed. Ministero della salute, Roma, 2005.



I genitori (in due casi il padre ed in cinque la madre), sono stati educati all'impiego, una volta al dì, la sera, prima del riposo notturno, di moxa indiretta (sigari di *Artemisia vulgaris*) sui punti 12, 8 e 5CV, riscaldati sino ad iperemia attiva. Il trattamento, giornaliero, ha avuto la durata di quindici giorni. Si sono valutate (con diario giornaliero): durata e frequenza delle crisi, con follow-up di due mesi.

Non si sono verificate *défaillance* né reazioni avverse e tutti i genitori si sono detti soddisfatti dei risultati conseguiti sia a fine terapia che dopo il follow-up. Il trattamento, semplice e sicuro, può pertanto essere proposto nel caso di coliche addominali infantili non legate ad intolleranza alimentare.

Bibliografia

- [1] Stordal K., Nygaard E.A., Bentsen B.S. *Recurrent abdominal pain: a five-year follow-up study*, Acta. Paediatr., 2005, 94(2):234-236
- [2] Scotta S. *La colica infantile*, in *Atti del Meeting Allergia & immunità*, Ed. Società Italiana di Pediatria, Riva del Garda (TN), Vol. II, 1997.
- [3] AAVV *Medicines for children*, ed. RCPCH, London, 2002.
- [4] Treem W.K.R. *Infant colic*, Pediatrics Clin. North Am., 1994, 41: 1121-1139.
- [5] Lothe L., Lindberg T. *Cow's milk whey protein elicits symptoms of infantile colic in colicky formula fed infants; a double blind cross-over study*, Pediatrics, 1989, 83: 262-266.
- [6] Zanussi C. (a cura di) *Trattato Italiano di Allergologia*, Ed. Selecta Medica, Pavia, Voll I-II, 2003.
- [7] Oggero R., Garbo G., Savino F., Mosert M. *Dietary modifications versus dicyclomine hydrochloride in the treatment of severe infantile colics*, Acta Paediatr., 1994, 83: 222-225.
- [8] Scott J. *Pediatrics in TCM*, Ed. Paradigm Publications, Seattle, 2002.
- [9] Corradin M., Di Stanislao C. *Considerazioni sulla diagnosi e la terapia in età pediatrica*, <http://www.neurolinguistic.com/proxima/agoroma/12.htm>, 1999.
- [10] Di Stanislao C. *Moxa*, TMA, 1994, 11: 40-43.
- [11] Kespì J.M. *Cliniques*, Ed. Guy Trédaniel, Paris, 1989.
- [12] Perrey S. *Les Points*, polycopie, Ed. AFA, Paris, 1988.
- [13] Di Stanislao C. *Le Metafore del corpo. Dal simbolo alla terapia. Percorsi integrati di Medicina Naturale*, Ed. CEA, Milano, 2004.
- [14] Di Stanislao C. *Turbe Digestive in Medicina Cinese*, CD-ROM, Ed. AMSA, Roma, 2005.
- [15] Di Stanislao C. *Patologia Gastroenterologica*, [www.sowen.it/L'Aquila/Materiale Didattico](http://www.sowen.it/L'Aquila/MaterialeDidattico), 2004.
- [16] Di Stanislao C. *Dispense del Corso di Agopuntura e Medicina Cinese*, <http://www.medicinabiointegrata.it/forum/viewtopic.php?p=12#12>, 2005.

Agopuntura e posture sacre nel trattamento del dolore del cingolo pelvico in gravidanza

Dott. Carlo Di Stanislao
c.distanislao@agopuntura.org

Dott. Pierfrancesco Fusco

Dott. Enrichetta Gallo

“Chi semina nel vento fa fiorire il cielo”
Italo Nostromo

“Dolore entrando nel mondo e dolore nel lasciarlo ma il tempo che intercorre compensa tutto”
Italo Nostromo

Sommario

Il dolore del cingolo pelvico è una condizione frequente della gravidanza. Essa dipende dallo stato dei muscoli, dello scheletro, dal volume uterino e fetale. Sintomo a volte molto invalidante, può essere trattato abbinando trattamenti agopunturistici e posture curative della tradizione cinese. La selezione della paziente e dei punti è molto importante.

Parole chiave: gravidanza, dolore pelvico, posture, agopuntura.

Abstract

The pain of the pelvic girdle is one frequent condition of the pregnancy. It depends on the state of muscles, of the skeleton, from the fetal and uterus largeness. Symptom to times a lot invalidating, can be dealt binding together acupuncture treatments and curative posture of the Chinese tradition. The selection of the patient and the points is a lot important.

Key words: pregnancy, pelvic pain, posture, acupuncture.

Un recente lavoro su BMJ ([1]) dimostra che agopuntura e esercizi stabilizzanti possono risultare più utili dei trattamenti convenzionali (attività fisica e cintura pelvica, ad esempio), in corso di dolore gravidico del cingolo pelvico. Precedenti osservazioni avevano valutato positivamente l'azione antalgica dell'agopuntura in tali circostanze ([2]). Va qui ricordato che alla base del dolore del cingolo pelvico vi sono le variazioni di postura, la diastasi pubica, l'effetto compressivo dell'utero e del feto e l'aumento di peso ([3]). Durante la gravidanza si verificano alcuni cambiamenti a carico dello scheletro dei muscoli, delle articolazioni e dei legamenti. Tali modificazioni corporee rientrano nella fisiologia della donna gravida, ma possono talvolta essere causa di problematiche anche dolorose. Per prevenire e contenere i disturbi legati a tali modificazioni, così da poter vivere con benessere i mesi della gravidanza, occorre eseguire

una corretta e mirata serie di esercizi, preferibilmente frequentando un corso specifico per ottenere, sotto il diretto controllo di personale esperto, la corretta impostazione ed esecuzione degli esercizi stessi ([4]). Col passare delle settimane di gestazione, l'aumento del peso del feto e del volume uterino creano un ostacolo compressivo meccanico sui grossi vasi pelvici e addominali (vene iliache, vena cava), determinando spesso disturbi circolatori, edemi e crampi. Inoltre l'aumento ponderale della donna in gravidanza è causa di sovraccarico funzionale, spesso doloroso, non solo sul rachide, ma sul bacino e sulle articolazioni degli arti inferiori (ginocchia, caviglie, piedi e, soprattutto le anche), [5]. Un eccessivo aumento di peso della donna in gravidanza accentua il sovraccarico funzionale sul rachide e sulle articolazioni degli arti inferiori, i disturbi di circolo e la sintomatologia ad essi connessa. È fondamentale pertanto che alla ginnastica sia abbinata una corretta educazione alimentare e, se necessario, una specifica dieta per contenere l'aumento del peso. Inoltre va ricordato che la muscolatura addominale gioca un ruolo fondamentale nella stabilizzazione della colonna e del bacino e, in relazione alla propria collocazione topografica, condiziona in maniera importante il tratto lombo-sacrale, del pube, dell'ileo e dell'ischio ([6]). I muscoli della parete addominale agiscono da stabilizzatori con azione sinergica alla muscolatura rachidea e a quella degli arti inferiori (estensori/flessori d'anca, abduttori/adduttori della coscia) che prossimamente s'inseriscono sul bacino, condizionandone l'equilibrio ([7]). Da tali considerazioni risulta chiaro che un ottimo tono e trofismo muscolare è condizione necessaria per una corretta dinamica di movimento. Tale tonicità favorirà la coordinazione motoria e la sinergia tra i muscoli dell'addome e quelli degli arti inferiori; tra i muscoli dell'addome e quelli del rachide limitando la comparsa di patologie da sovraccarico quali dolore del cingolo, pubalgia e lombalgia. E' consigliato eseguire esercizi senza peso come la cyclette o l'aquagym oltre, naturalmente, a ginnastiche attive per tonificare i muscoli addominali. E' consigliabile che le donne in gravidanza evitino esercizi con lo slide, lo step e sull'abductor/adductor machine ([8]). La postura attiva tenuta per un certo tempo induce contrazione isometrica e miglioramento del tono muscolare ([9]), conducendo, al contempo, ad un miglior "aplomb" ([10], [11], [12]). Va qui

detto che la gravidanza è un fenomeno Yin in cui un “ammasso di Sangue” (il feto), si sviluppa sotto il diretto controllo della madre. Lo stato del Fegato, della Milza e del Rene sono indispensabili per un corretto svolgimento della stessa ([13]). Va aggiunto, poi, che il Rene controlla lo stato della colonna lombare, la Milza ed il Fegato, in generale, trofismo e tonicità della muscolatura striata ([14]).

Studio clinico

Sei donne (una primipara e cinque secondipare), in gravidanza fra la 26^a e la 30^a settimana, tutte con dolore del cingolo pelvico, sono state sottoposte, per un mese, a sedute bisettimanali di agopuntura e trattamento con “posture sacre” della tradizione cinese. Nessuna era sovrappeso e nessuna presentava disturbi clinici legati alla gravidanza (ipertensione, pre-eclampsia, nefrosi, ittero, ecc.). Con breve addestramento le donne sono state invitate ad assumere, per 15 minuti mattina e sera, la posizione del “palo eretto”, con gambe mediamente divaricate, bacino flesso, tronco eretto. La postura era tenuta con forte concentrazione per 15 minuti, seguita da automassaggio (per un minuto su ciascun punto) sui punti GV20⁶ e KI1⁷. Due volte a settimana erano trattate, con aghi bi-metallici da 0,30 X 30 mm e con infissione perpendicolare semplice e senza manipolazioni, sui punti 14KI⁸ e 53BL⁹. Secondo AA sia francesi ([15]) che italiani ([16], [17]), questi punti trattano in generale la pelvi e l'equilibrio fra Energia e Sangue che in essa di compie. Questi punti, inoltre, non presentano alcuna controindicazione, né tradizionale né più recente, in corso di gravidanza ([18], [19], [20]). Le sedute avevano una durata di 30 minuti ed erano intervallate da tre-quattro giorni. Va precisato che, essendo persuasi che la motivazione è parte integrante della risposta terapeutica, abbiamo selezionato le donne dopo un attento colloquio volto a chiarire gli aspetti di base e le caratteristiche generali del trattamento secondo i principi della Medicina Cinese ([21]). Questo può aver senz'altro influito sui risultati: sia perché abbiamo preselezionato soggetti più disponibili, sia per l'in-

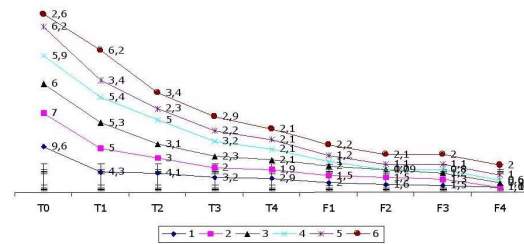


Figura 1: Andamento del dolore. T0-T4 Attivo F1-F4 Follow-Up

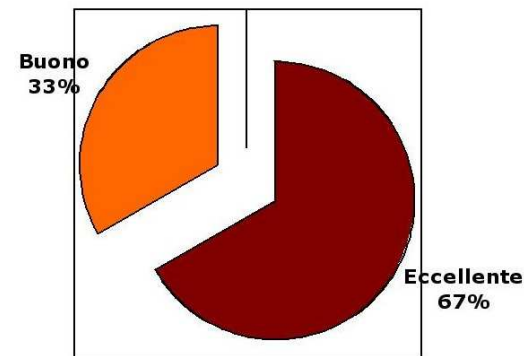


Figura 2: Giudizio soggettivo

duzione di una suggestione e di un effetto placebo ([22]). In effetti siamo persuasi che, voler eliminare la componente emotiva, psichica, nel terapeutica e nel paziente, riduce grandemente l'efficacia di ogni terapia e non giustifica, in molti casi, la necessità di comprovare l'efficacia di un trattamento ([23], [24], [25]). L'andamento del dolore, valutato con scala analogica visiva a 10 punti (Fig. 1), ha dimostrato una spiccata efficacia della combinazione terapeutica. Un follow-up di un mese ha permesso di rilevare che il miglioramento sintomatologico si è mantenuto nel tempo. Il giudizio complessivo è stato molto buono (Fig. 2) ed eccellente la compliance del campione considerato.

⁶Ingresso del cielo

⁷Radicamento della terra

⁸Che controlla in generale il bacino

⁹Punto di equilibrio a livello del bacino della coppia Qi/Xue

Bibliografia

- [1] Elden H., Ladfors L., Olsen M.F., Ostgaard H.C., Hagberg H. *Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial*, BMJ, 2005, 330(7494):761-765.
- [2] Thomas C.T., Napolitano P.G. *Use of acupuncture for managing chronic pelvic pain in pregnancy. A case report*, J Reprod. Med., 2000, 45(11):944-946.
- [3] Gerli A. *Lezioni di Ginecologia e Ostetricia*, Vol. II, Ed. Porziuncola, Assisi (PG), 1977.
- [4] Britnell S.J., Cole J.V., Isherwood L. et al. *Postural health in women: the role of physiotherapy*, J Obstet. Gynaecol. Can., 2005, 27(5):493-510.
- [5] Stones R.W., Vits K. *Pelvic girdle pain in pregnancy*, BMJ, 2005, 331(7511):249-250.
- [6] AAVV *La dieta in gravidanza*, Ed. Paperback, Milano, 2000.
- [7] Thibodeau G.A., Patton K.T. *Anatomia & Fisiologia*, Ed. CEA, IV ED., Milano, 2005.
- [8] Di Pietro P. *Gravidanza e parto in piena salute*, Ed. Red/Studio Redazionale, Como, 2005.
- [9] Cabitza P., Ciarambino A., Doialio P.A. *Il dolore vertebrale. Ginnastica e igiene posturale*, Fogliazza, Milano, 1986.
- [10] Gattoronchieri V. *La Postura Corretta*, Ed. De Vecchi, Milano, 2005.
- [11] Moiraghi C. *Le tecniche corporee nella medicina tradizionale cinese*, Ed. Jaca Book, Milano, 1996.
- [12] Zhang G. *Daoyin yangsheng gong. Esercizi fisici e di respirazione per il mantenimento della salute*, Ed. Nuova Ipsa, Palermo, 1992.
- [13] Sciarretta C. *Ostetricia e Ginecologia in Medicina Cinese*, polycopie, Ed. AMA, Ancona, 1985.
- [14] AAVV *Introduzione ai Principi della Medicina Cinese*, Ed. AMSA, Roma, 2003.
- [15] Kespì J.M. *L'Acupuncture*, Ed. Maissonneuve, Moulin les-Metz, 1982.
- [16] Di Stanislao C. *Le metafore del corpo: dal simbolo alla terapia. Percorsi Integrati di Medicina Naturale*, Ed. CEA, Milano, 2004.
- [17] Salvatori S. *L'energetica della pelvi*, La Mandorla (www.agopuntura.org), 1997, II.
- [18] Maciocia G. *Ostetricia e ginecologia in medicina cinese*, Ed. CEA, Milano, 2002.
- [19] Xie Z. *Practical Traditional Chinese Medicine*, Foreign Languages Press, Beijing 2000.
- [20] Gulì A. *Le acque lunari. La medicina cinese e la donna*, Ed. Xenia, Milano, 1998.
- [21] Eisenberg D., Wright T.L. *La via della Medicina Cinese*, Ed. Astrolabio, Roma, 1980.
- [22] Brody H. *Per una filosofia della guarigione. Scienza ed etica dell'effetto placebo*, Ed. Franco Angeli, Milano, 1998.

- [23] Bertolini A. *The Placebo Effects*,
<http://www.natural1.it/ita/english-sectiondettinside.asp?ID=48>,
2005.

- [24] Benedetti F. *La realtà incantata. L'effetto placebo nella vita di tutti i giorni*, Ed. Zelig,
Milano, 2000.

- [25] Di Stanislao C. *Lettera aperta sul "lato oscuro" della scienza*, www.agopuntura.org,
1998.

Trattamento di un dolore post-chirurgico in paziente con ostesintesi talare

Dott. Carlo Di Stanislao
c.distanislao@agopuntura.org

Pierfrancesco Fusco

Specialista in Anestesia e Rianimazione, Diplomato in Agopuntura, Docente della Scuola Italo-Cinese di Agopuntura, Dirigente di 1 Livello ASL 04 L'Aquila.

“Modella l'azione alla parola, la parola all'azione”
William Shakespeare

Sommario

Le fratture dell'astragalo vanno ridotte chirurgicamente a causa delle possibili complicanze. La riduzione chirurgica causa, a volte, vivo e persistente dolore, refrattario ai trattamenti farmacologici. Si riferisce di un caso trattato con punti di agopuntura atti a muovere l'Energia ed il Sangue.

Parole chiave: dolore post-chirurgico, Stasi del Sangue, agopuntura.

Abstract

The fractures of the astragalus go reduced surgical because of the possible complications. The surgical reduction cause, to times, alive and persistent pain, refractory to the pharmacological treatments. One refers of a case dealt with acupuncture points actions to move the Energy and the Blood.

Key words: post-surgical pain, Blood Stasis, acupuncture

L'astragalo o talo è un osso corto che si trova esattamente sotto la tibia e forma quindi, insieme alla fibula, l'articolazione della caviglia. Esso occupa una posizione chiave nell'articolazione del retropiede e, pertanto, risulta quasi completamente coperto da cartilagine articolare. L'osso ha una forma grosso modo cubica. Ha un corpo arrotondato su cui si articola la tibia, che si prolunga poi anteriormente in una testa anch'essa tondeggiante che si articola con lo scafoide¹⁰. Si distinguono un corpo, una testa, un collo (fra le due) e sei facce. La faccia superiore è interamente occupata da una troclea, la faccia inferiore si articola mediante due faccette articolari con il calcagno, queste ultime sono fra loro divise dal solco dell'astragalo che, assieme ad una doccia presente sul calcagno, forma il seno del tarso. Di queste due faccette, quella anteromediale è a sua volta divisa in una faccetta anteriore ed una media ([1]). L'astragalo agisce come snodo tra i due malleoli ([2]). Le fratture del talo sono relativamente rare

e, in alcuni casi, molto difficili da diagnosticare¹¹ ([3]). L'opinione condivisa dagli specialisti è che ogni frattura del talo richieda un intervento chirurgico a cielo aperto con riduzione e mezzi osteosintetici per raggiungere un risultato ottimale. L'intervento consiste sia in una riposizione anatomica di tutti i frammenti, oppure una rimozione di certi frammenti con lo scopo di poter muovere senza ostacoli le articolazioni corrispondenti ([4]). Tra le complicanze associate alle fratture scomposte del collo astragalico ampia evidenza è stata data in letteratura alla necrosi avascolare del corpo astragalico, all'artropatia post traumatica di tibio tarsica e sottoastragalica ad i difetti di consolidamento. Questi ultimi, a parte le pseudoartrosi, possono esitare in un malallineamento sul piano sagittale, facilmente riconoscibile ai radiogrammi in laterale o ad un difetto di riduzione sul piano frontale. Quest'ultima eventualità, possibile anche in casi scomposizione apparentemente minime, esita in un difetto rotatorio in varo del retropiede. La deformità in varo condiziona un irrigidimento del della coxa pedis, che diviene rapidamente sintomatico per il carico prevalente sul bordo esterno del piede, e si aggrava nel tempo per il coinvolgimento degenerativo della sottoastragalica. Il suo riconoscimento nel fasi acute del trauma è difficoltoso con i soli radiogrammi standard. L'esame clinico rimane il miglior strumento per depistare i difetti rotazionali del retropiede negli esiti di frattura dell'astragalo e può eventualmente essere integrato dallo studio TAC dell'astragalo. Il trattamento, prevalentemente chirurgico, si basa su osteotomie di valgizzazione del calcagno quando non è compromessa la sottoastragalica o in caso contrario in artrodesi in correzione della sottoastragalica ([5], [6]). L'intervento con riposizione ed osteosintesi produce, molto spesso, dolori persistenti per reazioni neurologiche, periostali e dei tessuti molli intra, iuxta e para-articolari, legate ai processi di cicatrizzazione ([7], [8]) ma anche a fenomeni neurovascolari non completamente chiariti ([9]). L'agopuntura sembra essere efficace nel dolore-post-chirurgico ([10], [11]), soprattutto impiegando con sapienza i punti da trattare, non secondo criteri neuroanatomici, ma in relazione ai dati tradizionali ([12], [13], [14]).

¹⁰Osso di forma navicolare, anteriore rispetto alla testa dell'astragalo, a contatto con la faccia prossimale dei tre cuneiformi.

¹¹Necessarie RMN e TAC

Caso Clinico

D. G., di 38 anni, si presenta alla nostra osservazione per un dolore di tipo urente al collo piede di destra, irradiato alla pianta e a tutte le dita ed al malleolo interno, successivo ad intervento chirurgico a cielo aperto osteosintetico¹², dopo frattura scomposta del collo del talo per caduta. L'intervento era avvenuto un mese prima e le terapie con antidolorifici di tipo anti-infiammatorio non steroideo (eticoxib) e oppioidi (tramadolo), non aveva prodotto alcun beneficio. Non utile, inoltre, la fisioterapia, almeno sull'andamento del dolore. Questo era di tipo urente, con parestesie ed ipoestesie, peggiorato dal carico ma anche notturno. All'esame obiettivo l'angolo tibiotarsico era normale, normali la mobilità passiva antero-posteriore, rotatoria e laterale. Due ampie cicatrici lineari erano presenti sul bordo esterno del piede ed in sede sottomalleolare interna. Vi erano zone d'iperalgia compressiva lungo il tratto di Zu Yang Ming fra i punti 41 e 42ST, mentre il dorso del piede e l'area anteriore della pianta mostravano una riduzione della sensibilità tattile e dolorifica. Il riflesso achilleo e dell'avampiede erano normali. Ogni atto chirurgico determina, secondo la Medicina Cinese, un Blocco del Sangue (yuxue) ed occorre tenere conto di questo nel trattamento del dolore post-chirurgico ([15], [16]). Non sempre lingua e polsi sono indicativi, soprattutto se la Stasi è localizzata ([17], [18]). Tutte le tecniche esterne prevedono di mobilitare il Sangue attraverso l'Energia ([19], [20]). Punti che riteniamo utili, per muovere il sangue al piede sono ([21], [22]):

- 39ST, che porta lo Yang verso il basso;
- 37GB, che essendo un Luo muove il Sangue e, in più, ha in questo caso, un decorso centrifugo.

Secondo lo Yi Xue Ru Men, inoltre, in tutti i dolori al piede occorre trattare il punto 3SP ([23]). Oltre a questi punti, trattati solo dal lato dolente con agopuntura in forte stimolazione manipolatoria con tecnica sia verticale che rotatoria sino ad un forte *deqi* ([24]), abbiamo trattato, con agopuntura semplice e bilateralmente, il punto LI 8 che Muove lo Yang verso il basso del corpo e potenzia l'azione

del 39ST ([25]). Non ci siamo sentiti di arrischiare una iperalgia da eccesso di stimolazione locale ed abbiamo evitato di trattare le aree cicatriziali ed il collo piede con martelletto e *guasha* ([26], [27]). Le sedute sono state eseguite ogni tre giorni le prime quattro, poi una alla settimana per un altro mese (totale di terapia sei settimane). Il dolore notturno è scomparso dopo una settimana e dopo due settimane si sono ridotti il dolore d'appoggio e le aree di ipoestesia. A fine terapia non vi erano più aree dolorabili, la deambulazione anche prolungata non produceva dolore, non vi era risveglio notturno e persistevano solo lievi e fugaci disestesie.

¹²Due viti a disposizione obliqua.

