



Società Italiana di Agopuntura, Riflessoterapia e Auricoloterapia

Presidente: G.B. Allais

**XXVII Congresso Nazionale S.I.R.A.A.
L'AGOPUNTURA E LE RIFLESSOTERAPIE NEL
TRATTAMENTO DEL DOLORE**

**RIVA DEL GARDA (TN), 12-13 ottobre 2012
Hotel Astoria, viale Trento 9**



ATTI DEL CONGRESSO

Editor: P. Barbagli

L'AGOPUNTURA E LE RIFLESSOTERAPIE NEL
TRATTAMENTO DEL DOLORE
Atti del XXVII Congresso Nazionale S.I.R.A.A.

Stampa: *Tipografia Borghi – Riva del Garda*

Finito di stampare ottobre 2012



Società Italiana di Agopuntura, Riflessoterapia e Auricoloterapia

Presidente: G.B. Allais

XXVII Congresso Nazionale S.I.R.A.A.

L'AGOPUNTURA E LE RIFLESSOTERAPIE NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Presidenti del Congresso

Francesco Ceccherelli, Paolo Barbagli

Comitato Scientifico e Organizzativo

*G. Allais, P. Barbagli, G. Bazzoni, P. Betti, R. Bollettin, F. Ceccherelli, I. Farci,
A. Losio, G. Lupi, I. Neri, P.E. Quirico, M. Romoli*

Segreteria SIRAA

C.so Galileo Ferraris 164 – 10134 TORINO - Tel. 011/3042857 info@siraa.it

PATROCINI



Comunedì Riva del Garda



Provincia Autonoma di Trento

**XXVII CONGRESSO NAZIONALE S.I.R.A.A.
Riva del Garda (TN) – 12-13 ottobre 2012**

PROGRAMMA

VENERDI' 12 OTTOBRE

Ore 14.00 – Saluti delle Autorità

Ore 14.15 – G.B. Allais – Introduzione al Congresso

Ore 14.30 – C.M. Giovanardi – L'Agopuntura in Italia: stato dell'arte

Ore 14.45 – I SESSIONE: L'AGOPUNTURA NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE (I)

Moderatori: G.B. Allais – P.E. Quirico

14.45 – F. Ceccherelli, G. Gagliardi – Approccio integrato nel trattamento della fibromialgia primaria

15.00 - G. Gagliardi, F. Ceccherelli – Analgesia da agopuntura e funzione gliale: quale evidenza?

15.15 – G. Lupi, M. Cormio – L'agopuntura nel dolore pelvico cronico

15.30 – I. Neri – Il sintomo dolore in ginecologia: possibile ruolo dell'agopuntura

15.45 – P.E. Quirico – L'agopuntura nel low-back pain: modalità, vantaggi e limiti

16.00 – A. Roasio, C. Origlia – Il dolore cronico muscolo-scheletrico del paziente anziano ruolo dell'agopuntura nella nostra esperienza

16.15 – discussione

Ore 16.30 – pausa

**Ore 16.45 – II SESSIONE: L' AURICOLOTERAPIA
NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE**

Moderatori: G. Lupi – M. Romoli

16.45 – G. Bazzoni, B. Boccioli, I. Farci, G. Meconcelli - **Vagus Nerve Stimulation (VNS) e "microsistema auricolare" nella terapia del dolore: modelli interpretativi ed esperienze cliniche**

17.00 – C. De Marchi – **Trattamento di supporto della spalla dolorosa mediante auriculoterapia: report di 3 casi**

17.15 – V. Loi, G. Bazzoni, B. Boccioli – **Esperienze preliminari sul management della fame emozionale con una nuova strategia basata sull'Agopuntura Auricolare**

17.30 – A. Losio – **L'agopuntura auricolare nel trattamento degli effetti collaterali da chemioterapia adiuvante: un caso clinico**

17.45 – A. Lovato, M. Biral – **La trasfissione: un metodo efficace di stimolazione del padiglione auricolare per il trattamento di pazienti con spalla dolorosa cronica**

18.00 – S. Tomasone – **Il trattamento del dolore con il P-stim auricolare**

18.15 – **Discussione**

SABATO 13 OTTOBRE

Ore 9.00 – III SESSIONE: LA NEURALTERAPIA SECONDO HUNEKE NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Moderatori: P. Barbagli – A. Losio

9.00 – R. Bollettin, P. Barbagli – **Algodistrofia riflessa postraumatica dell'arto superiore trattata con neuralterapia sec. Huneke: caso clinico**

9.15 – C. De Michele – **Ozonoterapia, neuralterapia, immunomodulazione con neuropeptidi: nuove possibilità per la terapia di malattie croniche e degenerative**

9.30 – M. Romoli – **La neuralterapia delle cicatrici nelle disfunzioni posturali**

9.45 – **Discussione**

Ore 10.00 – IV SESSIONE: COMUNICAZIONI LIBERE

Moderatori: F. Ceccherelli – I. Neri

10.00 – A. Decarli – **Il trattamento della cervicalgia cronica con agopuntura**

10.10 – R. Dezzoni, A. Poggi, M. Soiat, S. Paoletti – **Approccio multidisciplinare alla sindrome fibromialgica: trattamenti a confronto. Dati preliminari**

10.20 – R. Dezzoni, A. Poggi – **Nuove frontiere di trattamento in Pronto Soccorso a Trieste. Coxalgia acuta trattata con addomino-agopuntura. Case report**

10.30 – V. Farina – **Trattamento della cefalea con agopuntura: esperienze dal profondo sud**

10.40 – **pausa**

11.05 – G. Fornasier – Caso di nevralgia post-erpetica in regione lombare trattato con stimolazione agopunturale manuale controlaterale

11.15 – M. Marchesi – Evidenze scientifiche dell'efficacia dell'agopuntura nel dolore lombare cronico non specifico

11.25 – L. Moroni – Un dolore toracico

11.35 – A. Poggi, R. Dezzoni, G. Berlot – Benefici da trattamento con addomino-agopuntura anche “single shot”. Case report

11.45 – P. Soresi – Il trattamento della spalla dolorosa

11.55 – S. Zanella, F. Ceccherelli, P. Feltracco, M. Scarpa, S. Tropea, F. Ricci, H. Galligioni, M. Iacobone – Trattamento del dolore postoperatorio dopo tiroidectomia. Studio prospettico con agopuntura versus farmaci

12.05 – Discussione

12.30 – La SIRAA per i soci SIRAA

Ore 13.00 – pausa pranzo

Ore 14.30 – V SESSIONE: L'AGOPUNTURA NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE (II)

Moderatori: P. Betti – G. Gagliardi

14.30 – G. Airola, G.B. Allais, P. Borgogno, C. Burzio, S. Rolando, P. Schiapparelli, C. Benedetto – L'agopuntura nel trattamento del dolore muscolo scheletrico in pazienti sottoposte a terapia antiestrogenica

14.45 – G. Antonucci – The use of “Lanweixue” special point for diagnostic aims for appendicopathy in progress. Observational study

15.00 – P. Betti, S. Colombo, O. Amici, A. Dal Col, A. De Gasperi - **Valutazione del livello di sedazione ottenuta mediante l'utilizzo di un protocollo agopunturale su volontari sani**

15.15 – C. Moiraghi – **Neijing Suwen 41. Il dolore alla regione renale. Proposta interpretativa**

15.30 – P. Schiapparelli – **L'agopuntura nella dismenorrea: evidenze cliniche e nuove acquisizioni**

15.45 – O. Sponzilli, R. Rinaldi – **Ruolo della termografia nel trattamento del dolore con agopuntura**

16.00 – discussione

Ore 16.15 – pausa

Ore 16.45 – VI SESSIONE: LE RIFLESSOTERAPIE NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Moderatori: G. Bazzoni – O. Sponzilli

16.45 – P. Barbagli, R. Bollettin – **Terapia del dolore benigno mediante riflessoterapia con fisiologica. Studio retrospettivo: risultati immediati e a distanza**

17.00 – F. Fontanini – **Sindrome ostruttiva dolorosa in geriatria: aspetti riabilitativi in medicina integrata**

17.15 – R. Mazzoni – **La craniopuntura ed i microsistemi**

17.30 – M. Rinaldi, R. Ferreri, C. Lucenti, F. Cracolici, R. Pulcri, S. Bernardini – **La medicina integrata nel processo riabilitativo di patologie ischemiche, emorragiche e degenerative cerebrali e nei pazienti sottoposti a protesi di anca e di ginocchio. I risultati ottenuti presso il centro di medicina integrata di Pitigliano e Manciano della USL 9 di Grosseto**

17.45 – D. Rizzitano – **Laser agopuntura nel trattamento delle patologie dolorose croniche**

18.00 – Discussione

18.30 – Compilazione Questionario ECM

Approccio integrato nel trattamento della fibromialgia primaria

Ceccherelli Francesco *, Gagliardi Giuseppe #

**A.I.R.A.S., Padova*

Servizio di Rianimazione Polifunzionale, Ospedale S. Antonio, USL 16 del Veneto

fceccherelli@airas.it info@airas.it www.airas.it

La fibromialgia primaria (FP) è una sindrome dolorosa cronica che affligge oltre il 6% della popolazione mondiale. La sua causa è sconosciuta ma si è evidenziata come un disordine della modulazione centrale del dolore, inefficienza dell'inibizione discendente della nocicezione ed una iperattività della sostanza P. Sembrano esserci fattori genetici visto che si manifesta familiarità, ed i geni implicati sembrano essere i controllori della funzione serotoninergica, dei recettori dopaminergici e del metabolismo delle catecolamine.

La FP sembra anche correlata con fattori collegati allo stress, visto che essa viene scatenata, nel 40% dei pazienti da un evento stressante, sia fisico che psicosociale.

Anche la depressione e l'ansia giocano un ruolo primario nella genesi della FP visto che vengono segnalate in una percentuale variabile fra il 30 ed il 90% dei pazienti. Infine sono stati dimostrati cambiamenti nella funzione neurofisiologica dell'inibizione discendente con dimostrata ipereccitabilità dei neuroni spinali e sensitizzazione centrale. In sostanza si evidenzia un'attività neuronale centrale eccessiva in risposta ad uno stimolo doloroso.

La FP è spesso associata a disturbi del sonno, dell'alimentazione, fatica e disabilità muscolare funzionale.

Vista questa eziopatogenesi complessa e questa corte sintomatologica, la FP è la sindrome ideale per un approccio integrato che affianchi terapie che possono correggere le modificazioni strutturali del Sistema Nervoso Centrale, causate da essa a altre terapie che ripristino funzioni fisiche di questi pazienti e ne influenzino il comportamento verso stili di vita e attivi e salutistici. Le terapie devono, quindi, coprire tutti e tre i livelli a cui ogni malattia o sindrome si struttura: organico, funzionale e psicologico.

Le alterazioni strutturali del sistema antinocicettivo possono essere contrastate sia dagli antidepressivi e dall'elettroagopuntura; ambedue queste procedure cancellano la memoria del dolore e ripristinano l'inibizione discendente del dolore riportando la soglia del dolore ad un livello fisiologico. Le alterazioni della funzione muscolare possono essere mitigate sia dai bagni caldi e sia dall'esercizio fisico: aerobico e stretching. Molto utilizzati sono anche il magnesio, l-carnitina, la solfo-adenosin-metionina e gli antiossidanti endocellulari.

La psiche dei pazienti, oltre che essere aiutata dagli antidepressivi e dall'elettroagopuntura, può giovare di terapie comportamentali o psicosociali come i gruppi di supporto o la psicoterapia.

52 Pazienti, (46 di sesso femminile e 6 di sesso maschile) di età media pari a 42.34 ± 10.34 anni, affetti da fibromi algia primaria da un periodo di tempo medio pari a 78.23 ± 64.32 mesi sono stati trattati con un approccio integrato:

- 3 sessioni di elettroagopuntura a settimana per le due prime settimane; 2 sessioni a settimana per le successive 5 settimane;
- una dose di amitriptilina variabile da 10 a 30 mg/die per sei mesi;

- un bagno o una doccia calda al mattino sino alla risoluzione della rigidità muscolare mattutina;
- un'ora giornaliera di esercizi aerobici ed esercizi di stretching cui, col tempo, il paziente deve affiancare una passeggiata giornaliera di almeno un'altra ora
- la somministrazione di:
 - magnesio pidolato, una busta/die;
 - l-carnitina, due flaconi da 2.5 g/die, uno al mattino e uno a mezzogiorno;
 - ademetionina 1 fiala da 500 mg,i.m. al mattino
 - una capsula di antiossidante a composizione personalizzata

Questi integratori sono stati così somministrati:

- ademetionina e l-carnitina per 8 settimane;
- magnesio, per 12 settimane;
- gli antiossidanti per 24 settimane.
- un supporto psicologico o la partecipazione ad un gruppo di aiuto qualora se ne ravvedesse la necessità.

I risultati misurati con il McGill Pain Questionnaire e con la VAS prima della terapia, alla fine dell'elettroagopuntura, dopo tre e sei mesi, mostrano una significativa diminuzione del dolore che si mantiene discretamente nel tempo.

Il risultato migliore si ottiene in quei pazienti collaborativi che si sottopongono all'intera cura integrata e non semplicemente all'assunzione di farmaci o all'elettroagopuntura.

Vi è da osservare che l'elettroagopuntura, sino dalla prima seduta mostra un effetto di riequilibrio della soglia del dolore, un miglioramento del tono dell'umore e della qualità del sonno che diventa nuovamente riposante.

Analgesia da agopuntura e funzione gliale: quale evidenza?

Gagliardi Giuseppe #, Ceccherelli Francesco *,
U.O.S. terapia intensiva , Ospedale S.Antonio, USL 16
Padova

**A.I.R.A.S., Padova*

giuseppe_gagliardi@libero.it

giuseppe.gagliardi@sanita.padova.it

Le cellule gliali (astrociti, oligodendrociti e microglia) svolgono nel Sistema Nervoso centrale moltissime funzioni fondamentali, funzione di supporto neuronale e isolano elettricamente gli assoni, hanno funzione nutrizionale, mantengono stabile la composizione dello spazio extracellulare, guidano la crescita e la ricrescita delle cellule neuronali. Mentre la macroglia (astrociti, oligodendrociti) hanno la stessa origine embriologica dei neuroni, la microglia sono di derivazione mesodermica derivanti dai macrofagi, sono i regolatori della risposta immunitaria nativa e partecipano alla risposta immunitaria adattativa. A seguito di lesioni nervose o infiammazione la microglia assume un fenotipo di attivazione che si associa alla proliferazione e migrazione nel sito di lesione.

Le cellule gliali hanno assunto negli ultimi anni un notevole interesse per la comprensione dei meccanismi legati alla nocicezione ed antinocicezione ed in particolare al dolore neuropatico (1) e nella tolleranza agli oppioidi (2).

La glia attivata libera aminoacidi eccitatori, citochine proinfiammatorie, (interleuchine IL1, IL6, tumor necrosis factor, TNF), prostaglandine. Queste sostanze sono fortemente coinvolte nello sviluppo e nel mantenimento del dolore

neuropatico (3) col potenziamento della trasmissione sinaptica. Per queste caratteristiche le microglia sono diventate bersaglio terapeutico in diverse patologie del sistema nervoso centrale.

Vi sono numerosi dati sperimentali che dimostrano come l'agopuntura possa interferire con la funzione gliale, offrendo nuovi elementi per l'interpretazione del meccanismo d'azione dell'analgesia da agopuntura. È dimostrato un effetto antiallodinico ed antiperlgesico in un modello sperimentale di dolore neurogeno (6) con l'elettroagopuntura ipsilaterale a frequenza alternata 100 e 2 Hz. Il meccanismo d'azione suggerito è quello di una controregolazione dell'attivazione gliale a livello del midollo spinale (4). Con una riduzione dell'attivazione gliale e minor produzione di citochine proinfiammatorie.

Oltre all'effetto analgesico la modulazione dell'attivazione gliale da parte dell'agopuntura è associato ad un effetto neuroprotettivo, come dimostrato su un modello sperimentale di malattia di Parkinson (5).

Questi dati rappresentano un ulteriore passo in avanti per la comprensione del meccanismo d'azione e la codifica scientifica necessaria per l'impiego della stimolazione con agopuntura per il trattamento dei disturbi del sistema nervoso centrale correlati alla disfunzione gliale.

Bibliografia

- 1) Watkins LR, Milligan ED, Maier SF. Glial activation: a driving force for pathological pain. *Trends Neurosci* 2001; 24: 450-455
- 2) Song P, Zhao Z-Q. The involvement of glial cells in the development of morphine tolerance. *Neurosci Res* 2001; 39: 281-286

- 3) Sabato AF: Dolore “basi molecolari”, CIC edizioni internazionali, Roma 2010
- 4) S. Sun, H. Cao, M. Han, T.T. Li, Z.Q. Zhao, Y.Q. Zhang. Evidence for suppression of electroacupuncture on spinal glial activation and behavioral hypersensitivity in a rat model of monoarthritis. *Brain Research Bulletin* 75 (2008) 83–93
- 5) Jun Mo Kang, Hi Joon Park, Yeong Gon Choi, Il Hwan Choe, Jae Hyun Park Yong Sik Kimc Sabina Lima: Acupuncture inhibits microglial activation and inflammatory events in the MPTP-induced mouse model. *Brain Research*, 131, 2007, 211-219
- 6) Sun Shan, Mao-Ying Qi-Liang, Cao Hong, Li Tingting,a Han Mei, Pan Haili, Wang Yan-Qing, Zhao Zhi-Qi, Zhang Yu-Qiu: Is functional state of spinal microglia involved in the anti-allodynic and anti-hyperalgesic effects of electroacupuncture in rat model of monoarthritis? *Neurobiology of Disease* 26 (2007) 558–568

L'Agopuntura nel dolore pelvico cronico

Lupi Giuseppe *°, Cormio Manuela °

**Docente Scuola Agopuntura C.S.T.N.F. – Torino*

°Ambulatorio di Agopuntura per il trattamento dell'iperemesi gravidica e della nausea e vomito nei pazienti chemio trattati, Ospedale Umberto Parini di Aosta

agolupi.gl@libero.it

Il dolore pelvico cronico viene definito come un dolore costante o ciclico di durata superiore ai sei mesi, che si localizza alla pelvi anatomica, sufficientemente grave da causare disabilità funzionale e che richiede trattamento medico o chirurgico. Il dolore può aumentare con le mestruazioni, con l'attività fisica e sessuale, mentre si attenua col riposo. Può essere di vario tipo: sordo e continuo con accentuazioni, oppure acuto e periodico. Secondo una recente review, il dolore pelvico cronico è responsabile del 10% delle visite ginecologiche ambulatoriali, del 40% delle laparoscopie diagnostiche e del 10-15% degli interventi di isterectomia.

Questa sindrome dolorosa è caratterizzata principalmente da dolore in sede pelvica e/o perineale, con possibili irradiazioni alla regione lombare, ai genitali esterni, all'inguine, alla regione sovrapubica, al sacro-coccige, alla radice delle cosce. L'alterazione fisiopatologia comune, che induce la sintomatologia, è un ipertono involontario dei muscoli del pavimento pelvico. Recentemente, tale sindrome nel maschio è stata inclusa nella classificazione delle prostatiti, ed è stata identificata la forma precedentemente denominata prostatite cronica abatterica.

Mentre il dolore pelvico acuto è sempre il sintomo di una malattia, il dolore pelvico cronico può rappresentare esso

stesso una malattia e per le pazienti che ne soffrono è difficile separare la componente organica da quella psicologica.

Queste pazienti, in genere, hanno avuto scarsi risultati in seguito alle tradizionali terapie mediche e possono essere state sottoposte senza successo a trattamenti chirurgici per il dolore. La maggior parte delle donne che si sottopongono a laparoscopia per il dolore pelvico cronico non presenta nessuna patologia intraperitoneale, né altre anomalie che possano correlarsi con il dolore.

La sintomatologia è varia sia per intensità e frequenza, sia per quanto riguarda l'associazione con sintomi collaterali a carico dell'apparato urinario basso, genitale e digestivo distale. Il coinvolgimento, in varia misura, di tali apparati è molto frequente e deriva dal fatto che uretra, vagina e retto distale attraversano il muscolo elevatore dell'ano tramite tre iati contigui, e possono risentire di un ipertono di quest'ultimo.

L'etiologia può essere ricondotta a diverse cause, anche se spesso resta sconosciuta. Tra quelle identificabili consideriamo le seguenti:

- *ginecologiche* (endometriosi, dismenorrea primaria e secondaria, malattia infiammatoria pelvica, congestione venosa, aderenze, endometrite, salpingo-ooforite, sindrome dell'ovaio residuo);
- *urologiche* (sindrome uretrale, cistite interstiziale);
- *gastro-intestinali* (sindrome del colon irritabile, morbo di Chron, diverticolosi);
- *muscolo-scheletriche e neurologiche* (intrappolamento nervoso, dolore miofasciale, sindrome del dolore lombare, coccigodinia).

La diagnosi è essenzialmente di esclusione, dato che una sintomatologia simile è riscontrabile in numerose affezioni di singoli organi pelvici o perineali, per cui è essenziale

un'accurata valutazione multidisciplinare volta a identificare o ad escludere tali condizioni senza però dimenticare la componente psicologica.

I sintomi urologici che possono coesistere nella sindrome sono conseguenti di solito a una ostruzione funzionale a livello uretrale, sostenuta come già detto da un ipertono o da un mancato rilasciamento dello sfintere uretrale esterno. L'urgenza minzionale e l'incontinenza da urgenza, pur potendo essere presenti, non sono tipiche della sindrome. Inoltre la presenza, variabile, di residuo post-minzionale, può favorire la presenza di infezioni urinarie ricorrenti, con episodi di cistite acuta, e quindi improvvisi aggravamenti della frequenza minzionale e comparsa di bruciori/dolori minzionali. Pertanto è possibile riscontrare tutta la varietà di sintomi minzionali, sia a carico della fase di riempimento che a carico della fase di svuotamento vescicale.

Tra i segni rilevabili all'esame obiettivo che orientano la diagnosi ve ne è essenzialmente uno, che solitamente non manca mai in tale sindrome, anche se non si può considerare strettamente patognomonico. Si tratta del reperto obiettivo di ipertono dei muscoli elevatori dell'ano, palpabili lateralmente in corso di esplorazione vaginale e rettale, con dolorabilità, anche molto intensa, alla digitopressione (Trigger point).

Le possibilità terapeutiche sono molteplici e includono le modificazioni comportamentali e dello stile di vita (abitudini alimentari, minzionali, etc.), farmacoterapia (alfa-litici, antidepressivi, antidolorifici, miorilassanti, etc.), la riabilitazione del piano perineale finalizzata ad apprendere come rilasciare la muscolatura del pavimento pelvico, la terapia manuale, l'agopuntura, vari tipi di elettrostimolazione e neuromodulazione non invasive, o, in casi selezionati refrattari alle terapie conservative, le iniezioni di tossina botulinica nei

muscoli coinvolti o l'impianto di un neuromodulatore sacrale. In questo tipo di approccio multidisciplinare l'agopuntura ha dimostrato una grande validità nel trattamento del dolore pelvico cronico proprio in virtù dell'eziologia multifattoriale della patologia, della diversità degli organi colpiti e del coinvolgimento del sistema nervoso. Sfruttando la sua comprovata attività miorilassante, antiinfiammatoria, vasomodulatrice e antidolorifica grazie alla produzione di endorfine, l'agopuntura si è rivelata un ottimo presidio terapeutico da utilizzare da solo o in associazione nella terapia del dolore pelvico cronico.

Nel corso della relazione saranno presentate le evidenze scientifiche e il razionale dei punti utilizzati nei diversi lavori.

Il sintomo dolore in ginecologia: possibile ruolo dell'agopuntura.

Neri Isabella, Pignatti Lucrezia, Volpe Annibale
Dipartimento Integrato Materno-Infantile, Università di
Modena e Reggio Emilia
isabella.neri@unimore.it

Introduzione e scopo. Secondo i dettami della Medicina Tradizionale Cinese numerosi disturbi ginecologici possono essere trattati in agopuntura. Tuttavia è indubbio che le applicazioni ostetriche hanno avuto nel nostro paese una maggiore diffusione, tanto che in numerosi ospedali l'agopuntura viene applicata per iperemesi gravidica, presentazione podalica e durante il travaglio di parto. Tuttavia la produzione scientifica inerente le applicazioni ginecologiche è molto ricca e scopo della presente trattazione è di valutare lo stato dell'arte riguardo alle principali patologie che sono alla base del sintomo dolore in ginecologia: dismenorrea, fibromatosi uterina e infiammazione pelvica. Una breve trattazione verrà poi destinata all'utilizzo dell'agopuntura come sostegno alle tecniche di fecondazione assistita.

Metodi. Per la ricerca delle voci bibliografiche è stato utilizzato il sito PUB-MED.

Risultati. Il più frequente sintomo dolore ginecologico è rappresentato dalla dismenorrea. Secondo una review del 2010 (1) le applicazioni maggiormente oggetto di indagine sono dismenorrea e sintomi post-menopausali anche se numerose inesattezze metodologiche e la scarsa numerosità del campione degli studi analizzati non hanno consentito di trarre conclusioni definitive al riguardo. Il trattamento della dismenorrea è stato

oggetto di una revisione Cochrane che non ha fornito dati confortanti (2). Tuttavia recentemente è stato pubblicato uno studio controllato randomizzato agopuntura vs sham agopuntura che ha dimostrato come l'agopuntura sia superiore al placebo nel ridurre la durata del dolore mestruale e la richiesta di analgesici al sesto mese di trattamento, mentre non è stato riscontrato alcun effetto al terzo mese. In questo studio la formula di agopuntura prevedeva la stimolazione di numerosi punti (3). Inoltre uno studio successivo ha comparato elettroagopuntura applicata nei punti *Hegu* e *Sanyinjiao* vs TENS applicata in zone lontane dai punti di agopuntura dimostrando un effetto significativo dell'elettroagopuntura nel ridurre il dolore mestruale (4). Non è ancora chiaro quale sia il possibile meccanismo d'azione, studi preliminari hanno messo in evidenza come la stimolazione del punto *Sanyinjiao* sia in grado di aumentare il flusso nelle arterie uterine (5) e di modificare la variabilità della frequenza cardiaca quindi agendo quindi sul sistema nervoso autonomo (6). Secondo la MTC l'agopuntura può essere utilizzata sia per la prevenzione che il trattamento dei sintomi correlati alla fibromatosi uterina. Nonostante la scarsa produzione scientifica si tratta di argomenti di estremo interesse poiché il trattamento convenzionale di tale patologia è quasi esclusivamente chirurgico. La review Cochrane del 2012 prendendo in esame 11 studi conclude che ancora non esistono sostanziali evidenze scientifiche che convalidino l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento della fibromatosi uterina (7). Tuttavia il notevole interesse al riguardo ha stimolato ulteriori studi, di particolare rilievo è la dimostrazione che l'elettroagopuntura applicata ai punti *Sanyinjiao* e *Guilai* è in grado di diminuire l'entità del sanguinamento mestruale in una donna che presentava un voluminoso fibroma sottomucoso. Questo effetto sembra essere

correlato ad una diminuzione del flusso a livello delle arterie uterine (8). Nel corso degli ultimi anni si è osservato un crescente interesse per le possibili applicazioni dell'agopuntura nel settore della fecondazione assistita. Una revisione Cochrane che aveva incluso 13 studi conclude che l'agopuntura era in grado di aumentare la percentuale di nati quando eseguita in concomitanza dell'embriotransfer tuttavia lo scarso numero di studi analizzati non aveva consentito di trarre conclusioni definitive al riguardo (9). Una recente review di 17 studi, in contrasto con quanto affermato dalla revisione Cochrane, conclude che l'agopuntura è inefficace nel migliorare le tecniche di fecondazione in vitro (10). Il meccanismo d'azione potrebbe essere correlato ad un effetto sullo stress che inevitabilmente accompagna le coppie che si sottopongono a tali procedure come sembra suggerire un lavoro di Balk et al che ha dimostrato un minor soglia di stress percepito nelle donne che prima delle tecniche di fecondazione assistita si sottoponevano ad agopuntura rispetto ai controlli (11).

Conclusioni. Il sintomo dolore è frequente in campo ginecologico e riconosce alla sua origine numerose patologie tra le quali dismenorrea, endometriosi, dolore pelvico cronico, malattia infiammatoria pelvica e fibromatosi uterina. Le principali e maggiormente promettenti applicazioni dell'agopuntura riguardano dismenorrea e fibromatosi uterina; è auspicabile che in futuro l'interesse dei ricercatori possa essere volto anche alle altre patologie sopracitate considerando la scarsa possibilità terapeutica offerta dalla medicina convenzionale.

