

***V CONVEGNO A.M.I.A.R.***

**AGOPUNTURA E MNC  
NELLE  
PATOLOGIE GASTROENTERICHE**

***Torino, 9 aprile 2005***



**a cura di:**

**G. B. Allais, M. Grandi, A. Magnetti,  
F. Mautino, P. E. Quirico, A. Rebuffi**

***Edizioni A.M.I.A.R. - Torino***



**V CONVEGNO A.M.I.A.R.**  
*Associazione Medica per l'Insegnamento dell'Agopuntura e delle Riflessoterapie*

**AGOPUNTURA  
E  
MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE  
PATOLOGIE GASTROENTERICHE**

**9 Aprile 2005  
Centro Congressi Torino Incontra  
Via Costa 8, Torino**

*Patrocini:*

**Regione Piemonte**

**Città di Torino**

**Ordine dei Medici di Torino**

**FISA**

**Federazione Italiana delle Società di Agopuntura**

**FIAMO**

**Federazione Italiana Associazioni Medici Omeopati**

**SIRAA**

**Società Italiana Riflessoterapia, Agopuntura, Auricoloterapia**

**CESMEO**

**Istituto Internazionale di Studi Asiatici Avanzati**

**CIEF**

**Corporazione Italiana di Etnofarmacologia e Fitoterapia**

**ROI**

**Registro degli Osteopati d'Italia**

**SIMO**

**Società Italiana di Medicina Omeopatica**

*Si ringraziano per il sostegno accordato all'iniziativa:*

**Consulteam**

**UTET**



V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA  
E  
MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE  
PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

**Presidente: Dott. Piero Ettore Quirico**

**Direttore Scientifico: Dott. Giovanni Battista Allais**

**Segreteria scientifica:**

G.B. Allais, M. Grandi, A. Magnetti, F. Mautino, P.E. Quirico, A. Rebuffi

**Segreteria organizzativa:**

Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche

tel. 011.3042857; fax 011.3045623

sito web: [www.agopuntura.to.it](http://www.agopuntura.to.it) - e-mail: [cstnf.info@fastwebnet.it](mailto:cstnf.info@fastwebnet.it)

*Le patologie gastroenteriche sono assai diffuse ed interessano tutte le fasce di età; spesso sono caratterizzate, almeno nelle prime fasi, da disturbi prevalentemente di tipo funzionale, piuttosto che organico. Queste affezioni sono correlate non solo a fattori costituzionali ed ambientali, ma anche a fattori emotivi, quali la tensione nervosa, la conflittualità e lo stress psico-fisico prodotto dai vertiginosi ritmi di vita. Per questo motivo sono oggetto di studio non solo in Gastroenterologia, ma anche in Medicina Psicosomatica.*

*L'Agopuntura e le altre discipline di Medicina non Convenzionale (MnC) sono particolarmente adatte a trattare le affezioni gastroenteriche funzionali, dal momento che perseguono il riequilibrio dell'organismo nella sua globalità e non solo attraverso interventi mirati sulle sue singole costituenti.*

*Le terapie convenzionali in queste patologie si avvalgono di farmaci efficaci, ad effetto essenzialmente sintomatico, i quali presentano spesso fastidiosi effetti collaterali e pericolose interazioni con altri principi attivi.*

*Il costo sociale di queste affezioni, il cui decorso può essere invalidante, è assai elevato, considerando le ore di lavoro perse e la spesa per le cure mediche, con relativa diagnostica.*

*L'utilizzo dell'Agopuntura e delle altre discipline di Medicina non Convenzionale (MnC) nelle patologie gastroenteriche funzionali, come dimostrano numerose sperimentazioni scientifiche, è assai interessante, dal momento che spesso si rivela efficace, senza però presentare gli effetti collaterali, le interazioni e gli elevati costi delle terapie farmacologiche.*

*Le gastro-duodenopatie funzionali, il colon irritabile ed altre discinesie dell'apparato gastroenterico sono patologie di larga diffusione, che possono peggiorare in modo significativo la qualità di vita di chi ne è colpito, modificandone persino le abitudini ed i comportamenti affettivi e sociali.*

*L'Agopuntura e la MnC in questo caso si propongono, a seconda della gravità della malattia, come terapia unica o complementare, avendo lo scopo di ripristinare l'equilibrio psico-fisico alterato e di rinforzare le risorse organiche del paziente attraverso un approccio terapeutico individualizzato.*

*Lo scopo del Convegno è quello di illustrare, con i dati forniti dalla Medicina dell'Evidenza, le potenzialità terapeutiche delle Medicine non Convenzionali nei confronti delle patologie gastroenteriche, richiamando l'attenzione delle Istituzioni Sanitarie su questa tematica, a tutto vantaggio dei cittadini, che vi ricorrono in numero sempre crescente.*

*Nella sessione iniziale del Convegno, come è ormai consuetudine, sarà inoltre presentata e discussa la situazione dei progetti legislativi in itinere, che avranno il compito di determinare i futuri percorsi formativi in Agopuntura e MnC ed i titoli da assegnare ai medici esperti in queste discipline.*