Bibliografia

- [1] AAVV *Anatomia Umana*, Ed. Idelson-Gnocchi, Napoli, 2004.
- [2] Thibodeau G.A., Patton K.T. *Anatomia e Fisiologia*, Ed. CEA, IV Ed., Milano, 2005.
- [3] Baldini N. *Introduzione alla diagnostica per immagini in ortopedia e traumatologia*, Ed. CLUEB, Milano, 2005.
- [4] Gallinaro P., Peretti G.R. *Manuale di Ortopedia*, Ed. Mc Graw-Hill Libri Italia, Milano, 2003.
- [5] Misasi N. *L'insuccesso clinico in chirurgia ortopedica*, Ed. Idelson-Gnocchi, Napoli, 1989.
- [6] Herndon J. H. *Chirurgia Ortopedica*, Ed. Piccin-Nuova Libreria, Padova, 1980.
- [7] Bonica J.J. *Il dolore*, Ed. Antonio Delfino, Roma, 1980.
- [8] Liptron S. *Il trattamento del dolore cronico*, Ed. Cortina, Verona, 1981.
- [9] Bellavite P., Musso P., Ortolani R. (a cura di) *Il dolore e la medicina. Alla ricerca di senso e di cure*, Ed. Studio Editoriale Fiorentino, Firenze, 2005.
- [10] Luu M., Boureau F. *Acupuncture in pain therapy: current concepts*, Ther. Umsch., 1989, 46(8):518-525.
- [11] Jhoren P., Drong I., Jackowski J., Arnold W.H. *Experimental algometric study of the hypoalgesic effect of body acupuncture*, Mund. Kiefer Gesichtschir., 2001 5(2):136-140.
- [12] Inrich D., Beyer A. *Neurobiological mechanisms of acupuncture analgesia*, Schmerz., 2002, 16(2):93-102.
- [13] Carlsson C. *Acupuncture mechanisms for clinically relevant long-term effects; reconsideration and a hypothesis*, Acupunct. Med., 2002, 20(2-3):82-99
- [14] Anderson S., Ludenberg T. *Acupuncture—from empiricism to science: functional background to acupuncture effects in pain and disease*, Med. Hypotheses, 1995, 45(3):271-281.
- [15] Faubert A. *Introduzione ai principi dell'agopuntura tradizionale cinese*, Ed. Red/Studio Redazionale, Como, 1982.
- [16] Auteroche B., Navailh P. *La Diagnostic en Médecine Chinoise*, Ed. Maloine, Paris, 1983.
- [17] Bangrazi Petti F., Liguori A. *Lezioni di Agopuntura del China Beijing International Acupuncture Training Center (Centro collaborazione dell'OMS)*, Ed. Paracelso, Roma, 2000.
- [18] Accademia Cinese di Medicina Tradizionale *L'agopuntura*, Ed. Rizzoli, Milano, 1980.
- [19] Milsky C., Andrès G. (trad. e comm.) *Zhen Jiu Jia Yi Jing de Huang Fu Mi*, Ed. Tredaniel, Paris, 2005.
- [20] Corradin M., Di Stanislao C., Parini M. (a cura di) *Medicina Cinese per lo shiatsu ed il tuina*, Voll.II, Ed. CEA, Milano, 2001.
- [21] De Beradinis D. *Armonia dei punti*, polico-pie, Ed. AMSA, Roma, 2001.
- [22] Di Stanislao C. *Le indicazioni più recenti sui punti di agopuntura*, Ed. AMSA, Roma, 2001.

- [23] Dubuois J.C. *Yi xue ru men (suite)*, Rev. Fr. D'Acupunct., 2005, 121: 30-35.
- [24] Ming-te T. *Traité d'Aguilles e des Moxas*, Ed. Imprimerie Fabre et Clie, Paris, 1967.
- [25] Ngyuen V.N., Lanza U., Gourion A. *Agopuntura in ortopedia e traumatologia*, Ed. Espansione, Torino, 1983.
- [26] Palmerini L., Guerrini O. *Agopuntura e digitopressione. Sconfiggere il dolore con la medicina cinese*, Ed. Jsackson Libri, Milano, 1999.
- [27] Muramoto N. *Il medico di se stesso. Manuale pratico di medicina orientale*, Ed. Feltrinelli, Milano, 1990.

Un'algodistrofia da vuoto di Yang

Dott. Carlo Di Stanislao
c.distanislao@agopuntura.org

"Causa ed effetto, ecco ciò in cui credo"
Tim Burton, La leggenda di Sleepy Hollow, 2000

Sommario

La algodistrofia è una sindrome regionale dolorosa complessa, con contemporaneo coinvolgimento del sistema nervoso, dei vasi e delle ossa. La patogenesi non è chiara e la terapia (medica, fisica, chirurgica e riabilitativa), non sempre efficace. Pochi studi riguardano l'impiego dell'agopuntura. In questo caso l'uso di punti locali in grado di agire sulla discesa dello Yang al ginocchio e lungo la gamba, ha dato eccellenti risultati.

Parole chiave: algodistrofia, sindrome del dolore locale complesso, agopuntura, punti barriera.

Abstract

Algodistrophy is a complex regional pain, with contemporary involvement of the nervous system, of it is gone blood and of boneses. The pathogenesises are not clear and the therapy (pharmacological, physics, surgical and reducatonal), not always effective. Little studies regard the employment of the acupuncture. In this case the use of local points in a position to acting on the reduction of the Yang to the medial articulation and along the leg, has given excellent turns out to you.

Key words: agodistrophy, complex regional pasin, acupuncture, barrier points.

Meglio definita sindrome dolorosa complessa regionale (complex regional pain), la algodistrofia (o distrofia simpatica riflessa) è una sindrome di loggia (o di compartimento), che interessa i vasi (sino alla retrazione ischemica di Volkman), l'osso ed il sistema nervoso, con dolori urenti, turbe vasomotorie e distrofie ossee spesso focali o parcellari (sino all'atrofia di Sudeck), [1]. La prima segnalazione è di Mitchell e collaboratori nel 1864 ed ancora oggi esiste molta confusione, anche terminologica, nell'ambito di tale patologia ([2]). Si tratta di una sindrome dolorosa della mano e del polso (più rara all'arto inferiore) che si può manifestare senza cause specifiche o dopo traumi minori o quale conseguenza ad interventi non traumatizzanti ed abituali ma frequenti come la sindrome

del tunnel carpale, le dita a scatto le forme iniziali di malattia di Dupuytren, tutte le fratture-lussazioni delle dita e la frattura del polso nei soggetti anziani. La condizione può essere secondaria ad infarto del miocardio (sindrome spalla-mano di Dresser) o a capsulite della spalla (sindrome di Steinbrocker), con dolore dalla spalla alla mano e edema di quest'ultima o delle dita. L'evoluzione clinica solitamente procede attraverso tre fasi ([3]):

- fase infiammatoria (dolore-edema-turbe vasomotorie-ipersudorazione-causalgia)
- fase atrofica con progressione lancinante del dolore e successiva regressione dell'edema, accompagnato da evidente decalcificazione radiografica dello scheletro,
- fase di anchilosi, con rigidità e diminuzione progressiva del dolore, incremento dell'impotenza funzionale fino al blocco totale.

La patogenesi, come momento fondamentale, riconosce per uno stimolo riflesso che per via assonica o attraverso il midollo spinale o la corteccia cerebrale agirebbe sulla motilità vascolare; inoltre anche le variazioni chimiche locali causate da eventi vari (traumatici e non), [4], [5]. L'aumento di flusso sanguigno aumenta il metabolismo cellulare rendendo i tessuti più sensibili agli effetti dell'ipossia, si accumulano cataboliti e anidride carbonica, compare così acidosi cospicua ed aumento del potassio extracellulare (per distruzione di cellule). L'ipossia stimola l'atonia e la permeabilità delle pareti capillari, mentre l'accumulo di cataboliti e l'acidosi elevano la pressione osmotica ed oncotica del liquido interstiziale. Tutto ciò è responsabile del passaggio di liquidi dai vasi agli interstizi, con edema ed aggravamento del ristagno circolatorio ([6]). L'esame clinico e radiografico (che mostra aree di decalcificazione ed osteoporosi locale) sono dirimenti¹³. A volte è necessario ricorrere a RMN, scintigrafia trifasica e PET ([7]). L'impiego di corticosteroidi, la simpaticolisi farmacologica, transitoria o permanente mediante cateterismo, la rieducazione motoria precoce e la TENS possono

¹³Quando un distretto corporeo è interessato da una lesione, nel suo contesto, avvengono modificazioni vasomotorie caratterizzate da vasodilatazione con aumento del metabolismo tessutale e del consumo di ossigeno. Nella sindrome di Sudeck questi processi biologici superano, per intensità e durata, la soglia fisiologica e danno origine ad un circolo vizioso patologico.

essere di grande utilità. In alcuni casi (dita a scatto o tunnel carpale o necrosi della testa del femore), l'intervento chirurgico è risolutivo. In altri è importante individuare e trattare la malattia di base (ad esempio gotta), [8]. I risultati del trattamento in agopuntura sono molto variabili ([9]). Come per altre patologie la selezione dei punti sembra essere un criterio importante per i risultati ([10], [11]). Va ricordato che in molte condizioni dolorose regionali (anche croniche e complesse), la turba è ascrivibile a Vuoto, Pieno o Ristagno locali di Yin o di Yang, senza coinvolgimenti generali delle 5 Sostanze, dei diversi Meridiani e degli Organi Interni ([12]). In questo caso la patologia risponde alle Otto Regole (Ba Gang)¹⁴ secondo il seguente schema ([13], [14]):

Vuoto di Yang: Dolore cupo, profondo, crampiforme, migliorato dal calore e alla pressione ed indifferente al massaggio. Peggiora di sera e migliora dopo riposo anche breve. Indifferente al massaggio. E' più frequente in basso e a destra.

Vuoto di Yin: dolore urente, terebrante, migliorato dal freddo, peggiorato dal caldo, peggiora di mattina, migliora dopo lungo riposo. Indifferente al massaggio. Più frequente in alto e a sinistra.

Pieno di Yang: dolore urente, trafittivo, rodente, peggiorato dal calore e migliorato dal freddo. Indifferente al massaggio. Più frequente in alto e a sinistra.

Pieno di Yin: Dolore crampiforme, cupo e profondo, peggiorato da freddo e pressione, indifferente al massaggio. Più frequente a destra e in basso.

Ristagno di Yang: Dolore crampiforme, profondo, peggiorato dall'immobilità e dal freddo, migliorato a movimento, massaggio e calore, indifferente alla pressione.

Ristagno di Yin: Dolore urente, nevralgico, folgorante, peggiorato dall'immobilità e dal freddo,

do, migliorato a movimento, massaggio e calore, indifferente alla pressione.

Molto frequenti sono le condizioni di squilibrio locale rispondente alle Otto Regole a livello degli arti ([15]) e queste sono trattabili, secondo le classiche osservazioni di Kespì, con i cosiddetti Punti Barriera degli arti ([16]). Un elemento caratteristico dei disturbi locali è la mancanza di note significative nell'analisi del polso e della lingua ([17]).

Caso Clinico

M.L., donna di 51 anni, dopo sciatalgia destra L5-S1 da ernia discale espulsa (diagnosi con RMN ed Elettromiografia), trattata in successione con FANS, corticosteroidi (peranterali) e, infine, dopo 2 mesi di gravi dolori ed immobilizzazione pressoché totale, con discectomia endoscopica ([18]), manifesta, ad un mese dall'intervento, che ha determinato scomparsa del dolore e recupero funzionale dopo una settimana, quadro algodistrfico dell'area del ginocchio e della faccia antrero-laterale della gamba destra, con dolore crampiforme, soprattutto serale e notturno ed eritema attivo a tipo livedo racemosa della cute sormontante l'area colpita ([19]). Una RMN dell'area lomboscacrale fa escludere fatti compressivi radicolari, mentre una radiografia del ginocchio e del collo piede, mostra aree focali di riassorbimento osseo. Si eseguono trattamenti ambulatoriali con TENS e sedute bisettimanali di ossigeno-ozonoterapia percutanea locale sotto guida TAC, [20], (oltre alla riabilitazione motoria), ma senza alcun risultato alcuni dopo sei settimane. La paziente rifiuta la simpaticolisi selettiva e opta per trattamento in agopuntura (continuando con riabilitazione motoria attiva e passiva quattro volte la settimana). L'anamnesi (a parte l'episodio sciatalgico) è negativa. Nulla di particolare all'interrogatorio relativo all'estremo cefalico, al collo, alle spalle, agli arti superiori, al torace, l'addome, l'alvo, i genitali, i ritmi mestruali le gravidanze e la menopausa. Sonno regolare, non sogni particolari e ripetitivi. L'esame visivo della cute, degli occhi, della regione volare dell'avambraccio e della lingua è negativo. Il polso non mostra anomalie e non si apprezzano aree dolorose palpando torace, addome e l'area dei punti Mu, Shu e He del basso ([21]). Il dolore è descritto come

¹⁴Bisogna fare attenzione a condizioni in apparenza loco-regionali, ma in realtà a coinvolgimento territoriale ampio (bacinco e arti inferiori, torace, testa, ecc.), con anomalie dei Punti Mu. In questo caso avremo Pienezza in un'area e Vuoto in un'altra (ad esempio Pieno in basso e Vuoto in alto).

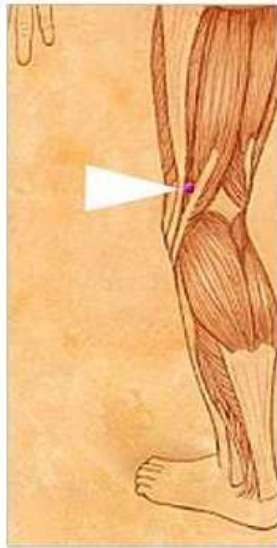


Figura 3: Immagine tratta da: <http://www.acuxo.com>

urente, a crisi improvvise sia diurne che notturne, a partenza dal terzo inferiore della faccia esterna della coscia (subito sopra al ginocchio), con irradiazione alla gamba (regione anteriore e laterale), sino al collo piede. La pressione locale ed il calore migliorano il dolore che è peggiorato dalla lunga deambulazione e dal freddo locale. A livello della cute dell'area latero-inferiore della coscia, sopra il ginocchio e lungo la cresta tibiale, si apprezza eritema attivo di tipo racemoso. Poniamo diagnosi di Vuoto di Yang alla coscia e alla gamba e selezioniamo i punti 33GB (Xi Yang Guan, cfr. figura 3) e 37ST (Shang Ju Xu, cfr. figura 4), punti con aghi da 0,30 X 30 mm, inseriti con la punta rivolta in basso (angoli di circa 30°), manipolati in senso orario veloce sino al deqi, tre volte per seduta¹⁵. Abbiamo eseguito sedute giornaliere per sei giorni e, successivamente, altre quattro sedute distanziate l'una dall'altra, tre giorni. Il dolore si è andato riducendo dalla seconda seduta, divenendo del tutto tollerabile ed episodico dopo la seconda settimana. Dopo 10 giorni l'eritema attivo era completamente scomparso. Dopo due mesi dall'interruzione della terapia, nessuna recidiva e solo episodici dolori e disestesie, soprattutto dopo lunga marcia. Un controllo radiologico mostrava

¹⁵Ogni seduta della durata di 30 minuti.



Figura 4: Immagine tratta da: <http://www.acuxo.com>

parziale recupero delle aree di alisteresi ossea.

Commento

Uno studio italiano della fine degli anni novanta aveva dimostrato che l'agopuntura può risultare utile sulla componente vasomotoria ed algica in corso di distrofia simpatica riflessa ([22]). I punti impiegati sono stati distinti in locali e generali secondo l'ottica di mobilizzare lo Yin o lo Yang in rapporto alla sintomatologia ed alla atrofia ossea presente. L'impiego anche di pochi punti, come dimostrato nel nostro caso, può essere di grande ausilio se il trattamento è iniziato precocemente. Sarebbe inoltre opportuno, nei traumi distorsivi e nelle altre condizioni in grado di indurre algodistrofia (infarto, frattura, ecc.), iniziare un trattamento preventivo mobilizzando lo Yin o lo Yang agli arti ed impiegando punti di ordine generale che mobilizzano l'Energia (38ST¹⁶, 57BL¹⁷ soprattutto), [23], dopo un evento acuto capace di indurre distrofia simpatica riflessa. Infine, alcuni AA, considerano utile, dopo trauma acuto (lussazione, frattura, distorsione), l'impiego preventivo dei punti xi (fenditura o

¹⁶Per arto superiore: sindrome spalla-mano, di Steinbrocker, ecc. Meglio puntura all'opposto.

¹⁷Arto inferiore

di disostruzione) dei Meridiani che attraversano il territorio interessato ([24], [25], [26]).

Bibliografia

- [1] Nath R.K., Mackinnon S.E., Stelnicki E. *Reflex sympathetic dystrophy*, Clin Plast Surg., 1996, 23(3): 435-446.
- [2] AAVV *Algodistrofia*, <http://www.gibis.org/download/algodistrofia.pdf>, 2004.
- [3] Merritt W.H. *Reflex sympathetic dystrophy*, In Russell R.C. Plastic surgery, Ed. Mosby, 2000, New York.
- [4] Blumberg H., Griesser H.J., Hornyak M. *Neurologic aspects of clinical manifestations, pathophysiology and therapy of reflex sympathetic dystrophy (causalgia, Sudeck's disease)*, Nervenarzt., 1991, 62(4):205-211.
- [5] Ganong W.F. *Fisiologia Medica*, Ed. Picci Nuova Libreria, Padova, 1990.
- [6] Ray P.P., Cannella J., Kelly J., et al. *Multidisciplinary management of reflex sympathetic dystrophy*, in Stanton-Hicks, M., ed.: Current management of pain, Ed. Kluwer Academic Publications, Boston, 1990.
- [7] Massara A., Orzincolo C., Prandini N., Trotta F. *Le osteoporosi transitorie regionali*, Reumatismo, 2005, 57(1): 5-15.
- [8] Fantini F. *Archivio di ortopedia e reumatologia*, Atti delle 11/e Giornate ortopedico-reumatologiche dell'Istituto ortopedico G. Pini, Ed. Springer Verlag Italia, Milano, 2004.
- [9] Fargas-Babjak A. *Acupuncture, transcutaneous electrical nerve stimulation, and laser in chronic pain*, Clin. J Pain, 2001, 17 (4 Suppl): S105-S113.
- [10] Ernest E. *Acupuncture: who is missing the points*, Pain, 2004, 109 (3): 106-110.
- [11] AAVV *Decimo Incontro della Commissione interuniversitaria di ricerca in agopuntura*, XV Congresso nazionale di agopuntura dell'AIAM. Roma, 2 marzo 2002, Ed. Paracelso, Roma, 2003.
- [12] De L'Home G. *L'examen du malade en Médecine Chinoise*, polycopie, Ed. AFA, Paris, 1983.
- [13] Navarra M. *Le Otto Regole Diagnostiche*, La Mandorla (www.agopuntura.org), in press.
- [14] Sciarretta C. *Lezioni di Agopuntura*, polycopie, Vol II, Ed. AMA, Ancona, 1983.
- [15] Gabriele M. *Agopuntura: la patologia dei punti "Koann" degli arti superiori ed inferiori*, TMA, 1993, 14 (VII): 5-11.
- [16] Kespi J.M. *L'Acupuncture*, Ed. Maissonneuve, Moulin les-Metz, 1982.
- [17] Bossy J., Laffont J.C., Mauriel C. *Semeiotica Agopunturistica*, Ed. Marrapese, Roma, 1981.
- [18] Tsementzis Sotirois A. *Diagnosi differenziale in neurologia e neurochirurgia. Guida pratica*, Ed. CIC Internazionali, Roma, 2000.
- [19] Braun-Falco O. et al. *Dermatologia*, Vol 1, Ed. Verlag Italia, Milano, 2004.
- [20] Bocci V. *Ossigeno-ozonoterapia*, Ed. CEA, Milano, 2000.
- [21] Maciocia G. *La Diagnosi in Medicina Cinese*, Ed. CEA, Miulano, 2005.
- [22] Barbagallo G. *Le algodistrofie (disturbi vasomotori secondari a traumi)*, Riv. It. D'Agopunt., 1999, 95: 9-12.

- [23] Nguyen V.N. Nguyen-Recours C. *Médecine Chinoise*, Ed. N.V.N., Marseille, 1990.
- [24] Birsch S. *Japonase Acupuncdture. A Clinical Guide*, Ed. Paradigm Publications, Seattle, 1998.
- [25] Ding L. *Acupuncture. Meridian theory and Acupuncture points*, Ed. Foregein Languages Press, Beijing, 1991.
- [26] Roustan C. *Traité D'Acupuncture*, tome III, Ed. Madsson, Paris, 1983.

Un caso di “fame nervosa” trattato con agopuntura

Dott. Carlo Di Stanislao
c.distanislao@agopuntura.org

“Lo scopo della vita, se ne ha uno, consiste semplicemente nella ricerca continua delle tentazioni”

Oscar Wilde

“Non si tratta di affermare o di negare, ma di capire”

Spinoza

Sommario

L'eating emozionale è una condizione che vede le persone mescolare emozioni ed assunzione di cibo. Le cause risiedono nell'infanzia e nella maturazione del nostro rapporto con il cibo. Pertanto, di là dalle apparenze, il trattamento in agopuntura deve tenere conto della relazione cibo-crescita individuale attraverso i vasi Luo. Si presenta un caso esemplare.

Parole chiave: fame nervosa, luo longitudinali, emozioni

Abstract

The eating it moves them is a condition that sees the persons to stir emotions and assumption of food. The causes reside in infancy and the maturation of our relationship with the food. Therefore, here from the appearances, the treatment in acupuncture must hold account of the individual relation food i increase through goes Luo. Present an exemplary case.