Bibliografia

- 1) Smith CA, Carmady B. Acupuncture to treat the common reproductive complaints: an overview of the evidences. *Auton Neurosci* 2010, 28:157(1-2):52-6
- 2) Smith CA, Zhu X, He L, Song J. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 Jan 19,(1):CD007854
- 3) Smith CA, Crowther CA, Petrucco O, Beilby J, Dent H. Acupuncture to treat primary dysmenorrhea in women: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011:612464
- 4) Wu LL, Su CH, Liu CF. Effects of noninvasive electroacupuncture at Hegu (LI4) and Sanyinjiao (SP6) acupoints on dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med* 2012;18(2): 137-142
- 5) Yu YP, Ma YX, Liu YQ, Liu CZ, Xie JP, Gao SZ, Zhu J. Immediate effect of acupuncture at Sanyinjiao (SP6) and Xuanzhong (GB39) on uterine arterial blood flow in primary dysmenorrhea. *J Altern Complement Med* 2010; 16(10):1073-8
- 6) Kim E, Cho JH, Jung WS, Lee S, Pak SC. Effect of acupuncture on heart rate variability in primary dysmenorrheic women. *Am J Chin Med* 2011; 39(2):243-9
- 7) Zhang Y, Peng W, Clarke J, Liu Z. Acupuncture for uterine fibroids. *Cochrane database Syst Rev* 2010 Jan 20;(1):CD007221
- 8) Cakmak YO, Akpınar IN, Yoldemir T, Cavdar S. Decreasing bleeding due to uterine fibroid with electroacupuncture. *Fertility and Sterility* 2011;96(11):13-15
- 9) Cheong YC, Hung NGE, Ledger WL. Acupuncture and assisted conception. *The Cochrane Collaboration Group*, 2011
- 10) Zheng CH, Zhang MM, Huang GY, Wang W. The role of acupuncture in assisted reproductive technology. *Evid Based Complement Alternat Med* 2012; 2012:543924

11) Balk J, Catov J, Horn B, Gececi K, Wakim A. The relationship between perceived stress, acupuncture and pregnancy rates among IVF patients: a pilot study. *Complement Ther Clin Pract* 2010; 16(3):154-7

L'Agopuntura nel Low Back Pain: modalità, vantaggi e limiti

Quirico Piero Ettore

Scuola Agopuntura CSTNF, Torino - FISA

pieroettore.quirico@fastwebnet.it

Introduzione. Il termine *Low Back Pain* (LBP) viene attualmente utilizzato per indicare un gran numero di patologie muscolo-scheletriche, tra loro assai differenti, che interessano la parte inferiore della regione lombare, per cui si può considerare equivalente alla definizione assai generica “lombalgia”.

Tra le patologie acute e croniche comprese nel LBP ricordiamo le seguenti: artrosi del rachide lombare, distorsione lombare, protrusione ed ernia discale, stenosi del canale vertebrale, lombosciatalgia, lombocruralgia, spondilolistesi, sacralizzazione di L₅, sindrome delle faccette articolari, lombalgie basse di origine dorsale da irritazione della radice o del tronco nervoso di D₁₁ o D₁₂, sacro ileite e distorsione sacro-iliaca, algie da tensione dei legamenti sacro-iliaci, sindrome del m. piriforme, dolori miofasciali dei mm. glutei (con presenza di *tender* e *trigger points*) ed altre affezioni di minor riscontro. Anche le fratture ed i cedimenti somatici vertebrali da osteoporosi, l'osteomielite, le metastasi ossee, la fibromialgia e le patologie di visceri addominali (reni, utero, prostata, ecc.) possono provocare una sintomatologia simile ai disturbi precedentemente citati e da queste devono essere accuratamente differenziate per evitare grossolani errori terapeutici, dal momento che esse richiedono un intervento specifico sulla malattia, della quale rappresenta solamente

un sintomo.

Nel trattamento del LBP, proprio per la varietà delle affezioni che lo provocano, è importante che l'integrazione tra agopuntura e medicina occidentale si realizzi al massimo grado, per poter sfruttare appieno le potenzialità terapeutiche della prima e quelle diagnostiche della seconda e somministrare sempre una terapia adeguata al singolo caso clinico.

Ci duole constatare, comunque, che gli errori diagnostici nel LBP sono assai frequenti e forse lo diventeranno sempre di più: in questo tipo di patologia, infatti, la corretta interpretazione della semeiotica clinica rappresenta un elemento essenziale attualmente troppo spesso trascurato in favore della diagnostica strumentale (TAC, RMN, EMG) che, però, spesso evidenzia solamente danni pregressi, che possono sì aver provocato l'insorgenza del LBP, ma che non sono la causa presente del dolore cronico accusato dal paziente, spesso di origine muscolare o tendinea.

Agopuntura e LBP: evidenze cliniche e rapporto costo-efficacia. Nell'ultimo decennio sono comparsi in letteratura medica alcuni lavori che hanno dimostrato l'efficacia dell'Agopuntura nel LBP anche dal punto di vista costo-efficacia, aspetto che ai giorni nostri assume una rilevanza sempre maggiore.

L'Agopuntura, anche in tempi brevi (ad es. un ciclo di 4 trattamenti in due settimane), è in grado di migliorare significativamente la scala numerica del dolore, il test di Lasegue e la disabilità dei pazienti affetti da lombalgia cronica (Tsui ML e Cheing GL, 2004); inoltre, se praticata in associazione a cure farmacologiche e fisioterapiche, migliora significativamente le condizioni dei pazienti senza presentare

effetti collaterali (Meng CF et al, 2003); alcuni lavori evidenziano inoltre un rapporto costo-efficacia significativamente favorevole (Thomas KJ et al, 2005), (Ratcliffe J et al 2006), (Witt CM et al, 2006).

I benefici della terapia agopunturale sono spesso immediati, specie se vengono trattati i punti più dolenti (Inoue M et al, 2006) e si ottengono migliori risultati quando gli aghi vengono infissi in profondità nei trigger points (Itoh K et al, 2004), (Itoh K et al, 2006).

L'applicazione dell'Agopuntura nella lombalgia e nei dolori pelvici in gravidanza è particolarmente indicata, proprio per l'assenza di effetti collaterali (Kvorning N et al, 2004), (Guerreiro da Silva JB et al, 2004).

Sulla durata degli effetti dell'agopuntura e sul momento in cui la terapia raggiunge la massima efficacia abbiamo dati diversi ed a volte contrastanti; in un lavoro si afferma che l'Agopuntura nel LBP non specifico persistente presenta risultati terapeutici migliori a 24 mesi rispetto a 12 mesi (Thomas KJ et al, 2007), mentre altri autori sostengono di aver ottenuto risultati pari a due volte quelli del placebo dopo un follow-up di 6 mesi, senza però fornire i dati a due anni (Haache M et al, 2007).

Due metanalisi, confrontando i lavori presenti in letteratura, hanno concluso che l'Agopuntura è in grado di alleviare il dolore e l'impedimento motorio nella terapia della lombalgia cronica, lamentando però la presenza di pochi studi di buona qualità ed auspicando che ne vengano effettuati altri in futuro, per definire con maggiore chiarezza questo argomento (Manhaimer E et al, 2005), (Furlan AD et al, 2005). Ulteriori lavori hanno in seguito confermato le suddette conclusioni (Weidenhammer W et al, 2007), (Suen LK et al, 2007), (Trigkilidas D, 2010).

Yuan e al, invece, nella loro review sistematica pubblicata nel 2009, dopo aver esaminato 23 lavori dei quali 6 di elevata qualità (in totale 6.359 pazienti), affermano che esiste una moderata evidenza della maggior efficacia dell'Agopuntura nel LBP non specifico rispetto a nessun trattamento, mentre a breve distanza dall'effettuazione della terapia non si rilevano differenze significative tra Agopuntura e placebo. Le evidenze di efficacia dell'Agopuntura quale terapia complementare o verso nessuna terapia sono comunque forti e questa metodica dovrebbe essere inserita nelle linee guida europee per il trattamento del LBP.

Conclusioni. Nella maggior dei lavori presenti in Pubmed non viene praticata alcuna distinzione tra le singole patologie incluse nel LBP ed a volte anche tra le condizioni di acuzie e cronicità. Alcuni protocolli terapeutici adottati negli studi con risultati negativi sono inoltre perlomeno discutibili, se analizzati alla luce di quanto esposto in precedenza.

Concludiamo citando una review pubblicata nel 2008 da Yuan J et al nella quale gli autori hanno consultato 12 libri di testo in lingua inglese, 31 libri di testo cinesi, 3 sondaggi in inglese, 9 opinioni di esperti cinesi, 25 RCT inglesi, 29 RCT cinesi e 38 case report.

Per quanto riguarda il “Chronic non specific LBP” i dati relativi al numero degli agopunti utilizzati, dei trattamenti effettuati, della loro durata e frequenza ed i criteri di selezione degli agopunti hanno evidenziato grandi differenze tra le varie fonti. Anche le terapie associate, quando presenti, erano assai eterogenee.

È evidente che una maggior omogeneità di trattamento è indispensabile per incrementare l'efficacia dell'Agopuntura, mantenendo un approccio clinico *ad personam*, ma fondato su

criteri chiari e condivisi; ci rendiamo conto tuttavia che, a causa della pluralità di Scuole e metodiche che interpretano l'Agopuntura in modo assai diverso, in Occidente siamo ancora molto lontani dal raggiungimento di questo essenziale obiettivo.

Il dolore cronico muscolo-scheletrico del paziente anziano: ruolo dell'agopuntura nella nostra esperienza

Roasio Agostino, Origlia Cristina

Servizio di Agopuntura dell'ASL AT- Ospedale Cardinal Massaia – Asti

ARoasio@asl.at.it

Introduzione. Il dolore cronico è una condizione molto frequente e spesso determina un importante peggioramento della qualità di vita e della condizioni funzionali del paziente. Esso inoltre causa aumento della spesa sanitaria e della disabilità (1). In particolare la patologia dolorosa muscolo scheletrica colpisce circa 60-80% dei pazienti adulti e costituisce la quinta causa di visita medica presso la Medicina generale e in Pronto Soccorso (2-3). Inoltre è stata posta l'attenzione, con un certo allarmismo, sull'incremento del trattamento con oppioidi e chirurgico per il dolore cronico (4-5). Numerosi lavori hanno preso in considerazione il ruolo dell'agopuntura nel trattamento del dolore cronico benigno senza tuttavia soffermarsi sulla popolazione anziana.

Scopo del lavoro. Analisi dell'efficacia del trattamento con agopuntura nei pazienti anziani (età ≥ 65 anni) affetti da dolore cronico di natura muscolo scheletrica.

Materiali e metodi. Lavoro retrospettivo che ha preso in considerazione il periodo giugno 2009-giugno 2012.

Lavoro svolto presso l'ambulatorio pubblico di agopuntura dell'azienda sanitaria ospedaliera Cardinal Massaia di Asti. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad agopuntura dopo visita specifica e consenso informato. Criteri d'inclusione: pazienti con età ≥ 65 anni, affetti da patologia algica cronica di origine muscolo scheletrica, accertata mediante esame obiettivo e

diagnostica strumentale da almeno 3 mesi in modo costante, VAS (scala analogica visiva) > 5, esame obiettivo neurologico normale. Criteri di esclusione: nota allergia a metalli, presenza di ogni altra causa di dolore (metastasi per neoplasia, mieloma, nevriti o neuropatie, polimiosite, fibromialgia). Esclusi anche i pazienti già trattati in precedenza con agopuntura presso altre sedi, senza alcun beneficio, canale midollare stretto. Protocollo: i pazienti sono stati trattati con i punti di agopuntura specifici per la patologia. Non veniva in alcun modo modificata o sospesa la terapia medica già in corso quando assunta. La seduta durava 20 minuti. Sono state eseguite 8 sedute consecutive. Durante ogni seduta il paziente veniva trattato con punti specifici, dopo la sensazione del qi, venivano lasciati in sede per 20 minuti. Dati raccolti: età, sesso, patologie di base, presenza di ansia o depressione, farmaci antidolorifici assunti, pregresso intervento chirurgico alla colonna, VAS pre e dopo trattamento, grado di risposta e complicanze. Ai pazienti seguiti in ambulatorio veniva praticata la valutazione del dolore mediante VAS. Abbiamo diviso in tre gruppi i pazienti in base alla risposta: bassa (VAS ridotta < 25%), moderata (VAS ridotta del 25%-50%) e buona (VAS ridotta del 50% o oltre). Statistica: abbiamo considerato tutti i soggetti che hanno iniziato un ciclo di agopuntura. I dati numerici continui sono espressi come media \pm deviazione standard (DS), i dati ordinali come proporzione. L'analisi statistica è stata svolta con il test T di Student con una P significativa se < 0.05.

Risultati. Nel periodo preso in considerazione su 83 pazienti giunti alla nostra osservazione 75 di essi presentavano i criteri d'inclusione. In 1 caso il trattamento non è stato completo per scarsa compliance del paziente stesso. 52 (63%) donne e 23 (37%) uomini. Età media: 73 ± 6 anni. Solo nel 32% dei casi

non vi era un'anamnesi significativa per cardiopatia, ipertensione, diabete o altre patologie di rilievo. Nel 11% dei casi presentavano pluri-patologie.

Il 4,3% dei pazienti affetti da dolore cronico erano ricorsi a trattamento chirurgico, tutti i casi per la gestione del dolore lombare cronico. Nel 13% dei casi vi era una situazione di ansia o depressione importante in trattamento farmacologico. Il trattamento farmacologico era costituito per la maggioranza da FANS e tramadolo, 4,3% oppioidi maggiori. La patologia presentata per il trattamento con agopuntura era in oltre il 70% a carico della colonna vertebrale (63% lombare e 11% cervicale) seguito da dolore alla spalla, gonalgia, e altri distretti.

Si è assistito a una riduzione media significativa del dolore valutato con la scala di VAS (6 ± 1 vs 4 ± 1); nel 79% dei casi la riduzione era di oltre il 25% del valore iniziale. Nel 21% dei casi con scarsa risposta all'agopuntura vi erano i pazienti sottoposti in precedenza a chirurgia della colonna. La risposta migliore in termini di riduzione del dolore è stata ottenuta nel trattamento del cronico della colonna (cervicale e lombare). Nessun paziente ha avuto complicanze; da segnalare inoltre la sicurezza dei casi sottoposti ad agopuntura durante la terapia antiaggregante.

Conclusioni. La gestione del dolore cronico nel paziente anziano rappresenta sempre una sfida sia per il tipo di paziente affetto da numerose comorbidità, che per il tipo di dolore spesso invalidante e associato a componente depressiva. L'agopuntura si conferma un trattamento valido e sicuro per il dolore cronico del paziente anziano in quanto permette una riduzione significativa della percezione del dolore libera da effetti collaterali rilevanti.

Bibliografia

- 1) Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM: Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998, 77:231-239
- 2) Manek NJ, MacGregor AJ: Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Curr Opin Rheumatol* 2005, 17:134-140
- 3) Maetzel A, Li L: The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 and 2001. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002, 16:23-30
- 4) Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI: Overtreating chronic back pain: time to back off? *J Am Board Fam Med* 2009, 22:62-68
- 5) Deyo RA, Mirza SK, Martin BI, Kreuter W, Goodman DC, Jarvik JG: Trends, major medical complications, and charges associated with surgery for lumbar spinal stenosis in older adults. *JAMA* 2010, 303:1259-1265

Vagus Nerve Stimulation (VNS) e "microsistema auricolare" nella terapia del dolore: modelli interpretativi ed esperienze cliniche.

Bazzoni Giancarlo *, Boccioli Bruno ° Farci Ignazio *,
Meconcelli Giovanna *

G.S.A.T.N. Scuola Medica Internazionale di Agopuntura e Auricoloterapia *

Dipartimento di Fisica Sanitaria - Università di Roma "Tor Vergata" °

studiomedicobazzoni@gmail.com +39079212214

L'Agopuntura Auricolare o Auricoloterapia è una particolare forma di agopuntura che utilizza il padiglione auricolare (*microsistema auricolare*) a scopo diagnostico e terapeutico. Dolore, ansia e patologie correlate, insonnia, tabagismo e dipendenze da sostanze, obesità e disturbi del comportamento alimentare sembrano rappresentare i campi d'intervento per i quali esistono maggiori evidenze cliniche e s'intravedono numerose e interessanti linee di ricerca. Principio fondante di questa disciplina è che a livello del padiglione auricolare (microsistema) sia presente una qualche forma di rappresentazione di strutture e funzioni dell'organismo (mappa auricolare), in un rapporto bidirezionale diagnostico e terapeutico (1).

Agopuntura auricolare e terapia del dolore. Anche se in letteratura internazionale sono presenti ormai diversi lavori di buona qualità che ne confermano l'efficacia nel dolore acuto e cronico, sono ancora da comprendere in pieno i meccanismi neurobiologici che stanno alla base delle azioni antinocicettive

e antiinfiammatorie rilevate per questa terapia. Per diversi anni l'azione dell'agopuntura auricolare nella terapia antalgica è stata interpretata nell'ottica di una modulazione dei meccanismi endogeni di controllo del dolore, mentre l'effetto antinfiammatorio veniva ritenuto trascurabile se non assente. A partire da un classico lavoro dell'italiano Ceccherelli il ruolo antiflogistico della stimolazione auricolare è stato rivalutato e ulteriormente indagato. La stimolazione agopunturale, somatica e auricolare, possiede dunque una evidente azione antinfiammatoria che, oltre a essere dovuta alla modulazione centrale e periferica dell'infiammazione neurogena, può essere interpretata con l'attivazione di specifici meccanismi antinfiammatori colinergici (2). Due recenti (3,4) lavori pubblicati nel 2011 ad opera di Chung WY e Zhao YX (3,4) indicano che la zona riflessogena auricolare, capace di attivare questa azione antinfiammatoria, è la zona della conca, innervata dal vago. La stimolazione efficace è rappresentata dalla stimolazione elettrica (Auricular Electroacupuncture - Transcutaneous Auricular Electro Neurostimulation). In letteratura sono presenti un buon numero di lavori sulla stimolazione delle vie vagali. Sono stati sviluppati in un ambito di ricerca indipendente da quello dell'agopuntura, ma possono essere di grande aiuto per meglio comprendere il ruolo e le potenzialità cliniche dell'azione antalgica e antinfiammatoria della stimolazione auricolare.

Vagus Nerve Stimulation (VNS). Normalmente nei ponderosi testi di anatomia umana lo spazio dedicato al padiglione auricolare non occupa più di una mezza pagina. Lo studente dopo uno sguardo frettoloso va oltre e difficilmente anche in seguito avrà occasione di ritornare sull'argomento. Ciò malgrado recentemente sono comparsi in letteratura lavori

sulla stimolazione elettrica del padiglione auricolare che non fanno alcun riferimento all'Agopuntura Auricolare. L'interesse da parte di clinici e ricercatori nasce nell'ambito delle ricerche su una particolare forma di terapia non farmacologica: Vagus Nerve Stimulation (VNS). La stimolazione del nervo vago è riconosciuta come unica tecnica di neuro modulazione palliativa, non farmacologica, nel trattamento di alcune forme di epilessia farmaco resistente. La FDA ha riconosciuto l'efficacia di questo trattamento anche per alcune forme di depressione che non rispondono alla terapia farmacologica (5). Il campo di applicazione della VNS diventa col passare del tempo sempre più vasto, studi recenti hanno prodotto risultati assai promettenti in alcune forme di cefalee e disturbi d'ansia non rispondenti ai farmaci. Interessanti anche se in fase di studio sono le indicazioni quali il tinnitus, la riabilitazione dopo uno stroke, la fibromialgia.

Numerose evidenze sperimentali e cliniche hanno dimostrato l'esistenza di meccanismi endogeni antinfiammatori e analgesici colinergico mediati, tali da poter parlare di "analgesia vagale".

L'azione antinocicettiva della VNS è confermata anche se i meccanismi neurobiologici che ne stanno alla base devono essere ulteriormente studiati. Il NTS (Nucleo del Tratto Solitario) che riceve le afferenze vagali rappresenta il relè iniziale delle vie antinocicettive colinergiche. Il midolo cervicale, il nucleo magno del rafe, il locus coeruleus e il grigio periacqueduttale hanno un ruolo nel mediare gli effetti inibitori della VNS. La PET eseguita durante VNS ha mostrato l'attivazione di strutture nervose della "rete del dolore" con il talamo e l'ipotalamo. Diversi sistemi di neurotrasmettitoriali intervengono nella analgesia VNS indotta, in particolare la serotonina, la noradrenalin, gli oppioidi endogeni, il GABA.

Infine la VNS è in grado di aumentare i livelli plasmatici di ACTH, di corticosteroidi e di adrenalina che possono mediare alcuni degli effetti antinocicettivi e antinfiammatori (6).

La scoperta da K. J. Tracey che la stimolazione vagale ha una azione antinfiammatoria, inibendo la sintesi di citochine, ha destato un notevole interesse tra gli addetti ai lavori per la possibilità di utilizzare questo approccio nel trattamento di malattie infiammatorie. L'azione del vago sulla liberazione di citochine proinfiammatorie avviene grazie alla presenza sulla superficie dei macrofagi di uno specifico recettore colinergico (7nAChR). Un'altra azione vagale è quella di inibire la sintesi di TNF a livello delle cellule linea monocito-macrofagica (7). Un dispositivo per la stimolazione VNS è normalmente costituito da un generatore di impulsi connesso a 2 elettrodi bipolari che trasmettono, a bassa frequenza, dei segnali elettrici intermittenti al nervo vago. Viene impiantato sotto cute, nella parete anteriore del torace, con un intervento chirurgico molto simile a quello per un pacemaker cardiaco. Gli effetti collaterali sono rappresentati da dispnea, raucedine, disfagia. La stimolazione del vago dx può provocare bradicardia e per questo non viene mai effettuata.

Al fine di minimizzare gli effetti negativi di tale procedimento e per migliorare la compliance alla terapia alcuni ricercatori hanno proposto la t-VNS (transcutaneous Vagus Nerve Stimulation) praticata sul padiglione auricolare a livello della conca. Una forma di terapia molto vicino alla nostra Agopuntura Auricolare di cui condivide evidentemente parte dei meccanismi d'azione e diverse applicazioni cliniche (8). L'interesse da parte del nostro gruppo di studio per la VNS nasce dal fatto che nella nostra pratica clinica la stimolazione elettrica del padiglione auricolare ha sempre rivestito un ruolo fondamentale. Dalle prime esperienze del nostro gruppo di

studio (1991) con la “*transcutaneous electrical acupoint stimulation*” (TEAS), variante della “*punctate TENS*” applicate inizialmente con l’Agiscop DT, Servoscope (Sedatelec - Irigny - France) e lo Stim Flex 400 (Electro Medical Inc., USA) si è passati dal 2000 in poi all’Agistim Duo (Sedatelec - Irigny - France) modificato con l’applicazione di un particolare accessorio (Stil Modul) che permetteva di effettuare una stimolazione elettrica transcutanea. Dal 2010 è diventato pienamente disponibile un nuovo sistema di elettrostimolazione auricolare (AMN *Auricular Microsystem Neuromodulation*) che presenta alcune caratteristiche tecniche innovative quali la variazione random dei parametri di stimolazione, la adattabilità dello stimolo in tempo reale ai valori elettrici del punto, la possibilità di effettuare una terapia alternata simmetrica (9).

Verranno presentate una serie di esperienze cliniche in cui è stata utilizzata la AMN applicata secondo un nuovo approccio teorico-pratico risultato dall’evoluzione del modello clinico - finzionale della rappresentazione auricolare del dolore. Questo modello è stato integrato con i dati clinico sperimentali ottenuti dagli studi sulla VNS e con i concetti che sono derivati: l’esistenza di una rappresentazione neurale dei meccanismi di controllo della risposta infiammatoria. Rimanendo con i piedi ben saldi nella “filosofia del come se” possiamo pensare che “l’immunological homunculus” auricolare è localizzato nella conca e che in questa zona esiste una qualche rappresentazione somatotopica clinicamente rilevante (10).

Bibliografia

1) Bazzoni G. Conoscere l’Auricoloterapia. Edizioni Menin 2009

- 2) Ceccherelli F, Gagliardi G, Matterazzo G, Visentin R, Giron GP. The role of manual acupuncture and morphine administration on the modulation of capsaicin-induced edema in rat paw. A blind controller study. *Acupuncture & Elect-Therapeutic* 1996
- 3) Chung WY, Zhang HQ, Zhang SP. Peripheral muscarinic receptors mediate the anti-inflammatory effects of auricular acupuncture. *Chin Med*. 2011
- 4) Zhao YX, He W, Gao XY, Rong PJ, Zhu B. Effect of electroacupuncture of auricular concha on inflammatory reaction in endotoxaemia rats *Zhen Ci Yan Jiu*. 2011
- 5) Krah SE. Vagus nerve stimulation for epilepsy: A review of the peripheral mechanisms. *Surg Neurol Int*. 2012
- 6) Busch V, Zeman F, Heckel A, Menne F, Ellrich J, Eichhammer P. The effect of transcutaneous vagus nerve stimulation on pain perception - An experimental study. *Brain Stimul*. 2012
- 7) Tracey KJ. Physiology and immunology of the cholinergic antiinflammatory pathway. *J Clin Invest* 2007
- 8) Deriu S. La stimolazione elettrica trigeminale modifica l'espressione genica di c-Fos e diminuisce le crisi epilettiche nel ratto. Tesi di dottorato Università degli Studi di Sassari 2011
- 9) Bazzoni G. Elettro-Neurostimolazione del Microsistema Auricolare. Basi neurofisiologiche ed esperienze cliniche. Atti del XXVI Congresso Nazionale S.I.R.A.A. Firenze 2011
- 10) Diamond B, Tracey KJ Mapping. The immunological homunculus. *Proc Natl Acad Sci*. 2011

Trattamento di supporto della spalla dolorosa mediante auricoloterapia: report di tre casi

De Marchi Cornelia*

*medico psichiatra auricoloterapeuta

*Servizio per le Tossicodipendenze e Alcolologia (SerT),
Ambulatorio Tabagismo 13836 COSSATO (BI);
corneliademarchi@gmail.com*

Introduzione. Si descrivono tre casi di spalla dolorosa, trattati presso l'ambulatorio di Auricoloterapia (d'ora in poi: AUTH) annesso al SerT di Cossato ASLBI - Biella.

Donna di 68 anni, M.E., tabagista in remissione iniziale, affetta da "Periartrite scapolo-omeroale bilaterale", già operata in entrambe le spalle, in attesa di secondo intervento sulla spalla sinistra; è stata trattata con AUTH una settimana prima dell'ultimo intervento chirurgico.

Uomo di 62 anni, D.W., alcolista in remissione protratta, affetto da dolori e limitazione funzionale dell'AS destro, conseguenza di grave traumatismo stradale risalente a quattro anni prima del trattamento AUTH; dal punto di vista radiografico "note di bursite sottodeltoidea e tendinopatia della cuffia dei rotatori" della spalla destra.

Donna di 84 anni, P.L., affetta da "lesione della cuffia dei rotatori in AS destro, con soluzione di continuità di tre tendini; esiti di frattura omerale in AS sinistra"; nessuna indicazione all'intervento chirurgico a causa di una valutazione prognostica povera per concomitanti altre lesioni dell'apparato locomotore e per le precarie condizioni fisiche generali.

Metodi.

Tutti e tre i soggetti sono stati trattati con aghi a semipermanenza in titanio (ASP Titanium - Sedatelec),

secondo schemi concepiti su una lettura neurofisiologica del quadro clinico, nell'intento di ridurre il dolore articolare, riattivare i processi trofici dei tessuti di derivazione mesodermica, migliorare la funzionalità dell'arto interessato. Allo scopo sono stati trattati i seguenti i punti auricolari: Punto Maestro Spalla sensitivo e motorio, Punto Maestro Sensoriale, Punto Maestro del Mesoderma, Punto di Sintesi; in aggiunta alla Triade Antidolorifica e alla Triade Antinfiammatoria, secondo l'osservazione clinica (3).

Si descrivono gli schemi di AUTH usati e il metodo adottato, quanto a frequenza e numero di sedute; il decorso clinico e i parametri di esito .

Sono stati registrati gli eventuali trattamenti concomitanti, come sono annotati in cartella clinica e riferiti dai pazienti stessi.

I pazienti sono stati rivalutati dall'autore a distanza di alcuni mesi dalla chiusura del trattamento di AUTH, in merito allo stato soggettivo, e interrogati sulla presenza/rilevanza di eventuali sintomi.

Risultati e Discussione. Si osserva precocemente l'efficacia dell'AUTh nei tre casi descritti, confermata da valutazione clinica e somministrazione di scale VAS per il dolore, dopo un numero esiguo di trattamenti agopunturali. Si osserva altresì l'efficacia preventiva dell'AUTh sul dolore post-chirurgico, efficacia tale da rendere obsoleto, nel caso riportato, l'utilizzo di farmacoterapia antalgica.

Si considera l'opportunità di utilizzare l'AUTh come trattamento di prima scelta all'interno di un disegno di studio prospettico su un congruo numero di quadri clinici, interessanti l'articolazione scapolo-omerale, caratterizzati da dolore da moderato a grave (VAS =>5/10).

Conclusione. E' stata rilevata una marcata efficacia sul dolore dell' AUTH, in tre casi potenzialmente destinati a chirurgia d'elezione e/o a interventi farmacologici ad hoc. Nell'unico caso sottoposto a intervento chirurgico l'AUTH ha sortito un marcato effetto antalgico nel periodo pre- e post-operatorio, efficacia mantenutasi nei mesi successivi.