Key words: emotional eating, divergent luo, emotions

La "fame nervosa" è il termine comune per indicare ciò che gli studiosi del comportamento alimentare definiscono eating emozionale, cioè "la situazione vissuta da quei soggetti che mescolano le emozioni con l'assunzione di cibo e usano il cibo per far fronte alle emozioni che ogni giorno incontrano" ([1]). Anche chi non è oppresso da problemi di peso raramente mangia solo per soddisfare la fame biologica e per nutrirsi. Alcuni studiosi hanno ipotizzato la causa dei comportamenti alimentari anomali: essi ritengono che la fame nervosa si sviluppi nella prima infanzia. Secondo questa teoria, è essenziale che la mamma capisca quando il bambino avverte un reale bisogno di mangiare e quindi soddisfi la fame porgendogli il seno o il biberon, evitando di offrirgli il cibo quando il pianto infantile non è effettivamente una conseguenza della fame ([2]). Se questa giusta interpretazione della mamma non si verifica, è probabile che il

figlio crescerà senza essere capace di elaborare una giusta identificazione della fame e non saprà distinguere tra questa ed altre sensazioni. Così, nell'età adulta diversi stati d'animo come l'ansia, la tensione, la collera verranno interpretati nel modo sbagliato con conseguente assunzione eccessiva di cibo. L'eating emozionale è caratterizzato da vari stili alimentari e diverse sono le motivazioni ed emozioni che portano alla necessità di usare il cibo, spesso in grande quantità, per far fronte a situazioni di noia, di ansia, di rabbia o di depressione ([3]). Il legame tra alimentazione ed emozioni è ormai dimostrato, anche se questo non significa che l'eating emozionale dipenda necessariamente da severi problemi psicologici o da conflitti interiori; infatti anche le emozioni legate alle normali attività di vita quotidiana possono essere uno stimolo per l'assunzione smodata di cibo, talvolta anche in modo compulsivo. L'eating emozionale non è scatenato da una sola causa: ne sono all'origine fattori biologici, psicologici e culturali. Fa seguito una lista dei modelli tipici dei soggetti con eating emozionale e dei rimedi suggeriti: Mangiatori tristi: l'individuo è triste e tenta di sconfiggere la propria tristezza mangiando. La tristezza in genere ha origine da un'analisi realistica di un fatto spiacevole, di una perdita o di una delusione e può essere considerata come la risposta fisiologica dell'organismo ad uno di questi eventi. E' certamente una sensazione spiacevole, che però può anche rivelarsi utile per aggiungere profondità al significato della vita e, dopo un certo lasso di tempo, si ritorna alla normalità. Non bisogna confondere la tristezza con la depressione, in quanto quest'ultima deriva invece da una distorsione del pensiero nei confronti dell'evento spiacevole. In un quadro di depressione si tende a valutare la situazione negativa in maniera irrazionale e catastrofica, associandovi numerosi fattori quali: tristezza, basso livello di autostima, pessimismo riguardo al futuro, diminuzione dell'interesse sessuale e dell'energia, modificazione dell'appetito e del peso. Per aiutare i mangiatori tristi la prima cosa che si può fare è identificare e modificare il loro pensiero irrazionale, tenendo presente che i sentimenti di queste persone non sono determinati dall'evento, ma piuttosto dai loro pensieri nei confronti dell'evento stesso. Un altro aiuto per il mangiatore triste deriva dall'esercizio fisico continuativo, che genera un miglioramento del tono dell'umore, anche quando il soggetto si nasconde

dietro pensieri del tipo "non sono uno sportivo" o "è troppo faticoso". E' bene ricordare che gli effetti benefici si hanno anche soltanto camminando con frequenza e conducendo una vita più attiva, non è necessario praticare un'attività fisica estenuante. Mangiatori ansiosi: in questi soggetti è tipico il legame intercorrente tra ansia e cibo, specialmente se l'ansia deriva dall'apprensione o dalla preoccupazione per un evento futuro che sarà spiacevole o pericoloso. L'ansia è una sensazione diffusa vissuta come una minaccia indefinita per il benessere e non deve essere confusa con la paura, che è il risultato di una sensazione specifica, immediata e fisica. Il soggetto ansioso tenta di alleviare con il cibo i sintomi di sudorazione, agitazione, tensione, irrequietezza. Per aiutare queste persone è necessario innanzitutto identificare le emozioni e la loro sequenza, i pensieri e le circostanze che creano l'ansia e quindi discutere e modificare in modo razionale l'atteggiamento mentale. Mangiatori annoiati: la noia è probabilmente la più diffusa forma di mediazione emozionale nell'alimentazione ed è spesso associata all'eating emozionale. Per i mangiatori annoiati, infatti, il cibo è l'unico motivo legittimo per poter interrompere un'attività noiosa. Come esempio di questo si può prendere la pausa durante le ore lavorative, quando si beve il caffè e si mangia la brioche: questo è ritenuto accettabile, mentre non lo sarebbe interrompere il lavoro per leggere il giornale o per fare due passi. Anche la casalinga che si ritrova con del tempo libero e non sa che fare, spesso inizia a cucinare e a mangiare. La noia non è associata a dei sintomi evidenti, è quindi difficile identificare il vero problema. L'analisi, la registrazione del cibo assunto e il controllo dei momenti in cui ci si lascia andare durante la giornata sono gli strumenti impiegati per evidenziare l'associazione del cibo a situazioni nelle quali il soggetto non aveva niente di interessante da fare. E' quindi utile programmare attività piacevoli, non impegnative e, quando questo non fosse possibile, cercare di svolgere le attività noiose in un luogo dove non vi sia del cibo disponibile. Mangiatori soli: questi soggetti usano il cibo come il sostituto di qualcosa che manca: un compagno, un amico o qualcuno con cui condividere la vita. Purtroppo la situazione viene a peggiorare con il conseguente aumento di peso, poiché aumentano le difficoltà a relazionarsi adeguatamente con gli altri. Si possono distinguere due tipi di solitu-

dine: la prima è causata dalla mancanza di contatti con gli altri, perciò nei soggetti che ne soffrono bisogna cercare di stimolare il rapporto sociale e con il superamento di eventuali pensieri negativi nei confronti della loro capacità di relazionarsi agli altri e del pensiero pessimistico nei confronti di futuri rapporti. Il secondo tipo di solitudine è caratterizzato da relazioni interpersonali presenti ma estremamente superficiali, tanto che i soggetti in questione hanno paura di condividere i sentimenti con qualcuno, temendo di essere giudicati negativamente e rifiutati. Per risolvere questa situazione bisogna imparare ad identificare uno o due amici reali, a conoscerli meglio, senza pretendere la perfezione nelle persone prescelte. Ovviamente questo processo richiede molto tempo, perciò bisogna sempre ricordarsi che le grandi amicizie sono caratterizzate dall'impegno e dal susseguirsi di numerosi alti e bassi e che solo superando le possibili incomprensioni si costruisce una relazione stabile e duratura. Mangiatori arrabbiati: la rabbia, espressa sotto forma di risentimento, gelosia, indignazione o frustrazione può essere associata all'eating emozionale. Generalmente questi sentimenti derivano dal fatto che il soggetto non riesce ad ottenere ciò che desidera e, quindi, mangia per scaricarsi e per sfogarsi. Il soggetto talvolta soffre di dolori allo stomaco o ai muscoli. Per risolvere questo problema bisogna imparare a gestire la rabbia e per ottenere questo risultato esistono varie tecniche: la prima consiste nell'esternare la rabbia, perché se il soggetto non impara a non reprimere il sentimento, è probabile che si troverà a mangiare senza controllo nei momenti in cui è arrabbiato; un altro sistema consiste nel lavorare sui pensieri irrazionali che producono questo stato emotivo. Spesso il mangiare in maniera esagerata è l'espressione della rabbia e non un modo per ridurla: ad esempio, alcune donne, arrabbiate con il partner perché ha espresso dei commenti negativi sul loro corpo o sul loro comportamento alimentare, sfogano il loro risentimento mangiando sotto gli occhi del partner come per fargli un dispetto: in questi casi bisogna far capire alle persone interessate che così facendo danneggiano soltanto se stesse. Bisogna far loro capire che devono mangiare in modo corretto per se stesse e non per sfidare o per fare piacere agli altri, e che devono parlare apertamente con chi sta loro attorno del proprio peso e del proprio comportamento alimentare,

particolarmente con coloro i quali le criticano. E' possibile individuare tre modi di comunicare: passivo, aggressivo e assertivo. Il passivo parla sottovoce, con gli occhi abbassati, usa parole del tipo "forse", "piuttosto", "se tu potessi" ed è incapace di rifiutare le richieste per paura di offendere gli altri. La rabbia non viene quindi esternata, il soggetto la rivolge verso se stesso per la propria incapacità di farsi valere e il risultato che ne deriva è il mangiare in eccesso. L'aggressivo basa la propria comunicazione sulle sue necessità e su ciò che vuole: parla a voce alta e spesso discutendo arrossisce; usa termini del tipo "mai", "sempre" o "impossibile", a volte minaccia ed è sempre in lotta con gli altri, che sono ai suoi occhi i nemici o le vittime. La sua incapacità di modificare l'ambiente che lo circonda si trasforma in frustrazione e rabbia e quindi si scaglia sul cibo per sfogarsi. L'assertivo comunica esprimendo direttamente le sue necessità, la sua volontà e i suoi desideri, tenendo conto dei sentimenti e delle emozioni della persona con cui sta parlando. Normalmente ottiene i cambiamenti desiderati nelle attitudini e nei comportamenti del suo interlocutore, ma sempre rispettandone i diritti. Nelle sue azioni è sempre consapevole che esiste anche il prossimo, non si aspetta che gli altri facciano tutto per lui e non pensa di dover fare tutto per gli altri. L'assertivo quindi non tende a diventare arrabbiato né frustrato, è per questo che ha un maggior controllo sul proprio comportamento alimentare. Sarebbe quindi una buona cosa imparare a essere assertivi proprio per poter esprimere le opinioni personali, far valere i propri diritti e far fronte ad eventuali violazioni dei diritti considerati "di tutti", come la libertà di espressione e di pensiero. Poche regole possono aiutare ad ottenere questo risultato: bisogna ricordare che ognuno ha il diritto di esprimere ciò che pensa, essere chiari nelle nostre richieste, non criticare la persona con cui si discute, ma solo i concetti che esprime, superare la paura di dire no, accettare con calma le critiche, riflettendo sul fatto che potrebbe esserci del vero in ciò che ci viene detto. Mangiatori celebrativi: fanno parte di questa categoria i soggetti che trovano impossibile gioire di qualcosa senza abusare con il cibo, e hanno molta difficoltà nel prendere parte ad un evento senza mangiare o bere in eccesso. Se un soggetto soffre di questo problema, deve capire che le occasioni sociali sono fatte per incontrare gente e non per mangiare

del cibo superfluo, e che è sempre possibile servirsi di alimenti ipocalorici, a basso contenuto di grassi, anche in queste situazioni. Dieta e fame nervosa (eating emozionale). E' molto importante che una persona che si trovi nella situazione di dover perdere peso, impari a distinguere la fame nervosa da quella biologica. Per fare questo può essere utile individuare se si può associare il proprio comportamento alimentare con gli stili di eating emozionale sopra indicati, registrando, accanto agli alimenti introdotti quotidianamente, gli stati emotivi e le sensazioni fisiche associate in quel momento all'ingestione. Risulterà così possibile distinguere la reale sensazione di fame dalla voglia di cibo stimolata da sensazioni diverse, ma non da un appetito biologico. Una volta imparato a differenziare le due situazioni, si può più facilmente imparare a soddisfare soltanto la fame biologica. Inoltre è utile associare alla dieta dell'esercizio fisico continuativo, che, oltre a migliorare il tono dell'umore, e quindi a ridurre l'eating emozionale, contribuisce anche a ridurre la fame biologica ([4]). Volendo sviluppare il discorso nell'ottica della Medicina Cinese va ricordato che il senso della fame (fame biologica) è sotto il controllo del Rene, mentre il desiderio (spesso compulsivo) di cibo dipende dalla Milza ([5]). Nel caso di eating nervoso da tristezza (bei) si può presumere una turba del Polmone e del Po ([6]), mentre nelle forme depressive con bassa autostima un interessamento dello Yin Qiao Mai ([9]). Invece in caso di ansia o collera che si traducono in fame nervosa è facile immaginare un interessamento del Fegato con Stasi di Qi, iperattività dello Yang ed invasione della Milza ([8]). Le forme contrassegnate da "paura del futuro" sono riconducibili ad una perturbazione del TR-Superiore (shang-jiao), [9], spesso con ansia da anticipazione e/o attacchi di panico ([10], [11]). Va tuttavia ricordato che, anche per la Medicina cinese di tipo Classico, il rapporto con il cibo si imposta nei primi anni di vita ed è regolato dai meridiani Luo Longitudinali (bieluo) secondo ben precise funzioni ([12], [13]) descritte in tabella 1.

Gli altri Luo (Ren e Du Mai e Grande Luo della Milza) entrano meno in questi meccanismi ([14]). Inoltre punti sintomatici possono essere ([15], [16], [17], [18]):

50BL: weicang, che riduce il senso di appetito;

8GB: shuaigu, che controlla tutte le dipendenze,

anche quelle legate al cibo.

Caso Clinico

B.L., donna di 32 anni, archeologa, single. Ci consulta per una fame nervosa che insiste da circa un anno ed ha prodotto un incremento di otto chili di peso. Legata a condizioni di stress (sentimentale e lavorativo), la fame si indirizza verso ogni tipo di cibo e si associa a tensione muscolare diffusa, sonno non ristoratore, introversione e desiderio di restare sola, di non aprirsi agli altri. La paziente fuma circa 20 sigarette al dì dall'età di venti anni. È astenica e consuma 3-4 caffè decaffeinati al dì. Non precedenti patologici degne di nota. Polso un po' accelerato, lingua con forma, colore, indurimento e motilità normali ([19]). Ama molto il suo lavoro e ne parla con partecipazione ed entusiasmo. È molto decisa nelle cose che la interessano, sa distinguere ciò che gli è utile da ciò che non lo è ed è in grado di ascoltare i consigli. Non è paurosa e non riferisce episodi alopecici o rinopatie. Interrogato in proposito ci confessa che sta vivendo un periodo in cui si è "messa in discussione", in cui vorrebbe cambiare (la sua impostazione verso i famigliari, gli amici i colleghi), ma non riesce a farlo. Pensiamo allora a ligou anche se non vi sono cefalee, vertigini, disturbi genitali o della genitalità. Il trattamento, con agopuntura semplice e senza manipolazione per una durata di 30 minuti, riguarda, con puntura perpendicolare con aghi a perdere di 0,30 X 30 mm, una volta a settimana i punti: BL50, GB8 e LR5. Il sonno e la tensione muscolare migliorano rapidamente, rientrando in parametri di normalità in due settimane. Dopo 5 settimane si ha una riduzione dell'eating emotivo, con maggiore autocontrollo. A questo punto, sentito un nutrizionista, la paziente inizia una dieta equilibrata da 1600 calorie, che riesce a seguire con costanza per due mesi, perdendo 4 chili di peso. Giunti alla 13 settimana di trattamento proponiamo di continuare con la dieta e con richiami agopunturali ogni 15 gg. Risentito il nutrizionista la dieta viene portata a 1800 calorie e seguita (con sedute ogni 15 gg) per altri due mesi. A questo punto la paziente ha recuperato il suo peso forma, è più serena, non più astenica e dorme regolarmente. Come dato aggiuntivo c'informa di aver dimezzato il numero delle sigarette e di consuma-

re un solo decaffeinato al dì, assumendo, verso le 17, del tè verde ([20]) con due creckers. Ci dice anche che ha deciso di "tornare sul campo" e partirà, di lì a qualche settimana, per una spedizione archeologica diretta ad Aleppo, la "città grigia" della Siria, dove intende restare per molti mesi (forse un anno), per studiare la civiltà di *Mari* ed in particolare la Dea Dell'Acqua che, 1800 anni a.C., insegnava a guardare ed operare "trasformazioni" e le citazioni della stessa nel "Codice di Aleppo"¹⁸ e contenute anche in Isaia 9:1b-8a¹⁹. "Non so se c'entri l'agopuntura - conclude - ma certamente ho maturato la convinzione che nella vita, per cambiare, occorre scegliere ciò che davvero ci rende felici". Pensiamo che davvero, come scritto dagli autori dell'Ecole Européenne D'Acupuncture ([21]), a livello dei punti di agopuntura "affiora lo Shen" ed è per questo che ogni infissione è un percorso "archeologico" e "speleologico", dentro l'individuo.

¹⁸Al codice di Aleppo si sono largamente rifatti i movimenti di riforma, sostenuti da grandi nomi entrati nella storia dei popoli: Melantone, Lutero, Hus, Zwingli, Calvino.

¹⁹McDaniel T.F.: <http://www.ebts.edu/tmcdaniel/philological-resources.html>, 2003.

Luo	Meccanismo
Polmone (7P)	Portare il cibo alla bocca. Utile nei casi di fame nervosa durante le crisi di tristezza in soggetti che non sanno lasciare, abbandonare qualcosa.
Grosso Intestino (6LI)	Masticazione, triturazione, consistenza. Fame nervosa in soggetti che presentano problematiche tensive all'ATM, aftosi e, talvolta, problemi all'orecchio e/o dispnea.
Stomaco (40ST)	Degluttizione. Fame nervosa con bolo isteri, cefalea, vertigini, contratture arti inferiori.
Cuore (7H)	Piacere e gioia legata alla nutrizione. Soggetto che ha sempre fame in relazione a stimoli eccessivi e stressanti ambientali.
Piccolo Intestino (7SI)	Separazione del "puro dall'impuro". Soggetti con voracità rivolta ad ogni tipo di alimento ed in più chiusi ed incapaci di ascoltare suggerimenti e consigli.
Vescica (58BL)	Il cibo ed il nutrimento come protezione. Soggetti sempre in allarme e con forti tensioni muscolari posteriori. Sintomi frequenti: naso bloccato ed alopecia areata che inizia dalle sopracciglia.
Rene (4KI)	Ancora la protezione attraverso il nutrimento. Soggetto pauroso, pavido, insicuro.
Ministro del Cuore (6PC)	Il lasciar andare al piacere del cibo. Voracità alimentare ma con nausea. Soggetto diffidente verso gli altri.
Triplice Riscaldatore (5TB)	Assunzione di esperienze attraverso il cibo. Voracità con facili turbe metaboliche e grande sensibilità alle variazioni climatiche di ogni genere. Soggetto ciclotimico come umore.
Vescica Biliare (37GB)	La processazione e la scelta attraverso il cibo. Soggetto triste, spento, che si lascia vivere ed è eternamente indeciso.
Fegato (5LR)	Il rinnovamento e la rinascita anche alimentare. Soggetto che ha aumento di appetito nei momenti di crisi che implicano una trasformazione.

Tabella 1: Meccanismi dei meridiani Luo Longitudinali

Bibliografia

- [1] Abramson E.E. *Emozioni e cibo: come controllare la fame nervosa*, Ed. Positive Press Italia, Milano, 1996.
- [2] Ciampolini M., Ciampolini V. *A tavola con gioia. Capire l'alimentazione del bambino per avere un adulto più attivo e più sano*, Ed. Franco Angeli, Milano, 1998.
- [3] Briffa J. *Alimentazione e benessere. I menù e le diete per sentirsi in forma*, Ed. De Agostini, Novara, 1999.
- [4] Bologna M., Di Stanislao C., Corradin M. et al. *Dietetica Medica Scientifica e Tradizionale. Curarsi e Prevenire con il cibo*, Ed. CEA, Milano, 1999.
- [5] De Berardinis D., Di Stanislao C., Corradin M., Brotzu R. *Organi e Visceri in Medicina Cinese. La fisiologia, la clinica e la terapia*, Ed. Sanli-Bimar, Roma, 1992.
- [6] Corradin M., Di Stanislao C. (a cura di) *Lo Psicismo in Medicina Energetica*, Ed. AMSA, L'Aquila, 1995.
- [7] Yuen J.C. *Energetica Generale*, a cura di Simongini E. e Bultrini L., polycopie, Ed. AMSA, Roma, 1997.
- [8] Ross J. *Zang Fu - The Organ System in Traditional Chinese Medicine*, Ed. Churchill-Livingstone, Londo, 1982.
- [9] Kespì J.C. *L'esame del malato in Medicina Cinese*, Ed. Sopen, Milano, 1981.
- [10] Mussat M. *Energetica dei sistemi viventi*, Ed. Marrapese - D.E.M.I., Roma, 1984
- [11] Lavier J. *Medicina cinese, medicina totale*, ed. Garzanti, Milano, 1976.
- [12] AAVV *Jing Luo Mai*, CD-ROM, Ed. AMSA, Roma, 2005.
- [13] Petrocco C., Brotzu R., Corradin M., Di Stanislao C. *Anomalie del comportamento alimentare nei pazienti obesi: interpretazione in chiave Bioenergetica e secondo la Medicina Tradizionale Cinese. Note preliminari e proposta di protocollo*, <http://www.agopuntura.org/>, 2001.
- [14] Di Stanislao C., Corradin M., De Berardinis D., Simongini E., Navarra M. *Considerazioni sui punti e meridiani Luo*, <http://www.agopuntura.org/>, 2000.
- [15] Liu Z. *Good regulation of acupuncture in simple obesity patients with stomach intestine health type*, Chung Kuo Chung Hsi i Chieh Ho Tsa Chieh, 1995, 15: 23-30.
- [16] Perrey S. *Les Points*, polycopie, Ed. AFA, Paris, 1988.
- [17] Beau G. *Medicina cinese*, Ed. Red/studio redazionale, Como, 1980.
- [18] Chamfrault A. *Traité de Médecine Chinoise*, Ed. Coquemard, Angoulême, 1964.
- [19] Auteroche B., Navailh P. *La Diagnostic en Médecine Chinoise*, Ed. Maloine, Paris, 1983.
- [20] Mollard Brusini Y., Brusini C. J. *La dietetica cinese*, 2 Ed., Ed. Ted/studio redazionale, Como 1990.
- [21] Larre G., Rochat de La Valée E. *Les Mouvements du Coeur*, Ed. Dervy Livres, Paris, 1993.

Impiego di agopuntura e lozione a base di L-Melatonina nel trattamento del telogen effluvio

Dott. Carlo Di Stanislao
c.distanislao@agopuntura.org

“La scienza è l'esperienza, e l'esperienza è un manto che si trama a fila di secoli; e più il manto si distende e più la scienza è completa e sicura”
Carlo Bini

“Non si tratta di affermare o di negare, ma di capire”
Spinoza

Sommario

Il telogen effluvium è una condizione frequente che allarma oltre modo il paziente creando ansia e stress in grado di aggravare la condizione. Sono state proposte molte terapie locali e sistemiche, alcune delle quali privi di ogni razionalità. In questo articolo si presenta il risultato di uno studio che ha combinato L-melatonina topica ed agopuntura.

Parole chiave: telogen effluvium, L-melatonina, agopuntura.

Abstract

Telogen effluvium is one frequent condition that it alarms beyond way the patient creating anxiety and stress in a position to aggravating the condition. They have been proposed many local and general therapies, some of which lacking ones in every rationality. In this article the result of a study is introduced that has arranged topical L-melatonin and acupuncture.

Key words: telogen effluvium, L-melatonin, acupuncture

I capelli hanno rappresentato, sin dai periodi più remoti della storia, uno dei punti deboli del corpo umano, fonte di grande sofferenza. La particolarità del valore simbolico ed estetico rende la caduta dei capelli un argomento difficile. L'immagine di sé viene fortemente alterata, in un numero altissimo di persone, quando la capigliatura si dirada e perde volume e lucentezza. Le frasi "se avessi i capelli sarei felice, con una vita di relazione normale", "se avessi i capelli potrei avere un lavoro di successo e prestigio" o "preferirei avere un tumore piuttosto che perdere i capelli" sono purtroppo ben note al dermatologo che si occupa di tricologia. Il disagio psicologico di un numero così alto di pazienti motiva anche la altrettanta facilità con cui queste persone cadono vittime dei presunti esperti, dei "tricologi" (i famigerati personaggi "diplomati" in tricologia ed organizzazioni non ben definibili, che diffondono notizie scientificamente ridicole, avversano con decisione l'operato e la conoscenza dermatologica, pur di commercializzare

prodotti di dubbia qualità, nulla efficacia, naturalmente a costi sbalorditivi) che "operano" in centri pseudo-specializzati, quando non semplicemente a domicilio ([1], [2]).

Nel follicolo si alternano cicli di attività e cicli di riposo. Il ciclo di vita del capello (che in media dura 3-7 anni) viene diviso in tre fasi ([3]):

- anagen (di crescita)
- catagen (involuzione)
- telogen (riposo)

L'anagen è la fase di crescita e dura mediamente 2-7 anni (nella donna arriva fino a 7 anni, nell'uomo fino a 4 anni): le cellule staminali iniziano l'attività mitotica, vanno verso la parte inferiore del follicolo e raggiungono la matrice, formando la guaina epiteliale interna e il pelo che cresce superando l'ostio follicolare. Ci sono quindi due attività: una proliferativa e una di trasformazione dei cheratinociti in cheratina. Il capello cresce di circa 1 cm al mese nell'uomo e di 1.5 cm nella donna. È geneticamente determinata, quindi può variare da persona a persona. Il nuovo pelo emerge poi verso la superficie, coesistendo a volte con il vecchio pelo non ancora del tutto eliminato. La catagen dura mediamente 15 giorni: è la fase del progressivo arresto delle funzioni vitali. In tale fase cessa l'attività proliferativa e si ha solo attività di trasformazione dei cheratinociti in cheratina e la preparazione alla nuova fase. Il bulbo risale leggermente attraverso la pelle fino in superficie e si accorcia. Le mitosi, nella matrice, diminuiscono e poi scompaiono. La guaina epiteliale interna si distrugge e scompare, la guaina epiteliale esterna si retrae, presentandosi come un sacco corneificato avvolto attorno alla parte terminale del pelo, che assomiglia a una clava. La telogen dura mediamente 3-4 mesi: è la fase di riposo totale. Il capello si trova ancora nel follicolo pilifero ma ogni attività di crescita e di trasformazione delle cellule è assente. In 3-4 mesi il capello cade per perdita di ancoraggio e/o per la spinta del nuovo capello che circa 3 mesi dopo l'entrata in telogen avrà iniziato a crescere per la ripresa produttiva delle cellule del bulbo (se il follicolo è sano). La clava del pelo con il suo bulbo rimane nel sacco corneificato. La papilla dermica si sposta verso l'alto ad una certa distanza dal bulbo. Quando i capelli sono

nell'80 - 90 % in fase anagen non si manifestano diradamenti e tutti i capelli caduti vengono sostituiti da un nuovo capello terminale ([4]). Con il termine di "effluvium" (o "effluvio" o "defluvio", [5]), si intende una anomala caduta dei capelli sia tipo quantitativo che qualitativo ([6]). impressionante e comunissimo, e la cui benignità rende ragione della apparente "efficacia" di tante "cure" irrazionali ([7]). L'esame obiettivo relativo ai capelli, al cuoio capelluto, alla cute e agli annessi, uno studio ematochimico relativo all'emocromo, alla sideremia, alla funzione tiroidea e l'anamnesi relativa a l'impiego di farmaci (beta-bloccanti, ace-inibitori, eparinoidi, benzodiazepine, antibiotici aminoglicosidici, ecc.), fa escludere forme organiche o iatrogene ([8]). L'anamnesi facilmente ci farà distinguere un effluvio in telogen acuto da un effluvio in telogen cronico. L'effluvio in telogen acuto è un'ondata di muta dovuta ad un evento "stressante" (generico), mentre il cronico (durata superiore a tre mesi), sarà legato ad un evento "perturbante" ad andamento lungo o cronico, anche misconosciuto, che altera il normale ciclo del capello. Nelle condizioni croniche vanno escluse, comunque, infezioni persistenti, stati carenziali (legati a dimagrimenti o diete depauperanti), iposurrenalismo (verifica cortisolemia, ACTH nel sangue, 17-chetosteroidi urinari), neoplasie misconosciute (sangue occulto feci, markers neoplasie, ecc.) o malattie autoimmuni (eseguire ana-ena, reumatest, immunocomplessi, complementemia, ecc., [9]). L'esame diretto visivo, la prova di resistenza alla trazione, il wash out (consiste nel far collezionare al paziente per 4 giorni consecutivi i capelli persi mettendoli in buste separate giorno per giorno. L'esame microscopico consente di valutare innanzitutto se si tratta di capelli con bulbo o senza bulbo (capelli spezzati). Ciò consente di differenziare la perdita di capelli di carattere "medico" da quella "cosmetica". Il wash out è positivo se il numero di capelli persi per giorno è superiore a 100.), il tricogramma²⁰ ed il

²⁰Permette di definire la "formula pilare", e cioè di stabilire se la caduta di capelli è in anagen o in telogen e di quantificarlo (vedi anche capitolo su: "esami clinici e di laboratorio nel paziente con problemi di capelli"). Si esegue strappando in più aree campione del cuoio capelluto da 50 a 100 capelli e con un microscopio si valuta la percentuale degli anagen e dei telogen. Nel normale circa l'85% dei capelli sono anagen ed il 15% sono telogen, la percentuale dei catagen è di norma trascurabile.

- La formula pilare è il rapporto anagen/telogen = $85/15 = 5,5$ (nel normale).

fototricogramma²¹ possono indirizzare la diagnosi e valutare l'andamento di una terapia²² ([10],

- Nel defluvio in telogen (androgenetico) la formula pilare sarà $< 5,5$
- Nell'effluvio in anagen (alopecia areata) la formula pilare sarà assai $> 5,5$

²¹In questo esame viene fotografata un'area di 1cm^2 di cuoio capelluto precedentemente rasato e si contano i capelli presenti. Una seconda foto, con relativo conteggio, dopo 30-60 giorni, consentirà di valutare quanti di essi, in fase anagen, sono cresciuti. Per sottrazione si risale al numero dei telogen. Il limite più evidente del procedimento deriva dal fatto che lo studio viene effettuato solo in 1cm^2 , non essendo evidentemente proponibile per il paziente portare una "scacchiera semialopeica" per qualche mese. Normalmente il fototricogramma viene riservato a casistiche selezionate per studi universitari.

²²Esami più "qualitativi" possono essere condotti esaminando al microscopio ottico i capelli caduti o mediante analisi con microscopio a luce polarizzata (tricoanalisi microscopica in luce polarizzata).

La microscopia semplice rivela danni strutturali del capello riassunti nella immagine riportata in figura 5. Utile, a volte, l'esame mineralometrico. Si tratta di un test analitico che valuta la composizione dei minerali presenti nei capelli. Nel capello i minerali rimangono infatti incorporati per tutta la sua vita ed è quindi possibile non solo accertarne la presenza ma anche datarla considerando che, come già riferito, la crescita media è di circa 1 cm al mese (il rilievo ad esempio di arsenico, normalmente assente, consente agli organi di Polizia non solo di accertare un avvelenamento ma anche di stabilire con sufficiente precisione quanto tempo prima del decesso la sostanza è stata ingerita).

La valutazione dei minerali deve tener conto di alcune variabili:

- i capelli rossi contengono normalmente più ferro rispetto agli altri;
- i capelli bianchi contengono meno rame e manganese;
- i capelli biondi contengono meno zinco;
- i capelli molto scuri contengono più rame;
- i capelli neri contengono più magnesio;
- i capelli delle donne contengono in genere più magnesio, rame, cobalto e nichel.

Accertare con questo esame la carenza di qualche elemento nel capello (purché tale dato venga fornito nella risposta!) potrà comunque, in qualche caso, servire per integrare correttamente la dieta del paziente. Per lo stesso motivo assume importanza il riscontro di sostanze normalmente assenti (piombo, veleni di vario genere, sostanze stupefacenti, ecc.). Secondo AA americani (ma la cosa non è confermata), sono importanti alcuni rapporti: rapporto calcio/fosforo (valutazione della velocità di ossidazione dei tessuti), rapporto sodio/potassio (valutazione dell'attività surrenale), rapporto calcio/potassio (valutazione dell'attività tiroidea), rapporto zinco/rame (valutazione del metabolismo del colesterolo, dei lipidi in genere e del sistema immunitario), rapporto calcio/magnesio (valutazione dell'attività pancreatica), rapporto ferro/rame (stato infiammatorio in corso di anemie), rapporto calcio/sodio (valutazione degli stati iper

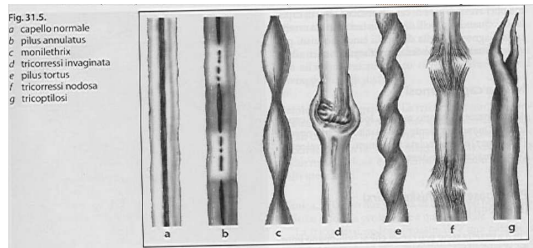


Figura 5: Danni strutturali del capello

[11]).

Nel telogen effluvio cronico occorre sempre instaurare una terapia, anche solo sintomatica, che può avvalersi di molti principi diversi. Utile l'impiego di steroidi topici in lozioni idroalcoliche per periodi di 8-12 settimane. Possono anche risultare utili, per 1-2 mesi, integratori alimentari a base di magnesio, rame, selenio, aminoacidi solforati (cistina²³, metionina²⁴, istidina, glicina, fenilalanina, tirosina²⁵) vitamine (B6-B12-A, ecc.), [12], [13], [14], [15]. Vogliamo ora soffermarci sui meccanismi di base che producono effluvio in corso di stress. All'interno delle cellule deputate alla formazione del capello (matrice) l'AMP ciclico invia il messaggio ormonale per attivare i processi metabolici che permettono di produrre costantemente energia per costruire le proteine del capello. In molte cellule del nostro organismo l'ormone non

o ipotensivi), rapporto calcio/ferro (valutazione di sintomatologie da ipersideremia), rapporto sodio/magnesio (valutazione dell'attività della corteccia surrenale nei fumatori).

²³Non esiste un definito fabbisogno giornaliero di cistina nell'uomo, ma comunque questo aminoacido è stata proposta in terapia per le affezioni della cheratinizzazione alla dose di 1-1,5 gr. al giorno. La cistina è abbondante nelle uova e nel latte vaccino.

²⁴Cistina e metionina (ed in minor misura anche gli altri aminoacidi solforati: cisteina, taurina, acido cisteico, cistationina) hanno anche una non trascurabile attività antiossidante. Sono cioè in grado di neutralizzare i radicali liberi (H₂O₂, O⁺, H⁻) prima che possano reagire con le molecole biologiche, in tal senso si sono dimostrate valide come agenti protettivi da radiazioni ionizzanti e in grado di impedire una alopecia da radiazioni. Cistina e metionina si sono dimostrate anche valide nell'impedire l'alopecia dopo intossicazione da tallio.

²⁵Sono tutti e quattro contenuti nella gelatina di collagene che somministrata per via orale ha dimostrato di favorire il turnover del collagene umano ed, associata alla cistina, di migliorare il processo di cheratinizzazione ed aumentare ancora il contenuto di zolfo nel pelo per incremento della disponibilità dei precursori. Ricordiamo che la gelatina di collagene non contiene, quasi, cistina.

entra direttamente nella cellula ma si lega ad un recettore di membrana, che interagisce con un enzima, l'adenilato ciclasi, che a sua volta permette la produzione della giusta quantità di AMP ciclico. L'AMP ciclico se non "disturbato" adempie costantemente ai suoi compiti e consente alle cellule di produrre energia con la glicolisi e compiere in maniera normale le loro funzioni. Nelle cellule del follicolo l'AMP ciclico permette alle cellule della matrice di produrre cheratina e ai melanociti di secernere i pigmenti necessari. Le cellule della matrice hanno sulla membrana anche dei recettori alfa per l'adrenalina e noradrenalina. Lo stress scatena la produzione di questi ormoni, e si ipotizza che legandosi al recettore alfa provochino inibizione dell'attività dell'AMP ciclico, inibizione della glicolisi, riduzione dell'attività delle cellule del follicolo e perdita dei capelli. In qualche maniera l'adrenalina e la noradrenalina prodotte in eccesso a causa di uno stress fisico o psichico, contribuiscono assieme al DHT (deidrotestosterone) nell'azione di "disturbo" delle attività metaboliche del follicolo pilifero ([16]). L'agopuntura è in grado di modificare i livelli di AMP e GMPc ([17], [18], [19]). La melatonina è una sostanza naturale prodotta dalla ghiandola pineale (epifisi) presente in tutti i mammiferi. La sintesi parte dal triptofano e la massima produzione avviene di notte. Agendo come antagonista degli eccessi di cortisolo essa svolge un'azione antistress, svolge un ruolo anti-androgeno e sincronizza i ritmi biologici endogeni. La melatonina è una molecola altamente pleiotropica che assolve la funzione di adattare l'organismo alle diverse condizioni ambientali associate con l'alternarsi delle stagioni. Una delle azioni più interessanti della melatonina è la sua capacità di modulare l'effetto degli steroidi sessuali e surrenali. Nelle cellule epiteliali della prostata sia normali che maligne, la melatonina inibisce l'azione stimolatoria degli androgeni dislocando il loro recettore specifico dal nucleo della cellula al citoplasma, interrompendo così la catena dei segnali biochimici ([20]). Studi recenti dimostrano che, per via locale, contrasta l'alopecia androgenetica, coadiuvata dal Gingko biloba e dalla biotina ([21]). Gli studi in vitro dimostrano che la stessa è in grado di svolgere:

- Attività anti-radicali liberi
- Azione sulla proliferazione dei cheratinociti



Figura 6: Da Fisher (non pubblicato). In rosso cellule in attiva mitosi.

- Azione sulla crescita del follicolo del capello.

Mediante studi immunistochimici Fischer ha dimostrato, nel 2000, che essa determina attivazione della mitosi del bulbo pilifero (cfr. figura 6). In uno studio del 2004, inoltre, si è rilevato che i pazienti con alopecia diffusa trattati con melatonina hanno un miglioramento statisticamente significativo nella regione frontale del cuoio capelluto ($p < 0.046$) rispetto a quelli trattati con placebo ([22]).

Esperienza

Nel corso del 2005 abbiamo trattato per tre mesi, con follow up equivalente (12 settimane), un gruppo di 21 individui (11 donne e 10 uomini), di età compresa fra i 32 e i 45 anni (mediana 38,5 ± 3,5), tutti con effluvio telogenico cronico (durata superiore a tre mesi), da stress (esame clinico-anamnestico e batteria ematochimica generale, consulenza psicologica). Abbiamo trattato gli stessi con lozione idroalcolica a base di L-metionina all'1%, applicata alla sera sul cuoio capelluto asciutto con lieve massaggio ed agopuntura settimanale. Sebbene in Medicina Cinese varie siano le cause di effluvio telogenico (definito "lao fa" e legato a Vuoto di Sangue, turba del Rene, Turba della Milza, ecc., [23]), nel caso di forme legate a stress è opportuno immaginare una turba del Jing e dello Shen ed un trattamento sui punti della Branca Esterna della Vescica, in relazione con gli aspetti psicoemotivi individuali (Ben Shen). Dato, poi, che i capelli si riconducono al Sangue

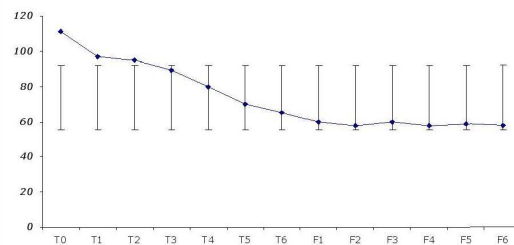


Figura 7: Wash-out

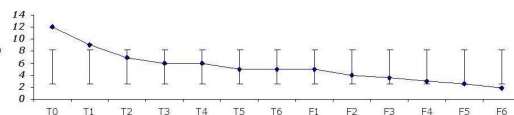


Figura 8: Test della trazione

(per il trofismo) e al Qi (per i cicli Vitali), gli Organi più connessi sono Rene, Fegato, Milza, Polmone ([24], [25], [26]). Abbiamo quindi trattato, in tutti i casi, con infissione semplice e perpendicolare, senza manipolazione, con sedute di 30 minuti, i punti ([27]): BL42, BL47, BL49 e BL52. Abbiamo valutato:

- Il numero di capelli perduti con wash-out (andamento quindicinale, figura 7).
- Il numero di capelli estratti dopo lieve trazione (andamento quindicinale, figura 8).
- Il tricogramma come formula (andamento mensile, figura 9).
- L'indice di soddisfazione individuale (eccellente, buono, discreto, nullo, a fine trattamento e dopo follow-up, figura 10).

Commento

I risultati conseguiti dimostrano che l'associazione L-melatonina in lozione ed agopuntura è efficace nel trattamento del telogen effluvium. La risposta positiva riguarda più del 70% dei soggetti trattati e si verifica già dopo 15 giorni di trattamento. I risultati conseguiti restano stabili nel tempo. Non solo migliorano gli indici soggettivi, ma anche gli scores

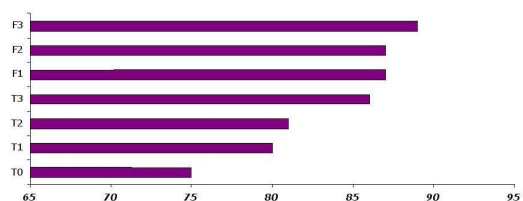


Figura 9: Telogen percentuale nei tricogrammi

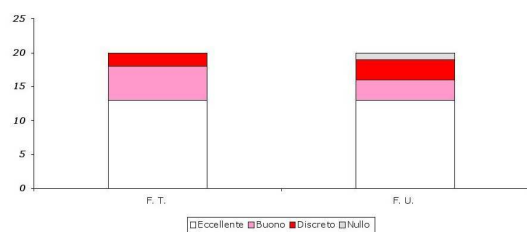


Figura 10: Giudizio

oggettivi relativi a forma e resistenza capillare che persistono su valori normali anche dopo tre mesi. Il trattamento è agevole, ben accetto e privo di effetti collaterali.

Bibliografia

- [1] Anonimo *Capelli e Psiche*, <http://www.sitri.it/razze/razze.html>, 2005.
- [2] Pancali D. *Caduta dei capelli, cause e risposte*, http://www.lapelle.it/tricologia/caduta_dei_capelli.htm, 2004.
- [3] Di Stanislao C., Flati G., Bologna G. *Dismorfobia*, Provincia Medica Aquilana, 2005, 1-2: 12-16.
- [4] Rebora A. *Considerazioni di fisiopatologia pilare*, G It. Derm. e Vener., 1988, 4: 139-150.
- [5] Bertamino R.: Alopecie, in F. Serri et al (Eds) *Trattato di Dermatologia*, Ed. Piccin, Padova 1987.
- [6] Stroud J.D. *Diagnosis and management of the hair loss patient*, Cutis 1987, 40: 272-280.
- [7] Marliani A. *Approccio ambulatoriale al telogen effluvio*, <http://www.sitri.it/effluvium/TelogenEffluvio.html>, 1997.
- [8] Braun-Falco O. et al. *Dermatologia*, VolL II, Ed. Springer, Milano, 2004.
- [9] Marliani A. et al. *I Capelli*, Ed. Etruria Medica, Firenze, 1989.
- [10] Jeanmougin M. *Patologia dei capelli e del cuoio capelluto*, Ed. CE.D.R.I.M., Milano, 1991.
- [11] Ciulla M.P., Guarrera M. *Valutazione della efficacia di un trattamento per capelli*, Med. Est., 1984, 2: 67-76.
- [12] Tosti A, Peluso A.M., Piraccini B.M. *Le malattie dei capelli e del cuoio capelluto*, Ed. Biblioteche, Milano, 1996.
- [13] AAVV *Hair and Aesthetic Medicine*, Ed. Salus Internazionale, Roma, 1984.
- [14] Binazzi M. *Manuale di Dermatologia e Venereologia*, Ed. Esculapio, Bologna, 1990.
- [15] Ribuffo A. *Manuale di Dermatologia e Venereologia*, Ed. Lombardo, Roma, 1990.
- [16] Fantini F. *Stress e capelli. Perché lo stress fa perrdere i capelli*, <http://www.sitri.it/stress2/stress.html>, 2005.
- [17] Liu Z.C., Sun F.M., Shen D.Z. *Effect of acupuncture and moxibustion on antiobesity in the variation of plasma cyclic nucleotide and the function of vegetative nervous system*, Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi, 1991, 11(2):83-86.
- [18] Jiang H., Yang Z. *Influence of finger pressing massage on cAMP and cGMP in the cerebrospinal fluid in prolapsed intervertebral disc*, Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. 1990, 10(1):27-29.
- [19] Cao W.H., Wang Y.J., Lu Z.S. *Effects of acupuncture on plasma cAMP & cGMP levels at different times of the day in rats*, Zhen Ci Yan Jiu, 1988, 13(4): 345-9-353.
- [20] Moretti, R. M. et al. *Antiproliferative action of melatonin on human prostate cancer LN-CaP cells.*, Oncol Rep., 2000, 7: 347-351.
- [21] Anonimo *La melatonina utile nel diradamento dei capelli*, <http://www.italiasalute.it/news2pag.asp?ID=6563>, 2004.

- [22] AAVV *Melatonina per uso topico: un nuovo protagonista per la cura dei capoforti*, CD-ROM, Ed. Bouty, St. Vincent, 2004.
- [23] Li Lin *Skin diseases. Diagnosis and Treatment in TCM*, Ed. Hai Feng Publishing House, Hong Kong, 1995.
- [24] Di Stanislao C. *Lo stress e la pelle. Dermatosi da stress*, [http://www.solaris.it/GestioneArticoli/ VisualizzaPropriArticoli.asp?Id=1&Cod=1132](http://www.solaris.it/GestioneArticoli/VisualizzaPropriArticoli.asp?Id=1&Cod=1132), 2004.
- [25] Brici P., Leardini G., Galluzzo E., Di Stanislao C. *Dermatosi da stress: generalità ed esperienze*, <http://www.amicishiatsu.com/dermatosi.htm>, 2000.
- [26] De Berardinis D., Boschi G., D'Onofrio T. *Stress e Jing di Fegato*, Riv. It. D'Agopunt., 2000, 99: 78-85
- [27] Morandotti R., Viggiani B., Nati G. *I Punti di Agopuntura*, Programma MS-DOS, Ed. SIA, Milano, 1998.

Miglioramento delle discromie del viso e delle infezioni ricorrenti di orecchio ed alte vie respiratorie in una sindrome di Kabuchi

Dott. Carlo Di Stanislao
c.distanislao@agopuntura.org

“Dove sono i bambini c' un'et dell'oro”
Novalis

Sommario

Malattia genetica rara e di recente descrizione, la sindrome di Kabuchi è caratterizzata da disturbi neurologici, scheletrici, psichici, immunitari di diverso ordine e gravità. Sono anche frequenti le aree cutanee acromiche vitiligoidee. Qui si presenta un caso, con determinazione del danno genetico, in cui l'impiego di agopuntura e moxa domestica ha ridotto le infezioni ricorrenti delle vie respiratorie e dell'orecchio ed avviato una ripresa della pigmentazione cutanea.

Parole chiave: sindrome di Kabuchi, acromie, agopuntura, moxa,

Abstract

: Rare genetic disease and of recent description, the syndrome of Kabuchi is characterized from neurological, skeletal, psychical, of immunity disturbs of various order and gravity. The acromics cutaneous areas are also frequent. Here a case is introduced, with determination of the genetic damage, in which the employment of acupuncture and domestic moxa it has reduced the recurrent infections of the respiratory ways and the ear and started one resumption of the cutaneous pigmentation.