Bibliografia

- 1) Caroline Mitchell, Ade Adebajo, Elaine Hay, Andrew Carr. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. BMJ 2005 November 12; 331(7525): 1124–1128
- 2) Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Acupuncture for shoulder pain. Australasian Cochrane Centre
- 3) David Alimi. Nomenclature et Cartographie Internationales d'Auriculothérapie, proposées à l'O.M.S. et adoptées par la W.F.C.M.S. en septembre 2011

Esperienze preliminari sul management della fame emozionale con una nuova strategia basata sull'Agopuntura Auricolare

Loi Vincenzo*, Bazzoni Giancarlo*, Boccioli Bruno °

*G.S.A.T.N. Scuola Internazionale di Agopuntura Auricolare **

Dipartimento Fisica Sanitaria Università di Roma "Tor Vergata" °

loi.vincenzo@gmail.com

Il nostro gruppo di studio ha messo a punto il metodo DIMANAT™ che prevede la stimolazione del microsistema auricolare nel trattamento dell'obesità. La stimolazione auricolare sul paziente con obesità o sovrappeso agisce:

- 1) Rimodulando le sensazioni di fame e sazietà;
- 2) Intervenendo sugli aspetti psicologici del comportamento alimentare: modulazione dello stress e degli effetti psicologici della restrizione dietetica, (*ansia, rabbia/aggressività, alterato controllo degli impulsi*), fame emotiva, desiderio smodato del cibo.

La sfida maggiore nel trattamento dell'obesità è il mantenimento del peso perduto. I risultati di numerosi studi dimostrano l'importanza preponderante del controllo dell'ansia e della fame emozionale nel management del peso. La fame emotiva, definita come l'assunzione di cibo scatenata da uno stato emozionale negativo, è associata ad aumento del peso.

Nella nostra esperienza clinica in accordo col metodo DIMANAT™, l'Agopuntura Auricolare si è dimostrata in grado di ridurre la sovralimentazione emozionale. Lo scopo del nostro lavoro era quello di studiare l'azione di un nuovo metodo di cronostimolazione e di agopressione auricolare sulla

fame emotiva in un gruppo di soggetti in mantenimento, dopo perdita del peso. I partecipanti erano un gruppo di ottanta soggetti adulti obesi che avevano completato un programma durato tre mesi di perdita di peso, e tutti avevano seguito un programma di 12 mesi di mantenimento del peso perduto. A tutti i pazienti venne fornito un supporto di counselling dietologico da parte di un medico generico.

I partecipanti al trial furono randomizzati in due gruppi:

a) Gruppo Attivo: programma di mantenimento del peso perduto + stimolazione elettrica auricolare (Neuromodulazione del Microsistema Auricolare) + agopressione;

b) Gruppo di Controllo: programma di mantenimento del peso perduto.

I pazienti del Gruppo Attivo hanno seguito tutti un nuovo modello di stimolazione auricolare (Cronostimolazione Auricolare). Verranno illustrate le basi teoriche e l'applicazione pratica di questo nuovo modello. Il principale outcome dello studio è il mantenimento a 12 mesi del peso perduto. Outcome secondari sono i cambiamenti nell'alimentazione emozionale (EOS) e nei sintomi di stress psicologico (DASS 21). Questi risultati iniziali indicano che l'agopressione auricolare può essere un valido supporto per i pazienti nel seguire un programma di mantenimento del peso perduto, riducendo la sovralimentazione emozionale e i sintomi legati allo stress psicologico. Saranno necessari ulteriori studi per chiarire l'efficacia dell'Agopuntura Auricolare nei soggetti obesi con sovralimentazione emozionale

L'agopuntura auricolare nel trattamento degli effetti collaterali da chemioterapia adiuvante: un caso clinico

Losio Antonio

UMAB (Unione dei Medici Agopuntori Bresciani)

SIRAA (Società Italiana Riflessoterapia Agopuntura Auricoloterapia)

antonio.losio@netquasar.com

B.A. età 79 anni.

Diagnosi: AdenoCa moderatamente indifferenziato infiltrato ed ulcerante del colon ascendente” sottoposto ad intervento di emicolectomia sinistra.

Esegue dopo intervento dal Luglio 2011): CMT con schema XELOX modificato (Oxaliplatino 100mg/mq 1,21 e Capecitabian 2000 mg/mq/die 2-15,21) e prosegue Deltacortene 35,5 mg/die.

Controllo dopo II ciclo, a causa di gravi disestesie ai piedi viene interrotto Oxaliplatino e deciso di proseguire con solo Xeloda fino al 6° ciclo.

22/09/2011: viene lamentando il persistere di gravi disestesie ai piedi (VAS9); viene sottoposto ad agopuntura auricolare con aghi Pyonex 1,2 mm sui punti ShenMen, Serotoninergico e Thalamus bilateralmente localizzati con detezione elettrica.. Sono eseguite 3 applicazioni a cadenza settimanale. VAS finale:5

15/11/2011: ha perso gli aghi, riferisce un periodo di benessere ma si presenta con VAS 10 viene eseguito trattamento identico.

21/11/2011: controllo (VAS1), sostituiti aghi con Pyonex 0,9 mm su ShenMen e Serotoninergico e ASP su Thalamus.

28/11/2011: controllo (VAS0), sostituiti aghi con Pyonex 0,6 mm solo su Shen Men e Serotoninergico.

20/12/2011: controllo (VAS0), rinnovati aghi come sopra.

29/12/2011: controllo (VAS 0), viene rinnovato solo ago Pyonex da 0,6 mm sul punto serotoninergico.

Il paziente ha utilizzato anche Lyrica 75 (1+1) dal 08/09/2011 fino a tutto il 04/01/2012.

Il paziente viene invitato a ripresentarsi al bisogno.

Da Gennaio 2012 viene sospeso il Lyrica 75 (1+1).

20/08/2012: rivediamo il paziente per una lieve riacutizzazione dei sintomi (VAS 3).

Trattamento bilaterale dei punti Shen Menn, Serotoninergico e Thalamus con aghi Pyonex 0,6 mm.

Dopo otto giorni il quadro è regredito: VAS 0.

La transfissione: un metodo efficace di stimolazione del padiglione auricolare, in pazienti con spalla dolorosa cronica

Lovato Antonello

MD, general practitioner, via N. Sauro 29, 36045-Lonigo (Vicenza), Italy

Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento Scientifico (A.I.R.A.S.), Padova, Italy

antonellolovato@alice.it

Introduzione e scopo. Macroscopicamente il padiglione auricolare lo possiamo suddividere in lobo e nel lobulo. Il lobulo, è la parte inferiore del padiglione ed è il prolungamento anatomico della coda dell'elice, ed inizia da una linea immaginaria che parte dal punto Zero passante per l'incisura antitrigo-antelice, il rimanente padiglione auricolare è il lobo auricolare (1). Il lobulo è costituito da tessuto connettivo "racchiuso" in due strati di pelle, il lobo è costituito, prevalentemente, da una lamina fibrocartilaginea ricoperta da una pelle sottile nelle due facce. La pelle del padiglione auricolare è formata dall'epidermide, dal derma e dall'ipoderma. L'epidermide auricolare è composta da quattro strati, che distinguiamo dalla profondità alla superficie in: germinativo, granulare, traslucido e corneo. Nel derma del padiglione auricolare distinguiamo dalla profondità alla superficie: le ramificazioni vascolari, fibre nervose, isole di grasso, ghiandole sudoripare, sebacee e follicoli piliferi. I punti di agopuntura auricolare sono dei CNV (Complessi Neuro Vascolari) dove in base a studi effettuati con stimolazione auricolare elettrica, è la stimolazione dei nervi ad

avviare gli effetti della riflessoterapia (2). E' conoscenza oramai acquisita che i punti di agopuntura auricolare hanno una maggiore vascolarizzazione ed innervazione, l'effetto riflessoterapico viene trasferito mediante il sistema nervoso, è l'irritazione meccanica delle fibre nervose e il trauma di accompagnamento degli elementi cellulari circostanti ad avviare il meccanismo riflesso terapeutico (3). Nell'epidermide del padiglione auricolare vi è inoltre la presenza di cellule di Merkel, esterocettori cutanei costituiti da grosse cellule (ricche di mitocondri) a terminazione espansa non capsulata connessa con una fibra nervosa mielinica di grande diametro (tipo A beta - tipo II), a lento adattamento e bassa soglia di attivazione, spesso raggruppati a costituire il recettore a cupola di Iggo estremamente sensibile (4). La tecnica più utilizzata di stimolazione del padiglione auricolare, nel 40% dei casi (5) è l'agopuntura semplice. Nell'infissione semplice, si utilizza il pollice-indice della mano sinistra per stabilizzare il padiglione auricolare mentre con la mano destra si infigge l'ago e con rapidità lo si ruota di 180° senza trapassare la cartilagine. La transfissione auricolare consiste, invece, nello stabilizzare il padiglione auricolare sempre con il pollice-indice della mano sinistra e con la mano destra si trafigge il padiglione auricolare da lato a lato. Questo tipo di stimolazione trova spiegazione di esistere per due ordini di motivi: a) Il punto di agopuntura è un CNV e pertanto lo possiamo immaginare come un cono con base verso la superficie b) i punti o zone auricolari sono delle rappresentazioni dell'innervazione di un organo o territorio (6). Nella spalla ad esempio, la rappresentazione tridimensionale comporta che il muscolo bicipite lo troviamo nella faccia laterale, mentre il sottospinato e sottoscapolare nella faccia mediale (8,9). La transfissione mi permette quindi di stimolare un'articolazione e/o apparato nelle sue varie componenti.

Neer, nel 1972, descrive il concetto d'arco funzionale, in cui avviene l'elevazione dell'arto superiore. Sempre Neer (9) ha distinto alcuni stadi "fisiologicamente" evolutivi, che conducono alla lesione della cuffia dei rotatori.

Lo scopo di questo studio pilota è di valutare l'efficacia della transfissione auricolare nel ridurre il dolore nella spalla dolorosa cronica in pazienti ascrivibili allo stadio II di Neer.

Materiali e metodi. Nell'arco di un anno (2010-2011) venticinque pazienti (di cui 16 femmine e 9 maschi) sono giunti alla mia osservazione per patologia di spalla. I criteri d'inclusione erano: soggetti adulti, affetti da dolore alla spalla, valutazione positiva al test di Jobe, conferma strumentale per tendinopatia del sovraspinato, assenza d'anamnesi positiva per patologie sistemiche implicabile nella tendinopatia. Criteri d'esclusione dalla seguente osservazione è la rottura tendinea e la calcificazione del sopraspinoso. Dal 1993, si riconoscono tre zone come appartenenti alla spalla SF4, SF5 e SF6 (Fig.1) Ogni paziente che si presentava nel mio ambulatorio, con tutti i criteri d'inclusione, era sottoposto a detezione meccanica mediante palper della Sedatelec blu da 250gr. Ho rilevato il valore della Vas all'inizio della prima, della terza e della sesta seduta. Sono state eseguite sei sedute di agopuntura, mediante transfissione auricolare, omolaterale alla spalla dolorosa, esterna/interna, vale a dire con due aghi paralleli, di cui il primo dalla faccia esterna verso l'interna, e il secondo dalla faccia mediale all'esterna. Ho utilizzato aghi Seirin® tipo ME 0,20 x 15 mm. Sono stati lasciati in loco per 20-25 minuti.

Risultati. In questo studio sono stati presi in considerazione 25 pazienti, accumulati da dolore cronico della spalla. Età compresa tra i 25 e 51 aa età media 41,84 aa. Sedici pazienti, pari al 64% erano femmine, nove pazienti pari al 36% erano maschi.

I valori della Vas erano considerati alla prima, terza e sesta seduta. Da una Vas media iniziale pari a 7,68 questa si riduce a 4,52 alla terza e a 1,12 alla sesta seduta.

Discussione. La transfissione del padiglione auricolare, appare in questo studio un'ottima metodica per ridurre il dolore nella spalla dolorosa cronica. Infatti, dopo tre sedute abbiamo una riduzione della Vas di circa il 40% e dell'85% dopo la sesta seduta.

Conclusione. Oltre alla classica infissione dell'ago nel padiglione auricolare, i colleghi dovrebbero prendere in considerazione la transfissione, la quale, a mio avviso, da un stimolo maggiore del padiglione, ed in patologie croniche e notevolmente algiche possiamo ottenere una risposta senza dubbio efficace.

Bibliografia

- 1) PMF Nogier Introduzione pratica a L'auricoloterapia. Pag 37
- 2) Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova. 1986;86(4):521-6. Ultrastructure of the skin after electroacupuncture. Article in Russian. Kiseleva RE, Pishkov VN, Shirokova TIu, Sosunov AA, Krugliakov PP
- 3) Arkh Anat Gistol Embriol. 1986 Jan;90(1):36-43. Reflexotherapeutic effects on biologically active points of the concha auriculæ. Article in Russian. Kiseleva RE, Pishkov VN, Shirokova TIu, Shabanov AN, Sosunov AA
- 4) Chemosens Percept. 2008 Jun 1;1(2):110-118. Merkel Cells in Somatosensation. Haeberle H, Lumpkin EA. Neuroscience Graduate Program, UCSF, Baylor College of Medicine, Houston TX 77030

- 5) Marco Romoli: Agopuntura Auricolare. Ed Utet 2003
pag 86
- 6) Marco Romoli: Agopuntura Auricolare. Ed Utet 2003
pag 20
- 7) Marco Romoli: Agopuntura Auricolare. Ed Utet 2003
Pag 240
- 8) Nogier P.F.M., Bourdiol R.J., Bahr F., Loci
auricolomedicinae, Ed Maisonneuve, 1975
- 9) Neer CS II: impingement lesions. Clin Orthop. 173: 70-
77, 1973

La stimolazione auricolare con P-stim nel trattamento del dolore

Tomasone Salvatore
Ospedale di Barletta (BA)
stomasone@hotmail.com

Pstim, consiste in un dispositivo elettronico che consente la stimolazione continua dei punti auricolari, nelle vari affezioni dolorose. Gli studi clinici in pazienti ambulatoriali hanno studiato la P-Stim nel dolore cronico muscolo-scheletrico. Nel mal di schiena cronico cervicale o lombare, questa metodica di elettroagopuntura auricolare è risultata più efficace rispetto ai tradizionali trattamenti, di agopuntura auricolare. I risultati nel dolore acuto è risultato controversa, infatti, dopo estrazione del terzo molare l'elettroagopuntura auricolare e agopuntura auricolare non sono riusciti a ridurre sia il dolore post-operatorio, che il consumo di analgesici. Ulteriori studi su larga scala sono necessari per valutare l'efficacia analgesica della elettroagopuntura auricolare continua (1).

L'uso di agopuntura, elettroagopuntura (EA) auricolare è diventato oggetto di ricerca scientifica nel corso degli ultimi decenni. Recentemente, un apparecchio elettrico per stimolazione auricolare, il cosiddetto P-Stim TM, è in commercio.

Paul Nogier, ha sviluppato un concetto occidentale di agopuntura auricolare che si basa sul presupposto che ciascuna parte del corpo è rappresentata in una zona specifica dell'orecchio esterno (2,3). Ha descritto una mappa della disposizione dei punti auricolari di agopuntura. Con la testa rappresentata verso il lobulo inferiore, le mani e piedi alla

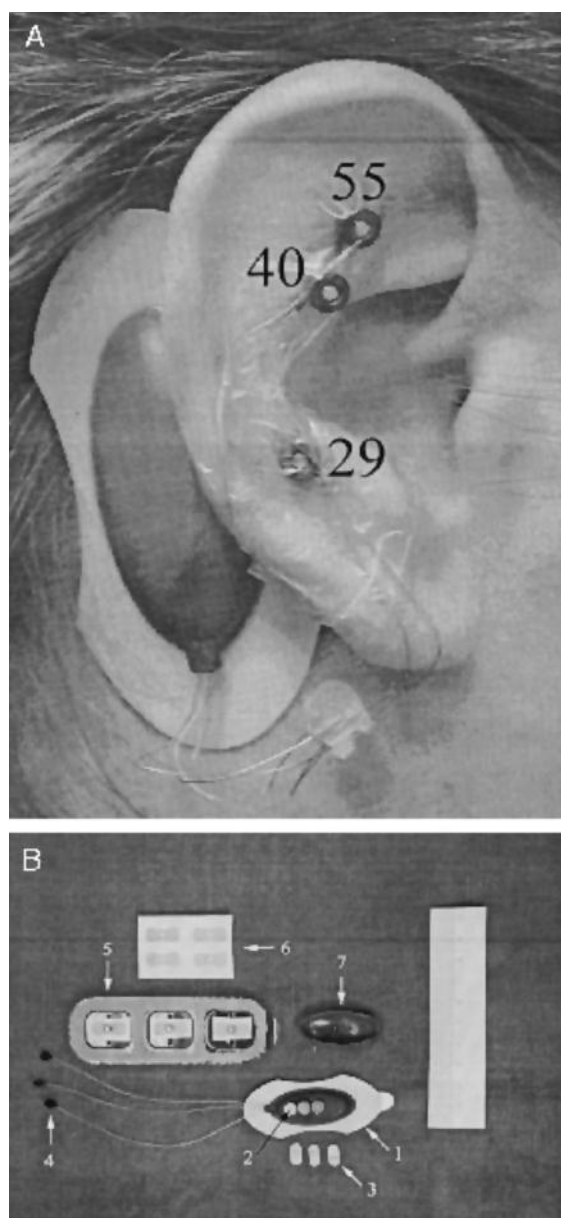
porzione più alta del padiglione auricolare e il corpo tra la proiezione di diversi regioni del corpo ed un feto invertito. Questa relazione somatotopica è stata confermata in studi in doppio cieco indagando la diagnosi auricolare . Punti di agopuntura Auricolari sono discreti loci anatomiche dell'orecchio esterno, di misura circa 1-5 mm di diametro. Il numero di punti di agopuntura auricolare non è ben definito con i numeri riportati vanno 43-900. I punti di agopuntura auricolare sono caratterizzati da un bassa resistenza elettrica della pelle, e una tenerezza maggiore rispetto al tessuto circostante.

Il P-Stim è un dispositivo che è stato sviluppato per la continua applicazione ambulatoriale di auricolare EA. Di prima generazione di P-Stim dispositivi somigliava ad un apparecchio acustico. La batteria ricaricabile dispositivo è stato fissato da un tassello dietro l'orecchio. L'apparato era piuttosto rigida, che il comfort del paziente limitata. Nel 2000, una versione migliorata del P-Stim dispositivo è diventato commercialmente disponibile in Europa. Il nuovo dispositivo è un mono-uso prodotto, più piccolo (13 x 8 mm) e montato su schiuma adesiva.

Il dispositivo P-Stim è costituito da un microcontrollore che fornisce impulsi elettrici con polarità alternata tramite tre elettrodi, appositamente progettati, come i aghi permanenti di agopuntura auricolare.

Il contro-elettrodo è un elettrodo adesivo (idrogel), che serve anche per fissare l'intero P-Stim dispositivo dietro l'orecchio. Ha tre serie di batterie al nichel da 1,20 V che forniscono l'energia necessaria di stimolazione per un massimo di 96 ore. Questa sorgente di corrente costante, garantisce una stimolazione energetica, indipendentemente dall'impedenza della pelle dell'individuo (foto A,B).

Solitamente il modello di stimolazione consiste di 1 Hz ad impulsi singoli (durata dell'impulso 1 ms), con una forma d'onda rettangolare. Ogni direzione viene invertita secondo impulso, che è destinata al fine di evitare effetti di polarizzazione. Per minimizzare il rischio di adattamento o tolleranza per la stimolazione elettrica, la stimolazione è applicato per 3 h, seguito da una pausa di 3 h.



Due studi in pazienti con dolore cronico muscolo-scheletrico hanno rilevato che il sollievo dal dolore con auricolare EA è risultato più efficace della stimolazione manuale di agopuntura auricolare convenzionale (4 -5).

Si tratta di due gruppi di pazienti che da sei mesi soffrono di cervicalgia un gruppo di undici trattato con Pstim , ha avuto notevole miglioramento rispetto al gruppo di dieci, trattato solo con infissione di aghi. Il trattamento con Pstim, è durato 6 settimane con una applicazione di 96 ore a settimana.

Un secondo controllo su sham acupuncture, ha trattato 60 pazienti con dolore lombare, ed anche in questo caso sebbene ci siano stati due non responders, si evidenzia negli altri tramite il VAS ed il Mc Gill questionnaire, un miglioramento fino al 70%.

Conclusione. Questi studi dimostrano un miglioramento del dolore trattato con elettro-agopuntura rispetto alla semplice infissione di aghi sul padiglione auricolare.

Servono comunque ulteriori studi anche su diverse altre patologie.

Bibliografia

- 1) Expert Rev. Med. Dispositivi di 4 (1), 23-32 (2007)
- 2) Nogier P. Face to face with auriculotherapy. Acupunct. Electrother. Res. 8, 99–100 (1983)
- 3) Oleson TD, Kroening RJ, Bresler DE. An experimental evaluation of auricular diagnosis: the somatotopic mapping of musculoskeletal pain at ear acupuncture points. Pain 8, 217–229 (1980)
- 4) Sator-Katzenschlager SM, Szeles JC, Scharbert G et al. Electrical stimulation of auricular acupuncture points is more effective than conventional manual auricular acupuncture in

chronic cervical pain: a pilot study. *Anesth. Analg.* 97, 1469–1473 (2003)

5) Sator-Katzenschlager SM, Scharbert G, Kozek-Langenecker SA et al. The shortand long-term benefit in chronic low back pain through adjuvant electrical versus manual auricular acupuncture. *Anesth. Analg.* 98, 1359–1364 (2004)

Algodistrofia riflessa postraumatica dell'arto superiore trattata con neuralterapia sec. Huneke: caso clinico

Bollettin R, Barbagli P

Ambulatorio di Medicina Antalgica – 0464/553834 - Riva del Garda

A.I.R.A.S. – Padova

renzabollettin@yahoo.it

Introduzione. L.C., maschio di anni 47, ha avuto un incidente stradale nell'agosto 2011, in seguito al quale riportava fratture multiple esposte a radio, ulna e polso destri. Data la gravità della situazione, veniva sottoposto a diversi interventi chirurgici di tipo ortopedico, in seguito ai quali, dopo circa 1 mese, iniziava ad avvertire dolore nella sede delle fratture e degli interventi (polso e avambraccio dx), nonché limitazione funzionale del polso, che appariva rigido ed impossibilitato ad ogni movimento, ed edema diffuso nella stessa zona.

Diversi tentativi terapeutici erano stati effettuati senza alcun risultato: massaggi drenanti, ionoforesi ecc.

Nel novembre 2011, quando si presentava nel nostro Ambulatorio, presentava forti dolori continui a mano, polso e avambraccio dx (VAS 9), edema diffuso nella stessa zona, con cute tesa, lucida e a chiazze rossastre, presentando quindi un chiaro quadro di sindrome algodistrofica riflessa.

Presentava inoltre alcune cicatrici da interventi chirurgici, una di ca 10 cm di lunghezza sul lato ulnare dell'avambraccio, una seconda sul lato radiale del polso, di ca 6 cm di lunghezza, una terza sul lato esterno della parte prossimale dell'avambraccio. Tale cicatrici apparivano edematose, arrossate e "dure" al tatto.

Terapia. Si iniziava ciclo di neuralterapia sec. Huneke, una metodica nata in Germania negli anni '30 (1-4) che impiega a scopo terapeutico gli anestetici locali, utilizzando lidocaina all'1 %, mediante infiltrazioni con aghi 30G delle cicatrici e ponfi intorno ad esse, con ca 5 cc di soluzione anestetica in ogni seduta, e con frequenza bisettimanale.

Subito il paziente incominciava a migliorare, con diminuzione progressiva del dolore e dell'edema, e miglioramento della funzionalità articolare del polso. Dopo 10 sedute il paziente ha incominciato a guidare l'automobile, cosa fino a quel momento preclusa, e le sedute venivano progressivamente distanziate (prima 1 alla settimana, poi 1 ogni 10 giorni, infine 1 ogni 20 giorni), per un totale di 25 sedute in ca 6 mesi.

Risultati. Nel maggio 2012 il paziente presentava una cute di aspetto normale, edema quasi scomparso, funzionalità del polso quasi normale, e dolore scomparso, sia a riposo che muovendo l'arto. Le cicatrici, infine, apparivano nettamente migliorate all'aspetto, con scomparsa dell'edema, della dolenzia e del rossore. Risultavano inoltre molto più "morbide" al tatto, nonché scarsamente adese ai piani sottostanti, come invece erano in precedenza.

Al follow-up di ca 3 mesi dopo i risultati venivano confermati, con ulteriore lieve miglioramento.

Conclusioni. Questo caso conferma quanto sostenuto dalla letteratura neuralterapeutica (5), nonché dalla ancora più vasta letteratura sulla terapia con anestetici locali, cioè l'utilità degli anestetici locali nelle sindromi simpatiche riflesse, sindromi a eziopatogenesi complessa (6) che vengono variamente denominate (distrofia simpatica riflessa, algodistrofia riflessa, sindrome di Súdeck, sindrome dolorosa regionale complessa (CRPS)). Viene anche confermata l'utilità del trattamento del dolore mediante infiltrazione delle cicatrici (1,3).

Bibliografia

- 1) Barbagli P, Ceccherelli F. Possible ethiopatogenic role of scars in chronic non malignant pain. Cases and case records. *Minerva Medica* 2005; 96 (suppl. 2 al n. 3): 15-24
- 2) Barbagli P, Bollettin R. Terapia del dolore articolare e periarticolare del ginocchio con anestetici locali (neuralterapia sec. Huneke). Risultati a breve e a lunga distanza. *Minerva Anesthesiol* 1998; 64 (1-2): 35-43
- 3) Barbagli P, Bollettin R. Nostre esperienze nel trattamento del dolore cronico benigno mediante infiltrazione di cicatrici con anestetico locale. *La Clinica Terapeutica* 2009; 160 (6): 445-9
- 4) Barop H. Manuale e Atlante di Terapia Neurale secondo Huneke. Edi-ermes, Milano 2003
- 5) Dosch P. Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke (Therapie mit Lokalanästhetika). Haug Verlag, Heidelberg 1981, pag. 255
- 6) Agarwal-Kozlowski K, Schumacher T, Goerig M, Beck H. From Morbus Sudeck to complex regional pain syndrome. *Schmerz* 2011; 25 (2): 140-4, 146-7

Ozonoterapia, Neuralterapia, Immunomodulazione con neuro peptidi: nuove possibilità per la cura di malattie croniche e degenerative

de Michele Carlo

Direttore “Studio Sintesis” Centro di Medicina della Complessità - 0644250073-Roma Italia

demichelecarlo43@yahoo.it

Ozonoterapia, neuralterapia, bioimmunomodulazione non vanno considerate come tecniche specifiche di medicine complementari ma come strumenti terapeutici di una Nuova Medicina detta “della Complessità” che intervengono in momenti diversi di un processo fisiopatologico unitario. Secondo i settori più avanzati della ricerca medico biologica i processi patologici non sono sostenuti tanto da lesioni di organo da cause specifiche ma piuttosto da stimoli vari che attivano risposte neuro-endocrino-immunologiche di base simili, non agendo direttamente sull’organo od apparato secondo le leggi di causa-effetto della fisica meccanica ma sui meccanismi che regolano la comunicazione intercellulare e la modulazione delle risposte agli stimoli. Caratteristica della materia vivente è la reazione allo stimolo che si diffonde come modificazione energetica all’intero organismo così da organizzare risposte coerenti. Se lo stimolo assume particolari caratteristiche di intensità, di frequenza, di distribuzione spaziale o temporale può determinare un’ alterazione della comunicazione o la perdita del controllo della qualità della risposta e quindi manifestazioni patologiche che partono da un comune meccanismo di eccitazione (infiammazione) che assume caratteristiche differenti a seconda delle diverse

soggettività, del luogo, tempo e durata dello stimolo-risposta. La Medicina tradizionale si occupa di malattie, cioè della manifestazione ultima di un processo degenerativo-disfunzionale, agendo con i farmaci in modo lineare. Tuttavia numerose malattie definite “croniche” o “essenziali” come le sindromi dolorose di tipo neurogeno, le emicranie, la fibromialgia, s. dolorose post intervento, s. da inadeguato recupero post traumatico, s. psicosomatiche, le malattie autoimmuni e le patologie neoplastiche. rispondono male a questa impostazione.

Si può oggi affermare sulla base di probanti scoperte nel campo delle neuroscienze e dell'immunologia, che in molti casi una noxa, interferendo in punti o in momenti diversi del sistema di comunicazione, possa determinare espressioni patologiche diverse così come cause diverse che interferiscano sulla stesso punto della rete di comunicazione possano esprimere sintomatologie simili. In parole più semplici: ciò che si ammala non sono gli organi ma è il flusso delle comunicazioni psico-neuro-endocrino-immunitarie, che possono attivare e cronicizzare un meccanismo di infiammazione standard, base di ogni successiva degenerazione. Ne consegue che principi che riescano a liberare e correggere il flusso di comunicazione delle informazioni possano ripristinare la normale capacità dell'organismo di ripristinare lo stato di salute.

Ozonoterapia, neuralterapia e immunomodulazione hanno in comune la capacità di intervenire in diversi momenti del processo infiammatorio di base, su diversi substrati e con modalità specifiche.

Ozonoterapia: si basa sulla capacità dell'O₃ di interagire con substrati organici come potente ossidante. Può essere iniettato in miscele con O₂ direttamente in cavità articolari, nelle parti molli oppure usato per via generale attraverso

autoemotrasfusione ozonizzata. L'effetto è quello di interrompere il processo infiammatorio locale attraverso la stimolazione della produzione di scavante come SOD, G6PDH, GSH. Con l'autoemotrasfusione si esplicano attività di tipo generale attraverso l'attivazione del metabolismo e della disponibilità di O₂ dei G.R. , produzione di IL1-2-6... IFgamma e beta, regolazione della neoangiogenesi, modulazione della reazioni di controllo dei fattori pro-infiammatori. Inoltre è un potente battericida e virucida.