Descritta nel 1980 da due medici giapponesi in modo separato ([1], [2]), la sindrome di Kabuchi (Kabuchi make-up o sindrome di Niikawa Kuroki) una malattia genetica rara (100 casi descritti nel mondo al 2003, [3]), cos chiamata a causa della somiglianza del volto con il trucco degli attori del teatro tradizionale giapponese chiamato, appunto, Kabuki. La malattia, certamente poligenica e, forse, dominante²⁶, ha uno spettro sintomatologico molto variabile ([4], [5]). I bambini con la Kabuki hanno una fisionomia simile; particolarmente evidenti sono gli occhi grandi, le ciglia lunghe e folte, le sopracciglia arcuate, la punta nasale appiattita

²⁶La maggior parte dei casi sporadica, ma sono stati osservati alcuni casi familiari, che suggeriscono una trasmissione autosomica dominante ad espressività variabile. Il meccanismo genetico della sindrome non è tuttora noto.

e le orecchie sporgenti. La labio/palatoschisi o il palato ogivale possono causare problemi nell'alimentazione e nel linguaggio. I denti sono di solito molto distanziati e irregolari. Spesso possono mancare alcuni denti decidui e/o permanenti. Molti dei problemi dentari vengono risolti facilmente grazie all'intervento del dentista. La maggioranza dei bambini ha una lassità articolare. La fisioterapia e l'attività fisica sono importanti per allungare i muscoli. Molti neonati acquistano peso lentamente e possono essere etichettati come "bambini incapaci di crescere bene". La maggioranza dei bambini rientra nel percentile più basso per la crescita. Una piccola percentuale necessita di una terapia con ormone della crescita. Alcuni bambini hanno avuto problemi di obesità durante l'adolescenza senza un'evidente spiegazione endocrinologica. La maggioranza dei bambini con Kabuki ha un ritardo mentale di grado da lieve a moderato. Pochi di loro, sebbene possano aver bisogno di assistenza nel linguaggio e nell'acquisizione dei movimenti fini, sono in grado di seguire un regolare curriculum scolastico. Molti dei bambini più grandi (nei primi anni della loro adolescenza) hanno imparato o stanno imparando a leggere a un livello di base. La predisposizione nei confronti della matematica può essere molto diversa; alcuni se la cavano abbastanza bene, mentre altri continuano ad avere delle difficoltà. L'apprendimento della scrittura ritardato quasi in tutti, ma molti dei bambini più grandi stanno per raggiungere questo obiettivo. Molti frequentano regolarmente la scuola pubblica con degli insegnanti di sostegno. Gran parte di essi necessitano di programmi scolastici modificati o adattati per venire incontro alle loro abilità. Più del 50% dei pazienti con Kabuki sviluppa sordità. In molti casi, comunque, il difetto non deriva da infezioni auricolari recidivanti (che implicano un danno per l'orecchio). Circa il 25% dei pazienti con Kabuki ha una sordità neurosensoriale (di tipo nervoso), che di solito è presente dalla nascita e non correlata con infezioni dell'orecchio medio. La sordità neurosensoriale viene corretta con apparecchi per l'udito. In circa il 20% dei pazienti con Kabuki, è stata notata una sordità di trasmissione. Si pensa che la sordità in questi bambini sia dovuta a un'anomalia delle ossa dell'orecchio che determina un'alterata conduzione del suono all'orecchio interno. La sordità trasmissiva viene trattata o chirurgicamente per correggere le anomalie ossee

o con apparecchi acustici. L'otite media ricorrente (infezioni dell'orecchio medio) e la secrezione persistente dell'orecchio medio sono molto comuni (82%) nei bimbi con Kabuki. Una temporanea sordità di trasmissione si può sviluppare in questi bambini quando presente del muco dietro il timpano. Se la capacità uditiva di base per il resto normale, questo tipo di sordità si risolve col drenaggio del muco. La terapia d'elezione per la secrezione dell'orecchio medio l'utilizzo di ear grommets (tubes). In passato, l'otite media con secrezione (muco dell'orecchio medio) veniva trattata con gli antibiotici. I dati riguardo questo tipo di trattamento sono dibattuti molto caldamente. Molti ora credono che solo l'otite media acuta (pus nell'orecchio medio), debba essere trattata con gli antibiotici. Le uniche due terapie efficaci per la secrezione dell'orecchio medio (muco) sono il tempo e gli ear grommets (tubes). Sono possibili anomalie dell'anca che esitano nella lussazione. Spesso può essere necessario correggerla con un intervento chirurgico e/o con una ingessatura. È inoltre raccomandabile eseguire una radiografia della regione pelvica, specialmente se il bambino presenta delle difficoltà a camminare. È inoltre possibile avere la dislocazione della patella (rotula) probabilmente dovuta, almeno in parte, alla lassità dei legamenti. La scoliosi di solito di grado moderato, ma alcuni bambini hanno bisogno di una correzione con un tutore ortopedico. Almeno il 30% dei bambini con Kabuki ha difetti cardiaci. Nella gran parte di loro, questi vengono scoperti subito dopo la nascita e corretti chirurgicamente. È consigliabile che tutti i bambini vengano visitati per questo motivo almeno una volta. Una quota significativa di bambini ha delle anomalie del rene o delle vie urinarie. Si raccomanda che tutti i bambini vengano sottoposti a un'ecografia dell'addome almeno una volta, per eventualmente escludere questa possibilità. Ci sono molte altre manifestazioni che possono essere ricordate, come i capezzoli distanziati, l'anticipazione del telarca (sviluppo del seno), la pubertà precoce (anticipata), l'immunodeficienza, la microcefalia, la ritenzione testicolare, le ernie ombelicali e inguinali, l'irsutismo generalizzato (eccessiva peluria) e la vitiligine volgare (aree depigmentate).

Riassumiamo le caratteristiche più frequenti in tabella 2 ([6], [7]).

Caso clinico

A.R. di sette anni, con sindrome di Kabuki ed anomalia cromosomica descritta in 8p22-8p23.1 ([8], [9]), con facies caratteristica, lieve ritardo mentale, otiti medie ricorrenti bilaterali (senza ipoacusia), frequenti infezioni delle alte vie respiratorie (6-7 per inverno) e chiazze vitiligoidee a bordi eversi del viso (zigomi e fronte) e del collo (regione anteriore). I genitori ce lo portano per conoscere il nostro parere circa la possibilità di "cure naturali" per le infezioni respiratorie ed otologiche. Proponiamo un periodo di prova (settembre-novembre 2004) con agopuntura settimanale (il piccolo paziente accetta con favore gli aghi) e terapia domiciliare con moxa ([10], [11]). In relazione ai principi della Medicina Cinese ([12], [13]) selezioniamo come punti da trattare con aghi (una volta a settimana, aghi a perdere da 0,25 X 30 mm, trimetallici, per trenta minuti, non manipolati) i punti 3-7KI²⁷, 19SI²⁸, bilateralmente ([14], [15], [16], [17]). Viene addestrata la madre (più spigliata ed accorta) a sedute a giorni alterni con sigaro di moxa (pura Artemisia) sui punti 5-12CV, considerati elettivi per l'immaturità del Qi dell'infanzia e, ancora, in grado di attivare, attraverso il TR-Inferiore e Medio, Qi, Sangue ed Essenza ([18], [19], [20]). Il VC 5, in relazione col TR-Inferiore, incrementa la produzione di WeiQi ([21]) mentre il CV 12 in grado di attivare anche la funzione del Polmone e, attraverso questa, svolgere un ruolo protettivo a livello delle vie respiratorie²⁹ ([22], [23]). La terapia stata condotta per otto settimane e si completata all'inizio di novembre 2004. Nel periodo dicembre 2004-gennaio 2005 nessun episodio faringotonsillitico o alcun interessamento dell'orecchio medio. Inoltre, in modo inaspettato, si assiste ad riduzione netta della depigmentazione vitiligoidea, con comparsa di isolotti di pigmento neoformato nelle aree acromiche sia del viso che del collo. Seguiremo l'andamento successivo attraverso un adeguato follow-up ma certamente il risultato a breve termine può dirsi soddisfacente e molto significativo. Agopuntura e moxa, presumibilmente attivando neuropeptidi ad azione MSH-simile ([24]),

²⁷Azione sullo Yang del Rene e sulla produzione di WeiQi.

²⁸Azione a livello dell'orecchio.

²⁹La Scuola Imperiale del Periodo Song aggiungeva, nel caso di attacchi continui da perversi esterni, LU1 e ST12.

possono aver risvegliato l'attività di unità melaniche
quiescenti ([25]).

Facies	• eversione della palpebra inferiore • fessure palpebrali allungate • sopracciglia arcuate • ciglia lunghe • sclere blu • punta nasale appiattita • labio/palatoschisi, palato ogivale (alto e stretto) • anomalie delle orecchie • fistole preauricolari • anomalie della dentizione
Problemi neurologici	• ipotonia • problemi dell'alimentazione • convulsioni • microcefalia • anomalie della vista
Anomalie dermatologiche	• prominenza dell'estremit dei polpastrelli • aumento del numero delle anse ulnari • assenza del triradio c digitale • assenza del triradio d digitale • aumento del numero delle anse dell'ipotenar

Anomalie scheletriche	• 5° dito corto • falange intermedia del 5° dito corta • scoliosi • lussazione dell'anca • lussazione della rotula
-----------------------	--

Tabella 2: Tipi di anomalie

Bibliografia

- [1] Kuroki, Y., Suzuki, Y., Chiyo, H., Hata, A., Matsui, I. *A new malformation syndrome of long palpebral fissures, large ears, depressed nasal tip and skeletal anomalies associated with postnatal dwarfism and mental retardation*, J. Pediat., 1981 99: 570-573.
- [2] Niikawa, N., Matsuura, N., Fukushima, Y., Ohsawa, T., Kajii, T. *Kabuki make-up syndrome: a syndrome of mental retardation, unusual facies, large and protruding ears, and postnatal growth deficiency*, J. Pediat. 1981, 99: 565-569.
- [3] Robert-Gnansia E. *Kabuchi make-up*, <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC.Exp.php?Lng=IT&Expert=2322>, 2003.
- [4] Wessels M. W., Brooks A. S., Hoogeboom J., Niermeijer M. F., Willems P. J. *Kabuki syndrome: a review study of three hundred patients*, Clin. Dysmorph., 2002, 11: 95-102.
- [5] OMIM *Kabuchi Syndrome*, <http://www3.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispomim.cgi?id=147920>, 2004.
- [6] Wilson G. N. *Thirteen cases of Niikawa-Kuroki syndrome: report and review with emphasis on medical complications and preventive management*, Am. J. Med. Genet., 1998, 79: 112-120.
- [7] Niikawa, N., Kuroki, Y., Kajii, T., Matsuura, N., Ishikiriya, S., Tonoki, H., Ishikawa, N., Yamada, Y., Fujita, M., Umemoto, H., Iwama, Y., Kondoh, I. *Kabuki make-up (Niikawa-Kuroki) syndrome: a study of 62 patients*, Am. J. Med. Genet., 1988, 31: 565-589.
- [8] Milunsky, J. M., Huang, X. L. *Unmasking Kabuki syndrome: chromosome 8p22-8p23.1 duplication revealed by comparative genomic hybridization and BAC-FISH*, Clin. Genet., 2003, 64: 509-516.
- [9] Courtens, W., Rassart, A., Stene, J.-J., Vamos, E. *Further evidence for autosomal dominant inheritance and ectodermal abnormalities in Kabuki syndrome*, Am. J. Med. Genet., 2000, 93: 244-249.
- [10] Minelli E., De Giacomo E., Sciantarelli C. *Agopuntura clinica tradizionale e moderna*, Ed. Red/Studio Redazionale, Como, 2002.
- [11] Ming-te T. *Trait des Aiguilles e de Moxas*, Ed. Imprimerie Fabre & Clie, Paris, 1967.
- [12] Bossy J.C. et al. *Nosographie Traditionnelle Chinoise*, Ed. Masson, Paris, 1992.
- [13] Lacourte B. *Pediatric en Mdicine Chinoise*, EMC, tome 1: Acupuncture et Mdicine Chinoise, Ed. Thecniques, Paris, 1989.
- [14] Di Stanislao C. *Dispense del corso di Agopuntura e Medicina Cinese*, <http://www.medicinabiointegrata.it/forum/viewtopic.php?p=12#12>, 2005.
- [15] AAVV *Jng Luo Mai*, CD-ROM, Ed. AMSA, Roma, 2005.
- [16] Konopachi D. *Punto per Punto. Dall'anatomofisiologia alla clinica in agopuntura e auricoloterapia*, CD-ROM, Ed. AMSA, Roma, 2004.
- [17] Quirico P.E. *Punti di Agopuntura*, Ed. UTET, Torino, 2003.
- [18] Tempelhof S. *Agopressione per i bambini*, Ed. Red/Studio Redazionale, Como, 2004.

- [19] Rui Fu Z., Xiu Fen W. *Punti di agopuntura e i loro meccanismi di azione*, Ed. Masson, Paris, 1994.
- [20] Kesp J.M. *L'Acupuncture*, Ed. Maissonneuve, Moulin les-Metz, 1982.
- [21] Fulminis A. *L'Immunit in Medicina Cinese*, policopie, Ed. AMSA, Roma, 2002.
- [22] AAVV *Le Malattie Respiratorie in Medicina Cinese*, CD-ROM, Ed. AMSA, Roma, 2005.
- [23] Faubert A. *Agopuntura. La Bioenergetica degli esseri viventi*, Ed. Red/Studio Redazionale, Como, 2002.
- [24] Di Stanislao C. *Neuropeptidi e cute*, monografie della Scuola di Specializzazione in Allergologia ed Immunologia Clinica della Universit dell'Aquila, 2001.
- [25] Lotti T. (a cura di) *La Vitiligine. Nuovi Concetti e Nuove Terapie*, Ed. UTET-Periodici, Torino, 2000.

Agopuntura ed acido alfa-lipoico nel trattamento della polineuropatia simmetrica distale sensoriale in soggetti diabetici

Dott. Carlo Di Stanislao
c.distanislao@agopuntura.org

Dott. Daniela Lorusso

Dott. Pierfrancesco Fusco

Dott. Enrichetta Gallo

Dott. Raffaele Ciarfella

“L'uomo di scienza non è niente altro che un
misero filosofo”
Albert Einstein

Sommario

La polineuropatia diabetica è una comune complicanza del diabete non controllato. In questo nostro lavoro si paragono l'effetto clinico ed elettrofisiologico di una combinazione di agopuntura e acido-lipoico nei confronti della sola vitamina assunta per bocca.

Parole chiave: neuropatia diabetica, agopuntura, acido lipoico

Abstract

The diabetic neuropathy is one common complication of the not controlled diabetes. In this our job i compare the clinical and electrophysiological effect of a combination of acupuncture and lipoic-acid in the comparisons of the single vitamin assumed for mouth.

Key words: diabetic neurophaty, acupuncture, lipoic acid

Oltre a costituire la più comune delle complicanze diabetiche, la polineuropatia è la forma più diffusa in assoluto di neuropatia in patologia umana. La sua prevalenza si aggira attorno al 50% dei pazienti, ma nel 70% dei casi può essere documentato un disturbo della velocità di conduzione delle fibre nervose ([1], [2]). La mortalità e la morbidità sono elevate e si ritiene che il 50-75% delle amputazioni non traumatiche sia dovuta a neuropatia diabetica ([3]). La neuropatia si manifesta tanto in pazienti con diabete tipo 1 (insulino-dipendente) che di tipo 2 (non insulino dipendente) e colpisce diverse regioni del sistema nervoso periferico: nervi sensitivi periferici prossimali e distali, nervi motori, sistema nervoso autonomo ([3], [4]). Essa, pertanto, non costituisce un'unica entità nosografica, quanto piuttosto una condizione con una serie di sintomi differenti che vanno da manifestazioni subcliniche a forme motorie, sensitive e miste. La classificazione più seguita è quella della Convention di San Antonio del 1988 ([3], [5]):

- neuropatia sublinica: determinata in base ad anomalie elettro-diagnostiche e ai risultati del

test clinici che valutano in modo quantitativo lo stato della sensibilità superficiale e profonda.

- neuropatia clinica diffusa: con polineuropatia distale diffusa sensitivo-motoria e autonoma (controllo mioenterico e cardiorespiratorio).
- sindrome focale: con interessamento solo sensitivo o motorio o autonomo di tipo prossimale o distale.

Il termine neuropatia iperglicemica è stato usato, in passato, per definire la forma con neuropatia sensoriale legata a scarso compenso metabolico e che migliora sensibilmente regolarizzando i livelli di glicemia ([1], [2]). Nella pratica la forma più frequente è la polineuropatia simmetrica distale sensoriale, solitamente associata a componente autonoma, ad insorgenza insidiosa e con evoluzione cronica e progressiva ([3], [5]). Il sintomo predominante è il dolore (con fitte lancinanti o sintomatologia algica-urente), ad esacerbazione notturna e che determina scadimento della qualità della vita ([1]- [5]). La storia naturale ci permette di differenziare nettamente due entità nosografiche: una forma lentamente ingravescente e progressiva ed un'altra a remissione completa. L'evoluzione, tanto nel diabete 1 che 2 dipende dal controllo glicemico ([3]). Solitamente le forme distali simmetriche con coinvolgimento autonomo tendono a progredire, mentre le mononeuropatie, le radicolopatie e le neuropatie acute dolorose, nonostante la gravità dei sintomi, tendono ad una progressiva e spesso rapida scomparsa ([1], [3], [5]). La patogenesi della neuropatia diabetica è certamente multifattoriale e principalmente legata a stress ossidativo e deficit dei fattori di crescita neuronale (Nerve Growth Factor e simili ([1]). Recenti studi hanno dimostrato un miglioramento clinico con impiego, come antiossidante, di 600 mg/die per os di acido alfa-lipoico, principio vitaminico idrosolubile inserito fra le vitamine del complesso B ([6], [7], [8]). L'acido alfa-lipoico (ALA) oltre a svolgere un'azione antiossidante migliorando il flusso plasmatico endoneurale e la tensione neuronale di ossigeno, stimola il trasporto endocellulare di glucosio e migliora il legame insulina-specifico recettore cellulare ([9]). L'agopuntura è stata impiegata principalmente in corso di polineuropatia HIV-correlata e pochi sono gli studi (di bassa qualità e numerosità) relativi alla polineuropatia diabetica ([10], [11]). Que-

sta condizione non può essere inserita, nell'ambito delle sindromi classiche cinesi ([12], [13], [14]), né fra le condizioni *ma mu* (poiché oltre a parestisie e formicolii vi è dolore) ([15]), né fra le forme *wei* (poiché manca una spiccata atrofia) ([16]). Il dolore lancinante e notturno depone per una Stasi del Sangue che, in rapporto all'aspetto focale o generale, può essere localizzato (*zhi*) o diffuso (*yu*) ([17]). Il Calore e la Secchezza dominano il diabete (*xiao ke*) e, pertanto, causano impoverimento e blocco del Sangue ([18]). La frequente comparsa, in soggetti diabetici con polineuropatia, di ectasie vascolari ([19]) rivela che il blocco riguarda principalmente i Luo ([20]). Uno schema in sintonia, pertanto, con la Medicina Cinese deve comprendere ([21]):

- punti attivi in generale sul sistema nervoso periferico.
- punti attivi sul Calore e la Secchezza nei Tre Riscaldatori
- punti che muovono il Sangue e sbloccano i Luo.

Le considerazioni di Kespì ([22], [23]), confermate da altri AA dell'AFA ([24]) ci permettono di considerare attivo sul Sistema Nervoso (soprattutto periferico) il punto 25 BL, shu del dorso del Grosso Intestino che, come viscere incaricato dei "camminamenti", corrisponde al ruolo del Sistema Nervoso secondo il dettato della Medicina Scientifica ([25]). I punti attivi nel Calore-Secchezza in corso di diabete e che liberano i Tre Riscaldatori sono il 17BL ed il 6SP. Il secondo è, assieme al 4LI, deputato a sbollare nella totalità dei Vasi Luo ([26]). Va anche considerato che i punti *sanyinjiao* e *geshu* sono ritenuti molto attivi nel vivificare il Sangue ([27]). La metodica del *guasha* lungo l'arto interessato e sulle eventuali ectasie vascolari, completa il trattamento (liberando all'esterno il Calore) ([20], [28]).

Studio clinico

Abbiamo trattato, fra il gennaio 2003 ed il giugno 2004, 18 pazienti (12 uomini e 6 donne) con diabete tipo 2, tutti affetti da neuropatia sintomatica di tipo simmetrico distale sensoriale degli arti inferiori, con debolezza alla dorsiflessione della caviglia (grado N2b delle classificazioni internazionali)

([5]). L'età era compresa fra i 59 ed i 65 anni con una durata media di malattia diabetica di 5,8 anni. La coorte è stata suddivisa, in modo casuale, in due gruppi omogenei di 9 pazienti ciascuno, con parametri sovrapponibili per età, controllo glicemico e grado di coinvolgimento neuropatico (misure cliniche ed elettromiografiche). Il primo gruppo (gruppo A) ha ricevuto 300 mg due volte al dì dopo i pasti di acido alfa-lipoico per bocca, il secondo (gruppo B) lo stesso trattamento orale più sedute (ogni 3-4 giorni) di agopuntura sui punti BL25 e 17, LI4, SP6. Gli aghi, trattandosi di punti con funzioni specifiche, non erano manipolati ([20,22]). Si sono usati aghi a perdere di fabbricazione cinese, bimetallici, da 0,30 x 30 mm. Dopo ogni seduta *guasha* lungo l'arto inferiore, nella sede delle ectasie vascolari, con apposizione di olio d'oliva e fino ad attiva iperemia. Il trattamento ha avuto durata di 3 settimane ed il follow-up di 2 mesi. Tutti i pazienti trattati con agopuntura presentavano segni gloscopici di Calore-secchezza e Stasi del Sangue (lingua rossa con scarso indurimento con petecchie più o meno diffuse). I controlli sono stati settimanali (T1-T3) durante il periodo attivo e quindicinali (F1-F4) durante il follow-up. I parametri clinici e strumentali sono stati suggeriti dai seguenti colleghi: Dott.ssa Rossella Iannarelli, direttore UO di Diabetologia ASL 04 de L'Aquila e Dott. Paolo Aloisi, Direttore UO di Elettrofisiologia ASL 04 de L'Aquila. Le valutazioni statistiche elaborate dalla Dott.ssa Maria Grazia Cofini dell'Istituto di Statistica Medica della Università de L'Aquila. Essendo uno studio spontaneo osservazionale a due braccia senza placebo, non lo abbiamo sottoposto al Comitato Etico della nostra ASL. Abbiamo indagato l'andamento del dolore con Neuropathy Symptom Scores (NSS) ed applicato anche il Total Symptom Score (TSS) che considera la sommatoria di dolore, ipoestesia, parestesia e bruciore ([3]). La valutazione elettromiografica si è basata sul Nerve Conduction Velocity (NCV) che rappresenta il parametro più obiettivo ([4]) e replicabile nello studio delle neuropatie. Abbiamo rappresentato graficamente (cfr. figure 11, 12, 13) l'andamento sia dei parametri clinici che elettromiografici. Dallo studio degli stessi emerge una variazione statisticamente significativa (p inferiore a 0,5) sia del dolore che degli altri disturbi clinici, sia della conduzione nervosa in favore del gruppo che ha ricevuto trattamento combinato agopuntura ed acido alfa-lipoico.

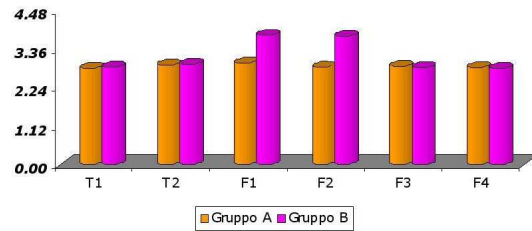


Figura 11: Andamento del NSS (riduzione del dolore)

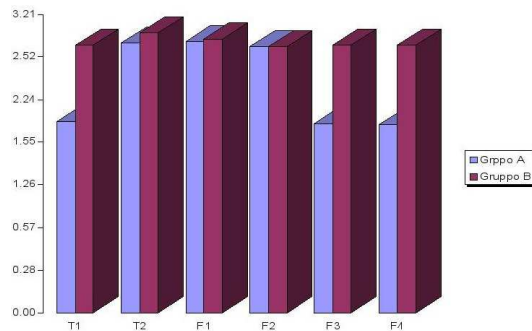


Figura 12: Andamento del TSS (riduzione totale sintomi)

Si può pertanto concludere, sulla base delle evidenze, che la combinazione agopuntura acido lipicoico in short-therapy (tre settimane) induce, per almeno due mesi:

- riduzione dei principali sintomi di neuropatia diabetica (dolore, causalgie, ipo-parestesie),
- miglioramento dello stato del sistema nervoso periferico,
- netto miglioramento dei nervi sensitivi e motori stabile nel tempo.

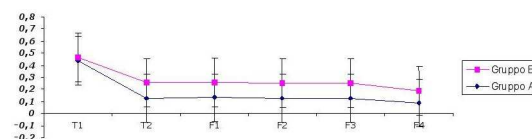


Figura 13: NCV (Variazioni)

Epicrisi

Va segnalato che né il gruppo A né il gruppo B ha veduto migliorare in modo significativo la dorsiflessione del piede. Si può pertanto ritenere che sia l'agopuntura (almeno con i punti selezionati nello studio) che l'acido alfaipoico siano più efficaci, a breve termine, sulla componente sensitiva che motoria in corso di neuropatia. In linea teorica questo mancato effetto motorio è comprensibile dal momento che, sui muscoli, sono attivi i Meridiani Tendino Muscolari ed i punti *jing-prossimali* ([29], [30]), non impiegati nella nostra ricerca. Questo a riprova che ogni punto o combinazione di punti determina azioni diverse e specifiche, così come segnalato nei classici cinesi e nei testi più recenti ([13], [20], [26]). In relazione a precedenti esperienze ([31]) si potrebbe immaginare, in diabetici con componente motoria e disautonomica (oscillazioni della frequenza cardiaca e respiratoria) il seguente schema terapeutico: 36ST, 41ST, 10TB. Questo schema sarà oggetto di un nostro prossimo studio.

Bibliografia

- [1] Fabbrini A. *Clinica Medica*, Ed. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995.
- [2] AAVV *Manuale Merck di Diagnosi e Terapia*, Ed. EDICOM, Milano, 1999.
- [3] Lucchina S., Ferrari P. *Neuropatie Meccaniche-Periferiche*, Ed. Time-Science, Milano, 2003.
- [4] Bergamini L. *Neurologia*, Ed. Nuova Libreria Piccin, Padova, 1990.
- [5] Vanik A.I., Park T.S., Stansbery K.B., Pittenger G.R. *Diabetic neuropathies*, Diabetologia, 2000, 43(8): 943-956.
- [6] Biewenga G., Haenen G.R., Bast A. *The role of lipoic acid in the treatment of diabetic polyneuropathy*, Drug Matab. Rev., 1997, 24(9): 1025-1054.
- [7] Ziegler D., Hanefeld M., Ruhnau K.J. et al. *Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid: 7-month multicenter randomized controlled trial*, ALAN III study, Diabete-Care, 1999, 22(8): 1296-1301.
- [8] Ruhnau K.J., Meisner H.P., Finn J.R. et al. *Effects of 3-week oral treatment with the antioxidant thiotic acid (alpha-lipoic acid) in symptomatic diabetic neuropathy*, Diabet. Med., 1999, 16(12): 1040-1042.
- [9] Fuks J., Packer L., Zimmer G. (Eds) *Lipoic Acid in health and disease*, Ed. Marcel Dekker, New York, 1997.
- [10] Di Stanislao C. (coord) *Libro Bianco sull'agopuntura e le altre terapie della medicina estremo-orientale*, Ed. SIA/CEA, Milano, 2000.
- [11] Dammassa C., Brotzu R., Di Stanislao C.: *Evidenze e sicurezza in agopuntura*, www.sia-mtc.it, Congressi Biomedici, 2004.
- [12] Bossy J. et al. *Nosographie Traditionnelle Chinoise*, Ed. Masson, Paris, 1992.
- [13] Unschuld P. *Medicine Chinoise*, Ed. Paradigm Publication, Seattle, 2000.
- [14] Auteroche B., Navailh P. *La Diagnosi in Medicina Cinese*, Ed. Edi-Ermes, Milano, 1986.
- [15] Guillaume G. *Le syndromes ma mu en Médecine Chinoise*, Rev. fr. d'Acupunct., 1995, 101: 23-30.
- [16] Maoshin N. (trad. e comm.) *The Yellow Empeor's Classic of Internal Medicine*, Ed. Shamballa, London-New York, 1995.
- [17] Roustan C. *Traité D'Acupuncture*, Voll I-III, Ed. Masson, Paris, 1977-1980.
- [18] De Villadorata M., Coté B. *Acupuncture en Médecine Clinique*, Ed. Seca-Mason, Montreal-Paris, 1989.
- [19] Binazzi M. *Manuale di Dermatologia e Venereologia*, Ed. Esculapio, Bologna, 1990.
- [20] Yuen J.C. *Monografie 1997-2004*, CD-ROM a cura di E. Simongini e L. Bultrini, Ed. AMSA, Roma, 2004.
- [21] Di Stanislao C., Corradin M., Parini M. (a cura di) *Medicina Cinese per lo shiatsu ed il tuina*, Ed. CEA, Voll I-II, Milano, 2001.
- [22] Kespi J.M. *L'Acupuncture*, Ed. Maissonneuve Moulin les-Metz, Paris, 1982.

- [23] Kespì J.M. *Cliniques*, Ed. Guy Trédaniel, Paris, 1989.
- [24] Perrey S. *Le Points*, polycopie, Ed. AFA, Paris, 1989.
- [25] De Berardinis D., Di Stanislao C., Corradin M., Brotzu R. *Organi e Visceri in Medicina Cinese. La fisiologia, la clinica, la terapia*, Ed. Sanli/Bimar, Roma, 1992.
- [26] Konopachi D. *Punto per Punto. Dall'Anatomo-Fisiologia alla Clinica in Agopuntura e Auricoloterapia*, CD-ROM, Ed. AMSA, Roma, 2004.
- [27] Auteroche B. *Yuzheng*, Mér., 1998, 105: 53-60.
- [28] Apelsein P. *Medicina Orientale*, Ed. Brancato, Palermo, 1997.
- [29] AAVV *Monografie AMSA*, Ed. AMSA, Roma, 2004.
- [30] Esposito B. *Fisiopatologia dei Meridiani Secondari*, Ed. Nuova Ipsa, Palermo, 2003.
- [31] Gallo E. *Controllo del Sistema Nervoso Vegetativo con agopuntura in corso di anestesia generale*, www.agopuntura.org/ Tesi di Fine Corso, 2004.

Un caso di tremore essenziale trattato con agopuntura e organoterapia

Dott. Carlo Di Stanislao
c.distanislao@agopuntura.org

Dott. Franco Mastrodonato
Coordinatore del Corso di Specializzazione
in Medicina Biontegrata della Università G.
D'Annunzio di Chieti.

“La costituzione di scuole mediche è una prolifica fonte di discordia in campo professionale”
Daniel Drake

Sommario

Il tremore idiopatico benigno è contrassegnato da scosse irregolari e fini, non se ne conosce la causa ed è familiare solo nel 50% dei casi. Ansiolitici e beta-bloccanti non sempre controllano la malattia. Qui si riporta un caso che ha risposto completamente a trattamenti per sei mesi con agopuntura prima e organoterapia poi.

Parole chiave: tremore, agopuntura, organoterapia.

Abstract

The benign idiopathic tremor is marked from irregular and fine jolt, if of it it does not know the cause and it is to of the family in 50% of the cases. Anxiolytics and beta-bloccants drugs not always control the disease. Here filler a case that have answered completely to treatments for six months with acupuncture before and organotherapy then.

Key words: tremor, acupuncture, organotherapy

I tremori sono movimenti involontari, ritmici e oscillatori di una o più parti del corpo prodotti da contrazioni alternate di gruppi muscolari opposti ([1]). Sono classificati in base alla frequenza (lenta, da 3 a 5 Hz; rapida, da 6 a 12 Hz), all'ampiezza, al ritmo, alla distribuzione e alla distinzione della loro comparsa a riposo (tremori a riposo) o durante l'attività motoria volontaria (tremori intenzionali), [2]. Le cause più frequenti di tremore sono l'involuzione cerebrale senile, il Parkinson, disfunzioni cerebellari, l'alcolismo, il morbo di Wilson, l'ipertiroidismo ([3]). I tremori occasionali sono causati da tutti i fenomeni che sono alla base dell'aumento momentaneo dello stato di tonicità muscolare, tra i quali il un colpo di freddo violento che provoca i brividi. In genere i brividi compaiono più marcatamente nelle donne, che sono più sensibili alle variazioni di temperatura. Va aggiunto che, in certe condizioni, la maggior parte delle persone presenta un tremore fine e rapido delle mani quando le estendo. Un aumento del tremore fisiologico può insorgere in seguito a stress, affatica-

mento, a disordini metabolici (p. es., astinenza alcolica, tireotossicosi) o per l'uso di farmaci (p. es., la caffeina e gli altri inibitori della fosfodiesterasi, gli agonisti-adrenergici e i corticosteroidi), [4]. L'esame neurologico, la TAC e la RMN dell'encefalo, una elettroencefalogramma ed alcuni esami di laboratorio (rame, ceruloplasmina, funzione epatica, alcolemia, TSH, T3-T4) permettono di fare diagnosi. Si definisce tremore essenziale (ereditario benigno), un tremore a scosse fini o grossolane, che interessa generalmente le mani, la testa e la voce. Tale disturbo sembra essere autosomico dominante nel 50% dei casi e, a volte, il tremore può essere unilaterale. È minimo o assente a riposo, è elicitato dalle azioni complesse e può essere rafforzato da ogni fattore che intensifica il tremore fisiologico. Esso tende ad aumentare con l'età e talvolta viene definito incorrettamente come tremore senile ([5]). Gli anticolinergici e la carbo o l-dopa sono utili nel Parkinson. In caso di tremore legato a stati ansiosi utili le benzodiazepine per bocca tre o quattro volte al dì (p. es., diazepam 2-10 mg, lorazepam 1-2,5 mg od oxazepam 10-30 mg). Il propranololo alla dose di 20-80 mg per bocca quattro volte al dì è spesso efficace nel trattamento dei tremori essenziali benigni e nei tremori fisiologici che aumentano con l'uso di farmaci o negli stati d'ansia acuta. Nel caso il propranololo fosse inefficace o poco tollerato, si può somministrare il primidone alla dose di 50-250 mg per bocca, tre volte al dì ([6]). Alcune misure di carattere posturologico e rieducativo (p. es., caricare l'arto affetto o educare il paziente a serrare l'arto prossimale durante l'attività) sono utili nel tremore intenzionale cerebellare ([7], [8]).

Caso clinico

L.A., studentessa universitaria di 22 anni, affetta da tremore essenziale generalizzato, con movimenti a scosse fini e grossolane. Andatura esitante, movimenti complessi difficoltosi e rallentati. L'impiego di ansiolitici e betabloccanti non ha migliorato il quadro che, dopo varie visite specialistiche e numerosi accertamenti (RMN cerebrale, EEG, Funzionalità Tiroidea, cupremia), non ha evidenziato disfunzioni. Non vi è familiarità né per l'affezione né per altri disturbi neurologici. La paziente ha manifestato i primi segni di patologia a

11 anni. La stessa è progredita lentamente nel tempo. Polsi rapidi, lingua arrossata, tremolante, con scarso induto. I tremori, in Medicina Cinese, sono dovuti a Vento ([9]) e questo si deve o a Vuoto di Sangue di Fegato o Calore o Vuoto di Yin ([10]). La paziente era ansiosa e l'ansia aggravava prurito e performance motorie. La lingua, i polsi, l'agitazione sono segni di Vento. Tuttavia non vi erano segni di Vuoto di Sangue di Fegato (turbe del sonno, incubi); né di Calore (manifestazioni cutanee, sete intensa), né di Vuoto di Yin (turbe mnesiche, vertigini, ronzi, polso fine), [11]. Interrogando con attenzione la paziente emergeva un carattere chiuso, diffidente, introverso. Inoltre, a differenza di quanto capita nelle forme di attacco di Vento i punti Vento³⁰ o attivi sul Vento³¹ non risultavano dolorabili alla pressione ([12]). Da piccola aveva parlato tardo (dopo il primo anno) e faceva amicizia con difficoltà. Questi elementi orientavano verso un punto Mu (il 23GB) che, secondo una particolare visione, rappresenta la parte Yang dell'Elemento Cielo, legato alla relazione fra pelvi e torace, alla nascita, alla esterizzazione ([13], [14]). La pressione su questo punto provocava, sia a destra che a sinistra, vivo e persistente dolore. I testi Cinesi e Giapponesi del XIX e XX secolo ([15]) mettono in relazione questo punto con stati di tensione e disfunzione muscolare. Va aggiunto che, considerando il movimento un fenomeno Yang, il tremore (che è un movimento inceppato) si ascrive allo Shao Yang e vari punti³² di questa risonanza sono attivi sulla problematica ([16], [17]). Inoltre, nel periodo Ming, inoltre,

³⁰Che sono:

- Fengmen Porta del Vento 12V
- Yifeng Schermo del Vento 17TR
- Fengchi Stagno del Vento 20VB
- Fengshi Mercato del Vento 31VB
- Fengfu Dimora del Vento 16VG

³¹E cioè:

- Lieque, 7LU
- Hegu 4LI
- Quchi, 11LI
- Waiguan, 5TB
- Dazhui, 14GV
- Baihui, 20GV

³²Fra i più attivi, in generale: 22-34GB e 10TB.

i Medici Cinesi occupandosi di Neurologia, considerarono che i Meridiani Principali fossero in relazione differenziata con le diverse funzioni cerebrali ([18]):

- Funzioni inferiori automatiche e vegetative (respiro, attività cardiaca, ecc.): Polmone-Grosso Intestino-Stomaco e Milza.
- Funzioni motorie: Cuore-Piccolo-Intestino-Vescica-Rene
- Funzioni superiori (critica, memoria, ecc.): Ministro del Cuore-Triplice Riscaldatore-Vescica Biliare-Fegato.

Si impiegano i punti yuan a destra per disperdere e a sinistra per tonificare. Si aggiungono punti locali di Du, Zu Tai Yang e Zu Shao Yang. In base a queste considerazioni abbiamo trattato (una volta a settimana) i punti:

- GB23 bilateralmente, con puntura perpendicolare e profonda, manipolando l'ago all'inizio del trattamento, con metodica vibratoria.
- 7H e 60BL a sinistra³³, con puntura obliqua di media profondità, non manovra rotatoria antioraria all'inizio e alla fine del trattamento.
- GV16³⁴, con puntura perpendicolare superficiale, con tecnica rotatoria di dispersione, tre volte nella stessa seduta (questa durava 30 minuti).

Un miglioramento della deambulazione e dei movimenti complessi si è avuto dopo un mese, mentre una riduzione dei tremori si è registrato dopo 12 settimane. Giunti a questo punto persistevano tremori fini ed irregolari delle mani e dei piedi, per lo più quanto la paziente si sentiva osservata. Abbiamo pensato, data la lunghezza del trattamento³⁵, di sospendere l'agopuntura e continuare con organoterapia diluita e dinamizzata. Studi condotti in Francia dimostrano che questa può risultare utile nei disturbi neurologici, spesso dando luogo a risposte anche insperate ([19], [20]). L'organoterapia è una bioterapia che tratta l'organo o

³³Abbiamo selezionato questi Meridiani perché il Cuore agisce sull'ansia e la Vescica sul tono muscolare.

³⁴Per disperdere in Vento endocranico.

³⁵I punti yuan dissipano la yuanti e il 16GV agisce sul jing del cervello (nao).

il tessuto malato mediante la somministrazione di organi o tessuti omologhi diluiti e dinamizzati. L'organo sano diluito e dinamizzato agisce sull'organo malato per ristabilirne il funzionamento alterato. La somministrazione viene effettuata mediante ampolle bevibili per assorbimento perlinguale o mediante supposte. In generale si ritiene che l'organo sano somministrato agisca su quello malato normalizzandone l'attività nelle modalità seguenti ([21]):

- le basse diluizioni (4 o 5 CH) stimolano
- le diluizioni medie (7 CH) regolarizzano
- le alte (15 o 30 CH) inibiscono

In generale, la posologia media consigliata è di una ampolla perlinguale o una supposta, 3 volte alla settimana ([22]). Abbiamo dato un'ampolla da 5ml tre volte la settimana (al mattino a digiuno) di Cerebellum 4CH. I tremori e la rigidità sono peggiorati durante il primo mese, per poi subire un progressivo miglioramento, con completa scomparsa dopo altri due mesi³⁶. Ad un controllo dopo altri tre mesi deambulazione e motilità normali, assenza di tremori anche linguali, polso meno accelerato, riduzione dello stato d'ansia. Abbiamo consigliato, al bisogno, di assumere dosi uniche di Cuprum 30 CH ([23]).

³⁶Complessivamente la paziente è stata trattata per sei mesi.

Bibliografia

- [1] AAVV *Manuale Merck di Diagnosi e Terapia*, Ed. Medicom, Milano, 1999.
- [2] Aminoff M.J. *Neurologia e medicina generale*, Ed. Delfino, Roma, 2004.
- [3] Loeb C., Favale E. *Neurologia*, Ed. SEU, Firenze, 2003.
- [4] AAVV *Neurologia nella pratica clinica*, Ed. CIC Internazionali, Roma, 2003.
- [5] Victor M., Rapper A.H. *Principi di neurologia*, Ed. Mc Graw-Hill, Milano, 2003.
- [6] Zangara A. *Terapia medica ragionata*, Ed. Piccin Nuova Libreria, Padova, 2003.
- [7] Formica M.M. *Trattato di neurologia riabilitativa*, Ed. Guzzolin, Padova, 2003.
- [8] Cornelio F. Gallosti L. (a cura di) *La terapia delle malattie muscolari. Recenti acquisizioni nella terapia medica e riabilitativa in miopatologia*, Ed. CLEUP, Milano, 2002.
- [9] Leung K.P. *Neurologie en MTC*, V Congresso AMAB, Bologna, Atti, policopie, Ed. AMAB, 1993.
- [10] Di Stanislao C. *Turbe Neurologiche in Medicina Cinese*, CD-ROM, Ed. AMSA, Roma, 2005.
- [11] Gori G. *Argomenti di semeiotica di Medicina Cinese*, Ed. Compositori, Bologna, 1995.
- [12] Evangelista P. *Azioni differenziali dei Punti Vento*, http://www.sia-mtc.it/Congressi/XIX_congresso/punti_vento.htm, 1999.
- [13] Tureanu V., Turenau L. *AcuTempo*, CD-ROM, Ed. Medical Spheres, Milano, 2000.
- [14] Corradin M., Di Stanislao C., Parini M. (a cura di) *Medicina cinese per lo shiatsu ed il tuina*, Vol. I, Ed. CEA, Milano, 2001.
- [15] Guillaume G., Chieu M. *Dictionaire des Points d'Acupuncture*, Vol. II, Ed. Guy Tredaniel, Paris, 1995.
- [16] Borsarello J. *Agopuntura*, Ed. Masson, Paris, 1981.
- [17] Duron A., Leville-Mary M., Borsarello J. *Bio-energetique et Médecine Chinoise*, Vol. II, Ed. Maissonneuve, Moulin les-Metz, 1977.
- [18] Simongini E., Bultrini L. *Le Lezioni di J.C. Yuen 1997-2004*, CD-ROM, Roma, 2005.
- [19] Di Stanislao C. *Le Metafore del Corpo: dal simbolo alla terapia. Percorsi integrati di medicina naturale*, Ed. CEA, Milano, 2004.
- [20] Bergeret C., Tetau M. *Organotherapie*, Ed. Maaloine, Paris, 1980.
- [21] Tetau M. *Organoterapia. Nuovi studi clinici*, Ed. Nuova Ipsa, Paledrmo, 2001.
- [22] Mastrodonato F. *Medicina Biointegrata*, Ed. Tecniche Nuove, Milano, 2000.
- [23] Scholten J. *Omeopatia e minerali*, Ed. Salus Infirmorum, Padova, 2004.

Generalità ed applicazioni dei Meridiani Tendino-Muscolari (*jing jin*): ricadute nella pratica shiatsu

Sandra Montanaro
sandra.bi@libero.it
S.A.R.M.O
Studio Associato Ricercatori Metodiche
Orientali

Sommario

Vengono esaminati i Meridiani Tendino-Muscolari alla luce degli aspetti segnalati nei classici ed in relazioni al controllo motorio e al ruolo nelle quattro stagioni. Si prendono poi in esami i vari trattamenti e si formulano alcune ipotesi personali.

Parole chiave: Tendino Muscolari, motricità, Quattro Stagioni.

Abstract

The aspects come examine you the Tendino-Muscular Meridians in the light of signal to you in the classics and relations to the motricity control and the role in the four seasons. The treatments are considered then several and some personal hypotheses are formulated.

Key words: Tendino-Muscular Meridians, motricity, Four Seasons

Spesso, nel nostro campo, abbiamo a che fare con pazienti che presentano problematiche di svariato tipo e, fra queste, c'è una fascia di gente che ha i cosiddetti "dolori". Essi possono essere dolori derivati da traumi, interni ed esterni, e possono essere acuti o cronici.

La maggior parte degli operatori shiatzu si limita in tal caso a riorganizzare il flusso d'energia, o per lo meno ci prova, mediante tecniche e manualità pressorie rivolte ai 12 meridiani principali o ordinari.

Questo non è sbagliato, ma esistono altre tecniche che possono garantire, se ottimamente svolte, un beneficio assai rapido e alle volte (dipende dai casi ovviamente) duraturo. Tali manualità sono a dir poco sconosciute ai più, o conosciute per sentito dire ma mai approfondite, tant'è che anche la stragrande maggioranza degli agopuntori (a cui siamo uniti dato che il bagaglio di studio sulla medicina cinese viaggia in parallelo) non le usa affatto o addirittura le ignora. Ora, spiegare il perché di tutto questo non è affatto semplice e sinceramente non sappiamo quale sia la causa che abbia spinto, nel tempo, ad abbandonare tecniche che i capo-

stipiti di queste discipline ritenevano assai indicate nella clinica.

Al di là di tutto ciò, abbiamo ripreso queste tecniche cercando effettivamente di capirne l'efficacia e le metodiche d'utilizzo.

I Tendineo Muscolari, è così che si chiamano i 12 meridiani su cui stiamo sperimentando, ci hanno dato, e ci stanno dando tutt'ora, degli ottimi risultati nella pratica quotidiana, anche se non sono da considerare come "un metodo di cura esclusivo", ovvero non basta saperli ed applicarli, ma nella stragrande maggioranza dei casi essi andranno poi abbinati ad altri trattamenti. Infatti i TM lavorano principalmente come "antidolorifici naturali", tramite i quali è possibile alleviare il dolore quasi istantaneamente e quasi del tutto.

Considerando quanto appena scritto, potremmo intuire che essi lavoreranno in contatto con un tipo di energia molto rapida. Difatti si tratta dell'energia difensiva, la wei qi, l'energia di cui sono permeati, e saranno efficaci in esiti di traumi, e in presenza di patogeni (sia interni che esterni). La *wei qi*, quell'energia di cui abbiamo parlato cos'è? Di norma possiamo dire che è un tipo di energia che percorre il corpo 50 volte, 25 nello yang e di giorno e 25 nello yin e di notte: è trasportata di notte agli organi dai meridiani distinti. È un'energia yang, molto dinamica, se comparata alla yong Qi dei meridiani principali. Seguendo il movimento giornaliero della wei, ci sembra possibile ipotizzare un forte collegamento tra i tendino muscolari e i distinti che convogliano di notte la wei agli organi. Possiamo pensare che le informazioni e le esperienze che raccogliamo di giorno vengano portate in profondità durante la notte agli organi e divengano bagaglio informativo e strutturale per l'individuo.

La wei circola fuori meridiano e si accumula nella pelle, nel sottocutaneo, nei muscoli e nelle ossa. Rientra nei meridiani attraverso i punti *Jing* distali, chiamati anche punti *Ting*. È legata alle reazioni istintuali dell'individuo, attacco e difesa, meccanismo che si mette all'opera in tutte le aggressioni esterne (contrazioni muscolari difensive) ma anche nelle turbe interne che occorrono nel corso della vita (fibromialgie da tensione, eruzioni cutanee acute da stress, ecc.); ora possiamo capire, analizzando brevemente le caratteristiche di quest'energia perché i TM lavorano sulla parte più esterna, o meglio, su ciò che risponde per primo quando il corpo viene sollecitato. Potremmo allora

definire la Wei e i TM lo scudo del nostro corpo, infatti assieme assicurano il controllo della motricità come atto istintuale, come difesa.

I TM prendono il nome dei meridiani principali (M.P.) a cui sono legati, inoltre, come già accennato, sono 12 e hanno tutti direzione centripeta.

A differenza dei meridiani principali, che sono accoppiati in coppie yin-yang, i TM danno luogo ad allargamenti nastriformi per poi riunirsi in gruppi di 3 in punti di riunione. Avremo allora 4 fasce con 4 punti di riunione:

- 3 yang del piede, si riuniscono allo zigomo: 18IT
- 3 yin del piede, si riuniscono a livello del pube: 3VC
- 3 yang della mano, si riuniscono sul cranio: 13VB
- 3 yin della mano, si riuniscono nella zona ascellare: 22VB

analizziamo velocemente i punti riunione.

18IT Quan liao punto sensoriale questo punto ha la particolarità di essere equidistante da tutti gli organi di senso. è interessante notare che i tre yang del piede (V-VB-ST) sono responsabili del muoversi dell'uomo nel mondo (V-TAI YANG rappresenta la postazione eretta; VB-SHAO YANG opera la direzione, il dove andare; ST-YANGMING opera l'arresto e GI, l'altra faccia dello yangming, rappresenta il compimento del mio andare nel mondo); sono fortemente legati agli organi di senso senza i quali non posso definire dove andare e neppure cosa fare in termini istintivi.

13VB Ben shen punto cerebrale i meridiani della mano permettono la memorizzazione di un'esperienza. è coinvolta la VB perché la VB è legata alla scelta. Possiamo quindi scegliere e memorizzare quanto tocchiamo con le mani .