Neuralterapia: si basa sulla capacità dimostrata da parte di basse concentrazioni di anestetici locali di bloccare la depolarizzazione attraverso un blocco dei recettori NMDA (canali del Sodio voltaggio dipendenti) delle membrane neuronali attivate inibendo l'insorgenza dei potenziali d'azione e consentendo alla cellula di ripolarizzarsi. Questo meccanismo interrompe il circolo vizioso di attività neurologiche di tipo infiammatorio, autoalimentate ed auto diffuse liberando i circuiti coinvolti e restituendoli alle normali attività nervose di controllo.

Un qualsiasi stimolo infiammatorio libera localmente Glutammato, SP ed altre citochine infiammatorie che talvolta a causa delle caratteristiche dello stimolo o delle condizioni locali e generali preesistenti possono indurre uno stato di depolarizzazione cronica ed il passaggio alla eccitossicità, all'infiammazione neurogenica e alla plasticità neuronale (cioè alla degenerazione e alla apoptosi) meccanismi attraverso i quali il fenomeno infiammatorio si centralizza e si cronicizza innescando processi degenerativi irreversibili. Iniettando soluzioni di AL con determinate caratteristiche di periodicità e di concentrazione nella sede del dolore, lungo il percorso dei nervi spinali o direttamente sui gangli si può interrompere il

processo di depolarizzazione e rimettere l'organismo in condizione di controllare il suo equilibrio naturale.

Bioimmunomodulazione: permette, in seguito ad analisi dello stato di numerosissimi recettori, di ripristinare il normale funzionamento cellulare e liberare i recettori specifici per mezzo di catene di speciali aminoacidi in sequenza, modulare le attività immunitarie per giungere non tanto alla semplice riparazione della lesione d'organo, ma al recupero delle normali capacità biologiche di autoriparazione ed al funzionamento armonico dell'organismo nella sua complessità ed unitarietà. Il S. Innato (costituito da : 1) barriere naturali 2) Neutrofili, Macrofagi, Natural Killer; 3) Sistema del Complemento e Mediatori della flogosi; 4) Citochine) riconosce i patogeni associati a pattern molecolari attraverso recettori specifici come i TLRs (Toll-like receptors) che inducono il rilascio di citokine pro-infiammatorie, chemiokine e radicali liberi, richiamo di cellule infiammatorie dai siti di infezione e lisi delle cellule ospiti infettate per mezzo di Natural Killers e T linfociti Citotossici.

Un eccesso di tale reazione può essere dannosa, pertanto il processo deve necessariamente essere limitato e regolato e per evitare l'emergenza di reazioni autoimmuni. Il S.I., come un 6° senso, induce il cervello a rispondere al danno orchestrando i vari meccanismi di risposta. Ma anche il S I a sua volta è regolato dal SNC (Sn autonomo) e dall'azione dell'asse HPA (Asse Ipotalamo ipofisario) nelle risposte agli stress ambientali. Ciò avviene attraverso comunicazioni in un linguaggio biochimico comune che coinvolge neuropeptidi, ormoni, citokine ed i loro rispettivi recettori. La somministrazione di Neuropeptidi specifici permette di riportare alla norma tali funzioni.

La Neuralterapia delle cicatrici nelle disfunzioni posturali

Romoli Marco

Università di Firenze, Master di Medicina Integrata;

Vicepresidente Società Italiana Riflessoterapia, Agopuntura,

Auricoloterapia (S.I.R.A.A.)- 3288603161

markro@tin.it

Introduzione. La Neuralterapia dei fratelli Hüneke è ben conosciuta nei paesi di lingua tedesca, in Francia, Spagna e Italia, molto meno nei paesi di lingua inglese semplicemente perché articoli e testi sull'argomento non sono mai stati tradotti in questa lingua. L'Italia ha una buona tradizione al riguardo fin dagli anni '30 del secolo scorso quando maggiore è stata l'influenza della medicina tedesca soprattutto in campo odontoiatrico. Alcuni autori hanno contribuito alla diffusione di questa tecnica soprattutto nel trattamento del dolore benigno attraverso l'infiltrazione di una o più cicatrici attive con la classica procaina o altri anestetici locali. La collega che si è distinta in tal senso è la dr.ssa Antonietta Altopiedi che nell'anno accademico 1981-2 presentò uno studio su 24 pazienti affetti da sindrome dolorosa cronica benigna, persistente da almeno 3 mesi, già trattata senza successo con terapia farmacologica e/o fisioterapia. 9 di questi pazienti erano affetti da lombalgia /lombosciatalgia, 6 da cervicalgia/cervicobrachialgia, 6 da artralgie a carico di grosse articolazioni come la spalla, l'anca e il ginocchio. Tutte le cicatrici di ogni soggetto (in media $6,8 \pm 2,5$), sensibili o non alla palpazione, furono trattate con procaina cloridrato al 2% (0,1-0,3 cc ciascuna). Valutando la risposta al trattamento in 5 gradi (ottimo, buono, sufficiente, scarso, nullo) Altopiedi

ottenne un 75% di risultati positivi (ottimo, buono) e solo un 25% di risultati scarsi o nulli (1). Barbagli e Bollettin nel 2009 hanno riportato 7 casi in cui l'infiltrazione con lidocaina 0,5-1% è stata risolutoria su sindromi dolorose a distanza. In 3 casi è stata sufficiente una singola infiltrazione di una o più cicatrici mentre negli altri 4 casi sono state necessarie da 2 a 12 infiltrazioni (2). Poiché il criterio di scelta di una cicatrice da trattare, in assenza di dolore locale, è spesso legato alla sensibilità alla palpazione della stessa, bisogna ammettere che ci sia comunque una "irritazione" locale dovuta forse ad intrappolamento di terminazioni nervose libere nel tessuto cicatriziale che in via riflessa, attraverso il midollo e la rete del sistema nervoso autonomo, può indurre variazioni del tono muscolare, della vasomotricità e della motilità viscerale. L'ipotesi di Bernard Bricot è che le cicatrici abbiano un ruolo importante nel disregolare il sistema tonico-posturale e nel causare tensioni e dolori miofasciali a carico del rachide e dell'apparato locomotore (3). Questa possibilità è stata presa in considerazione da Scoppa e Amabile che sostengono che le cicatrici cosiddette patologiche o tossiche possono squilibrare l'organismo a vari livelli: posturale, miofasciale, linfatico, energetico, endocrino-metabolico e psicologico (4). La fisioterapista Paola Chiappa nella sua tesi di laurea ha studiato dal punto di vista posturale-stabilometrico 24 soggetti consecutivi portatori di cicatrice dell'appendice sensibile alla palpazione. I pazienti sono stati trattati con 2 metodi diversi: il gruppo A era di controllo e non è stato sottoposto ad alcun intervento mentre il gruppo B è stato sottoposto a 6 trattamenti manipolativi e di scollamento della cicatrice. L'elaborazione dei dati raccolti ha permesso all'autore di affermare che il trattamento ha portato a modificazioni significative dell'assetto posturale (5).

Scopo. Scopo primario del nostro studio è dimostrare con una metodologia accettabile e riproducibile la possibile associazione tra disfunzione posturale e la presenza di cicatrici attive nello stesso soggetto. Scopo secondario è dimostrare che il trattamento della/delle cicatrici attive con la Neuralterapia è in grado di modificare in modo significativo il dolore cervicale o lombare cronico del paziente.

Metodi. Un gruppo consecutivo di pazienti con dolore cervicale o lombare cronico (persistente da più di 3 mesi) è stato esaminato con i seguenti parametri:

- Esame del paziente sul piano frontale e sagittale e valutazione del grado di disfunzione posturale secondo la scala REEDCO (punteggio variabile da 0 = postura scarsa a 100 = postura buona)
- Esame baropodometrico del soggetto prima, subito dopo la Neuralterapia, 15 e 30 minuti dopo l'infiltrazione, dopo 1 settimana, dopo 1 e 3 mesi dalla terapia
- McGill Pain Questionnaire prima, dopo 1 e 3 mesi dalla terapia
- Neck Disability Index per il dolore cervicale cronico e Oswestry Disability Index per il dolore lombare cronico prima, dopo 1 e 3 mesi dalla Neuralterapia.

Bibliografia

1) Altopiedi A. Lineamenti di Terapia Neurale: il suo impiego nella risoluzione della sindrome dolorosa cronica benigna. Tesi di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di

- Padova: anno accademico 1981-82
- 2) Barbagli P, Bollettin R. Nostre esperienze nel trattamento del dolore cronico benigno mediante infiltrazione di cicatrici con anestetico locale. Clin Ter 2009; 160 (6): 445-449.
- 3) Bricot B. Le cicatrici patologiche. In “La riprogram-mazione posturale globale”. Sauramps 1996
- 4) Scoppa F. Amabile G. Cicatrici patologiche e squilibri posturali. Atti del 9° congresso SIRER, Piacenza 2004
- 5) Chiappa P. Cicatrici patologiche e squilibri posturali. Due metodiche di trattamento a confronto. Tesi di laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Parma: anno accademico 2007-8

Il trattamento della cervicalgia cronica con agopuntura

Decarli Alessandro

Servizio di Anestesia e Terapia Intensiva

Ospedale San Martino, Belluno

alessandro.decarli@ulss.belluno.it

Introduzione. La cervicalgia rappresenta un problema di frequente riscontro nella popolazione generale e solitamente si associa a forme di limitazioni importanti.(1-4) La maggior parte dei casi di cervicalgia sono il risultato di fattori meccanici, comunque responsabili di tale condizione, vi sono implicati, anche, processi di tipo degenerativo a carico del tratto cervicale della colonna vertebrale. La cervicalgia, oltre che essere associata a limitata mobilità della colonna cervicale, si accompagna ad altri disturbi quali cefalea, vertigini, alterazione della vista, nausea (5,6).

La prevalenza maggiore nelle persone anziane e nelle donne suggerisce che la prognosi varia in relazione a queste due variabili, ovvero età e sesso femminile (7).

La NPAD (Neck Pain and Disability Scale), riportata di seguito, può rappresentare un valido strumento, adatto alla rilevazione del dolore e delle limitazioni derivanti da esso, anche rispetto alla scala visuale analogica (8). L'agopuntura rappresenta una delle più frequenti metodiche non complementari impiegate in Europa per gestire il dolore cervicale (9,10).

Metodi. Sono stati studiati complessivamente 30 pazienti che accedevano al reparto di Terapia Antalgica dell'Ospedale San Martino di Belluno, con diagnosi di cervicalgia della durata pari o superiore ai 3 mesi, sintomatici al momento della prima visita, con una limitazione funzionale del collo, associata o meno ad algie alle spalle.

Il periodo di osservazione è stato da Gennaio a Giugno 2010.

Nella valutazione di ciascun paziente veniva presa in considerazione la lingua nelle sue caratteristiche principali menzionate dalla MTC (Medicina Tradizionale Cinese): corpo della lingua, patina, stato di umidificazione e stato della venule sottolinguali.

A tutti i pazienti che rientravano nei criteri di inclusione dello studio veniva somministrata la NPAD, tramite intervista, immediatamente prima di iniziare il trattamento. Tale scala veniva riproposta al paziente con le stesse modalità nel corso delle sedute successive.

Risultati. Ciascun paziente riceveva un totale di 3-6 trattamenti (una media di 3.6 ± 1.4 sedute), uno alla settimana, della durata di 30 minuti. I 30 pazienti inclusi nello studio avevano una età media di 56.32 ± 15 anni; suddivisi in 24 donne (80%) e 6 maschi (20%).

Dalla rielaborazione delle risposte ottenute tramite la somministrazione della NPAD si è potuto osservare, considerando la prima domanda, che il 60% circa dei pazienti iniziava il trattamento riferendo un livello di dolore cervicale di media-elevata entità (8 ± 3).

Prima di iniziare la seconda seduta di agopuntura una buona percentuale di soggetti (75%) riferiva una riduzione del dolore. Il valore riferito sempre alla prima domanda della NPAD si era ridotto a 5.5 ± 2.8 .

Il 69.5% dei pazienti trattati riferiva una riduzione della rigidità del tratto cervicale con un buon recupero in termini di rotazione e flesso-estensione del collo.

Al momento del terzo trattamento si osservava una ulteriore riduzione del valore del dolore riportato nella prima domanda del questionario (4.6 ± 1.5) in una percentuale di pazienti ancora maggiore rispetto alla seconda seduta (84.1%).

Nei pazienti che effettuavano la quarta seduta di trattamento, il valore di dolore riportato alla prima domanda del questionario risultava sovrapponibile alla volta precedente (4.5 ± 1.7), mentre una

percentuale ancora maggiore di soggetti (83.4%) riportava un miglioramento per quanto concerneva la rigidità del collo. L'80% dei pazienti che iniziavano il quinto trattamento riportava una intensità di dolore sovrapponibile al valore riferito prima di iniziare il quarto trattamento (4.6 ± 2.2).

Conclusioni. Questo lavoro ha avuto come obiettivo principale quello di indagare i benefici della terapia con agopuntura in pazienti affetti da cervicalgia cronica, alla luce dei numerosi dati attualmente disponibili in letteratura.

I risultati derivanti da questo lavoro evidenziano che nella maggior parte dei casi l'agopuntura rappresenta una buona e sicura tecnica terapeutica per ridurre la sintomatologia dolorosa e determinare un discreto recupero della motilità a livello del tratto cervicale della colonna vertebrale e che il numero dei trattamenti non dovrebbe superare i 3.

Bibliografia

- 1) Coté P, Cassidy JD, Carroll L et coll: The Saskatchewan Health and Back Pain Survey: the prevalence of the neck pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine* 1998;23:1689-98
- 2) Van der Windt D, Croft P, Pennix B et coll: Neck and upper limb pain: more pain is associated with psychological distress and consultation rate in primary care. *J Rheumatol* 2002;29:564-9
- 3) Hagen KB, Harms-Ringdahl K, Enger NO et coll: Relationship between subjective neck disorders and cervical spine mobility and motion-related pain in male machine operators. *Spine* 1997;22:1501-7
- 4) Soldato M, Liperoti R, Landi F et coll: Non malignant daily pain and risk of disability among older adults in home care in Europe. *Pain* 2007;129:304-10

- 5) Friction JR, Kroening R, Haley D et coll: Myofascial pain syndrome of the head and neck: a review of clinical characteristics of 164 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;60:615-23
- 6) Stovner LJ: The nosological status of the whiplash syndrome: a critical review based on a methodological approach. *Spine* 1996;23:2735-46)
- 7) Guez M, Hildingsson C, Nilsson M et coll: The prevalence of neck pain. A population-based study from Northern Sweden. *Acta Orthop Scand.* 2002;73(4):455-9
- 8) Price DD, Bush FM, Long S: A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales. *Pain* 1994;56:217-26
- 9) Fisher P, Ward A: Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *BMJ* 1994;309:107-111
- 10) Wadlow G, Periger E: Retrospective survey of patients of practitioners of traditional Chinese acupuncture in the UK. *Complement Ther Med* 1996; 4(1):1-7

Approccio multidisciplinare alla sindrome fibromialgica: trattamenti a confronto. Dati preliminari.

Dezzoni Rossana¹, Poggi Anna¹, Soiat Manuela², Paoletti Silvia³

¹*DAI-MPTIE (Dipartimento ad attività integrata di Medicina Perioperatoria, Terapia Intensiva ed Emergenza) Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedale di Cattinara, Trieste.*

Direttore: Prof. G. Berlot.

Tel. 040/3994795 Trieste, Italia.

²*DAI-MPTIE (Dipartimento ad attività integrata di Medicina Perioperatoria, Terapia Intensiva ed Emergenza) Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste, Ospedale Maggiore.*

Responsabile: Prof. U. Lucangelo. Tel. 040/3994795 Trieste, Italia.

³*Psicologa, specializzanda in Psicoterapia (Istituto Gestalt di Trieste)*

A.I.R.A.S. (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento Scientifico) - Padova
rossana.dezzoni@yahoo.it

Introduzione e scopo. La sindrome fibromialgica (SFM) consiste in quadro di disnocipatia, (compromissione funzionale del sistema di modulazione del dolore). Dal punto di vista fisiopatologico (1), si tratta di un quadro di sensibilizzazione centrale associato ad un deficit del sistema di inibizione discendente del dolore, da cui deriva uno stato di iperalgesia generalizzata (2).

L'agopuntura si inserisce tra le tecniche complementari proposte in questo tipo di patologia, anche se ci sono evidenze contrastanti (3).

Scopo principale dello studio: valutazione dell'efficacia di tecniche complementari come l'agopuntura e l'auricoloterapia in termini di riduzione del dolore.

Obiettivi secondari: miglioramento della soglia del dolore, numero di *tender points*, qualità del sonno e soddisfazione soggettiva.

Materiali. Lo studio osservazionale retrospettivo ha valutato i pazienti affetti da SFM primaria afferenti al nostro Ambulatorio di Terapia del Dolore tra gennaio 2011 e settembre 2012.

I pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi in base al tipo di trattamento scelto in relazione al quadro clinico e alla richiesta del paziente stesso.

Sono stati inclusi tutti i pazienti con età ≥ 18 anni che rispondevano ai criteri ACR (American College of Rheumatology) (4) per la SFM.

Gruppo 1 (controllo): terapia farmacologica (tramadolo - amitriptilina o duloxetina o venlafaxina – magnesio e/o L-carnitina e/o S-adenosilmetionina).

Gruppo 2 (trattamento): terapia farmacologica ed elettroagopuntura somatica (punti: EX1Yintang, GV20, LI4 bilaterale, ST36 bilaterale).

Gruppo 3 (trattamento): terapia farmacologica e auricoloterapia con semi di Vaccaria in punti fissi (surreni, talamo, bandelletta neurovegetativa, cicatrici psicologiche) e punti a scelta (ansia, antidepressivo, insonnia, fegato).

Tutte le pazienti sono state seguite da una psicologa con colloqui personalizzati e con incontri collettivi (gruppi di auto mutuo aiuto).

La valutazione è stata fatta al tempo 0 (t0), a 1 mese (t1), e a 2 mesi (t2). Parametri valutati: MGPQ parole e *score* (s), NRS (Numerical Rating Scale) statico (s) e dinamico (d), VAS (Visual Analogue Scale) statico (s) e dinamico (s), numero *tender points*, qualità del sonno, soglia meccanica del dolore, soglia ischemica del dolore. Analisi statistica: t-test per misurazioni ripetute, analisi della varianza per il confronto tra gruppi.

Risultati. I pazienti (pz) valutati (23 donne) erano così suddivisi: 6 nel gruppo 1, 9 nel gruppo 2 e 8 nel gruppo 3. L'età media era rispettivamente di 47.5 (± 10.1 sd), 56.1 (± 8.7 sd) e 53.6 (± 6 sd) anni nei tre gruppi. La durata media del dolore in anni alla prima valutazione era rispettivamente di 6.2 (± 7 sd), 5.5 (± 5 sd), 8 ($\pm 7,6$ sd).

Dai dati ottenuti, l'NRSd è stato significativamente ($p < 0.05$) più basso nei pazienti trattati con agopuntura (m=media $4,3 \pm 1.9$ sd) verso controllo a t1 (m $6,6 \pm 1.7$ sd) e a t2 (m $3,5 \pm 1.6$ sd nel gruppo 2 vs 6.1 ± 2 sd nel gruppo 1) e verso auricoloterapia a t1 (m $7 \pm 1,6$ sd) e a t2 (m 6.7 ± 2 sd).

Per gli altri parametri analizzati (MGPQ, VAS, NRSs, soglie del dolore, qualità del sonno e *tender points*) non ci sono state differenze significative.

Nel gruppo 2 inoltre si è ridotto l'NRSd sia a t1 ($p = 0.028$; m 4.3 ± 0.6 se) che a t2 ($p = 0.01$; m 3.5 ± 0.5 se) in confronto a t0 (fig. 1). Tale riduzione si è avuta anche per l'NRSs ($p = 0.023$ a t1; $p = 0.02$ a t2; valori medi rispettivamente di 4.3 ± 0.7 se e 3.8 ± 0.4 se). Inoltre il gruppo 2 ha mostrato una variazione significativa a t2 rispetto a t0 di MGPQs ($p = 0,006$; m 25 ± 3.3 se), *tender points* ($p = 0.005$; m 10 ± 0.9 se), soglia ischemica ($p = 0.037$; m 30.6 ± 8.3 se) e, a t2 rispetto a t1, della qualità del sonno ($p = 0.035$; m 3.1 ± 0.5 se). L'NRSd si è ridotto significativamente anche nel gruppo 3 sia a t1 ($p = 0.02$; m

$7 \pm 0.6\text{se}$) che a t2 ($p=0.02$; $m 6.7 \pm 0.7\text{se}$) rispetto a t0 e così anche la qualità del sonno ma solo a t2 rispetto a t0 ($p=0.033$; $m 2.1 \pm 0.4\text{se}$).

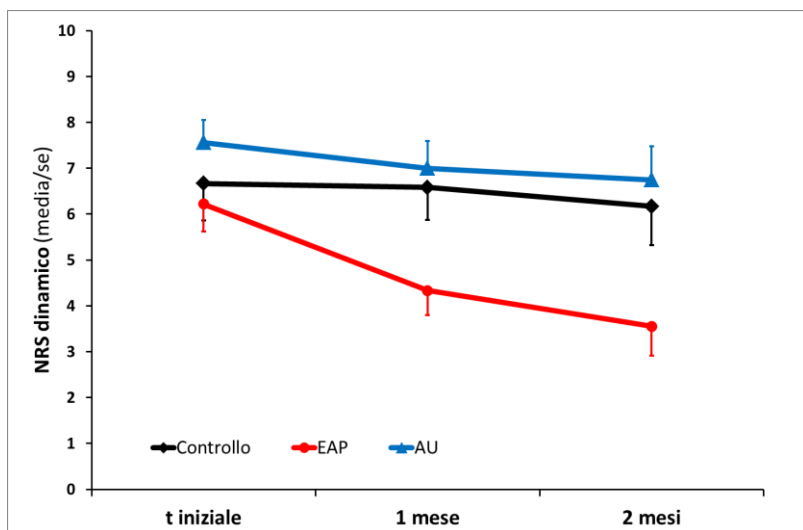


Figura 1: NRS dinamico nei tre gruppi

Discussione. Dai dati analizzati si evidenzia che la riduzione del dolore (NRSd) è stata significativa nei pz trattati con agopuntura sia rispetto ai controlli che al gruppo 3 e sia a t1 che a t2. L’NRSs e l’NRSd si sono ridotti significativamente a t1 e a t2 all’interno del gruppo 2; così come a t2 il MGPQs, il numero di *tender points* e la soglia ischemica. Nel gruppo trattato con auricoloterapia l’NRSd si è ridotto significativamente a t1 e a t2, mentre la qualità del sonno solo a t2.

La mancanza di significatività degli altri parametri va comunque confermata nel follow-up a 6 mesi che rappresenta la continuazione di questo studio preliminare.

Conclusioni. Dallo studio si conferma la validità dell’NRS come scala di misurazione e monitoraggio del dolore (5) anche nella SFM dove il dolore assume un ruolo primario non solo come indice di gravità della malattia ma anche di soddisfazione nei confronti del trattamento e prognostico a lungo termine. Il trattamento agopunturale è risultato il più efficace. Resta da valutare se il beneficio si mantiene a lungo termine.

Bibliografia

- 1) Perrot S et al. Fibromyalgia: Harmonizing science with clinical practice considerations. *Pain Practice* 2008;8(3):177–89
- 2) Nielsen LA et al. Pathophysiological mechanisms in chronic musculoskeletal pain (fibromyalgia): The role of central and peripheral sensitization and pain disinhibition. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology* 2007;21(3):465–80
- 1) Langhorst J et al. Efficacy of acupuncture in fibromyalgia syndrome—a systematic review with a meta-analysis of controlled clinical trials. *Rheumatol* 2010;49:778–88
- 2) Wolfe F et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33(2):160-72
- 3) Salaffi F et al. Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. *Eur J Pain* 2004;8:283-91

Nuove frontiere di trattamento in Pronto Soccorso a Trieste. Coxalgia acuta trattata con addominoagopuntura. Case report.

Dezzoni Rossana, Poggi Anna

DAI-MPTIE (Dipartimento ad Attività Integrata di Medicina Perioperatoria, Terapia Intensiva ed Emergenza) Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedale di Cattinara Trieste (Italia).

Direttore: Prof. G. Berlot. Tel. 040/3994795 Trieste, Italia.

A.I.R.A.S. (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento Scientifico) - Padova
rossana.dezzoni@yahoo.it

Riassunto. Uomo di 79 anni con coxartrosi bilaterale affetto da severa coxalgia sinistra (sn) e sindrome miofasciale del medio gluteo che viene risolta con addominoagopuntura e mesoterapia. L'addominoagopuntura è una metodica semplice che dà risultati rapidi anche quando la sintomatologia dolorosa severa non consente un decubito adeguato per un trattamento agopunturale somatico.

Presentazione del caso. Ricoverato in Pronto Soccorso (PS) con diagnosi iniziale di coxalgia sn acuta severa in coxartrosi e lombocruralgia sn.

Anamnesi patologica remota: malattia cronica di fegato, DM II, ipertensione arteriosa, insufficienza renale cronica, arteriopatia ostruttiva arti inferiori, cardiopatia valvolare, fibrillazione atriale.

Anamnesi patologica prossima: 6 mesi prima riacutizzazione della lombalgia cronica, il paziente esegue RX lombosacrale ("diffusa spondilodiscoartrosi, discopatia L4-L5 e L5-S1,

retrolistesi L5”) ed è trattato con paracetamolo e Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS).

Comparsa di dolore acuto severo improvviso all'anca sn con irradiazione ad inguine, gluteo e zona lombare omolaterale 4 giorni prima del ricovero in PS; a domiciliare viene trattato con paracetamolo (4 g/die) senza beneficio. Il paziente era impossibilitato a muoversi, deambulare, distendersi, stare seduto, dormire.

All'arrivo in PS: NRS (Numerical Rate Scale) 10, nelle prime 12 ore è trattato con diazepam, ketorolac, tramadolo, indometacina, paracetamolo. Data la modesta efficacia del trattamento (NRS 8), vengono richieste radiografia delle anche, visita neurochirurgica, visita ortopedica e infine consulenza Terapia del Dolore.

Esame obiettivo. Alla nostra visita (12 ore dal ricovero) il paziente è in decubito obbligato supino con l'anca sn lievemente sollevata sul piano del letto e l'arto appoggiato sul cuscino, è molto sofferente, il dolore è trafittivo, tenebrante, “a rosicatura”, NRS 8-9. Le manovre per valutare la motilità passiva e attiva non sono eseguibili.

Trattamento. Si propone al paziente una seduta di addominoagopuntura, spiegando il tipo di procedura, il numero di sedute necessarie (una al giorno per 3 giorni, poi una a settimana per altre tre volte). Si prolunga la degenza per altre 24 ore.

1° seduta (Fig. 1): costruzione della mappa della tartaruga sull'addome del paziente. Infissione degli aghi (Seirin 0.30x30mm) perpendicolarmente nei seguenti punti e con la seguente successione e con ricerca del Te Chi (2)

-CV12 (P), CV4 (P), CV10 (P), CV6 (P)

-KI15 dx (M), KI15 sn (S), ST26 dx (M), ST26 sn (S)

P: aghi infissi alla fascia (variabile 2-3 cm). M: profondità media (0.5-2 cm). S: superficiali (0.5-0.2 cm). Stimolazione degli aghi: rotatoria in senso orario a 5' dall'infissione.

Il paziente inizia una spontanea mobilizzazione dopo circa 5' dall'inizio dell'infissione degli aghi e flette l'arto inferiore sn fino a circa 45°; il dolore si riduce del 30-40%.

Si aggiunge BO4 sn (S) come rinforzo per ST26.

Rivalutazione: flessione dell'arto inferiore sn di 60°, NRS 5-6.

Si aggiungono ulteriori rinforzi:

-MP15 dx (M), MP15 sn (M) -CV9 (M)

Aghi stimolati in senso rotatorio ogni 5 minuti.

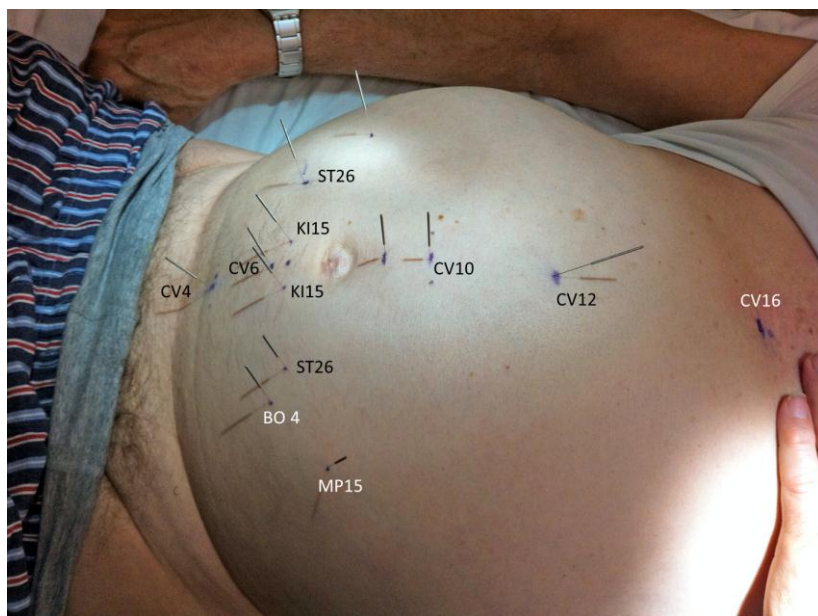


Figura 1: Punti di applicazione degli aghi

Rivalutazione: flessione attiva dell'arto inferiore esteso sul bacino di 80°, riduzione del dolore del 50% (NRS 4) a livello

dell'anca e della zona inguinale, persiste il dolore a livello gluteo sn spontaneo ed esacerbato dai movimenti nel letto.

Si esegue lo schema “a cinque stelle” su KI15 sn.

Dopo pochi minuti il paziente si pone in decubito laterale destro (NRS 3-4); evidenziando una contrattura e due punti *trigger* al gluteo medio sn.

Si esegue infissione dei punti *trigger* con aghi a secco (0.30x50mm) e successivamente mesoterapia (1) a livello gluteo sn con lidocaina (40mg), pridinolo (4mg), ketorolac (15mg).

Rivalutazione: NRS 3-4, desidera alzarsi.

Si imposta una terapia ad orario fisso (paracetamolo 1000 mg x 3/die, tramadolo 100 mg) in PS.

In serata NRS 0-1, il paziente si alza e va in bagno da solo; la notte dorme 6 ore senza risvegli.

2° seduta (24 ore dopo la prima) NRS 4-5

Si procede con il seguente schema:

- CV12 (P), CV4 (P), CV10 (P), CV6 (P)
- KI15 dx (M), KI15 sn (S), ST26 dx (M), ST26 sn (S)
- Metodo “a cinque stelle” su ST26 sn (S)
- BO4 (S)
- MP15 dx (M), MP15 sn (M)
- CV9

Fine seduta (durata 30 minuti) NRS 3

3° seduta. Nella notte riacutizzazione del dolore a livello inguinale, cresta iliaca e fianco sn (NRS 6).

Si esegue il seguente schema:

- CV12 (P), CV4 (P), CV10 (P), CV6 (P)
- KI15 dx (M), KI15 sn (S), ST26 dx (M), ST26 sn (S)
- BO4 (S)
- MP15 dx (M), MP15 sn (M)
- CV9 (M)

-Metodo “a cinque stelle” su BO4.

Dopo 20’ persiste un dolore profondo a livello gluteo e fianco sn, con accentuazione nella zona inguinale al movimento, NRS 4-5.

Si procede con elettroagopuntura (GB30 e MP9 sn); seduta interrotta dopo 10’ per intolleranza. A fine trattamento NRS 0 statico, NRS 2-3 dinamico.

Il paziente viene dimesso dopo 3 giorni in PS. Terapia consigliata a domicilio: tramadolo 50mg x 2/die, pridinolo 4mg x 2/die per una settimana, paracetamolo 1000mg x 3/die

Outcome. Nel giorno del controllo (una settimana dopo) il paziente deambula senza ausili, senza zoppia di fuga, riferisce un lieve dolore a livello gluteo alto, l’NRS è 1-2. Assume 1 cp di Tramadolo da 50 mg nell’arco della giornata. Non vuole sottoporsi ad addominoagopuntura come da programma perché afferma di stare bene, attende l’esito della RM dell’articolazione coxo-femorale sn.

Discussione. Abbiamo scelto l’addominoagopuntura in quanto si tratta di una metodica semplice, relativamente sicura, ma soprattutto può essere eseguita rapidamente a letto del paziente senza modificarne il decubito. I risultati sono immediati e sono d’aiuto durante la seduta per la scelta successiva dei punti da trattare, nella sequenza e nelle metodiche di stimolazione.

Nel caso qui riportato le modificazioni sono avvenute già nei primi cinque minuti o addirittura durante l’infissione degli aghi; la riduzione del dolore, la detensione dell’ansia e della paura immediate. Ciò conferma che l’addominoagopuntura ha un’efficacia rapidissima sia a livello somatico che sovraspinale (2) e rappresenta una valida alternativa all’agopuntura somatica nei casi in cui il paziente sia di difficile gestione.

L'integrazione con altre tecniche è comunque possibile con azione sinergica; in questo caso con mesoterapia, trattamento dei punti *trigger*, elettroagopuntura somatica.

Pertanto ritengo che l'addominoagopuntura rappresenti una tecnica molto utile, soprattutto in ambienti di medicina critica, in quanto la minima invasività e la rapidità d'azione la rendono particolarmente adatta.

Bibliografia

- 1) Mammucari M, et al. Role of mesotherapy in musculoskeletal pain: opinions from Italian Society of Mesotherapy. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2012, Article ID 436959
- 2) Jiliang Fang, et al. The Limbic–Prefrontal Network Modulated by electroacupuncture at CV4 and CV12. Evidence-Base Complementary and Alternative Medicine, Vol 2012, Article ID 515893

Il trattamento della cefalea con agopuntura: esperienze personali

Farina Vincenzo

Vibo Valentia

enzofarina52@alice.it

Introduzione e scopo. La cefalea è una patologia molto diffusa, in Italia e nel mondo. Colpisce il 12% della popolazione generale, in prevalenza donne (rapporto 3:1). L'O.M.S. la pone al 5° posto tra le malattie più invalidanti. Essendo tipica dell'età produttiva (massima incidenza nella 4°-5° decade) è rilevante l'aspetto socio-economico in termini di costi indiretti (astensione dal lavoro) e di qualità della vita dei pazienti. Ho voluto, quindi, verificare l'efficacia del trattamento della cefalea primaria con agopuntura, mediante una valutazione retrospettiva dei pazienti da me trattati con questa metodica.

Pazienti e metodi. Sono stati reclutati 21 pazienti, 20F e 1M, di età compresa tra i 19 e i 76 anni (media: 42), sottoposti ad agopuntura con aghi sterili monouso delle dimensioni di 0.30x40 mm, tenuti in situ per 20-25' e stimolati manualmente fino alla percezione del “*de qi*” . Le sedute (da 2 a 16, con una media di 6.8) hanno avuto una cadenza bisettimanale per le prime 2 settimane, seguita poi da 1 seduta/settimana.

Risultati e discussione. Premesso che in clinica è difficile classificare i pazienti in categorie diagnostiche ben definite, i soggetti trattati risultavano affetti, con sfumature diverse, da emicrania cronica senza aura con forte componente ansiosa. Da un punto di vista energetico, questa sindrome può essere ricondotta alle cefalee di pertinenza epatica: Compressione del

qi di fegato→ liberazione di *yang* iperattivo→ sviluppo di fuoco che risale verso l'alto→ agitazione di vento interno, considerate da molti Autori complicate di una stessa patologia. Ho, pertanto, adottato uno schema iniziale standard comprendente il trattamento dei punti: LR3-LI4-SP6-KI3-ST36 con l'aggiunta, in corso di trattamento, di altri punti (Yintang, Taiyang, GB14, GB20, GV20 ed altri) in base alle peculiarità del singolo caso e all'evoluzione del quadro clinico. I risultati sono stati valutati in base alla riduzione del numero, della durata e dell'intensità degli episodi dolorosi mensili e all'uso di farmaci. L'intensità del dolore era valutata dal paziente mediante l'uso di una scala V.A.S. da 0 a 100. Il trattamento con agopuntura ha portato alla scomparsa completa del dolore in 18 pazienti, mentre nei rimanenti 3 si è ottenuta una riduzione del numero, della durata e dell'intensità degli "attacchi" superiore al 50%. Non sono stati segnalati effetti collaterali di rilievo e i benefici permangono a distanza di mesi o anni dalla sospensione del trattamento.

Conclusioni. L'esiguo numero di casi riportati non consente di pervenire a valutazioni statisticamente significative.

L'esperienza acquisita mi permette, comunque, di confermare l'efficacia e la sicurezza dell'agopuntura nel trattamento di una patologia per la quale spesso la medicina occidentale non offre benefici validi in termini di efficacia e di tollerabilità.

Bibliografia

- 1) Jensen R. Stovner L.J. Epidemiology and comorbidity of headache Lancet Neurol. 2008 Apr; 7 (4): 354-61
- 2) Jes Olesen The international classification of headache disorders 2nd Edition Cephalalgia 2004; 24 Suppl.1:1-160

- 3) Di Concetto G. Le basi della terapia in agopuntura e farmacologia cinese Casa Ed. Ambrosiana 2002
- 4) Deadman P. Al-Khafaji M. Baker K. Manuale di agopuntura Casa Ed. Ambrosiana 2000
- 5) Di Stanislao C. et al. Le cefalee in M.T.C. Inquadramenti e terapie La Mandorla 1998 Dic. Anno II n°7
- 6) White AR et al. A pilot study of acupuncture for tension headache, using a novel placebo Acupuncture in Medicine 1996 May; 14 (1): 11-15
- 7) Melchart D. et al. The acupuncture randomized trial (ART) for tension-type headache Acupuncture in Medicine 2005;23(4):157-165
- 8) Linde K. Allais G. et al. Acupuncture for migraine prophylaxis Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21; (1): CD001218
- 9) Linde K ,Allais G et al. Acupuncure for tension-type headache Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD007587.

Caso di dolore posterpatico lombare trattato con stimolazione agopunturale manuale controlaterale

Fornasier Giuseppe

*U.O . Terapia Antalgica e Cure Palliative Ospedale S.Martino
Belluno - 0437/516123*

giuseppe.fornasier@ulss.belluno.it

Dati anamnestici . Donna di 80 anni . Nata a termine da parto eutocico, sviluppo psico-fisico regolare. Non ricorda le comuni malattie esantematiche dell'infanzia. Tre gravidanze portate a termine, un figlio deceduto pochi giorni dopo la nascita per riferite complicanze traumatiche durante il parto. Ipercolesterolemia. Ipertensione arteriosa essenziale. Cardiopatia ischemica cronica stabilizzata. Aortosclerosi dell'aorta addominale. Osteoporosi con riscontro di crolli vertebrali di L1-L2-L3. Pregressi interventi di colecistectomia per litiasi biliare. Safenectomia bilaterale. Intervento per cataratta OD.

Nel Gennaio 2010 Herpes Zoster lombare sinistro inizialmente trattato con antivirali. Effettuata terapia farmacologica con Pregabalin 75 mg x 2/die e Tramadolo (dosaggio non precisato) seguita da lieve ma solo temporaneo miglioramento. Giunge alla ns osservazione a distanza di circa due anni dalla comparsa delle lesioni erpetiche. Soggettivamente riferiva dolore in sede lombare, sub-continuo, urente (NRS = 4.5) e con episodi trafittivi anche più volte al giorno (NRS =7).

All'esame obiettivo esiti cicatriziali di H.Zoster in sede lombare sin in corrispondenza del dermatomero L3-L4 con area di iperalgesia estesa da L1 a L5, due aree di allodinia con punti estremamente dolorosi in sede posteriore e laterale.

Terapia prescritta. Laroxyl 5 gtt alla sera; Destior 1 cp/die per due mesi; riflessoterapia agopunturale

Materiali e metodi. Per l'agopuntura sono stati utilizzati aghi Hwato 0.30 x 25 mm . L'intensità del dolore è stata misurata mediante scala NRS (Numeric Pain Intensity Scale) . Controlli sono stati effettuati a 1 e 3 mesi .

E' stata utilizzata la tecnica della puntura controlaterale con aghi stimolati manualmente a intervalli di 10-5-5 minuti per complessivi 20 minuti a seduta e con cadenza bisettimanale.

Dopo aver delineato le aree di iperalgesia, allodinia e i punti centro-dolore sono stati posizionati gli aghi nei seguenti punti:

GV 5 (sotto il processo spinoso della I toracica, puntura obliqua 1.5 cm circa); EX 19 (sotto il processo spinoso della V lombare, puntura perpendicolare 1 cm circa); due aghi controlaterali simmetrici rispetto ai punti centro dolore; 60 BL bilaterale.

Risultati Dopo le prime due sedute la paziente riferiva solo lieve diminuzione di intensità soprattutto del dolore di fondo (NRS= 3).

Dopo la IV seduta vi è stato un netto miglioramento della sintomatologia dolorosa, sia del dolore di fondo (NRS =1) che degli episodi trafittivi (NRS = 2.5).

Dopo 8 sedute la paziente riferiva di stare bene, lamentando soltanto sporadici episodi (di breve durata) caratterizzati da parestesie (formicolio) al fianco sin.

L'esame obiettivo evidenziava scomparsa sia dell'area di iperalgesia che delle aree allodiniche.

A un mese mantiene buona analgesia con riferiti sporadici episodi caratterizzati da lieve parestesia al fianco sinistro. Non ha più assunto farmaci per il dolore. L'amitriptilina è stata sospesa spontaneamente dalla paziente prima dell'inizio del

ciclo di riflessoterapia agopunturale per riferita inefficacia sul dolore (non ha mai superato il dosaggio di 10 mg /die).

A tre mesi situazione invariata rispetto al precedente controllo.

Conclusioni. In questo caso la riflessoterapia agopunturale con stimolazione controlaterale si è dimostrata una tecnica efficace nel determinare una buona risoluzione di un dolore cronico di tipo neuropatico.

Bibliografia

- 1) Ursini T, Tontodonati M, Manzoli L, Polilli E, Rebuzzi C, Congedo G, Di Profio S, Toro PM, Consorte A, Placido G, Laganà S, D'Amario C, Granchelli C, Parruti G, Pippa L; VZV Pain Study Group. Acupuncture for the treatment of severe acute pain in herpes zoster: results of a nested, open-label, randomized trial in the VZV Pain Study. BMC Complement Altern Med. 2011 Jun 5;11:46. PMID 21639941
- 2) Lewith GT, Field J, Machin D. Acupuncture compared with placebo in post-herpetic pain. Pain. 1983 Dec;17(4):361-8. PMID: 6664681
- 3) Spoerel WE, Varkey M, Leung CY. Acupuncture in chronic pain. Am J Chin Med (Gard City N Y). 1976 Autumn; 4(3): 267-79. PMID: 135511
- 4) Omura Y, Losco BM, Omura AK, Takeshige C, Hisamitsu T, Shimotsuura Y, Yamamoto S, Ishikawa H, Muteki T, Nakajima H, et al. Common factors contributing to intractable pain and medical problems with insufficient drug uptake in areas to be treated, and their pathogenesis and treatment: Part I. Combined use of medication with acupuncture, (+) Qi gong energy-stored material, soft laser or electrical stimulation. Acupunct Electrother Res. 1992;17(2):107-48. PMID: 1353650

- 5) Pan H. Observation of curative effect of herpes zoster treated with acupuncture based on syndrome differentiation combined with pricking and cupping. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2011 Oct;31(10):901-4. Chinese. PMID: 22043678
- 6) Fleckenstein J, Kramer S, Hoffrogge P, Thoma S, Lang PM, Lehmeyer L, Schober GM, Pfab F, Ring J, Weisenseel P, Schotten KJ, Mansmann U, Irnich D. Acupuncture in acute herpes zoster pain therapy (ACUZoster) - design and protocol of a randomised controlled trial. *BMC Complement Altern Med*. 2009 Aug 12;9:31. PMID: 19674449

Efficacia dell'agopuntura nel dolore lombare cronico non specifico. Prove di evidenza scientifica.

Marchesi Monica

*Servizio di Anestesia e Rianimazione – Gruppo Multimedica
IRCCS, Milano*

marchesimoni@libero.it

Introduzione. Il trattamento del dolore lombare cronico (DLC) si articola tra l'impiego della terapia convenzionale e di quella così detta "alternativa". Però l'efficacia di questi singoli approcci oggi non è del tutto dimostrata. Nel 2007 la Società Americana del dolore cronico ed il Collegio Americano dei Fisiatri hanno redatto le linee guida per la diagnosi ed il trattamento cronico della lombalgia, nelle quali, per la prima volta, viene riconosciuta l'efficacia dell'agopuntura.

Scopo. Valutare le prove di evidenza scientifica relative all'efficacia dell'agopuntura nel trattamento del DLC.

Materiali e metodi. Trials clinici controllati (TRC) sono stati ricercati e valutati in Medline, Pubmed, EMBAS, Cochrane-ControlStudyRegister. La qualità dei singoli TRC è stata valutata con la scala Jadad (7). TRC con un Jadad score ≥ 3 sono stati inclusi nell'analisi.

Risultati. La metanalisi di Manheimer e la revisione sistematica di Furlan (1,2) indicano che l'agopuntura vera risulta essere più efficace della *sham* agopuntura e del non trattamento ma non migliore, nè peggiore rispetto alle altre terapie convenzionali (analgesici, massaggio, ecc). Però questi risultati sono poco attendibili perché i TRC prima del 2000 sono metodologicamente non corretti nella loro impostazione. Nello specifico, la casistica arruolata è insufficiente,

eterogenea, non correttamente randomizzata, l'agopuntura è effettuata in modo differente (es: selezione degli agopunti e loro stimolazione, ecc.) ed infine gli end points ed i tempi di follow up sono molto diversi. E' a partire dal 2006, che l'analisi dei TRC permette di trarre delle conclusioni corrette ed attendibili tali da condizionare la pratica clinica. Infatti, dalla revisione sistematica effettuata da Yuan emerge che l'agopuntura vera e la *sham* agopuntura sono entrambi superiori al non trattamento e non peggiori rispetto alle terapie convenzionali, senza che esistano però differenze tra le due. Di conseguenza, nella pratica clinica, l'agopuntura viene consigliata in aggiunta alla terapia convenzionale. La dimostrazione di ciò è che per Brinkhaus (6), l'agopuntura è superiore al non trattamento nel breve e lungo termine, senza differenza tra agopuntura e *sham* agopuntura, per Thomas (3), a 12 mesi di follow up, l'agopuntura è più efficace della terapia convenzionale, per Haake (4) e Cherkin (5), l'agopuntura, a breve e lungo termine, è più efficace della terapia convenzionale, senza differenza tra agopuntura e *sham* agopuntura.

Conclusioni. Nel trattamento del DLC l'agopuntura è una valida opzione sia da sola che in associazione alla terapia convenzionale, però, a tutt'oggi, la posizione della *sham* agopuntura non è definita per la sua eterogeneità metodologica.

Bibliografia

- 1) Manheimer E., White A., Berman B., Forys K., Ernst E. (2005) Meta-analysis: Acupuncture for low back pain. *Annals Internal Medicine*. 2005;142:651-663
- 2) Furlan AD, Van Tulder M, Cherkin D, et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain: an update systematic

review within the framework of the Cochrane Collaboration. *Spine*. 2005;30(8):944-993

3) Thomas KJ., MacPherson H., Thorpe L. Randomised controlled trial of a short course of traditional acupuncture compared with usual care for persistent non-specific low back pain. *BMJ* 2006;333: 623-628

4) HaaKe M., Muller H, Schade-Brittinger et al. German acupuncture trials (GERARC) for chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2007; 167(17):1892-1898

5) Cherkin DC., KarenD., Avins L. Et al. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. *Arch Inter Med* 2009; 169(9):858-866

6) Brinkhaus B. Witt CM, Jena S. et al. Acupuncture in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006;166(4):450-457

7) Jadad AR, Moore RA, Carrol D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, McQuayHJ. Methodology and reports of systematic review and meta-analyses. A comparison of Cochrane reviews with articles published in paper-based journals. *JAMA* 1998;280:278-80

Un dolore toracico

Moroni Laura

Ambulatorio di agopuntura, via Strada Carità 2 - Milano

339-7097786

lau.moroni2010@gmail.com

Introduzione. La signora Gisella, 60 anni, mi chiede di essere visitata nella primavera del 2010 per dolori al torace.

Mi trovo davanti una donna con una frattura, per caduta, da 5° a 9° dorsale e davanti le corrisponde una cicatrice per CA seno, non ha più praticamente la mammella destra.

Il resto della storia clinica di questa donna parla di una calcificazione al surrene destro, e noduli tiroidei, quindi penso all'asse ghiandolare, come ne accennava J Yuenn, poi abbiamo una storia di alcoolismo(fuga dello Hun), in una donna che nella presentazione ha trauma in zona toracica sia sullo Yang che sullo Yin(CA seno) entrambi a livello di espressione Zheng Qi.

Metodi. Punti scelti: 3 fegato, 14 Fegato e 17 Vaso concezione, per lavorare sulla stasi del Qi di fegato e sulla stasi di Sangue; 18Stomaco perché secondo il Da Cheng è utile sulla sensazione di pienezza parte inferiore torace, dolore toracico, blocco del qi a livello del diaframma; 6 Maestro Cuore perché allarga torace, calma dolore ma anche per” Tai Yi She Zhen” purifica e drena i tre riscaldatori e il fuoco di cuore, e la paziente aveva in visita polso di Cuore aumentato, punta rossa della lingua e alla palpazione il riscaldatore superiore era caldo; da ultimo 17Vescica, per Sangue e Diaframma.

Risultati. Già dopo la prima seduta notevole miglioramento della paziente, che riferiva la quasi totale assenza di dolore

Discussione. Lavoro sulla stasi di sangue, creata nei meridiani, dal trauma, e nutrimento del sangue per la cronicità della situazione, come spiega Maciocia nella Clinica-Sindrome Ostruttiva Dolorosa- perché in questa bisogna espellere i fattori patogeni che hanno invaso i meridiani ed eliminare la conseguente stasi locale appunto di Qi e Sangue.

Nel cronico inoltre bisogna nutrire il sangue, e dinamizzarlo, e nutrire Fegato e Reni. Per questo uso punti di Fegato (3-14), punti di Stomaco(18), il 17Vaso Concezione, e 6 Maestro Cuore.

L'altro pezzo di ragionamento lo faccio usando un articolo di Rempp, che parlava del Diaframma, come il “tenersi insieme” e con punto 17 Vescica(ge shu) sempre perché è punto che lavora sul sangue, ma soprattutto perché stimolo la capacità di questa donna nel trovare una sua profonda unità di appoggio.

Conclusioni. Ho lavorato sull'apertura totale del torace e anche sul rilascio del diaframma vedendo il dolore come un ristagno e facendo muovere Qi e Sangue.

Bibliografia

- L'articulation Phrénique, Rempp-Kespì, Atti del Congresso AFA a Lille 1999 “les articulation en médecine chinoise”
- G. Maciocia “la clinica in medicina cinese”, Casa Editrice Ambrosiana, cap. “Sindrome Ostruttiva Dolorosa”, pag 566
- J Ross: “Combinazione dei punti di agopuntura”, Casa Editrice Ambrosiana pag 159

Benefici da trattamento con addomino-agopuntura anche “single shot”. Case report

Poggi Anna, Dezzoni Rossana

- *DAI-MPTIE (Dipartimento ad Attività Integrata di Medicina Perioperatoria, Terapia Intensiva ed Emergenza) Azienda Ospedaliero-Universitaria- Ospedale di Cattinara Trieste*

Direttore: prof G. Berlot tel.: 040-3994795, TRIESTE- Italia

- *A.I.R.A.S. (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento Scientifico) – Padova*

anna.poggi@teletu.it

Introduzione e scopo. Esigenze organizzative e croniche carenze di personale, spesso non ci consentono di programmare le sedute di agopuntura secondo gli schemi consigliati dagli Esperti. Nella nostra realtà abbiamo trattato Pazienti particolarmente sofferenti con singole sedute, seguite, appena possibile, da altre della stessa o diversa tipologia (agopuntura, auricoloterapia o terapie infiltrative).

Caso. C. Vittoria, Paziente del 1946, sofferente da anni d'artrosi diffusa, operata nel 2004 di protesi d'anca sinistra e nel 2006 di quadrantectomia destra con svuotamento ascellare per k mammella, seguita da chemioterapia, radioterapia ed ormonoterapia, non più in trattamento da circa 3 mesi al momento della visita.

Giunge in ambulatorio a maggio c.a. su richiesta del suo M.M.G. per dolore diffuso, insorto nell'ottobre del 2011 e aggravatosi nei mesi seguenti, in trattamento con farmaci imprecisati assunti molto raramente per insorgenza di gastralgia, anche in assenza di storia di gastrite. La Paziente lamenta notevole limitazione nelle attività quotidiane e descrive dolore al collo, irradiato alle spalle destra > sinistra, al

rachide lombo-sacrale, irradiato alle anche ed agli arti inferiori, diurno e notturno, sia statico che dinamico, VAS 5 - 6 con bruciore notturno soprattutto agli arti inferiori ed al braccio destro, gravato da edema conseguente alla linfadenectomia.

Durante la visita è molto sofferente, parla a fatica e porta documentazione radiografica e consulenze fisiatriche eseguite in altra struttura.

Dalla radiografia della colonna lombo-sacrale eseguita nel dicembre 2010 risulta: *“scoliosi lombare destro-convessa, riduzione dei corpi vertebrali T12 e L4... ... Diffusi segni di spondilodiscoartrosi, becchi osteofitici, riduzione dell’ampiezza degli spazi discali a livello L2 - L3 ...”*.

Dalla scintigrafia ossea, eseguita nel maggio 2011 per follow-up, si evince: *“iperfissazione a carico di articolazioni acromion - clavari, tratto medio ed inferiore del rachide lombare ed anca sinistra con aspetto di fenomeni artropatico - degenerativi”*.

L’ecografia di spalle bilaterale del febbraio 2012 dimostra *“alterazioni strutturali di tipo degenerativo con versamento nel recesso ascellare della borsa sub - acromion - deltoidea e, a destra, liquido nella guaina del capo lungo del bicipite”*. Alla RNM di spalla e braccio destro risulta, oltre i fenomeni artrosici, l’edema post-svuotamento ascellare ed i versamenti già noti: *“rottura pressoché completa del tendine del sovra spinato disomogeneità strutturali su base degenerativa del tendine del sottospinato”*. Il fisiatra consultato all’esame obiettivo relativo alle spalle descrive *“anteposizione della testa omerale, lateralizzazione della scapola ed insufficienza dei muscoli parascapolari; ROM (Range Of Motion) anteriore e posteriore completo con dolore terminale a 90° come da conflitto”* e quello relativo alle anche *“a sinistra anca dolorabile con riduzione del ROM al Faber test da*

entensopatia degli adduttori; anca destra ancor più dolorante e dolorabile con ROM ulteriormente ridotto rispetto al controlaterale, contratti e dolenti gli adduttori”.

Modalità d'intervento e Risultati. Vista l'estrema difficoltà nei movimenti ho proposto subito alla Paziente una seduta di addominoagopuntura. La Signora ha accettato, senza neanche chiedere di cosa si trattava. Le ho spiegato la tecnica, ha firmato il consenso informato ed ho iniziato la seduta. Gli aghi usati sono Seirin 0,3 x 30 mm.

Misurato con righello l'addome della Paziente per ottenere la distanza/cun, si sono ottenuti i valori seguenti:

VC 8 - VC 16 = 15,8 cm, diviso 8: 1 cun = 1,975 cm
(circa 2 cm!)

VC 8 - VC 2 = 11,5 cm diviso 5: 1 cun = **2,3 cm**

VC 8 - fianco = 18,5 cm diviso 6: 1 cun = 3,083 cm
(circa 3,1 cm!)

In base alla patologia e seguendo la scala gerarchica dei punti si è infisso per primo VC 12 inclinato sul piano addominale di circa 45°, poi VC 4, VC 10 e VC 6 infissi perpendicolari al lettino e profondi, fino ad incontrare resistenza. Dopo l'infissione dei primi 4 aghi la Paziente si sentiva già “meno tesa”.

Con l'infissione di St 24 a destra e St 26 a sinistra, omolaterali al dolore rispettivamente di spalla e d'anca la Paziente è riuscita ad alzare il braccio destro fin oltre il capo ed in abduzione, muovere le gambe in ab/ad-duzione con una riduzione della sintomatologia del 30%, inoltre il dolore alla schiena, che di solito non le permetteva di stare ferma nella stessa posizione a letto per più di 15-20 minuti era sparito. Confortata dai risultati la Signora non ha obiettato all'inserimento di altri aghi: lo schema è stato rinforzato con i punti BO 1 a destra e BO 4 a sinistra infissi superficiali e Ki

17 sinistro, controlaterale al dolore della spalla e Ki 13 destro, controlaterale al dolore dell'anca infissi medi con scomparsa del dolore all'anca sinistra ed ulteriore ampiezza di movimento del braccio destro. Successivamente sono stati infissi Ki 17 destro e Ki 13 sinistro superficiali (come punto locus) e per ultimo VC 9 infisso medio per potenziare lo schema con effetto FANS. Con gli ultimi punti si è ottenuta riduzione del 70% del dolore in generale. Lasciati in situ gli aghi per circa 15 minuti senza manipolarli, sono stati tolti con la stessa sequenza d'infissione.

La Signora è scesa dal lettino assolutamente meravigliata del risultato: il dolore che le attanagliava il bacino era sparito e nell'infilarsi la giacca la spalla non le faceva più male.

Per esigenze di ambulatorio non si sono potute programmare 3 sedute consecutive di addomino, ma si è programmato un ciclo di auricoloterapia da iniziare dopo 10 giorni.

In occasione della prima seduta, appena arrivata in ambulatorio, ci comunica che sta ancora benino, VAS 3-4 dinamico e 2-3 statico, non ha assunto nessun farmaco dal nostro primo incontro e nei 3 giorni successivi alla seduta di addomino era addirittura uscita a passeggiare per oltre 1 ora ed impegnarsi in attività quotidiane che non le capitava di fare da tempo. Anche la fisioterapista si era accorta che si muoveva molto più sciolta e con meno dolore.

Le sedute di auricoloterapia si concluderanno a fine agosto e si continuerà con sedute di addominoagopuntura.