3VC Zhong li punto urogenitale punto che controlla tutti gli sfinteri, la cui contrazione continua è sinonimo anche di contrazione psicologica. Inoltre il 3VC si trova nel dantien inferiore, zona molto importante a livello energetico.

22VB Yuan ye punto respiratorio rappresenta le esperienze sensoriali e muscolari e l'effetto che questi hanno sulla respirazione.

La patologia dei TM dà luogo ad algie con contratture da aggressione di perversi sia esterni (colpi d'aria, traumi) che interni (turbe psichiche). Questa affermazione è vera, tant'è che in molte casistiche trattate si è verificato un collegamento fra fatto psichico e dolore; e non solo.

Questo perché?

Indagando sulla loro vita delle persone spesso salta fuori la causa vera di un dolore, un perverso di origine interna. Fatti della vita traumatici possono venir assorbiti o meno dall'organismo. Quando non sono in qualche modo metabolizzati, essi vengono 'congelati' nella zona in qualche modo più debole rispetto ad altre. In poche parole, per esempio, un interessamento del TM del GI, tanto per nominarne uno, può aver a che fare sia con un'aggressione esterna, sia con una problematica psichica mal'assorbita dal soggetto stesso che ha indebolito quella parte. Tant'è che nella maggior parte dei casi poi facendo domande sullo stato dell'organo, si scopre che esso non sta meglio del "suo" TM.

Attenzione, "suo" è stato messo fra virgolette perché, in teoria, i TM non dovrebbero essere in relazione ne coi i meridiani distinti, ne tanto meno con gli organi. Alle volte però accade che un problema somatizzato, forse è la parola più indicata, a livello interno, di organo, abbia ancora prima indebolito l'energia difensiva che percorre i TM, facendo apparire il dolore solo quando la parte interessata è posta sotto sforzo.

Vi è una relazione importante tra i muscoli e coscienza personale. Contratture che non guariscono possono nascondere una difficoltà psicologica responsabile della non guarigione, modificando di conseguenza la struttura esterna del corpo.

Occorre un intervento mirato per l'eliminazione del dolore.

Aggiungiamo che essi, i TM, si manifestano "dal più giovane al più vecchio", questo vale a dire che un problema che si manifesta al braccio, nella stragrande maggioranza dei casi è partito dalla gamba (è questa la logica dei TM; gamba - braccio). è per questo che si dice che la patologia del TM delle braccia è più "grave" di quella delle gambe, semplicemente perché si è mossa o è andata in profondità.

A questo proposito è possibile, nella pratica, riscontrare casistiche ove il TM interessato è sulle braccia, e trattando questo, a distanza di tempo (neanche tanto per la verità) si manifesti un problema sulla o sulle gambe.

Perché?

Il perché è spiegato affermando che lavorano a ritroso, cioè possiamo immaginare di vedere un grosso cumulo di sedimenti, immaginiamo a tal proposito la terra che calpestiamo... superficialmente avrò quella più giovane e, man mano che scavo, mi ritroverò ad aver a che fare con quella più vecchia. Così è anche per la patologia dei TM, avrò prima quella più giovane (a volte conseguenza della vecchia), e una volta "risolta" potrà far saltar fuori quella più vecchia. Questo spesso è più evidente quando abbiamo a che fare con un problema al TM di un braccio; dopo la sua risoluzione potrà saltarne fuori, o evidenziarsi, uno sulla gamba.

Da quanto abbiamo potuto riscontrare, l'aggravamento di una patologia, al di là della sua origine, è generalmente: 1) gamba (destra o sinistra); 2) braccio omolaterale; 3) braccio controlaterale; 4) gamba controlaterale e il suo approfondimento è ovviamente dallo yang allo yin.

In qualsiasi caso, per il movimento bloccato o che accentua il dolore, la stagione, l'ora della giornata, sono importanti per la corretta diagnosi. Ad es. un problema che si presenta con maggior enfasi di notte potrà farci supporre l'interessamento di uno yin.

I Tendineo-muscolari della mano interessano polso, gomito, spalla; quelli del piede interessano caviglia, ginocchio, anca.

- tai yang (IT-V): muscolatura posturale posteriore, muscoli estensori degli arti. Difficoltà nei movimenti di iperestensione.
- Shao yang (TR-VB): muscoli di rotazione degli arti e del tronco. Difficoltà nei movimenti di abduzione (allontanare), adduzione (avvicinare), supinazione e pronazione.
- Yang ming (GI-ST): inizio e fine del movimento, muscoli che serrano gli orifizi (orbicolari), muscoli addominali anteriori (retti) e ventrali degli arti (bicipite, quadricipite, tibiale anteriore). Soggetti bloccati, come impacciati o inibiti a completare un movimento.

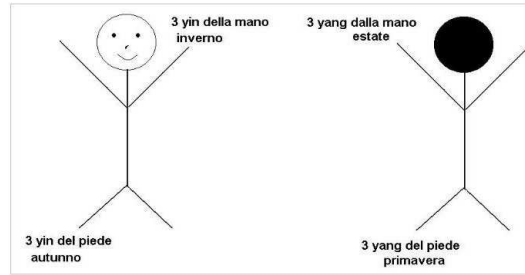


Figura 14: Legame tra meridiani e stagioni

- Tai yin (P-MP): muscoli delle iperflessioni (braccia, gambe, tronco). Tutte le flessioni sono impedito o causano dolore.
- Shao yin (C-R): movimenti di lateralità a gomito o ginocchio flesso.
- Jue yin (MC-F): completa paralisi o blocco articolare.

Esiste anche un collegamento con le stagioni, e qui verrà solo accennato brevemente: la primavera è legata ai 3 meridiani yang del piede, l'estate ai 3 yang della mano, l'autunno ai tre meridiani yin del piede e l'inverno ai 3 yin della mano (cfr. figura 14).

Stiamo attualmente analizzando il funzionamento a seconda della stagionalità.

Qui di seguito cercheremo di fare un riassunto quanto più sintetico e chiaro sulle modalità d'intervento, sulle casistiche e sui protocolli esistenti per il loro trattamento.

Esame motorio

Spesso questo esame è fondamentale, in quanto la maggior parte dei dolori ha un aumento o una comparsa proprio durante il movimento. Proprio in funzione di quanto appena detto, l'esame motorio serve ad evidenziare i movimenti che fanno aumentare il dolore.

Allora avremo:

- gomiti o ginocchia estesi danno indicazioni sullo yang.
- gomiti o ginocchia piegati danno indicazioni sullo yin.

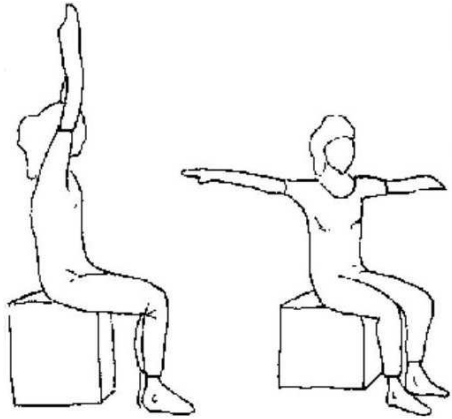


Figura 15: Estensione → tai yang (IT per i gomiti e V per le ginocchia)

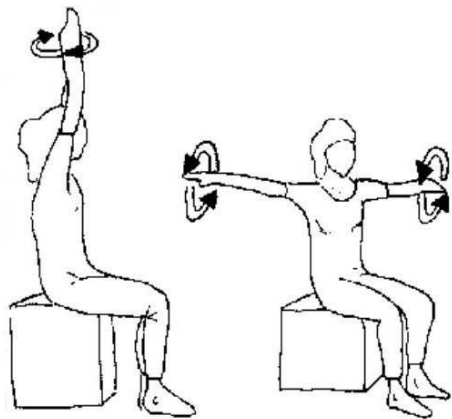


Figura 16: Rotazione → shao yang (TR per i gomiti e VB per le ginocchia)

Gomiti e ginocchia dritti: se il dolore aumenta in:
Estensione → tai yang (IT per i gomiti e V per le ginocchia), cfr. figura 15.

Rotazione → shao yang (TR per i gomiti e VB per le ginocchia), cfr. figura 16.

Contrazione (afferramento) → yang ming (GI per i gomiti e ST per le ginocchia), cfr. figura 17.

Gomiti e ginocchia piegate: flessione (adduzione) → tai yin (P per i gomiti e MP per le ginocchia), cfr. figura 18.

rotazione → shao yin (C per i gomiti e R per le ginocchia), cfr. figura 19.

qualunque movimento → jue yin (MC per i gomiti e F per le ginocchia), cfr. figura 20.

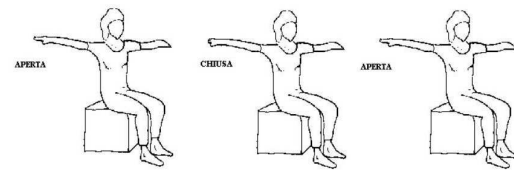


Figura 17: Contrazione (afferramento) → yang ming (GI per i gomiti e ST per le ginocchia)



Figura 18: flessione (adduzione) → tai yin (P per i gomiti e MP per le ginocchia)

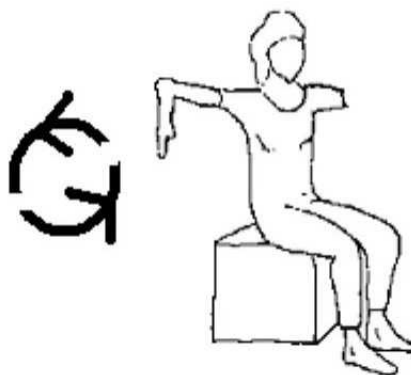


Figura 19: rotazione → shao yin (C per i gomiti e R per le ginocchia)

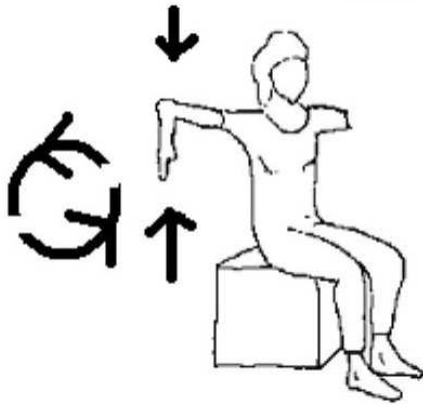


Figura 20: qualunque movimento → jue yin (MC per i gomiti e F per le ginocchia)

il punto riunione va trattato omolaterale per prevenire la diffusione ai meridiani vicini che di solito avviene:

dalla gamba → al braccio omolaterale
dalle braccia → al braccio controlaterale e alla gamba omolaterale

in questo caso può essere utile il punto riunione del basso omolaterale es: spalla dolente.

Tratto i punti ashi nella parte colpita o intorno ad essa. Tastare lungo i meridiani corrispondenti alla spalla per capire su quale meridiano sono i punti dolenti (IT, GI o TR). Si trattano i punti dolenti locali e quelli individuati lungo il meridiano, poi il punto ting, poi punto riunione omolaterale, poi il punto shu. Infine si tratta il TM che si individua con l'esame del movimento. Ricordiamo poi, che la pratica ci insegna che non sempre il TM che risulta "inceppato" all'esame motorio è quello da trattare; per risalire a cosa trattare si deve effettuare la palpazione e localizzare, tramite quest'ultima, la zona dolente, e da questa si risale al meridiano tendineo interessato.

La domanda allora potrebbe sorgere spontanea: ma perché faccio l'esame motorio se poi non è quello il meridiano da trattare?

Attenzione, non è vero che non si tratta, si tratta sì, ma per ultimo, andando a premere il suo punto Ting, per richiamare l'energia in esso, solo quando però ho ripristinato il circolo bloccato.

Nella nostra ricerca abbiamo utilizzato 2 diversi approcci per il trattamento dei meridiani TM.

N.1 Protocollo del trattamento antidolorifico con l'utilizzo dei meridiani tendino-muscolari

Esempio: dolore al braccio destro.

1. Diagnosi con palpazione del braccio per verificare la zona dolente. Per esempio risulta interessato il Meridiano del iQQQ Grosso Intestino (dal 2° dito in su).
2. Punto Ting : lo trovo all'inizio dell'indice, punto GI 1.
3. Punto Shu : GI 4.
4. Lavoro tutto il braccio lungo il MT del GI con manipolazioni.
5. Punto Ashi : punto di dolore, può essere più di uno.
6. Punto di Riunione Yang del braccio destro : 13VB.

Se il dolore è acuto: lavoro solo la zona del dolore.

Se il dolore è cronico: faccio i due punti di riunione del braccio.

N.2 Protocollo terapeutico dei TM

Da usare per problemi prettamente muscolari, non su problemi relativi a dolori fantasma.

Il trattamento prevede:

- I punti dolorosi (ashi) locali e omolaterali sul TM interessato.
- Il punto Ting (jing distale) del TM interessato. Omolaterale.
- Punto shu antico omolaterale del TM Interessato (evita la penetrazione in profondità delle xie qi).
- Punto riunione (hui) del TM, evita la diffusione ad altri meridiani. Indispensabile nei casi cronici. Omolaterale.
- Punto ting del TM interessato con l'esame motorio. Omolaterale.

Abbiamo 2 diversi modi di agire con i tendinomuscolari, nel primo caso si interviene con la *diagnosi, punto ting, punto shu, zona dolente (ashi) e punto di riunione*.

Nel secondo caso invece si interviene con la *diagnosi, la manipolazione dei punti ashi, punto ting, punto shu e in conclusione si tratta il punto di riunione*.

A quanto sembrerebbe “cambiando gli addendi il risultato non cambia”, anche se bisogna, a parere nostro, studiarlo meglio. Noi abbiamo usato fin ora il 2° metodo, ma altri operatori hanno utilizzato il primo. Per nostro conto i risultati ci sono stati e, a sentir loro, ne hanno avuti anche loro. Cerchiamo di spiegare semplicemente cosa accade sia in un metodo che nell'altro.

Nel primo caso però “apro” il TM col punto ting, attiro l'attenzione dell'energia su quella fascia, faccio lo shu che evita la penetrazione in profondità delle xie qi, le energie perverse, tratto i punti dolenti del meridiano, e infine concludo col punto di riunione che evita il coinvolgimento degli altri meridiani vicini.

Fino a qua sembrerebbe non fare una piega.

L'altro comincia dai punti dolenti, che massaggiandoli fanno sì che muova l'energia ristagnata in quella zona e comunichi alla wei che “è lì il punto dove deve lavorare, è lì che c'è qualcosa che non va”. In pratica è come se mettessi in movimento il ristagno e preparassi i punti dolenti a ricevere “la botta” di wei (o energia difensiva) quando successivamente vado a toccare il ting. Con questo punto, in questo caso, secondo noi richiamo la wei “di quel TM” che trova così la strada spianata dal trattamento locale che ha già smosso o comunque ha “segnato il territorio” facendo sì che l'energia sappia dove andare e non si “disperda” su tutto il TM. È come se piazzassi delle bandierine nei punti dolenti e poi mandassi l'impulso alla wei per lavorare su di esse. Col punto shu, da fare dopo questi passaggi faccio sì che il patogeno non scenda in profondità (ma potrei anche vederlo come : “do una direzione alla wei affinché essa mi lavori nella fascia superficiale”, come se agissi su uno scambio di un binario, facendo sì che ting più shu “aprano il tm e diano una direzionalità alla wei”). Poi faccio il punto di riunione.

Considerazioni

Dai nostri risultati, e dai ragionamenti fatti sul loro funzionamento, possiamo affermare che i precedenti trattamenti funzionano entrambi, cambiando gli addendi il risultato non cambia, anche se nonostante ciò riteniamo più corretto il protocollo n.2, quello cioè che prevede la sequenza *ashi-ting-shu-riunione-ting del movimento*.

La spiegazione del perché il protocollo N.2 sia più corretto, la troviamo, a nostro avviso, affermando che il trattare prima i punti ashi fa sì che, quando chiedo ad un meridiano di portare energia, non trovi la strada bloccata dal ristagno di vario genere che ha invaso il suo campo d'azione.

Non pensiamo che l'altro metodo sia scorretto o da escludere a priori, ciò che crediamo invece è che a livello interno, nonostante il fatto che il risultato apparentemente possa sembrare lo stesso, l'energia abbia più difficoltà a compiere i movimenti da noi “comandati”.

Pertanto, possiamo dire che con la tipologia di trattamento numero 2 alcuni casi, non solo quelli acuti ma anche quelli cronici, hanno risposto al trattamento in modo duraturo, togliendo il dolore e i sintomi nel tempo. Quindi pensiamo, volendo trarre delle conclusioni, che non sia proprio la stessa cosa utilizzare l'uno o l'altro trattamento: nel 2° caso ho più possibilità di spostare maggior “sporco” e il risultato è maggiore “pulizia”.

Qui di seguito, per meglio capire il lavoro da noi svolto, inseriamo il protocollo con i particolari passo per passo di ogni singolo TM.

Protocollo specifico per ogni tendineo

I tre meridiani yang del piede (Vescica, Vescica biliare, Stomaco), si riuniscono all'osso mascellare, a 18IT (cfr. figura 21).

M.T.M. Vescica (zu tai yang), cfr. figura 22

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting 67V
3. Punto Shu 65V
4. più punto riunione 18IT
5. Punto ting del TM da esame motorio

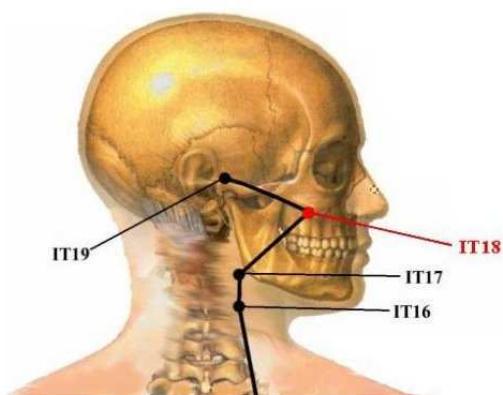


Figura 21: 18IT all'osso mascellare

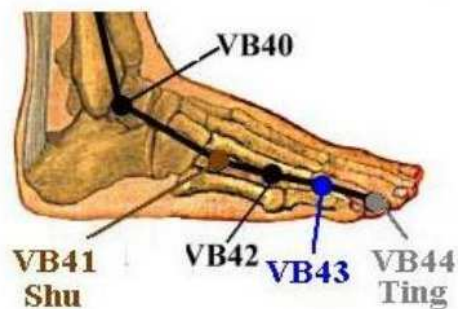


Figura 23: M.T.M. della Vescica biliare (zu shao yang)

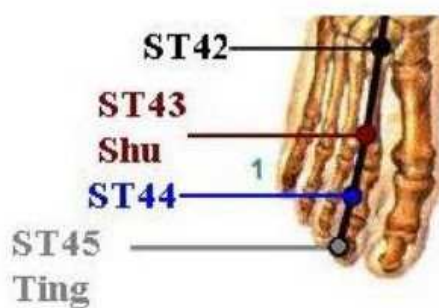


Figura 24: M.T.M. dello stomaco (zu yang ming)

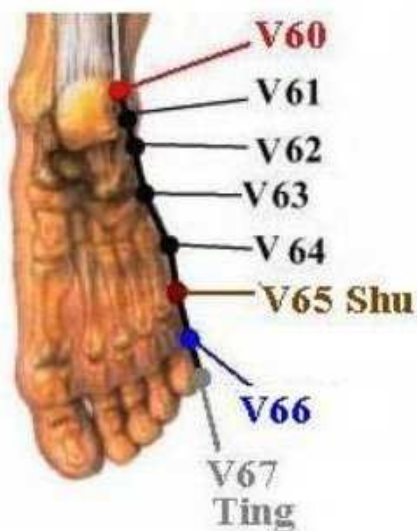


Figura 22: M.T.M. Vescica (zu tai yang)

M.T.M. della Vescica Biliare (zu shao yang) cfr. figura 23

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting 44VB
3. Punto Shu 41VB
4. più punto riunione 18IT
5. Punto ting del TM da esame motorio

M.T.M. dello stomaco (zu yang ming), cfr. figura 24

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting ST45
3. Punto Shu ST43
4. più punto riunione 18IT
5. Punto ting del TM da esame motorio

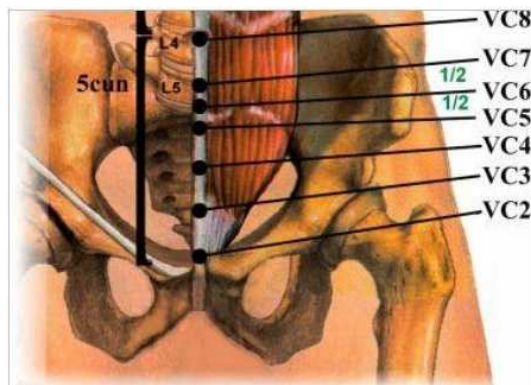


Figura 25: 3VC all'osso pubico

I tre meridiani yin del piede (Rene, Fegato, Milza), terminano all'osso pubico a 3VC, figura 25.

M.T.M. della Milza (zu tai yin), cfr. figura 26

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting MP1
3. Punto Shu MP3
4. più punto riunione 3VC
5. Punto ting del TM da esame motorio

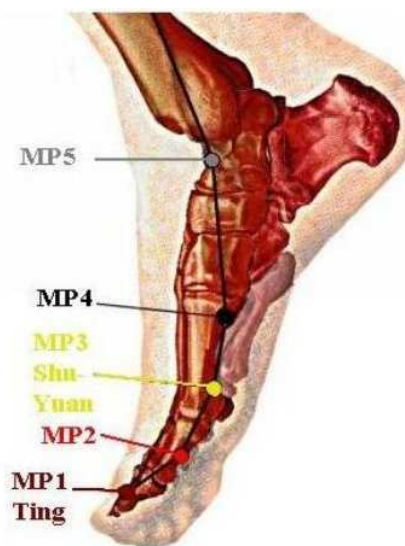


Figura 26: M.T.M. della Milza (zu tai yin)

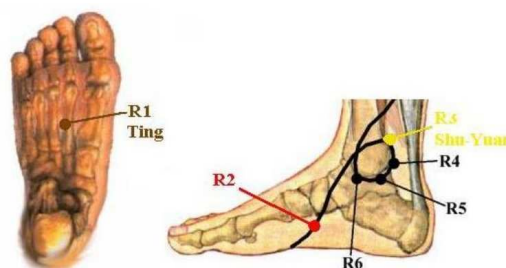


Figura 27: M.T.M. del Rene (zu shao yin)

M.T.M. del Rene (zu shao yin), cfr. figura 27

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting R1
3. Punto Shu R3
4. più punto riunione 3VC
5. Punto ting del TM da esame motorio

M.T.M. del Fegato (zu jue yin), cfr. figura 28

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting F1
3. Punto Shu F3
4. più punto riunione 3VC

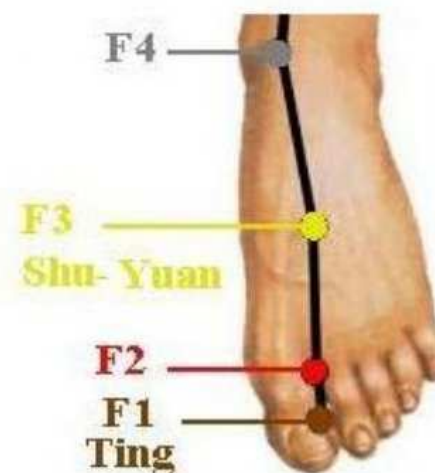


Figura 28: M.T.M. del Fegato (zu jue yin)

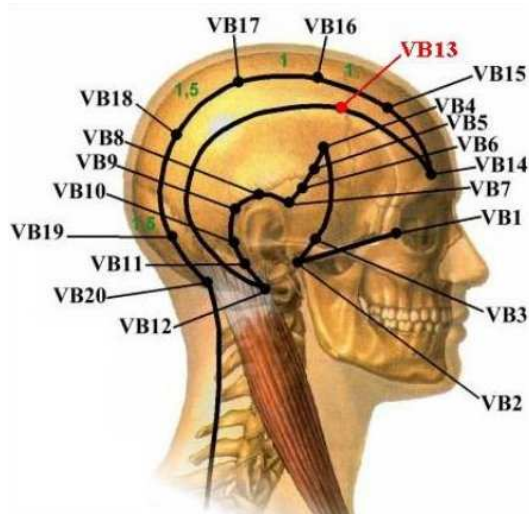


Figura 29: 13VB ai lati della fronte

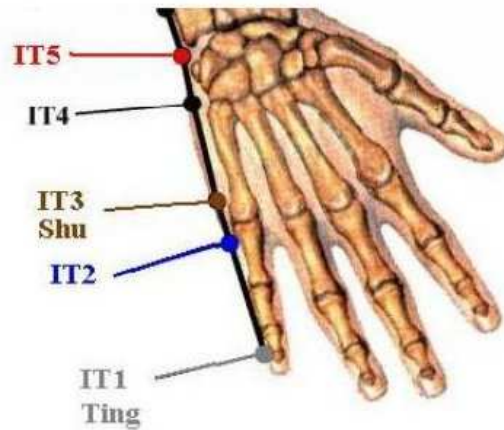


Figura 30: M.T.M. dell'Intestino Tenue (shou tai yang)

5. Punto ting del TM da esame motorio

I tre meridiani yang della mano (Intestino Tenue, Triplice Riscaldatore, Grosso intestino), terminano ai lati della fronte a 13VB, cfr. figura 29.