Conclusioni. L'addominoagopuntura, anche se fatta in "single shot", sembra veramente dare ottimi risultati, in particolare nel trattamento del dolore di tipo somatico, anche d'insorgenza non recente. Inoltre è tollerata molto bene, almeno dai Pazienti finora sottoposti a tale trattamento. Questa Paziente, in

particolare, ha “sentito” solo l’infissione di VC 10 e Ki 17 omolaterale al dolore.

Bibliografia

- Corso AIRAS 2012 “Addominopuntura”, dr.ssa D’Angelo
- Simposio satellite “Addominopuntura”, Napoli 2012 prof A. Liguori, Istituto Paracelso-Roma
- Yang R., Liu YX. Clinical observation on shoulder periarthritis treated with Bo’s abdominal acupuncture stages. Zhongguo Zhen Jiu 2012; 32 (1): 26-30

Il trattamento della spalla dolorosa con agopuntura

Soresi Paola

Istituto Clinico Humanitas , Rozzano, Milano

Studio Medico Soresi Paola, 0521-29438), Viale Osacca 4, Parma

soresipa@soresipaola.191.it www.studiomedicosoresi.it

Introduzione. Le articolazioni dell'uomo possono essere distinte secondo l'organizzazione ternaria della medicina cinese in articolazioni collegate all'ordine della Terra, dell'Uomo e del Cielo. Le prime comprendono quelle degli arti inferiori e cioè quelle che ci permettono di muoverci nell'ambiente. Le seconde , quelle degli arti superiori, sono quelle che ci permettono di interagire col mondo esterno interferendo e/o modificando la realtà circostante. Le terze sono le articolazioni del capo e della colonna vertebrale che ci permettono di orientarci nello spazio e, direzionando gli orifizi del capo, permettono la relazione col Cielo.

La spalla, l'articolazione più grande dell'arto superiore, è dunque quella che rappresenta in senso lato la nostra interazione col macrocosmo, permettendo il movimento delle braccia in tutte le direzioni dello spazio e garantendo alla mano il ruolo di prensione e quindi di conoscenza del mondo.

Simbolicamente le spalle rappresentano il poter fare, agire, operare; nell'articolazione delle spalle è insito il senso di potenza del corpo ed anche la possibilità di realizzazione di sé. Sono anche la sede della forza fisica , ma anche della violenza a seconda del movimento di proiezione utilizzato.

Le spalle e le braccia hanno, inoltre, l'importante funzione di permettere alla mano di conoscere, sentire, creare.

Secondo la Medicina Tradizionale Cinese i disturbi che interessano l'articolazione ed i muscoli della spalla possono essere correlati a traumi, invasioni di Vento, Freddo o Umidità, Stasi del Qi di Fegato; queste malattie possono essere classificate in base al meridiano interessato (Polmone, Grosso Intestino, Triplice Riscaldatore o Intestino Tenue).

Le cause più frequenti dei disturbi legati alla spalla sono da riferirsi alle invasioni di Vento e Freddo (Feng-shi) e si possono quindi ricondurre alle sindromi Bi.

Metodi. Ho analizzato 10 pazienti , 4 maschi e 6 femmine, di età compresa tra i 44 e 76 anni, pervenuti tutti alla mia osservazione perché affetti da periartrite scapolo-omerale, con dolore alle spalle (dx, sx o entrambe) a volte acuto , quando si è evidenziato rottura o parziale rottura tendinea accompagnata da versamento peri-tendineo, a volte cronico, quando si è evidenziata presenza di calcificazioni o stati di fibrosi tendinea e/o borsite sotto-acromion deltoidea.

Ho eseguito un'ecografia muscolo-tendinea e raccolto l'anamnesi e fatto una diagnosi secondo la medicina tradizionale cinese.

I pazienti si sono sottoposti ad un trattamento terapeutico con agopuntura di 12 sedute a cadenza settimanale .

Risultati. Tutti i 10 pazienti si sono sottoposti alle dodici sedute con cadenza settimanale, 8 hanno trovato beneficio dal trattamento, con sintomatologia dolorosa notevolmente regredita e notevole miglioramento della funzionalità (già subito dopo la terza seduta di trattamento e a distanza di 3-4 settimane dall'ultima seduta), 2 pazienti non hanno avuto beneficio, di cui un paziente si è poi sottoposto a trattamento chirurgico ed un paziente continua ad assumere farmaci antinfiammatori e si è sottoposto a sedute di infiltrazione con cortisonici ed anestetici.

Discussione. In alcuni casi è stato difficile proporre al paziente una diagnosi secondo la M.T.C. e porre quindi domande che secondo i pazienti non erano pertinenti al dolore alla spalla e chiedere di ispezionare la lingua e di palpare il polso; i pazienti sono rimasti comunque soddisfatti ed anche il loro stato emotivo è risultato più sereno anche in virtù del fatto di non doversi sottoporre ad intervento chirurgico o ad artroscopia.

Conclusioni. La riduzione della sintomatologia dolorosa è stata quantificata mediante una scala dei valori del dolore che ha evidenziato un netto passaggio da valori compresi tra 7 e 9 a valori compresi tra 2 e 5.

Bibliografia

- 1) Brotzu R. et al. Le algie della Spalla in MTC, Meeting Il Dolore in Agopuntura e Oltre, Abstract, www.agopuntura.org/SIA ; 2000
- 2) Brotzu R., Franceschini G., Scaccianoce S. La Spalla : la presa in carico, XX Congresso SIA, Firenze, 14-15 Ottobre 2000, Riv. It. D'Agopunt.
- 3) Di Concetto G., Sotte L., Pippa M., Muccioli M. Trattato di Agopuntura e di Medicina Cinese .UTET , 1992
- 4) Gurion A., Lanza U. Reumatologia e Traumatologia nella pratica agopunturale, Ed. Rivista Italiana di Medicina Orientale, Torino, 1980
- 5) Maciocia G. I fondamenti della Medicina Tradizionale Cinese. Casa Editrice Ambrosiana, 1996.
- 6) Yuen J. Esperienze cliniche in agopuntura e medicina cinese. Policopie, ed .AMSA, 1997
- 7) Sotte L. La spalla dolorosa –seconda parte. Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese; Art. 13 ; 1994

- 8) Jia Huaiyu et al. Terapia della Periartrite Scapolo-Omerale con Craniopuntura. Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese; Art. 46 ; 1994
- 9) Sotte L. Terapia mediante la medicina tradizionale cinese della spalla dolorosa; Congresso UMAB (Unione Medici Agopuntori Bresciani)

Il trattamento del dolore post operatorio nel paziente sottoposto ad intervento chirurgico di tiroidectomia: studio prospettico agopuntura vs trattamento farmacologico

Zanella Simone^{1,4}, Ceccherelli Francesco², Feltracco Paolo², Scarpa Marco³, Tropea Saveria⁴, Galligioni Helmut², Ricci Francesco¹ e Iacobone Maurizio⁴

1 Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Santa Maria del Carmine, Rovereto

2 Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Università di Padova, Laurea in Medicina e Chirurgia, Padova

3 Unità di Chirurgia Oncologica, Istituto Oncologico Veneto (IOV) IRCCS, Padova, Italia

4 U.O. di Chirurgia Endocrina Mininvasiva, Dipartimento di Scienza Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova, Laurea in Medicina e Chirurgia, Padova
simonezanella@katamail.com

Introduzione. I farmaci analgesici oppiacei e non sono la principale risorsa per la gestione del dolore nel periodo post operatorio, ma la qualità nella gestione del dolore è lontana dall'essere soddisfacente (1). Nel 1997 una consensus conference del National Institute of Health ha stabilito che l'agopuntura potesse essere un efficace trattamento per il dolore dopo intervento chirurgico (2). Molti pazienti sviluppano, dopo intervento chirurgico di tiroidectomia, cefalea e dolore cervicale. Quest'ultimo aspetto, come riportato anche nel lavoro di *Young-Jin Suh e coll.* (3), non è mai stato indagato in termini di reale presenza ed entità.

Scopo dello studio. Scopo dello studio è stato indagare l'esistenza e l'entità del dolore post operatorio nei pazienti

sottoposti ad intervento chirurgico di tiroidectomia ed il suo trattamento randomizzando i pazienti in due gruppi: Gruppo A pazienti trattati con farmaci e Gruppo B pazienti trattati con farmaci ed agopuntura.

Materiali e metodi. L'esistenza e l'entità del dolore post operatorio nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di tiroidectomia sono state valutate mediante una scala analogica visiva (VAS) e la versione italiana del McGill Questionnaire Pain e monitorizzando il consumo giornaliero di Paracetamolo (comprese da 500 mg) nel periodo post operatorio.

Risultati

Decorso intra e post operatorio

		Gruppo A	Gruppo B	P
Durata		115	122,5	0.204
Intervento		103-130	100-150	
IQR				
Peso Tiroide		33,5	50,5	0.193
IQR		20-57	23-66	
VAS I giornata		3	2	0.084
IQR		1,5-5	1-5	
VAS II giornata		1	0	0.0066
IQR		0-4	0-2	
VAS III giornata	III	0	0	0.0006
IQR		0-10	0-0	
McGill I giornata	I	6	5	0.035
IQR		3-10	0-7	
McGill II giornata	II	4	0	0.0061

giornata IQR		0-6	0-2	
McGill giornata IQR	III	0 0-0	0 0-0	0.0004
Paracetamolo gpo IQR	I	1 0-2	1 0-3	0.72
Paracetamolo gpo IQR	II	1 0-3	0 0-1	0.0001
Paracetamolo III gpo IQR		1 0-2	0 0-0	0.00001
Remifentanil IQR		0.00016 0.00014- 0.00023	0.00013 0.00010- 0.00019	0.0022

Discussione. La minor somministrazione di antalgico (Remifentanil) intraoperatoria, il minor dolore misurato sia con la VAS ($p=0.0066$ e $p=0.00066$) che con il McGill Questionnaire Pain ($p=0.0061$ e $p=0.0004$) ed il minor consumo globale di farmaci ($p=0.044$) nel periodo post operatorio nel gruppo dei pazienti sottoposti a trattamento mediante agopuntura rispetto al gruppo di pazienti trattati con soli farmaci conferma l'efficacia analgesica dell'agopuntura.

Conclusioni. L'elettroagopuntura potrebbe consentire una miglior gestione del dolore in tutti i pazienti candidati ad intervento chirurgico ancor più nei casi in cui la gestione del dolore rappresenta una problematica di notevole rilevanza sia per il medico che per il paziente relativamente all'intensità dello stesso nel periodo post operatorio.

Bibliografia

- 1) Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, Neugebauer EA, Schwenk W, Torres LM, Viel E. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 central/southern European countries. *Pain*. 2008 May;136(1-2): 134-41. Epub 2007 Aug 20
- 2) National Institutes of Health. NIH Consensus statement: acupuncture. February 3, 2009
- 3) Suh YJ, Kim YS, In JH, Joo JD, Jeon YS, Kim HK. Comparison of analgesic efficacy between bilateral superficial and combined (superficial and deep) cervical plexus block administered before thyroid surgery. *Eur J Anaesthesiol*. 2009 Dec;26(12):1043-7

L'agopuntura nel trattamento del dolore muscolo scheletrico in pazienti sottoposte a terapia antiestrogenica

Airola Gisella, Allais Giovanni Battista, Borgogno Paola, Burzio Chiara, Rolando Sara, Schiapparelli Paola, Benedetto Chiara

*Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia-
Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche-
Università degli Studi di Torino*
gisella.airola@gmail.com

Nei paesi industrializzati il carcinoma della mammella ha raggiunto livelli di incidenza tali da configurare una vera e propria malattia sociale. In Europa rappresenta la forma più diffusa di tumore tra le donne (colpisce circa 1 donna su 10) e la principale causa di morte in donne di età compresa tra 45 e 65 anni. Eccezionale sotto i 20 anni, raro tra 20 e 29, diviene via via più frequente a partire dai 30 anni, raggiungendo i valori più alti nel periodo menopausale e post-menopausale.

Il tumore della mammella mostra livelli di sopravvivenza elevati che si collocano intorno all'85% a 5 anni dalla diagnosi al netto delle altre cause di morte, valori attribuiti sia al miglioramento delle terapie sia alla partecipazione ai programmi di screening mammografico. L'anticipazione della diagnosi e l'applicazione dei più efficaci protocolli terapeutici sia chirurgici che medici con il ricorso a chemioterapici, terapie ormonali, farmaci a bersaglio molecolare e radioterapia hanno contribuito al netto miglioramento della sopravvivenza per questo tumore.

Nella maggior parte dei casi, sia ad insorgenza premenopausale che postmenopausale, trattasi di neoplasia ormono sensibile

(ER+). L'obiettivo della terapia adiuvante è quindi di ridurre la disponibilità di estrogeni per le cellule cancerose attraverso diverse strategie tra cui il blocco dei recettori con agonisti come il tamoxifene, o con inibitori enzimatici delle aromatasi (AIs), eventualmente precedute da soppressione della sintesi estrogenica ovarica con analoghi del LHRH.

Tutte le modalità elencate comportano l'instaurarsi di una sintomatologia menopausale del tutto sovrapponibile a quella comunemente osservata nelle pazienti fisiologicamente giunte in climaterio e quindi caratterizzata da vampate di calore, modificazioni del tono dell'umore, patologie muscoloscheletriche tra cui osteoporosi e dolore articolare e muscolare (1).

Gli inibitori delle aromatasi sono largamente utilizzati come terapia adiuvante nelle donne in menopausa con tumore alla mammella che presenta ormonosensibilità. Questi preparati sono associati ad un notevole aumento degli outcomes di sopravvivenza quando comparati al solo tamoxifene, rispetto al quale, però dimostrano maggiori effetti collaterali a carico dell'apparato muscolo scheletrico, soprattutto artralgie, spesso importanti, che portano a discontinuità terapeutica.

Alcuni studi riportano una percentuale di abbandono della terapia adiuvante con AIs, imputabile alla comparsa di artralgie, variabile dal 25% al 40%. Poiché la sopravvivenza è strettamente correlata all'aderenza al piano terapeutico, sia d'attacco che adiuvante, contrastarne gli effetti collaterali diviene obiettivo primario e l'agopuntura, potrebbe offrire un valido ausilio.

Per artralgia si intende un dolore o rigidità articolare che nelle pazienti in trattamento con AIs, non è riconducibile ad artrite. Sebbene il quadro clinico sia ampiamente variabile, le artralgie associate ad utilizzo di AIs presentano per lo più insorgenza

tipica entro 2 mesi dall'inizio del trattamento, localizzazione simmetrica e bilaterale soprattutto a mani, gomiti, spalle, anca e piedi (2).

La nostra esperienza attualmente è relativa a 6 casi afferenti al Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia dell'Università degli Studi di Torino. Si tratta di 6 donne con pregressa diagnosi di carcinoma mammario monolaterale, senza interessamento linfonodale, sottoposte a mastectomia parziale, chemioterapia e radioterapia. 2 casi (37 e 42 anni) in premenopausa hanno richiesto un trattamento con analoghi del LHRH per indurre la menopausa. Nei restanti 4 casi, si tratta di donne in menopausa fisiologica (56, 60, 62, e 65 anni di età alla diagnosi di carcinoma e rispettivamente 50, 51, 49 e 53 anni l'età di menopausa). Le pazienti con esordio post menopausale sono attualmente in terapia con AIs di terza generazione: anastrozolo, letrozano e exemestrano (2 pazienti con anastrozolo, 1 con letrozano, 1 con exemestrano) da almeno 6 mesi, le due pazienti ad insorgenza pre menopausale sono invece in trattamento con tamoxifene. Tutte le pazienti riferiscono, artralgie ad insorgenza successiva alla terapia adiuvante e lamentano dolorabilità muscolare, in particolare sotto forma di rigidità funzionale a carico dei muscoli antigravitazionali e facile esauribilità.

A tutte le pazienti è stato chiesto di compilare un diario, avvalendosi della Scala climaterica di Green, da due settimane prima dell'inizio e per tutta la durata del trattamento agopunturale.

La valutazione dell'intensità con cui si presentano, quotidianamente, i singoli sintomi, utilizza una scala a 3 gradi (1= lieve, 2= media intensità, 3= severa). Le pazienti sono state sottoposte ad un ciclo di 6 sedute a cadenza settimanale,

della durata di 20' ciascuna. Per una maggiore aderenza ai criteri EBM, è stata adottata una agopuntura cosiddetta di formula che prevede l'infissione standardizzata dei punti: LV 3 *Taichong*, KI 3 *Taixi*, SP 6 *Sanyinjiao*, ST 36 *Zusanli*, GB 34 *Yanglingquan*, CV 6 *Qihai*, LI 4 *Hegu*, GB 20 *Fengchi*.

Dalla comparazione dei dati relativi all'item 16 "dolori muscolari e articolari" emerge una lenta, ma progressiva diminuzione dei valori di intensità soprattutto nel corso delle ultime due settimane di trattamento, anche di due gradi rispetto all'inizio (da 3 "severo" a 1 "lieve" o da 2 "medio" ad assente). L'analisi statistica non è stata effettuata per ragioni di esiguità numerica del campione in esame.

Tale riscontro è in linea con i dati, ancora limitati, presenti in letteratura (3-4). L'agopuntura riducendo l'intensità degli effetti collaterali invalidanti della terapia oncologica potrebbe essere in grado di migliorare qualità di vita e aderenza ai protocolli terapeutici con conseguente miglioramento prognostico, senza ulteriore aggravio farmacologico sul paziente.

Bibliografia

- 1) Trialists' Group, Forbes JF, Cuzick J, Buzdar A, Howell A, Tobias JS, Baum M. Effect of anastrozole and tamoxifen as adjuvant treatment for early-stage breast cancer: 100-month analysis of the ATAC trial. Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination (ATAC) Lancet Oncol. 2008 Jan;9(1):45-53
- 2) Burstein HJ. Aromatase inhibitor-associated arthralgia syndrome. Breast. 2007 Jun;16(3):223-34. Epub 2007 Mar 21
- 3) Crew KD, Capodice JL, Greenlee H, Brafman L, Fuentes D, Awad D, Yann Tsai W, Hershman DL. Randomized, blinded, sham-controlled trial of acupuncture for the management of

aromatase inhibitor-associated joint symptoms in women with early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. 2010 Mar 1;28(7):1154-60. Epub 2010 Jan 25

4) Crew KD, Capodice JL, Greenlee H, Apollo A, Jacobson JS, Raptis G, Blozie K, Sierra A, Hershman DL. Pilot study of acupuncture for the treatment of joint symptoms related to adjuvant aromatase inhibitor therapy in postmenopausal breast cancer patients. *J Cancer Surviv*. 2007 Dec;1(4):283-91. Epub 2007 Oct 12

The use of “lanweixue” special point for diagnostic aims for appendicopathy in progress . Observational study.

Antonucci Giuseppe

UO Anestesia e Rianimazione

Ambulatorio di Agopuntura, Ospedale di Prato

antonuccigm@libero.it

Introduction. In traditional Chinese medicine (TCM) it is known the therapeutic significance of the stimulation of acupoints, used mainly with analgesic purposes by more or less deep stab of the needle and the evocation of the characteristic "de qi" (literally the feeling of the Qi arrival on point). Moreover, there is also the "diagnostics" possibility, less known but not less important: for some diseases, there would be guard points that, when stimulated don't provoke any particular feelings while in the course of illness, they evoke an intense discomfort under pressure. Even in some cases, the area of the point can change in color (discoloration, redness, pigmentation), like to show a state of energetic imbalance inside the body.

In particular there is a point that would be the "indicator" of an acute and sub-acute appendicular process on course, located along the meridian of the stomach in the inferior area of "zusanli" 36ST, just below the knee on the lateral aspect of the leg, one of the most used area in acupuncture. Our attention is focused on this point, then due to the fact that we managed patients in the peri-operative, we were able to make a small targeted survey.

Patients and methods. We used in pre-room during the preparation of patients to the surgical procedure and before the

pre-anesthesia with opioids, in order not to interfere with the results of the investigation, a locator looking for a response in the area in question. The stimulation was considered positive when evoked pain, considering dubious the feelings of tension or evoked paresthesias. We studied 52 patients (36 females and 16 males) aged from 19 to 52 years (mean age 25 years), all candidates for an appendectomy where the clinical, laboratory tests and imaging studies assumed an appendix process on course.

Results. Out of 52 examined patients, 33 have responded positively to stimulation (painful response to overt). In 10 cases there was a feeling of tension while in 4 cases the patients reported a sense of paresthesias. In the remaining sample of patients, there was no focal response.

Discussion. The diagnosis by analysis of the meridians and points is based on objective or subjective reactions that appear at certain points; "back shu" points, "mu" points, "special" points. The Back-shu points are the place where the Qi and Blood of a particular organ will "inspire"; they are directly related to their respective organ and they often manifest certain reactions when the organ is diseased. As a general rule, any spontaneous or acute pain caused by pressure on these points indicates a condition of "full" body related, while a dull ache denotes a state of "emptiness". The "mu" points of the chest and abdomen are particularly responsive to pathological changes of internal organs and are useful for diagnostic purposes.

In our study we considered a special point between "zusanli" ST36 and "shangjuxu" ST37, which reflects the status of the appendix. Its location is variable and is located in the area between these two points where the pain is felt. If this special item called "lanweixue" is painful to pressure means that the

appendix is inflamed, while, according to mtc, if there is not any kind of response the appendix is normal. Out of 33 patients who responded positively to local stimulation of the point "lanweixue", 29 had an appendiceal process, found intraoperatively. In 4 cases in which the feeling of tension had been reported there was an appendicular process in progress while in the remaining cases, there was not a clear appendicular involvement.

Conclusions. It is desirable, where possible, to integrate the knowledge of the "western" medicine with "East" medicine, for diagnostic and therapeutic context for an increasingly comprehensive interdisciplinary collaboration.

Valutazione del livello di sedazione ottenuta mediante l'utilizzo di un protocollo agopunturale su volontari sani

Betti Patrizia*, Colombo Stefania*, Amici Ombretta*, Dal Col Augusta** e De Gasperi Andrea*

**S.C. Anestesia e Rianimazione 2 - Ambulatorio Agopuntura*

***Divisione di Nefrologia e Dialisi*

A.O. Niguarda Ca' Granda - P.zza Ospedale Maggiore 7 - Milano- tel. 026444

bettipatrizia@libero.it

Introduzione e scopo. Questo studio prospettico, preliminare, si prefigge lo scopo di valutare attraverso l'utilizzo di BIS ed Entropia, il livello di sedazione ottenuto in volontari sani grazie a un protocollo di elettro-agopuntura (EA). Bis ed Entropia sono due riconosciuti metodi per valutare, attraverso l'analisi computerizzata tramite algoritmo di alcune tracce EEG, la riduzione di attività corticale in corso di anestesia generale (BIS / Entropia) e sedazione (BIS). Obiettivo dello studio è quello di valutare il livello di sedazione raggiungibile grazie al protocollo di elettro-agopuntura e stimare l'attuabilità della monitoraggio contemporanea dei due sistemi. End-point secondario è stato quello di comprendere se queste metodiche, vista l'interferenza dell'elettrostimolatore, siano adeguate come sistema di monitoraggio continuo per questa specifica tecnica. Uno studio successivo, su ampio campione, attualmente al vaglio del comitato etico, verrà effettuato al fine di stabilire l'applicabilità di questa metodica agopunturale in corso di sedazione cosciente per procedure invasive.

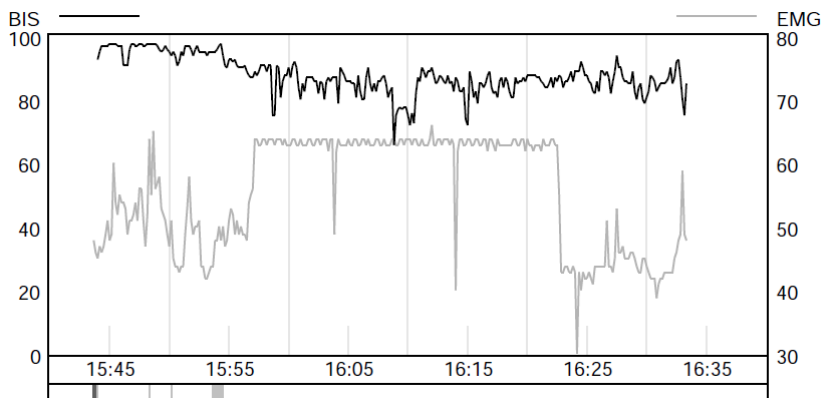
Metodi. Per questo studio, effettuato presso l'Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano, sono stati reclutati 8 volontari

sani. Criteri di esclusione sono stati: patologie neurologiche ed assunzione di farmaci psicoattivi. In sala operatoria al termine della seduta, veniva messa in atto la procedura monitorando nel tempo sia i valori di BIS che di Entropia, grazie a due serie di elettrodi contemporaneamente apposti sulla fronte del soggetto. Sono stati registrati a tempi fissi i seguenti parametri: frequenza cardiaca (FC), frequenza respiratoria (FR), saturazione arteriosa in O₂ (spO₂), scala di Ramsay, valori di BIS e di Entropia (di risposta = RE e di stato = SE). I tempi di rilevazione sono stati: basale (B), dopo posizionamento degli aghi (T1), dopo 5 min di posa degli stessi (T2), dopo 15 min di elettrostimolazione (T3), dopo 30 min di EA (T4), dopo 2 min dalla cessazione della stimolazione dei punti auricolari (T5) e dopo 5 min dalla cessazione di ogni elettrostimolazione (E). Il protocollo agopunturale prevedeva l'infissione dei seguenti punti: Taychong bilaterale (elettrostimolato), Hegu bilat. (elettrostimolato), Shenmen auricolare (elettrostimolato con il controlaterale), Ex Yintang, Ex Anmian bil, Shenmen dx, Neiguan sin, con evocazione del De Qi. L'elettrostimolazione prevedeva una bassa frequenza (3 – 4 Hz) ed elevata intensità, ed è stata applicata per 30 minuti, tempo riconosciuto necessario alla liberazione di endorfine. Per l'analisi statistica, visto il piccolo campione, è stato utilizzato il Test di Fisher.

Risultati. Gli 8 volontari, sani, 4 donne e 4 uomini, di età media di 44 anni (\pm 6, mediana 43), non assumono alcuna terapia. La FC ha rivelato una significativa riduzione nel corso della procedura sia confronto al termine della stessa (E), che, con ancor maggiore evidenza, in corso di elettrostimolazione ($p=0,01$). Non significative sono risultate le variazioni di FR e SpO₂. Non è stato possibile valutare l'entità di riduzione con Ramsey score per l'esiguità del campione. Rispetto al valore basale (B) BIS ha rivelato una significativa riduzione già al

tempo T2 ($p=0,009$), così come durante elettrostimolazione generale, dopo interruzione di quella auricolare (T5, $p=0,0009$) e al termine della stessa (E, $p=0,05$). Per Entropia, sono risultati significativamente ridotti i valori di SE unicamente al termine della elettrostimolazione (B vs E $p=0,02$) mentre non significativa è stata la riduzione di SE dopo 5 minuti di posa degli aghi (test di Fisher esatto).

Conclusioni. Questo studio preliminare, è stato condotto sia per valutare la possibilità di monitoraggio contemporanea con i due metodi che per verificare la eventuale interferenza con l'elettrostimolatore. Pur con un piccolo campione, è stata dimostrata la fattibilità, ed è stata documentata con entrambi i sistemi una significativa riduzione dei valori e quindi di attività elettrica cerebrale durante la procedura. Con BIS i valori si riducono in modo significativo già dopo 5 minuti dal posizionamento degli aghi e prima dell'inizio della stimolazione elettrica, durante la stimolazione, ed al termine della stessa; mentre con Entropia si rileva una riduzione significativa della SE solo al termine della procedura. Questo dato conferma quanto riportato in letteratura e dalle stesse case produttrici: BIS viene infatti indicato anche per sedazione, mentre Entropia ad oggi solo approvato per anestesia generale. La riduzione della FC è concorde con i dati bibliografici, di riduzione della stessa dopo infissione di Ex Yintang. Le



dimensioni del campione non sono adatte a evidenziare differenze nella Scala di Ramsey per la sedazione: è comunque da rilevare come durante la procedura i soggetti sbadigliassero frequentemente, asserissero di sentirsi molto rilassati e 3 dormissero; inoltre 5 riportavano sensazione di freddo e necessità di coprirsi (come da riduzione della temperatura centrale ma, essendo coscienti, con brivido, come al risveglio da anestesia generale). L'osservazione fa prospettare il monitoraggio della temperatura corporea nelle prossime osservazioni per valutarne l'eventuale riduzione. Per quanto riguarda l'end-point secondario dello studio, riteniamo che esista sicuramente interferenza con BIS: gli spikes dello elettrostimolatore erano evidenti sulla curva di BIS, finchè veniva mantenuta la EA a livello auricolare, mentre sparivano interrompendola (Fig 1: curva grigia EMG). Non era apparentemente documentabile interferenza in corso di EA periferica: l'osservazione necessita di ulteriori conferme. Non valutabile risulta in questo caso il dato di Entropia, in quanto il monitoraggio fornisce al momento solo un dato numerico.

Bibliografia

- Litscher G. Electroencephalogram-Entropy and Acupuncture. *Anesth Analg* 2006; 102:1745–51
- Cabrini L, Gioia L, Gemma M. Bispectral index evaluation of the sedative effect of acupuncture in healthy volunteers. *J Clin Monit Comput* [1387-1307] 2006 Oct;20(5) Pages: 311-5
- Litscher G. Effects of acupressure, manual acupuncture and Laserneedle acupuncture on EEG bispectral index and spectral edge frequency in healthy volunteers. *Eur J of Anaesth* 2004; 21: 13-19

- Arai YC, Ushida T, Matsubara T. The Influence of Acupressure at Extra 1 Acupuncture Point on the Spectral Entropy of the EEG and the LF/HF Ratio of Heart Rate Variability. *Evid Based Complement Alternat Med* [1741-4288] 2011: 503698.

Neijing Suwen 41. Il dolore alla regione renale. Proposta interpretativa

Moiraghi Carlo

ALMA – Associazione Lombarda Medici Agopuntori

FISA – Federazione Italiana delle Società di Agopuntura

Via Sambuco 12. 20122 Milano - 028361618

Fax 028391248 – 3289116809

cmoira@tin.it - www.agopuntura-alma.it

Il Libro Interno dell'Imperatore Giallo, Domande Fondamentali e Cardine Spirituale, Huangdi Neijing Suwen Lingshu, è testo polisemico, convergenza di conoscenze e materiali distinti e distanti, appartenenti a epoche e scuole diverse. Per una retta comprensione è quindi necessario contestualizzarne i significati, decifrare i concetti medici nascosti, inserire i singoli insegnamenti nei relativi scenari scientifici inerenti, ricomponendo pagina per pagina il rapporto fra esoterismo e essoterismo, fra testo e ipertesto, nei modi adeguati al singolo capitolo, al singolo paragrafo. In mancanza di questo il *Neijing* nasconde infatti i suoi segreti, nega la sua alta cultura. Ecco dunque che *Suwen*, Domande fondamentali, espone le richieste culturali dell'imperatore ai suoi medici, ma è il libro stesso che proprio mentre spiega e insegna spesso pone silenziose domande al lettore, e chiede di essere spiegato. Una prospettiva corretta allo studio del *Neijing* non può quindi prescindere dal ricercare quale sia nel singolo capitolo, nel singolo paragrafo, il singolo contenuto implicito, la singola chiave di lettura la cui conoscenza è necessaria alla corretta comprensione dello scritto, tenendo ben chiaro anche come, data la vasta diversificata convergenza di materiali culturali

distinti e distanti di cui il *Neijing* è stato nei secoli e nei millenni composto, i diversi concetti implicati, i contenuti non scritti, le domande nascoste fra le righe, siano diversi nei differenti capitoli e nei differenti paragrafi, e vadano posti singolarmente in luce e evidenziati.

La lettura del *Neijing Suwen* 41, dedicato alle lombalgie, ne evidenzia lo sviluppo lineare e l'inquadramento diagnostico terapeutico accademico e quasi protocollare. Il testo riguarda dapprima i canali principali, *jingmai*, presentati secondo i grandi canali. Segue un'ordinata disamina diagnostica secondo i vasi embrionari, *qimai*. Le lombalgie vengono poi inquadrare secondo i principali squilibri *yinyang*, alto basso, freddo calore, interno esterno, vuoto pieno, miglioramento o peggioramento al movimento, vie di irradiazione del dolore. Il compendio presentato risulta dunque alquanto prossimo all'odierno svolgimento dell'inerente diagnostica secondo gli attuali dettami MTC, tutto risulta apparentemente chiaro dunque, eppure si presenta un'incongruenza di natura pratica. L'evidenza ambulatoriale chiarisce infatti come i singoli punti di agopuntura qui presentati quali singoli sussidi terapeutici delle differenti sindromi lombalgiche, per quanto siano tutti punti di straordinario potere terapeutico, per lo più si dimostrino insufficienti a curare l'inerente lombalgia. L'interpretazione letterale del testo può così condurre a banalizzare l'atto agopuntorio, la metodica e il compendio medico tutto. Come colmare infatti lo iato fra la pratica ambulatoriale della terapia delle lombalgie e la letterale traduzione di questo capitolo ad esse dedicato? Questa risulta la richiesta implicita nel testo, cui è necessario rispondere, il rischio è altrimenti di fuorviare l'attività clinica, e la risposta deve essere di natura adeguata al particolare contesto culturale di questo capitolo, eminentemente didattico, accademico ed

essoterico. La questione sta nel comprendere a cosa si riferisca in questo caso il testo quando indica i singoli punti introdotti. Non si intende infatti qui l'utilizzo esclusivo dei punti citati, si intende anzi l'opposto, ma per comprenderlo è necessario essere formati nella materia tradizionale cinese, in realtà nella materia tradizionale in generale. Anche in Occidente facevano infatti parte quali modalità di memorizzazione, spesso utilizzate nelle Congregazioni delle Arti e dei Mestieri, quelle cantilene che snocciolavano i fondamenti delle singole attività e professioni, e all'interno di queste, i metodi e i modi dei singoli lavori e dei singoli strumenti. Vi erano le canzoni dei contadini, quelle degli artigiani e così via, e in ognuno di questi campi le canzoni dei singoli impegni. Quanto all'agopuntura, ricordo decenni orsono nei reparti di agopuntura pechinesi i medici cantilenare sottovoce le *che*, genere di canzoni rivolte alle singole patologie, alle singole ricette di punti e alle patologie da esse trattate, e i titoli delle diverse canzoni erano spesso nomi di punti di agopuntura. Esisteva la filastrocca di *Zusanli*, quella di *Yanglingquan*, e così via. Di questa natura comunque è la conoscenza che questo capitolo richiede, di questa preparazione del lettore esso silenziosamente si accerta, i singoli nomi dei punti qui presentati intendono dunque specifiche ricette agopuntorie tradizionali, conoscenze memorizzate e cantilenate nelle *che*. Ecco che allora ad ogni tipologia di lombalgia il *Neijing* ascrive una o più ricette, non un singolo punto come ad una lettura superficiale pare e, in mancanza di questa conoscenza adeguata, la lettura del capitolo non può che farsi parziale e fuorviante.

Bibliografia

- 1) A. Chamfrault, Ung Kang Sam. Traité de Medicine Chinoise. Tome II. Les Livres Sacres de Medicine Chinoise. Ed. Chamfrault – Angouleme. Paris. 1957
- 2) A. Husson. Huang Di Nei Jing Su Wen. Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France. Paris 1973
- 3) C. Larre. Su Wen. Editoriale Jaca Book. Milano 2008
- 4) C. Larre, Elisabeth Rochat De La Vallee. Huangdi Neijing Ling Shu. Editoriale Jaca Book. Milano 2006
- 5) G. Rotolo. Prontuario di consultazione del Huangdi Neijing Suwen Lingshu. Ed. Su-Wen Milano 1985
- 6) I. Veith. The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine. University of California Press. 2002
- 7) N. Van Nghi, Patrik Nguyen. Hoang Ti Nei King So Ouenn. Traduzione U. Lanza. Ed. Nuova Ipsa. Palermo 1999
- 8) Ming Wong. Huang Di Nei Jing Ling Shu. Ed. Masson. Paris 1987
- 9) Marcel Granet. Feste e canzoni dell'antica Cina. Ed. Adelphi. Milano 1990

L'agopuntura nella dismenorrea: evidenze cliniche e nuove acquisizioni

Schiapparelli Paola, Allais Gianni, Airola Gisella, Borgogno Paola, Castagnoli Gabellari Ilaria, Burzio Chiara, Benedetto Chiara
Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia-Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche
Università degli Studi di Torino, 0113134549
p.schiapparelli@tin.it

La dismenorrea è il dolore che si presenta durante il periodo mestruale. Si definisce dismenorrea primaria il dolore che compare in assenza di identificabili patologie secondarie, mentre la dismenorrea secondaria ha come cause l' endometriosi, i miomi e i polipi uterini, le flogosi pelviche, lo IUD e le malformazioni uterine. La forma primaria è un dolore pelvico ginecologico classificato come cronico fisiologico; è un problema molto comune manifestandosi in oltre il 50% delle donne, con un range, in proporzione all'età, che va dal 25% di tutte le donne fino al 90% nelle adolescenti **1-2** Il dolore da moderato a severo, limita notevolmente le attività quotidiane disabilitando la vita della donna e determina giorni di assenza da scuola e dal lavoro. Al dolore, infatti, sono spesso associati sintomi somatici quali cefalea, nausea, lombalgia e alterazioni dell'alvo, ma anche psichici quali ansia, depressione e irritabilità. Dal punto di vista patogenetico il dolore è dovuto all'anomalo rilascio delle prostagandine: PGF_{2a} e PGE₂, la prima induce un'intensa contrazione del miometrio, mentre la seconda rilascia l'utero; l'eccessiva contrazione determina una diminuzione del flusso ematico con ischemia miometriale e dolore crampiforme **3** La dismenorrea primaria sarebbe quindi dovuta ad una disregolazione di queste due sostanze che causano anche i sintomi associati. Nel processo ischemico sono coinvolte anche vasopressina e ossitocina, aumentate

nel siero delle donne con dismenorrea primaria. La terapia farmacologica è rappresentata dagli analgesici non steroidei, usati dal 52% delle adolescenti, e in misura minore dai contraccettivi orali; tuttavia l'efficacia può non essere soddisfacente, oppure non sono tollerati gli effetti collaterali del farmaco utilizzato. Fra le terapie non farmacologiche l'agopuntura è stata ampiamente studiata e ufficialmente validata per alcune patologie a partire dal 1997 con il primo Acupuncture Consensus Statement degli NIH americani; successivamente la review del WHO nel 2002 ne ha riconosciuto l'efficacia in molte altre situazioni patologiche compresa la dismenorrea. Dagli studi effettuati oggi sappiamo che l'agopuntura, attraverso la stimolazione di fibre periferiche (A_d e C), ascendendo alle aree sottocorticali e corticali cerebrali, induce una risposta neurochimica sia a livello metamerico (GABA, encefaline, dinorfine) che centrale (endorfine) e attiva il sistema antinocicettivo discendente (5-HT, NA) **4** L'effetto antalgico che si ottiene è sicuramente il più studiato, anche per altre patologie dolorose, ma nello specifico, l'agopuntura nella dismenorrea primaria determina anche un effetto vasomodulatore, decontratturante-antispastico, nonché ansiolitico-antidepressivo e di regolazione neuro-ormonale **5** Dal punto di vista terapeutico i punti utilizzati variano a seconda della diagnosi in MTC; quelli maggiormente utilizzati e recentemente più studiati sono LI 4, che regola l'attività uterina attraverso estradiolo, progesterone e PGE₂ **6**, mentre SP 6, studiato con metodo PET su donne con dismenorrea primaria, attiva le aree del sistema limbico e quelle correlate al dolore **7** La stimolazione di SP 6 determina anche un aumento del flusso arterioso nell'utero **8**, successivamente ne è stata studiata anche l'azione sui livelli sierici di PG, rilevando che l'immediata analgesia ottenuta non era stata mediata dai livelli misurati, modificati in maniera non significativa **9** Questi dati confermano che il dolore è un'esperienza molto complessa, esso coinvolge molteplici aree cerebrali deputate sia alla sua ricezione che alla sua elaborazione, ciò comporta, attraverso il

sistema discendente, la modulazione della percezione dello stimolo doloroso. Nel 2012 è stata pubblicata una Cochrane Review sull'agopuntura per la dismenorrea onde determinarne l'efficacia e la sicurezza. Sono stati comparati al trattamento con agopuntura il trattamento farmacologico convenzionale (FANS, CO), il trattamento placebo e nessun trattamento. Sono stati inclusi solo 10 trials con 944 partecipanti, di questi solo 6 riguardavano l'agopuntura mentre 4 valutavano l'efficacia dell'agopressione **10** Per tutti il risultato è stato positivo, sia sull'intensità del dolore outcome primario, che su quelli secondari (sintomi associati, disabilità e qualità della vita, effetti collaterali, giorni di assenza dal lavoro e da scuola, necessità di assumere farmaci aggiuntivi). Tuttavia gli autori concludono che sono necessari ulteriori studi, più estesi, che considerino anche altri outcomes, di alta qualità scientifica. Essi auspicano studi futuri anche sulla terapia a lungo termine e sui suoi eventuali effetti collaterali. Concludendo, gli autori sono anche consapevoli delle molteplici variabili della terapia con agopuntura (diagnosi in MTC, selezione dei punti, durata e frequenza dei trattamenti), le quali, se da una parte contrastano con il rigore scientifico richiesto, dall'altra ne rappresentano l'indubbio valore terapeutico, immutato nei secoli.

Bibliografia

- 1) Burnett MA, Antao V, Black A, et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27:765-770
- 2) Banickarim C, Chacko MR, Kelder sh. Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2000; 154:1226-1229
- 3) Dawood MY, Khan-Dawood FS. Differential suppression of menstrual fluid prostaglandin F2a, prostaglandin E2, 6-keto prostaglandin F1a and thromboxane B2 by suprofen in women with primary dysmenorrhea. Prostaglandins Other Lipid Mediat. 2007;83:146-153

- 4) Pomeranz B, Chiu D. Naloxone blockade of acupuncture analgesia: endorphin implicated. *Life Sci.* 1976;19:1757-1762
- 5) Allais GB, Giovanardi CM, Pulcri R, Quirico PE, Romoli M, Sotte L. (FISA - Federazione Italiana delle Società di Agopuntura) Agopuntura-Evidenze cliniche e sperimentali; aspetti legislativi e diffusione in Italia. CEA, Milano, 2000
- 6) Wang M Q, Zhu J, Zhang LF, et al. Experimental study on the mechanism of electroacupuncture at LI 4 and SP 6 points for promoting labor. *Chinese Acupuncture & Moxibustion.* 2003;23:593-596
- 7) Gong P, Zhang MM, Wang Q, et al. Effect of acupuncture at Sanyinjiao (SP6) on glucose metabolism in the patient of dysmenorrheal. *Chinese Acupuncture & Moxibustion.* 2006;26:52-52
- 8) Yu Yp, Ma LX, Ma YX, Liu YQ, et al. Immediate effect of acupuncture at Sanyinjiao (SP6) and Xuanzhong (GB39) on uterine arterial blood flow in primary dysmenorrhea. *J Altern Complement Med.* 2010 Oct;16(10):1073-8
- 9) Guang-Xia Shi, Cun-Zhi Liu, Jiang Zhu, et al. Effects of Acupuncture at Sanyinjiao (SP6) on Prostaglandin Levels in Primary Dysmenorrhea Patients. *Clin J Pain* 2011;27:258-261
- 10) Smith CA, Zhu X, He L, Song J. Acupuncture for dysmenorrhea. *Cochrane database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2

Ruolo della termografia nel trattamento del dolore con agopuntura

Prof. Sponzilli Osvaldo*

Prof. Rinaldi Riccardo**

** Responsabile Ambulatorio di Medicina Anti Aging, Omeopatia e Agopuntura Ospedale san Pietro FBF Roma*

*** Docente Università di L'Aquila*

dr.osvaldosponzilli@libero.it

La termografia è stata utilizzata nella pratica della medicina del dolore. Questa tecnica che sfrutta le radiazioni e.m. emesse nel range di lunghezza d'onda dell'infrarosso ci può indicare lo stato termico di ciascun punto spaziale quantificabile con diversi colori.

La Termografia rappresenta un utile strumento diagnostico in campo algologico in quanto riflettendo l'attività del simpatico, rileva il dolore mantenuto da quest'ultimo. In agopuntura algologica è di grande aiuto poter misurare termograficamente l'attività del simpatico sia per la diagnosi delle zone e dei punti da trattare, sia per valutare l'effetto dell'agopuntura stessa dopo il trattamento e nei giorni successivi.

Le applicazioni cliniche della termografia medica sono state indicate nelle patologie infiammatorie e degenerative, osteoarticolari, nei tendinei muscolari, articolari e nelle patologie vascolari, tutte patologie che trattiamo quotidianamente con l'agopuntura.

Dobbiamo però dimenticarci della specificità e della sensibilità della vecchia termografia medica, inadeguata per applicazioni cliniche. Solo oggi dall'analisi della distribuzione della termografia corporea, è possibile ricavare informazioni di tipo

fisiologico, funzionale e anatomico e patologico legate ai processi di termoregolazione.

Grazie ai termografi di ultima generazione, è possibile monitorare le fluttuazioni della temperatura cutanea del corpo umano in tempo reale. Attraverso la tecnica dell'immagine dei tempi di recupero, è possibile quantificare la rilevanza e lo stato di certe patologie.

La termografia correlata al trattamento di agopuntura, visualizza i punti su cui si interviene, e valutata obiettivamente la reazione vaso motoria. Si può altresì differenziare con la termografia l'agopuntura vera dall'agopuntura sham.

Gli autori presentano diversi casi clinici di artropatia falangea, cervicalgia, dolore orofaciale ed emicrania trattate con agopuntura e rilevamento termografico anteriore e posteriore alla terapia.

Terapia del dolore benigno mediante riflessoterapia con fisiologica. Studio retrospettivo: risultati immediati e a distanza

Barbagli Paolo, Bollettin Renza

Ambulatorio di Terapia Antalgica, Riva del Garda (TN)

paolo.barbagli@teletu.it

Introduzione. La riflessoterapia con fisiologica è una tecnica riflessoterapica che usa iniezioni sottocutanee di piccole quantità di soluzione fisiologica in punti di agopuntura, nonché iniezioni profonde in punti tender e/o trigger muscolari, per trattare sindromi dolorose benigne acute e croniche (1-10).

Materiali e metodi. In questo studio si analizzano i risultati ottenuti trattando con questa tecnica 219 sindromi dolorose benigne di varia natura dal 1992 al 31.12.2010, la maggior parte dei quali sono stati seguiti per 4 anni.

Risultati. I risultati sono stati valutati come “percentuale di pain relief soggettivo (% PRS)” al termine della terapia (risultato iniziale) e, quando possibile, ogni 3 mesi fino a 4 anni.

Dei 219 casi trattati, 136 sono di sesso femminile, 83 di sesso maschile; età media 61,7 anni, con durata media del dolore di 2 anni e 4 mesi (casi acuti n=72, casi intermedi da 1 a 6 mesi n=30, casi cronici n=117); durata media della terapia 21 giorni; numero di sedute effettuate n= 5,4.

Le patologie trattate sono state: cervicalgia (n=35); lombalgia (n=33); gonalgia (n=28); periartrite scapolo-omeroale (n=26); algie delle dita della mano (n=14); epicondilita (n=9); coxalgia (n=8); lombosciatalgia (n=8); cervicobrachialgia (n=6); algia

della caviglia (n=5); cefalea (n=5); altre sindromi dolorose (n=42).

Il % PRS al termine della terapia (risultato iniziale) è stato del 64,8 %; dopo 3 mesi (n=172) 61 %; dopo 6 mesi (n=152) 52 %; dopo 9 mesi (n=144) 49,3 %; dopo 1 anno (n=140) 44,3 %; dopo 2 anni (n=131) 38,2 %; dopo 3 anni (n=116) 29,1 %; dopo 4 anni (n=95) 17,5 %.

Il tempo di persistenza medio del risultato (calcolato nei 102 casi con risultato positivo e con follow-up di almeno 2 anni) è risultato di 2 anni e 4 mesi.

Nessun effetto collaterale e/o indesiderato viene segnalato.

Conclusioni. La riflessoterapia con fisiologica, alla luce dei risultati analizzati, sembra possedere una buona efficacia antalgica, sia immediata che a distanza, nelle sindromi dolorose benigne, in particolare in quelle più frequentemente incontrate nella pratica clinica ambulatoriale extraospedaliera.

Bibliografia

- 1) Martensson L, Nyberg K, Wallin G. Subcutaneous versus intracutaneous injections of sterile water for labour analgesia: a comparison of perceived pain during administration. BJOG 2000; 107 (10): 1248-51
- 2) Martensson L, Wallin G. Labour pain treated with cutaneous injections of sterile water: a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106: 633-7
- 3) Ader L, Hansson B, Wallin G. Parturition pain treated by intracutaneous injections of sterile water. Pain 1990; 41: 133-8
- 4) Trolle B, Moller M, Kronborgh H, Thomsen S. The effect of sterile water blocks on low back labor pain. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 1277-81

- 5) Labrecque M, Nouwen A, Bergeron M, Rancourt JF. A randomized controlled trial of nonpharmacologic approaches for relief of low back pain during labor. *J Fam Pract* 1999; 48: 259-63
- 6) Irrmann M. L'obstetrique en question. *B O Soc Fr de Psychoprophylaxis Obstet* 1977; 68: 3-14
- 7) Jarricot H. Les relations viscero-cutanees et le probleme de la lateralite droite. *Bull Societ  d'Omeopathie d'Aquitaine* 1952; 1-2
- 8) Jarricot H. Semeiologie viscero-cutanee: les dermalgies reflexes. *Cahiers de Biotherapie*, 1971
- 9) Mazzaro E, Armani S, Boccardo S, Boccignone A. dolore mio fasciale secondario: trattamento infiltrativo del trigger points con soluzione fisiologica. *G Ital Riflessot Agopunt* 1993; 5 (3): 3-5
- 10) Ceccherelli F, Gagliardi G, Giugni GM, Rossato M, Giron GP. Tecniche di iperstimolazione nel trattamento del dolore da travaglio di parto. *Rassegna della letteratura. G Ital Riflessot Agopunt* 1996; 8 (2/3): 165-73

La Sindrome ostruttiva dolorosa in geriatria (aspetti riabilitativi in medicina integrata).

Fontanini Fulvio

Direttore scientifico Associazione Medici Agopuntori Liguri

Direttore Sanitario RSA geriatrica S.Marta, Genova

fulvio.fontanini@aliceposta.it

Introduzione e scopo. Attualmente le linee guida di accreditamento per le RSA geriatriche hanno introdotto obbligatoriamente protocolli per la gestione del dolore.

Troppo spesso la sintomatologia algica in ambito geriatrico specialmente in pazienti non autosufficienti è affrontata in maniera semplicistica o non riconosciuta anche per le indubbe difficoltà sia diagnostiche che terapeutiche. La comorbidità e dunque le complesse terapie in atto lasciano spesso poco spazio a trattamenti farmacologici mirati ed inquadrare il problema algico in un'ottica di medicina integrata ci è sembrato una possibile modo di affrontare il problema.

In medicina energetica un quadro sindromico che permette di inquadrare globalmente i sintomi dolorosi nella complessità clinica del paziente è la Sindrome Ostruttiva Dolorosa Cronica.

Metodi e risultati. Con S.O.D.C. si definisce il dolore, l'infiammazione e l'intorpidimento dei muscoli, dei tendini o delle articolazioni dovuti ad una invasione di vento, di freddo o di umidità esterna oltre a fattori predisponenti, tra cui il vuoto di base del sangue o dello yin, quadro energetico tipico nel paziente anziano.

Metodi e discussione. Sulla base di quanto precedentemente esposto, in due RSA genovesi stiamo strutturando un protocollo di gestione del dolore dei pazienti ricoverati.

La metodologia sarà così articolata:

- età maggiore di 65 anni;
- fattori di esclusione: patologie neoplastiche e/o pazienti già in trattamento con oppiacei;
- preliminare valutazione della capacità cognitiva con MMSE;
- in funzione dei dati emersi si individuano due gruppi di pazienti a cui verranno somministrati diverse scale valutative per il dolore: VAS per MMSE maggiore di 18 (deficit cognitivo assente o solo lievemente compromesso) e NOPPIAN per MMSE minore di 10 (deficit cognitivo severo – grave);
- il dolore dovrà essere presente da almeno una settimana, gestito con antinfiammatori non steroidei senza apprezzabile miglioramento;
- controlli a 7 giorni per 30 giorni;
- il trattamento sarà immediatamente sospeso se le scale valutative per il dolore evidenzieranno un peggioramento della sintomatologia algica .

La diagnosi bioenergetica preliminare eseguita su 20 pazienti ha evidenziato una netta prevalenza di casi inquadrabili come Sindrome Bi Cronica (forma cronica delle malattie reumatologiche e muscolo-scheletriche), che può originare da un quadro acuto oppure insorgere in modo subdolo per lo più secondario ad un deficit degli organi interni.

Gli agopunti saranno scelti in funzione dei deficit secondari a Vuoto di Sangue, di Qi, e di yin di Rene e Fegato, inoltre i blocchi articolari associati ad indebolimento e dolore saranno trattati come flegma articolare . I punti ashi già presenti o che dovessero insorgere saranno gestiti con aghi o moxa.

Conclusioni. L'integrazione dunque di trattamenti farmacologici e riabilitativi standard con strategie correlate ai

principi dalle medicina energetica : inquadramento diagnostico, dietetico, agopunturale, auricolo terapeutico ed esercizi di Qi Gong esterno (per alcuni), ci auguriamo renderà possibile una più adeguata gestione della problematica dolore con un sicuro miglioramento della qualità di vita.

Bibliografia

- 1) Guglielmi L. La valutazione del dolore in RSA. Int Gruppo di ricerca geriatrica 2005
- 2) Quirico PE. La reumatologia in medicina cinese: La Sindrome Bi.Agopuntura clinica. Utet 1998

La cranio puntura ed i microsistemi

Mazzoni Riccardo

Spec. in Medicina dello Sport, Prato

mazzoni.riccardo@alice.it

Introduzione e scopo. La Craniopuntura è l'agopuntura della testa, definendo così topograficamente l'applicazione di aghi da agopuntura in un'area del corpo umano ben precisa, su punti ben precisi del cuoio capelluto (nel mio caso della faccia e del cranio) senza seguire il decorso dei classici meridiani di agopuntura, per ottenere un risultato positivo sul dolore viscerale e/o dell'apparato locomotore, superficiale e/o profondo e talvolta anche su altre patologie e/o disfunzioni.

In questo caso la testa viene classificata fra i microsistemi come il piede, la mano, l'occhio, la lingua, l'apparato odontostomatognatico della bocca (dove il dente è definito come odontone), etc..... ed all'interno dei quali si trova rappresentato tutto l'organismo secondo una corrispondenza anatomo-funzionale.

La definizione di "microsistemi" è pubblicata ufficialmente per la prima volta da R.A. Dale (3) : "micro-acupuncture systems".

Nel 1984 vengono definiti i microsistemi di agopuntura (1) : "I microsistemi dell'agopuntura corrispondono a delle zone riflessogene privilegiate il cui interesse è sia diagnostico che terapeutico.

La differenza fra aree innervate dal cervello con una determinata disposizione somatotopica ed un microsistema consiste nel fatto che l'organizzazione (somatotopica) è la ripetizione di sequenze identiche dell'innervazione periferica

nelle diverse vie e centri del nevrasse. Pertanto per il nevrasse si può parlare anche di proiezione in quanto la stimolazione periferica evoca dei potenziali nelle strutture esaminate mentre per i microsistemi non si può parlare di proiezione di articolazioni, organi, visceri ecc. ma solo di rappresentazione della loro innervazione.

Lo scopo, cioè l'intento del mio lavoro è quello di stabilire se esiste una regola unificatrice dei microsistemi cioè se tutti i microsistemi possono funzionare unificandoli topograficamente sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico, quindi utilizzando la craniopuntura come modello ed estendendolo agli altri microsistemi già noti come "la mano - la faccia posteriore del padiglione auricolare - la pianta del piede - probabilmente tutto il corpo".

Metodi. Integrando le regole diagnostiche della MTC con la Kinesiologia Applicata, si ottiene una diagnosi differenziale fra i diversi microsistemi da trattare e/o la somatopuntura. Per ogni microsistema da trattare, sia in associazione con la somatopuntura sia da solo ma a maggior ragione per la craniopuntura (per la presenza dei capelli) eseguo ispezione, palpazione e detezione cutanea (seguendo la tecnica che il dott. M. Romoli usa nell'auricolodiagnosi) (2), con palpeur da 250 mg. (oppure meno scientificamente con la capocchia dell'ago). Osservando la disposizione dei punti più sensibili, eseguo l'agopuntura con aghi del 0,13x 0,25 oppure 0,25x0,25 in tonificazione. La metodica dirimente è la Kinesiologia Applicata modificata, ho pubblicato un metodo di Kinesiologia Applicata Mentale (KAM), cioè con domande mentali, ho creato un protocollo ripetibile e standardizzabile che ho già iniziato ad insegnare a medici e fisioterapisti. Attraverso queste domande mentali eseguo un "filtro" sia diagnostico che terapeutico, non lasciando niente alla sola

intuizione e prescrivere se necessario, al paziente, un omeopatico, un omotossicologico oppure ginnastiche posturali, fino ad arrivare a prescrivere la preghiera come atto terapeutico. Controllo a 2 a 4 a 6 mesi. Quando l'agopuntura risulta necessaria, sia che si tratti di somatopuntura, di craniopuntura oppure di agopuntura di altri microsistemi, dopo aver effettuato questa "visita filtro", le sedute eseguite sono settimanali e variano da un minimo di 4-5 ad un massimo di 10 sedute (ciclo completo con soluzione completa della patologia).

Risultati. L'universo studiato è attualmente circa 100 pazienti (dai 12 anni a 86 anni) di età media 49 anni, 65 donne (dai 17 anni a 86 anni) di età media 51,5 anni e 35 uomini (da 12 anni a 73 anni) di età media 42,5 anni, in tutti è stata praticata almeno 1 seduta di cranio puntura (all'interno del ciclo) da sola oppure in associazione con altri microsistemi e/o somatopuntura in dispersione oppure in tonificazione.