M.T.M. dell'Intestino Tenue (shou tai yang), cfr. figura 30

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting 1IT
3. Punto Shu 3IT
4. più punto riunione 13VB
5. Punto ting del TM da esame motorio

M.T.M. del Triplice Riscaldatore (shou shao yang), cfr. figura 31

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting 1TR
3. Punto Shu 3TR
4. più punto riunione 13VB
5. Punto ting del TM da esame motorio

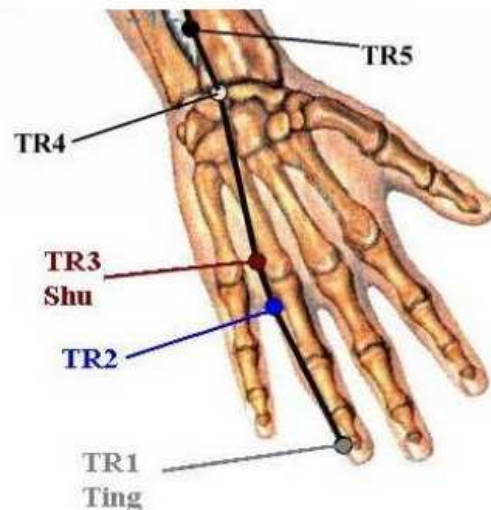


Figura 31: M.T.M. del Triplice Riscaldatore (shou shao yang)

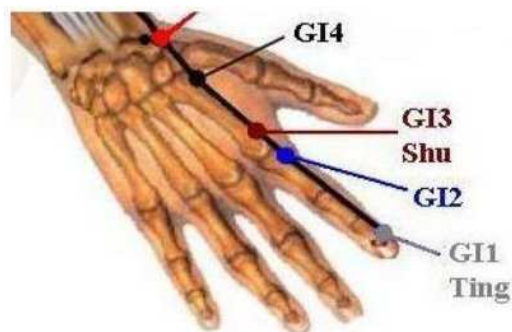


Figura 32: M.T.M. del Grosso Intestino (shou yang ming)

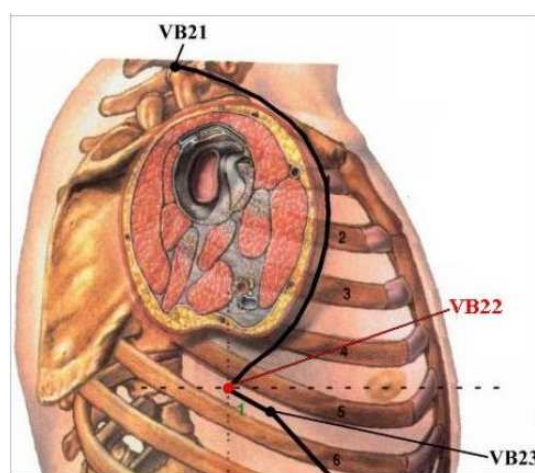


Figura 33: 22VB ai lati del torace

M.T.M. del Grosso Intestino (shou yang ming), cfr. figura 32

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting GI1
3. Punto Shu GI3
4. più punto riunione 13VB
5. Punto ting del TM da esame motorio

I tre meridiani Yin della mano (Cuore, Ministro del cuore e Polmone), terminano ai lati del torace, a 22VB. , cfr. figura 33.

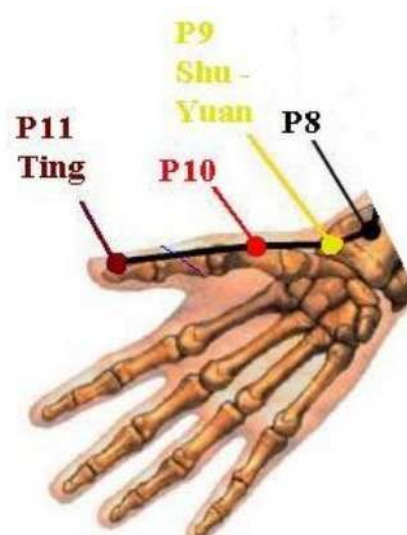


Figura 34: M.T.M. del Polmone (shou tai yin)

M.T.M. del Polmone (shou tai yin), cfr. figura 34

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting P11
3. Punto Shu P9
4. più punto riunione 22VB
5. Punto ting del TM da esame motorio

M.T.M. del Ministro del Cuore (shou jue yin), cfr. figura 35

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting MC9
3. Punto Shu MC7
4. più punto riunione 22VB
5. Punto ting del TM da esame motorio

M.T.M. del Cuore (shou shao yin), cfr. figura 36

1. Punti dolenti ashi
2. Punto Ting C9
3. Punto Shu C7

4. più punto riunione 22VB
5. Punto ting del TM da esame motorio

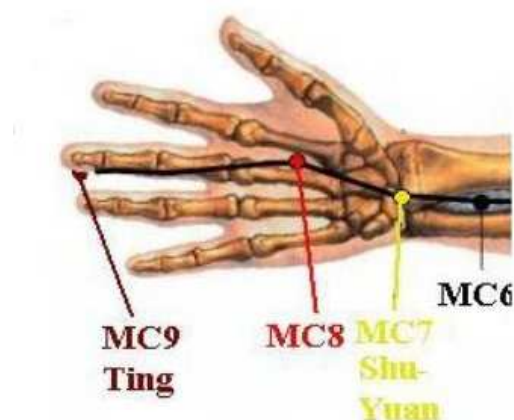


Figura 35: M.T.M. del Ministro del Cuore (shou jue yin)

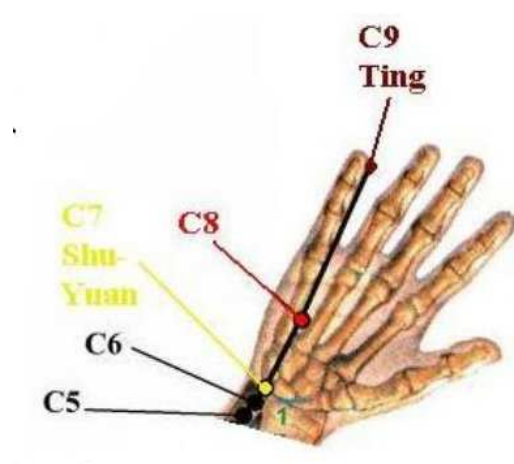


Figura 36: M.T.M. del Cuore (shou shao yin)

Bibliografia

- [1] AAVV: *Mappa dei meridiani energetici. Per praticare l'agopressione, il micromassaggio, lo shiatsu, il do-in*, Ed. Red/Studio Redazionale, Como, 2005.
- [2] Bottalo F., Brotzu R.: *I Fondamenti della Medicina Cinese*, Ed. Xenia, Milano, 1999.
- [3] Boschi G.: *Medicina Cinese: la radice e i fiori*, Ed. CEA, Milano, 2004.
- [4] Cocchiola C.K.: *Shiatsu-yoga-shiatsu. Zone cerniera, meridiani, tsubo, nadi, chakra, asana: guida ad una nuova medicina naturale integrale*, Ed. Mediterranee, Roma, 1998.
- [5] Corradin M., Di Stanislao C., Parini M. (a cura di): *Medicina Cinese per lo shiatsu ed il tuina*, Voll I-II, Ed. CEA, Milano, 2001.
- [6] Di Stanislao C.: *Impiego pratico di alcuni Meridiani Secondari nella Medicina Classica Cinese*, Medicina Naturale, 2005, 4: 25-30.
- [7] Doglia F.: *Atlante Pratico di Agopuntura*, Ed. CEA, Milano, 2002.
- [8] Esposito B.: *Fisiopatologia dei Meridiani Secondari*, Ed. Nuova Ipsa, Palermo, 2003.
- [9] Istituto di medicina tradizionale di Shangai: *Carte anatomiche dei punti di agopuntura dei meridiani*, Ed. Piccin, Nuova Libreria, Padova, 1985.
- [10] Low R.: *Secondary Vessels*, Ed. Thorton, Southempton, 1983.
- [11] Simongini E., Bultrini L. (a cura di): *Le Lezioni di Jeffrey C. Yuen presso l'AMSA: 1997-2004*, CD-ROM, Ed. AMSA, Roma, 2005.

Libri da leggere e rileggere

“Considerando l'enorme quantità di libri già esistenti, il non leggere è un'autodifesa pienamente legittima”

Carlo Franchi

“è inutile discutere su ciò che si può o non si può leggere. Più della metà della cultura moderna dipende da ciò che non si può leggere”

Italo Nostromo

Caruso I. (a cura di): Lezioni di medicina riabilitativa, ed. CIC Internazionali, Roma, 2006

Recependo la raccomandazione R (92) del Consiglio dei Ministri della Comunità Europea le Facoltà Italiana di Medicina E Chirurgia hanno accolto, con la Tab 18a, e sue modifiche, tale invito introducendo nell'ordinamento degli studi l'insegnamento della Medicina Fisica e Riabilitativa (Fisiatria). Esistono, però, evidenti lacune (in molti Atenei manca un professore di ruolo dello specifico settore scientifico-disciplinare MED-34) ed alcuni motivi di confusione legati ad un tentativo, anti-culturale ed antieconomico, di frammentazione della disciplina. Questo libro spiega agli studenti, in modo agile e sintetico, la metodologia e la filosofia di base di una disciplina medica in continua espansione ed evoluzione. A tale disegno hanno partecipato tutti i docenti universitari italiani, che hanno saputo condensare, in poche pagine, i concetti fondamentali che vanno dalla diagnosi fisiologica, clinica e strumentale, alle metodiche ed all'approccio terapeutico nelle disabilità maggiormente rappresentate (patologie ortopediche, neurologiche, cardiovascolari, broncorespiratorie). In appendice sono riportati, a titolo esemplificativo, alcuni casi clinici illustrati secondo uno schema base che caratterizza il *modus operandi*, almeno nei casi più gravi, della moderna medicina riabilitativa: il progetto ed il programma riabilitativo. Il primo, elaborato dal fisiatra, definisce, in rapporto alla situazione clinica e ai bisogni del paziente, gli esiti desiderati a breve, medio e a lungo termine. Il secondo, elaborato dal team riabilitativo, assegna i vari interventi specifici in un organigramma destinato all'outcome. Come ha scritto nella prefazione il prof. Ignazio Caruso³⁷, il manuale serve anche ad orientare i giovani studenti verso una specialità che nella sua autonomia offre da un canto larghi spazi occupazionali e, dall'altro, necessita di persone che intendono dedicarsi alla ricerca

in un settore ancora carente ma con orizzonti stimolanti, non del tutto esplorati.

Soulié De Morant G.: La vera agopuntura cinese, Ed. Luni, Milano, 2005

Fedele traduzione del testo, considerato ormai mitico, elaborato da George Soulié De Morant negli anni '30-40 del secolo scorso, tutto concentrato sull'energetica dei Meridiani, sulla funzione dei punti e sui procedimenti di diagnosi e terapia secondo i canoni della Medicina Cinese fedeli, soprattutto, allo You Xu Ru Men e allo Zhen Da Cheng³⁸. Vi si trovano, oltre alle comuni parti relative alla circolazione di Wei, Rong e Yuanqi, originali considerazioni sulla fisiopatologia dei Meridiani Principali e Secondari e paragrafi, di grande utilità, sui Tronchi e Rami e sulla legge (trascurata da molti) "Sposo/Sposa". Una appendice, molto utile, riguarda poi i punti di Weihe³⁹ e le possibili sinergie fra agopuntura ed omeopatia. L'edizione è molto semplice, il che rende il prezzo accessibile, ma risulta, anche, estremamente curata. Un tesoro di saggezza e profondità, scritto con acume e tradotto con brio, nel rispetto del piglio anche letterario dell'A⁴⁰.

Bowler P.J., Morus I.R.: Making Modern Science. A Historical Survey, Ed. University of Chicago Press, Chicago, 2005

L'insegnamento della storia della scienza si sta pian piano espandendo, grazie anche a nuovi approcci educativi che considerano la

³⁸Fu Georgé Soglie De Morant, già console a Pechino, a portare in Francia, negli anni '20 del XX secolo, la Medicina Cinese.

³⁹Studioso francese del XIX, che identificò aree e zone cutaneo-muscolari dolorose in rapporto con l'azione e la specificità di singoli rimedi omeopatici. Fu oggetto di studio non solo da parte di Soulé De Morant ma anche di vari altri illustri agopuntori francesi come Robert De La Fuye, J. Daniaud, R.J. Bourdiol e, in tempi più recenti, Yves Requena. In Italia accenni ai punti di Weihe furono fatti, negli anni '70, da Ulderico Lanza.

⁴⁰Scrittore di grande sensibilità, autore, fra gli altri, dello splendido racconto "La storia dei 47 Ronin", in cui l'eroismo di 47 Samurai i quali, in una notte del 1702, attaccarono il palazzo dello scellerato ministro Kira per vendicare l'oltraggio e il tradimento del loro signore En-ya. Anche questo libro è pubblicato in Italia da Luni.

³⁷Professore Emerito della Università degli Studi Roma II, Tor Vergata.

ricostruzione storica un passaggio centrale per la comprensione del presente. Tuttavia la pubblicistica specializzata non è ancora molto sviluppata, e sono pochi i manuali che non si limitino a una narrazione dello sviluppo della scienza in Occidente, ma che parlino contemporaneamente della storia della scienza e sulla storia della scienza. Nasce da questa mancanza un volume pensato per un corso universitario di base della materia. Il testo è diviso in due parti. I 13 capitoli che formano la prima sezione sono appunto dedicati a episodi importanti, come la nascita della nuova chimica, la scoperta della deriva dei continenti, lo sviluppo della fisica del XX secolo. Ovviamente sono episodi di la cui estensione temporale e concettuale è ben lontana dall'immagine della mela caduta su Newton: decenni se non secoli di accumulazioni e revisioni, di sedimentazioni che hanno modificato la percezione del mondo. Così non stupisce trovare tra questi episodi anche un capitolo dedicato a <<Ecologia e ambientalismo>>. La seconda parte verte invece su questioni più ampie: tra le altre, <<Scienza e religione>>, <<Biologia e ideologia>>, <<Scienza e guerra>>. Vengono quindi messi in prospettiva storica alcuni problemi fondamentali della scienza contemporanea, evidenziando particolarmente il rapporto che la ricerca ha con la società che la sostiene e la circonda. Il volume è inoltre strutturato in modo da consentire una lettura flessibile, con ogni capitolo che può essere letto come un saggio autoconcluso, con tanto di bibliografia aggiornata. Una traduzione italiana fatta con buon criterio potrebbe ovviare alla naturale tendenza anglocentrica, forse unico - ma inevitabile - neo di questo bel volume.

ADI - Associazione dottorandi e dottori di ricerca italiani (a cura di): Cervelli in gabbia. Disavventure e peripezie dei ricercatori, ed. Avverbi, Roma, 2005

Se una raccolta di testimonianze autobiografiche sui giovani che fanno ricerca in Italia contiene quattro interventi anonimi su 22, la situazione è più grave del previsto. Evidentemen-

te raccontare le proprie esperienze all'interno del sistema italiano della ricerca comporta dei rischi, e richiede particolari cautele: quasi si fossero frequentati bordelli e bische clandestine anziché laboratori e aule di università. Questa è solo una delle molte amare constatazioni a cui porta la lettura del nuovo libro curato dall'ADI, che dopo aver raccolto, tre anni fa, le storie dei <<cervelli in fuga>>, ora propone l'altra faccia della medaglia, cioè le storie di quelli che sono rimasti in Italia: finendo troppo spesso <<in gabbia>>. Di che gabbia si tratti, in questi ultimi anni se ne è parlato varie volte sulle pagine di <<Le Scienze>>. Proprio in questo numero, lo studio di Stefano Zapperi e Francesco Sylos Labini a pagina 14 sulla <<occupazione>> delle università italiane da parte di una generazione ormai prossima al pensionamento (ma ben decisa a non mollare un'oncia di potere) punta i riflettori su uno degli ostacoli più seri che i giovani ricercatori si trovano davanti. Uno, ma certo non l'unico. Come nel volume precedente, che portò la questione della fuga dei cervelli all'attenzione dei media e della politica, l'ADI ha scelto di esporre i problemi seguendo la strada della storia personale, con l'obiettivo, come scrivono nella prefazione i curatori del volume, di <<sollevare dall'invisibilità quel grande patrimonio di intelligenze e conoscenze che si trova spesso, anche se per fortuna non sempre, costretto in una situazione che ne limita le potenzialità di generare e distribuire nuova cultura, innovazione, benessere>>, limitando al tempo stesso le opportunità di sviluppo del paese. Che, alla fin fine, è in gabbia assieme a loro.

Milani L.: Weihe e altri punti tra agopuntura e omeopatia, Ed. Guna, Milano, 2004

La metodica diagnostico-terapeutica ideata dal Dr. August Weihe (1779-1834⁴¹) corrisponde ai moderni criteri scientifici, poiché si basa rigorosamente su fondamenti anatomico-funzionali. Il progredire delle conoscenze istoneurologiche e riflessologiche in tema di Agopuntura e le più recenti acquisizioni clinico-

⁴¹ <http://www.august-weihe-institut.de/>

terapeutiche in Omeopatia-Omotossicologia esigevano una trattazione aggiornata e sistematica: questa lacuna è stata colmata appieno dall'Autore, grazie anche alla sua lunga esperienza clinica e scientifica. Questo Libro-Atlante è il primo veramente esauriente e completo, finora pubblicato, riguardante le importanti interrelazioni tra Agopuntura e Omeopatia. Oltre ai 150 Quadri Sinottici, l'Autore descrive 88 Zonidi Omeosiniatrici Accessori + 22 Zonidi Omeosiniatrici specifici per la Terapia del Dolore Osteo-Artro-Mio-Fasciale, tutti singolarmente descritti, commentati ed illustrati. Chiude l'opera l'Indice alfabetico dei Sintomi e Malattie (770 voci), attraverso cui il Lettore può con estrema facilità andare alla pagina del Quadro Sinottico in cui il sintomo cercato è descritto ed immediatamente orientarsi alla diagnosi di positività del Punto di Weihe ed alla terapia locale e sistemica. Completano l'opera 590 illustrazioni, 44 Tavole e 450 voci bibliografiche raggruppate per argomenti. Descritti da Wehie all'incirca un secolo fa, i punti omeosignatrici sono corrispondenti a punti dell'agopuntura cinese e risultano dolorosi in relazione alla specificità di singoli rimedi omeopatici. Il libro si raccomanda ai professionisti che vogliano entrare nell'affascinante mondo della "Medicina Biologica"⁴².

Ngawang L. D.: La biografia segreta del sesto Dalai Lama, Ed. Luni, Milano, 2004

Tra il diciassettesimo e il diciottesimo secolo in un periodo travagliato e cruciale del Tibet, si svolge la storia di Tsanyang Gyatso, meglio conosciuto come Sesto Dalai Lama di Lhasa. Tutte le cronache ufficiali lo dicono morto nel 1706 a ventiquattro anni, dopo una vita tormentata e dissoluta. Ngawang Lhundrub Dargye racconta che Tsanyang Gyatso non morì sulla via verso Pechino dove era stato richiamato dall'Imperatore Kangxi, ma fuggì e si diede una nuova identità, spogliandosi degli abiti del Dalai Lama e rivestendo i panni del pellegrino errante, per andare a finire i propri giorni nei Territori del Nord Est. Dopo brevi ri-

ferimenti ai pochi anni di vita istituzionale del Dalai Lama, l'autore racconta la vita segreta di Tsanyang Gyatso, che si snoda dapprima nelle sembianze di un pellegrino umile e penitente poi in quelle di un Maestro spirituale illustre e autorevole, il quale, abbandonato di propria volontà il prestigioso Seggio del Potale, si dirige verso i territori barbari di frontiera, per ridare vigore, nell'Amdo e nella Mongolia, alla Dottrina del Buddha. Ngawang Lhundrub Dargye destina il suo testo a quanti possono capire la storia misteriosa del santo, attribuendo il tal modo alla vita di Tsanyang Gyatso, alle sue esperienze mistiche, ma anche alla sua missione compassionevole di conversione, la stessa valenza e anche la complessità di comprensione delle agiografie degli illuminati. Questa "biografia segreta" narra, per la prima volta in traduzione occidentale, come in un racconto, le imprese del Sesto Dalai Lama, dando al lettore occidentale una panoramica del Tibet e del suo popolo all'alba del 1700. Ngawang Lhundrub Dargye nacque nel 1714 ad Alashan, un'arida regione dell'attuale Mongolia Interne. Fu un monaco gelupa di vasta erudizione e di origini illustri, il padre portava il titolo nobiliare Theje riservato ai discendenti di Genghis Khan. Discepolo devoto di Tsanyang Gyatso, seguì il Maestro fino alla morte di questi nel 1746. Ngawang Lhundrub Dargye portò a termine la Biografia segreta del Sesto Dalai Lama nel 1757 in un monastero nei pressi di Alashan. Dalle scarse notizie sul suo conto trapela che ebbe occasione di recarsi alla corte del Settimo Dalai Lama, del quale risulta committente di due opere. Non si conosce la data della sua morte.

Nibote I.: Bushido. L'anima del Giappone, Ed. Luni, Milano, 2004

Apparso per la prima volta nel 1899 in lingua inglese, "Bushidò. L'anima del Giappone" divenne immediatamente un classico, avendo un tale successo da conoscere dieci edizioni nel giro di pochi anni, un'edizione ampliata nel 1905 e traduzioni in quasi tutte le lingue occidentali. Il libro prende spunto dal tentativo di rispondere alla domanda di un amico occidentale che coglieva involontariamente il punto

⁴²<http://www.medibio.it/>

nodale della differenza culturale tra Giappone e Occidente, differenza che lo stesso Nitobe fino a quel momento non aveva percepito con tale nettezza. L'amico, un eminente giurista belga, gli aveva chiesto come fosse possibile un'educazione morale dei Giapponesi, dal momento che non veniva impartita istruzione religiosa nelle loro scuole.

Maraini F.: L'agape celeste, Ed. Luni, Milano, 2004

I riti di consacrazione del sovrano giapponese. Come dice Fosco Maraini nella prefazione a questo libro, vi sono spazi dell'umano conoscere di cui si preferisce non parlare, uno di questi è il tema della "sovranità". In questa magistrale analisi l'Autore condensa tutto quanto è possibile sapere su un argomento su cui gli stessi Giapponesi sono estremamente reticenti. Chi conferisce legittimità al sovrano? Quali riti antichi lo consacrano? Un libro che fornisce spiegazioni esemplari attorno a temi di enorme complessità.