La sintomatologia comprende le lombo sciatalgie e le cervicobrachialgie, acute oppure inveterate, le coliche addominali da colite, gastrite, spasmi della colecisti, dolori ginecologici, tutte le forme di dolore dell'apparato locomotore acute oppure croniche, le nevralgie, le cefalee ed anche manifestazioni non dolorose.

- 50 % di risultati ottimi con ritorno alla normalità
- 20 % di risultati buoni, con attenuazione della sintomatologia del 70 – 80 %
- 22 % di risultati sufficienti, con miglioramento della sintomatologia del 30-40 %
- 8 % di risultati insufficienti, comunque accompagnato dalla presa di coscienza del problema e da una ricerca più mirata della soluzione della propria sintomatologia.

Controllo a 2 mesi con somministrazione di ulteriore terapia, del 42 % dei casi (42 pazienti) con risultati buoni – sufficienti :

- 20 pazienti hanno ottenuto risultati ottimi. con ritorno alla normalità
- 10 pazienti hanno ottenuto risultati buoni, con attenuazione della sintomatologia del 70 – 80 %
- 12 pazienti hanno ottenuto risultati sufficienti – buoni con miglioramento del 50 – 60 % della sintomatologia

Controllo a 4 mesi con somministrazione di ulteriore terapia, dei rimanenti 22 pazienti con risultati buoni – sufficienti :

- 10 pazienti hanno ottenuto risultati ottimi con ritorno alla normalità
- 12 pazienti hanno ottenuto risultati buoni con miglioramento del 70 – 80 % della sintomatologia

Controllo a 6 mesi con eventuale terapia di mantenimento, dei rimanenti 12 pazienti con risultati buoni :

- risultati ottimi. con ritorno alla normalità

Questo tipo di approccio mi ha permesso di trovare una nuova mappa di cranio puntura rispetto a quella già conosciuta di Yamamoto per poter trattare i microsistemi partendo dal modello della craniopuntura, una mappa diversa dalle altre e trattando così l'organismo attraverso i 6 livelli energetici dal Tae Yang al Tae Yin, che sono in connessione con le 6 energie dell'universo (secondo la MTC). Secondo la mia esperienza i livelli energetici trovano una corrispondenza spiraliforme su ogni microsistema. Questa conclusione porterebbe ad avvalorare le suggestive teorie della risposta della natura agli stimoli di crescita, del movimento del nostro sistema solare e

della forma della nostra galassia : spirale destogira oppure levogira.

Discussione. Attraverso l'uso di un protocollo ripetibile e standardizzabile di Kinesiologia Applicata Mentale (KAM) che permette attraverso “domande mentali” di confrontare qualsiasi diagnosi e qualsiasi terapia, allopatica e/o alternativa, ho eseguito un “filtro” per ogni paziente rendendo la terapia estremamente personalizzata, tanto che esce da qualsiasi protocollo, tanto che la potrei definire superpersonalizzata : si arriva a chiedere al sub-conscio del paziente per ogni terapia accettata il dosaggio, il tempo di somministrazione e nel caso dell'uso dell'agopuntura i punti da trattare.

In tal modo si ottiene una risposta immediata in qualsiasi paziente tanto che nelle prime 3 settimane di terapia con craniopuntura e dei microsistemi, associata o non associata a somatopuntura ed associata o non associata a prodotti e/o ginnastiche possiamo sapere se quel paziente guarirà oppure non è adatto a questo tipo di percorso. Infatti l'8 % di risultati insufficienti ha abbandonato alla 3°-4° settimana di terapia perché non vi era stata alcuna risposta ma avendo preso coscienza da dove potrebbe essere nata la causa della propria sintomatologia ed effettuando così successivamente una ricerca migliore dello specialista giusto.

Comunque sono sorprendenti i risultati del 50 % di ritorno alla normalità nei primi 2 mesi dall'inizio della prima visita.

Ancora più sorprendente è lo stesso risultato al controllo dei 4 mesi e dei 6 mesi che fa ottenere un grande miglioramento della qualità della vita al 92 % dei pazienti dell'universo studiato.

Conclusioni. Tutti i microsistemi possono essere rappresentati dal punto di vista dei 6 livelli energetici di MTC iniziando dal Tae Yang fino al Tae Yin secondo la disposizione intuitiva

dello Yin e dello Yang nelle varie parti del corpo sotto forma di una spirale logaritmica (foto della casistica). Attraverso questa interpretazione, personale, si tratta così tutto l'organismo con il livello energetico nel quale si trova in disfunzione in quel momento e che può naturalmente cambiare anche da una seduta all'altra. In questo modo penso di effettuare un riequilibrio del livello energetico corrispondente che probabilmente trova anche un collegamento con il movimento a spirale del nostro sistema solare e della nostra galassia.

Pertanto posso affermare secondo la mia osservazione che i microsistemi rispondono all'agopuntura applicata attraverso lo schema dei 6 livelli energetici, questi ultimi come se fossero disegnati topograficamente in modo peculiare da microsistema a microsistema. Per estensione si potrebbe applicare la stessa topografia dei 6 livelli energetici a spirale a tutto il corpo avvalorando ancor di più il legame del microcosmo al macrocosmo e non solo attraverso i Meridiani Principali di Agopuntura ma anche attraverso i 6 livelli energetici secondo una precisa disposizione spiraliforme destrorsa oppure levogira.

Cosa si intende per spirale (4): una **spirale logaritmica**, **spirale equiangolare** o **spirale di crescita** è un tipo particolare di spirale che si ritrova spesso in natura. La spirale logaritmica è stata descritta la prima volta da Descartes e successivamente indagata estesamente da Jakob Bernoulli, che la definì *Spira mirabilis*, "la spirale meravigliosa", e ne volle una incisa sulla sua lapide. Tuttavia, venne incisa una spirale archimedeo al suo posto. La spirale logaritmica si differenzia da quella di Archimede perché non inizia esattamente dal centro.

Tutto l'organismo può essere rappresentato come un "puzzle di spirali", tutte le articolazioni, il torace, l'addome, gli orifizi e

persino gli organi interni, cioè come se le proiezioni spiraliformi sul corpo “rispondessero” secondo i concetti della biorisonanza alle spirali osservate nell’universo ed in natura. Questa “biorisonanza” dovrebbe avvenire già dai primi giorni di formazione del feto, ottenendo una corrispondenza di frequenze diverse, da un livello energetico più superficiale (tae yang) ad un livello biorisonante più profondo (tae yin) e guidando così la crescita fetale secondo le regole (i movimenti) spiraliformi della nostra galassia e del nostro sistema solare. Il trattamento dei microsistemi, che si intuisce corrisponderebbe ad ogni parte dell’organismo, sia nell’età fetale che nell’adulta pertanto permetterebbe di ristabilire un miglior contatto (biorisonanza) fra noi (microcosmo) e le energie dell’universo (macrocosmo) ma permetterebbe anche un riequilibrio fra noi (macrocosmo) e la fisica quantistica (microcosmo), come se il nostro organismo nelle diverse età della vita fosse biorisonante e quindi identico a quando galleggiava nel liquido amniotico in forma fetale (forma spirale) secondo un movimento nel fluido ben preciso e guidato cioè a spirale.

Bibliografia

- 1) J Bossy, D Prat-Pradal, J Taillandier Masson “Les microsystemes de l’acupuncture” 1984
- 2) M. Romoli “Agopuntura Auricolare” Ed. Utet Torino 2003
- 3) R.A. Dale. Micro-acupuncture systems. Amer J Acup 1976; 4/1: 7-24; Amer J Acup 1976; 4/3: 196-224
- 4) <http://digilander.libero.it/giannicrovatto/g-spir.htm>
- 5) Tesina.polito.areaweb.it

La medicina integrata nel processo riabilitativo di patologie ischemiche, emorragiche e degenerative cerebrali e nei pazienti sottoposti a protesi di anca e di ginocchio. I risultati ottenuti presso il centro di medicina integrata di Pitigliano e Manciano della USL 9 di Grosseto regione Toscana

Rinaldi Massimo, Ferreri Rosaria, Lucenti Cecilia, Cracolici Franco, Pulcri Roberto, Bernardini Simonetta

Centro Ospedaliero di Medicina Integrata, Ospedale di Pitigliano Usl 9 Grosseto

drmassimorinaldi@gmail.com

L'autore espone i risultati ottenuti nel processo riabilitativo di pazienti affetti da stroke, patologie neurologiche cronico-degenerative e di pazienti sottoposti a interventi di artroprotesi di anca e di ginocchio.

La medicina integrata è un modello di trattamento che unisce le tecniche mediche convenzionali, come la fisioterapia e le cure farmacologiche ai trattamenti che applicano l'omeopatia e l'agopuntura: la cosiddetta medicina complementare. L'uso della agopuntura e dell' omeopatia sembrano migliorare le prestazioni dei pazienti e dare un più rapido recupero funzionale ed una migliore compliance ai trattamenti. I parametri indagati sono: motricity index test, trunk control, new Barthel Index, e la Groningen Activity Restriction (GARS).

La valutazione del consumo di antidolorifici, i confronti tra le scale prima e dopo l'introduzione della medicina integrata dimostrano che il suo uso migliora le performance riabilitative e determina una riduzione del consumo dei farmaci.

In associazione alla somatopuntura sono stati utilizzati vari microsistemi come la tecnica del Su Jok e la tecnica di puntura dell'anello ombelicale.

Il 97% dei pz accetta di essere sottoposto ai trattamenti di medicina integrata.

Bibliografia

- 1) Rabinstein AA, Shulman LM. Acupuncture in clinical neurology. *Neurologist*. 2003;9:137–48
- 2) Park J, Hopwood V, White AR, et al. Effectiveness of acupuncture for stroke: a systematic review. *J Neurol*. 2001;248:558–63
- 3) Sze FK, Wong E, Or KK, et al. Does acupuncture improve motor recovery after stroke? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke*. 2002;33:2604–19
- 4) Wu HM, Tang JL, Lin XP, et al. Acupuncture for stroke rehabilitation [review] *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD004131
- 5) Zhang SH, Liu M, Asplund K, et al. Acupuncture for acute stroke [review] *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD003317
- 6) Wu P, Mills E, Moher D, et al. Acupuncture in poststroke rehabilitation: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Stroke*. 2010;41:e171–9
- 7) Kong JC, Lee MS, Shin BC, et al. Acupuncture for functional recovery after stroke: a systematic review of sham-controlled randomized clinical trials. *CMAJ*. 2010;182:1723–9
- 8) Pildal J, Hróbjartsson A, Jørgensen KJ, et al. Impact of allocation concealment on conclusions drawn from meta-analyses of randomized trials. *Int J Epidemiol*. 2007;36:847–57
- 9) Tsukayama H, Yamashita H, Kimura T, et al. Factors that influence the applicability of sham needle in acupuncture trials:

two randomized, single-blind, crossover trials with acupuncture-experienced subjects. Clin J Pain. 2006;22:346–9

Laser agopuntura nel trattamento delle patologie dolorose

Rizzitano Donatella

Specialista in Anestesia e Terapia del dolore

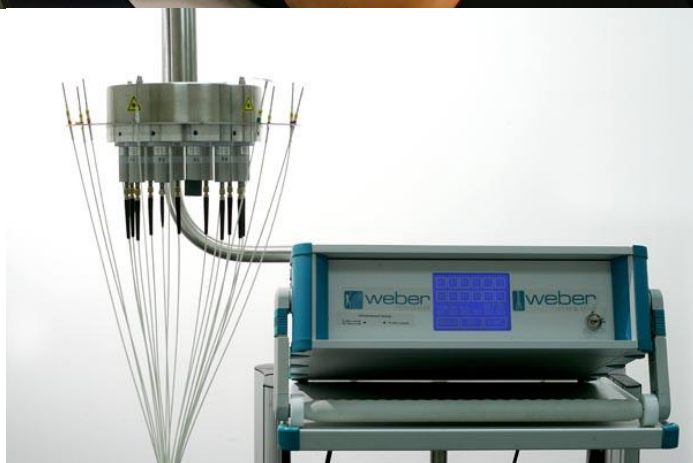
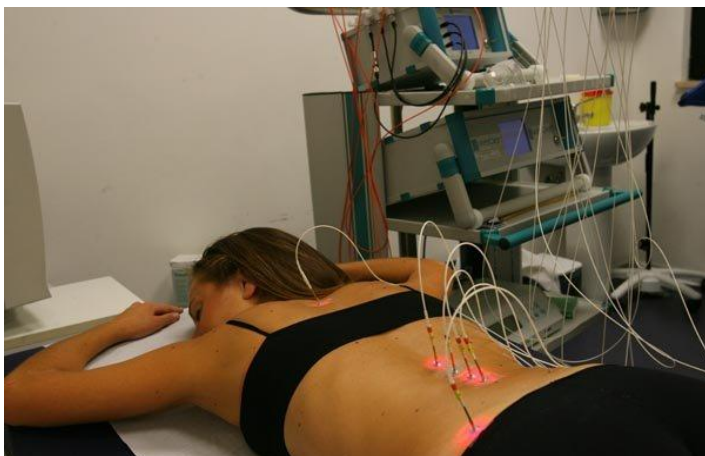
Ospedale S. Giovanni, Tivoli

Responsabile del Centro di terapia antalgica dell'Istituto Neurotraumatologico Italiano (Divisioni di Roma e Grottaferrata)

dona.rizzi@gmail.com

Il laser agopuntura è una terapia innovativa, molto diffusa nei Paesi del nord Europa, che permette di utilizzare laser a bassa potenza, a differenza di altri tipi di laser comunemente utilizzati per la terapia antalgica, che sono invece ad alta potenza. Non prevede l'uso di aghi tradizionali, ma di "punti luce" di diversa lunghezza d'onda (laser rosso, infrarosso, verde, blu), che vengono applicati sulla cute dei punti da trattare. Ogni lunghezza d'onda ha un potere di penetrazione diverso, esattamente come gli aghi tradizionali di diversa lunghezza. Inoltre con il laser agopuntura è possibile trattare fino a dodici punti diversi contemporaneamente, sia trigger points che punti dell'agopuntura tradizionale e dell'auricoloterapia, stimolando ogni punto più a lungo e in modo più efficace. Il laser agopuntura è ben tollerato dai bambini e dai soggetti con fobia per gli aghi. L'efficacia della metodica non solo è equiparabile all'agopuntura tradizionale, ma è addirittura duplice in quanto il laser non solo esercita un effetto di stimolazione di ogni agopunto, esattamente al pari di un ago tradizionale, ma esercita un'azione fotobiochimica grazie al raggio laser. Si realizza infatti l'assorbimento di fotoni da parte delle cellule esposte, che innesci una serie di

reazioni biochimiche a cascata, sia nella sede di applicazione per un effetto diretto, sia a distanza per un effetto sistemico, indiretto. Sono queste reazioni biochimiche che conducono alla riduzione del processo infiammatorio e all'effetto antalgico. I campi di applicazione del laser agopuntura sono rappresentati dalle patologie dolorose acute e croniche più frequenti, come cervicalgie e lombosciatalgie acute e croniche, periartrite scapolo-omeroale, dolori da artrosi di anca, ginocchio, mani, piede, epicondiliti, sindrome del tunnel carpale, dolori da spina calcaneale e da tutti i campi di applicazione dell' agopuntura, della MTC, dell'agopuntura auricolare. L'efficacia del laser agopuntura è già comprovata dalla letteratura scientifica internazionale su riviste di impact factor con centinaia di articoli, anche in campo pediatrico.



RELATORI E MODERATORI:

Gisella Airola

Centro Cefalee della Donna e servizio di Agopuntura in
Ginecologia e Ostetricia, Dipartimento di Discipline
Ginecologiche e Ostetriche, Università di Torino

Giovanni Battista Allais

Presidente S.I.R.A.A.
Centro Cefalee della Donna e Servizio di Agopuntura in
Ginecologia e Ostetricia, Dipartimento di Discipline
Ginecologiche ed Ostetriche, Università di Torino

Giuseppe Antonucci

UO Anestesia e Rianimazione, Ambulatorio di Agopuntura,
Ospedale di Prato

Paolo Barbagli

A.I.R.A.S. (Associazione Italiana per l'Aggiornamento
Scientifico), Padova
Ambulatorio di Terapia Antalgica, Riva del Garda (TN)

Giancarlo Bazzoni

International Medical School of Auricular Acupuncture –
GSATN, Cagliari – Roma - Atene

Patrizia Betti

Dipartimento dei trapianti, S.C. Anestesia e Rianimazione 2 –
Ambulatorio di agopuntura, AO Niguarda, Milano

Renza Bollettin

A.I.R.A.S. (Associazione Italiana per l'Aggiornamento Scientifico), Padova
Ambulatorio di Terapia Antalgica, Riva del Garda (TN)

Francesco Ceccherelli

A.I.R.A.S. (Associazione Italiana per l'Aggiornamento Scientifico), Padova
Dip. Di Farmacologia ed Anestesiologia, Università di Padova

Alessandro Decarli

Servizio di Anestesia e Terapia Intensiva, Ospedale san Martino, Belluno

Cornelia De Marchi

Specialista in Psichiatria
Servizio per le Tossicodipendenze e Alcolologia (SerT),
Ambulatorio Tabagismo, Cossato (BI)

Carlo de Michele

Direttore "Studio Sintesis", Centro di Medicina della Complessità, Roma

Rosanna Dezzoni

DAI-MPTIE (Dipartimento ad attività integrata di Medicina perioperatoria, Terapia Intensiva ed Emergenza) Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedale di Cattinara Trieste
A.I.R.A.S., Padova

Vincenzo Farina

U.O. di Nefrologia e Dialisi Ospedale "G.Jazzolino" di Vibo Valentia

Fulvio Fontanini

Associazione Medici Agopuntori Liguri (A.M.A.L.)
RSA Geriatrica S.Marta.

Giuseppe Fornasier

U.O.S. di Terapia Antalgica e Cure Palliative, Ospedale S.
Martino, Belluno
A.I.R.A.S., Padova

Giuseppe Gagliardi

A.I.R.A.S. (Associazione Italiana per l'Aggiornamento
Scientifico), Padova
UO Terapia Intensiva Polivalente, Ospedale S. Antonio,
Padova

Carlo Maria Giovanardi

Presidente F.I.S.A. – Fondazione Matteo Ricci, Bologna –
A.M.A.B. (Associazione Medici Agopuntori Bologna)

Vincenzo Loi

G.S.A.T.N. International Medical School of Auricular
Acupuncture Cagliari Roma Atene

Antonio Losio

U.M.A.B. (Unione Medici Agopuntori Brescia)

Antonello Lovato

A.I.R.A.S., Padova
Ambulatorio di Lonigo (VI)

Giuseppe Lupi

CSTNF, Torino

Ambulatorio di Agopuntura p0er il trattamento dell'iperemesi
gravidica, nausea e vomito nei pazienti chemiotrattati,
Ospedale di Aosta

Monica Marchesi

Servizio di Anestesia e Rianimazione – Gruppo Multimedica
IRCCS, Milano

Riccardo Mazzoni

Specialista in Medicina dello Sport, Prato

Carlo Moiraghi

Presidente A.L.M.A. (Associazione Lombarda Medici
Agopuntori), Milano
F.I.S.A.

Laura Moroni

Milano

Isabella Neri

Dipartimento Materno-Infantile, Università di Modena e
Reggio Emilia

Anna Poggi

DAI-MPTIE (Dipartimento ad attività integrata di Medicina
Perioperatoria, Terapia Intensiva ed Emergenza) Azienda
Ospedaliero-Universitaria Ospedale di Cattinara Trieste
A.I.R.A.S. - Padova

Piero Ettore Quirico

CSTNF (Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche), Torino

Segretario F.I.S.A.

Professore Onorario Università di Nanchino

Massimo Rinaldi

Centro Ospedaliero di Medicina Integrata, Ospedale di

Pitigliano (GR)

Riccardo Rinaldi

Università dell'Aquila

Donatella Rizzitano

Specialista in Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore

Ospedale S. Giovanni, Tivoli

Centro di terapia antalgica dell'Istituto Neurotraumatologico Italiano (divisioni di Roma e Grottaferrata)

Agostino Roasio

Servizio di Agopuntura dell'ASL AT - Ospedale Cardinal

Massaia, Asti

Marco Romoli

Vicepresidente S.I.R.A.A.

Master di Medicina Integrata, Università di Firenze

Paola Schiapparelli

Centro Cefalee della donna, Servizio di Agopuntura in

Ginecologia e Ostericia, Dipartimento di Discipline

Ginecologiche e Ostetriche, Università di Torino

Paola Soresi

Istituto Clinico Humanitas, Rozzano, Milano
Studio Medico Soresi Paola-Parma

Osvaldo Sponzilli

Direttore Ambulatorio di Medicina Anti Aging, Omeopatia e
Agopuntura, Ospedale San Pietro “Fatebenefratelli”, Roma
Università di Roma Tor Vergata

Salvatore Tomasone

Ospedale di Barletta (BA)

Simone Zanella

U.O. di Chirurgia Generale, Ospedale di Rovereto (TN)

CONGRESSI S.I.R.A.A.

I Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Riva del Garda, 8-11 settembre 1977

Agopuntura: nuove frontiere della Medicina

II Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Rapallo, 14-15 ottobre 1978

Le possibilità di applicazione dell'Agopuntura e della Elettroagopuntura in Anestesiologia, Rianimazione e Terapia del Dolore

III Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Perugia, 11-13 aprile 1980

Congresso Nazionale di Agopuntura e Tecniche Complementari

IV Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Sorrento, 9-12 settembre 1982

Congresso Internazionale di Agopuntura e Tecniche Complementari

V Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Arborea Oristano, 25 giugno-1 luglio 1984

Agopuntura e Laserterapia: applicazioni in Medicina umana e veterinaria

VI Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Urbino, 26-28 settembre 1986

Congresso Nazionale di Agopuntura e Tecniche Complementari

VII Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Bardolino, 29 settembre - 1 ottobre 1988

Congresso Nazionale di Agopuntura e Tecniche Complementari

VIII Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Paestum, 14-15 settembre 1990

Agopuntura e sistema nervoso vegetativo

IX Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Bardolino, 9-10 ottobre 1992

Nuove frontiere dell'Agopuntura: dal dolore all'immunità

X Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - L'Aquila, 9-10 settembre 1994

Agopuntura e farmaci

XI Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Abano Terme, 25-26 ottobre 1996

Il metodo in Agopuntura e Riflessoterapia

XII Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Bologna, 7-8 novembre 1997

Stress, sofferenza psicologica e dolore cronico

XIII Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Torino, 9-10 ottobre 1998

L'Agopuntura in Ginecologia, Ostetricia e Pediatria

XIV Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Ancona, 1-2 ottobre 1999

Agopuntura nella pratica clinica: integrazione con la medicina scientifica

XV Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Brescia, 29-30 settembre 2000

Evidence based Acupuncture: l'Agopuntura basata sull'evidenza

XVI Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Genova, 28-29 settembre 2001

Agopuntura e Medicina funzionale: implicazioni nella riabilitazione

XVII Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Padova, 6-7 dicembre 2002

Agopuntura: il protocollo terapeutico

XVIII Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Alghero, 26-27 settembre 2003

Agopuntura tra psiche e soma

XIX Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Modena, 1-2 ottobre 2004

Agopuntura nella Medicina della donna

XX Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Aosta, 30 settembre-1 ottobre 2005

L'Agopuntura nelle patologie della colonna vertebrale

XXI Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Arenzano, 18 novembre 2006

Agopuntura e riabilitazione

XXII Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Asti, 16-17 novembre 2007

Agopuntura: evidenze cliniche e sperimentali

XXIII Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Milano, 24-25 ottobre 2008

Agopuntura e terapie non farmacologiche nelle cefalee

XXIV Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Spoleto, 25-26 settembre 2009

Integrazione dell'Agopuntura e delle Terapie Complementari nella pratica clinica

XXV Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Cagliari, 1-2 ottobre 2010

L'Agopuntura nel dolore

XXVI Congresso Nazionale S.I.R.A.A. - Firenze, 18-20 novembre 2011

Agopuntura nelle cefalee e nelle algie cervico-facciali

4 **PROGRAMMA DEL CONGRESSO**

- 10 F. Ceccherelli, G. Gagliardi - **Approccio integrato nel trattamento della fibromialgia primaria**
- 13 G. Gagliardi, F. Ceccherelli - **Analgesia da agopuntura e funzione gliale: quale evidenza?**
- 16 G. Lupi, M. Cormio - **L'Agopuntura nel dolore pelvico cronico**
- 20 I. Neri – **Il sintomo dolore in ginecologia: possibile ruolo dell'agopuntura**
- 25 P.E. Quirico – **L'agopuntura nel low-back pain: modalità, vantaggi e limiti**
- 30 A. Roasio, C. Origlia – **Il dolore cronico muscolo-scheletrico del paziente anziano ruolo dell'agopuntura nella nostra esperienza**
- 34 G. Bazzoni, B. Boccioli, I. Farci, G. Meconcelli - **Vagus Nerve Stimulation (VNS) e "microsistema auricolare" nella terapia del dolore: modelli interpretativi ed esperienze cliniche**
- 40 C. De Marchi – **Trattamento di supporto della spalla dolorosa mediante auriculoterapia: report di 3 casi**

- 43 V. Loi, G. Bazzoni, B. Boccioli – **Esperienze preliminari sul management della fame emozionale con una nuova strategia basata sull'Agopuntura Auricolare**
- 45 A. Losio – **L'agopuntura auricolare nel trattamento degli effetti collaterali da chemioterapia adiuvante: un caso clinico**
- 48 A. Lovato, M. Biral – **La trasfissione: un metodo efficace di stimolazione del padiglione auricolare per il trattamento di pazienti con spalla dolorosa cronica**
- 52 S. Tomasone – **Il trattamento del dolore con il P-stim auricolare**
- 58 R. Bollettin, P. Barbagli – **Algodistrofia riflessa postraumatica dell'arto superiore trattata con neuralterapia sec. Huneke: caso clinico**
- 61 C. De Michele – **Ozonoterapia, neuralterapia, immunomodulazione con neuropeptidi: nuove possibilità per la terapia di malattie croniche e degenerative**
- 65 M. Romoli – **La neuralterapia delle cicatrici nelle disfunzioni posturali**
- 69 A. Decarli – **Il trattamento della cervicalgia con agopuntura**

- 73 R. Dezzoni, A. Poggi, M. Soiat, S. Paoletti – **Approccio multidisciplinare alla sindrome fibromialgica: trattamenti a confronto. Dati preliminari**
- 78 R. Dezzoni, A. Poggi – **Nuove frontiere di trattamento in Pronto Soccorso a Trieste. Coxalgia acuta trattata con addomino-agopuntura. Case report**
- 84 V. Farina – **Trattamento della cefalea con agopuntura: esperienze dal profondo sud**
- 87 G. Fornasier – **Caso di nevralgia post-erpetica in regione lombare trattato con stimolazione agopunturale manuale controlaterale**
- 91 M. Marchesi – **Evidenze scientifiche dell'efficacia dell'agopuntura nel dolore lombare cronico non specifico**
- 94 L. Moroni – **Un dolore toracico**
- 96 A. Poggi, R. Dezzoni, G. Berlot – **Benefici da trattamento con addomino-agopuntura anche “single shot”. Case report**
- 101 P. Soresi – **Il trattamento della spalla dolorosa**
- 105 S. Zanella, F. Ceccherelli, P. Feltracco, M. Scarpa, S. Tropea, F. Ricci, H. Galligioni, M. Iacobone – **Trattamento del dolore postoperatorio dopo**

**tiroidectomia. Studio prospettico con agopuntura
versus farmaci**

- 109 G. Airola, G.B. Allais, P. Borgogno, C. Burzio, S. Rolando, P. Schiapparelli, C. Benedetto – **L'agopuntura nel trattamento del dolore muscolo scheletrico in pazienti sottoposte a terapia antiestrogenica**
- 114 G. Antonucci – **The use of “Lanweixue” special point for diagnostic aims for appendicopathy in progress. Observational study**
- 117 P. Betti, S. Colombo, O. Amici, A. Dal Col, A. De Gasperi - **Valutazione del livello di sedazione ottenuta mediante l'utilizzo di un protocollo agopunturale su volontari sani**
- 122 C. Moiraghi – **Neijing Suwen 41. Il dolore alla regione renale. Proposta interpretativa**
- 126 P. Schiapparelli – **L'agopuntura nella dismenorrea: evidenze cliniche e nuove acquisizioni**
- 129 O. Sponzilli, R. Rinaldi – **Ruolo della termografia nel trattamento del dolore con agopuntura**
- 132 P. Barbagli, R. Bollettin – **Terapia del dolore benigno mediante riflessoterapia con fisiologica. Studio retrospettivo: risultati immediati e a distanza**

135	F. Fontanini – Sindrome ostruttiva dolorosa in geriatria: aspetti riabilitativi in medicina integrata
138	R. Mazzoni – La craniopuntura ed i microsistemi
145	M. Rinaldi, R. Ferreri, C. Lucenti, F. Cracolici, R. Pulcri, S. Bernardini – La medicina integrata nel processo riabilitativo di patologie ischemiche, emorragiche e degenerative cerebrali e nei pazienti sottoposti a protesi di anca e di ginocchio. I risultati ottenuti presso il centro di medicina integrata di Pitigliano e Manciano della USL 9 di Grosseto
148	D. Rizzitano – Laser agopuntura nel trattamento delle patologie dolorose croniche
151	RELATORI E MODERATORI
157	CONGRESSI S.I.R.A.A.
160	INDICE

**XXVII Congresso Nazionale S.I.R.A.A.
L'AGOPUNTURA E LE RIFLESSOTERAPIE
NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE**

Riva del Garda 2012