## ***PROGRAMMA DEI LAVORI***

**ore 09,00**

### ***PRIMA SESSIONE***

#### ***AGOPUNTURA E MNC NELLA LEGISLAZIONE E NELLA FORMAZIONE CONTINUA***

**Integrazione di Agopuntura e MnC con le terapie convenzionali**

A. Bianco

**Progetti legislativi e Formazione in Agopuntura e MnC**

C. M. Giovanardi

**ore 09,40**

### ***SECONDA SESSIONE***

#### ***AGOPUNTURA E MNC NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE: INDICAZIONI CLINICHE ED EVIDENZE SCIENTIFICHE***

**Le patologie gastroenteriche funzionali: etiopatogenesi e terapia**

A. Pera

**Effetti dell'Agopuntura sulla funzione e sulla patologia gastroenterica**

G. Lupi, GB Allais, D. Voghera

**La terapia omeopatica nelle coliti**

A. Rebuffi

**Discussione aperta al pubblico**

**I Fitocomplessi nelle malattie funzionali ed immunologiche del tratto digerente**

M. Grandi

**L'Agopuntura nella terapia del colon irritabile**

P.E. Quirico

**Fisiopatologia e clinica nell'approccio della medicina ayurvedica alle patologie dell'apparato gastrointestinale**

A. Chiantaretto

**Elettroagopuntura per l'analgia durante colonscopia: studio prospettico, randomizzato e controllato**

M. Gemma

**Discussione aperta al pubblico**

**Ore 13,00    Pausa pranzo**

ore 14,20

**TERZA SESSIONE**

***AGOPUNTURA E MNC NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE: EVIDENZE CLINICHE E SPERIMENTALI***

**L'impiego della Boswellia serrata nelle patologie del tratto gastrointestinale: una revisione critica**

A. Bianchi

**Terapia agopunturale delle gastroduodenopatie acute e croniche**

A. Biamonti, G. Lupi

**Terapia omeopatica nelle patologie gastrointestinali: la casistica dell'Ambulatorio di Omeopatia della ASL 2 di Lucca**

E. Rossi

**La Farmacoterapia Cinese nella terapia del colon irritabile**

A. Zanotto

**Le influenze delle alterazioni della mobilità articolare sugli apparati viscerali**

F. Mautino

**Trattamento agopunturale di nausea e vomito nelle cure palliative**

P. Bellingeri

**Multiresistenza di Helicobacter pylori e risorse della Medicina Naturale**

R. Dall'Aglio

**Discussione aperta al pubblico**

**Ore 17,00**

**Break**

ore 17,15

***QUARTA SESSIONE***

***FORUM: LA TERAPIA DELLA STIPSI TRAMITE LE DISCIPLINE MEDICHE NON CONVENZIONALI***

Partecipano al Forum alcuni tra i relatori delle precedenti sessioni.

**Discussione aperta al pubblico**

ore 18,15-18,30

**Compilazione del questionario ECM e della scheda di valutazione dell'evento**

## **RELATORI E MODERATORI:**

### **Dott. Giovanni Battista Allais**

Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino

### **Dott. Alberto Biamonti**

CSTNF, Torino

### **Dott. Paolo Bellingeri**

Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino

### **Dott. Antonio Bianchi**

Docente di Fitoterapia presso il Corso di Tecniche Erboristiche dell'Università di Milano

### **Dott. Amedeo Bianco**

Presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Torino

### **Dott. Alberto Chiantaretto**

Responsabile programma di ricerca CESMEO per la Medicina Tradizionale Indiana

### **Dott. Roberto Dall'Aglia**

Professore a.c. Scuola di Specializzazione in Chemioterapia, Università di Milano

### **Dott. Riccardo Dellavalle**

Presidente della Commissione per la MnC dell'Ordine dei Medici di Torino

### **Dott. Marco Gemma**

Servizio Neuroranimazione Istituto Scientifico Ospedaliero S. Raffaele, Milano

### **Dott. Carlo Maria Giovanardi**

Presidente FISA - Federazione Italiana delle Società di Agopuntura

### **Dott. Maurizio Grandi**

Direttore Centro La Torre e Res Pharma, Torino

### **Dott. Giuseppe Lupi**

Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino

### **Dott. Alberto Magnetti**

Docente Scuola Medica Hahnemanniana, Torino

### **Dott. Fulvio Mautino**

Dirigente II livello Osp. S. Camillo - Direttore SIOTeMA, Torino

### **Dott. Angelo Pera**

Direttore Divisione Gastroenterologia Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

### **Dott. Piero Ettore Quirico**

Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino - Segretario Nazionale FISA

### **Dott.ssa Armida Rebuffi**

Direttore Scuola Medica Hahnemanniana, Torino

### **Dott. Elio Rossi**

Resp. Ambulatorio Omeopatia ASL 2, Lucca, Centro regionale di riferimento per la Toscana

### **Dott. Diego Voghera**

Specialista in Gastroenterologia - CSTNF, Torino

### **Dott. Andrea Zanotto**

Docente Scuola Farmacoterapia Cinese CSTNF, Torino



# **INDICE**

## **AGOPUNTURA E MNC NELLA LEGISLAZIONE E NELLA FORMAZIONE CONTINUA**

<b>Intervento del Presidente F.I.S.A. inerente i progetti legislativi e la Formazione Continua in Agopuntura e MnC</b>	
C.M. Giovanardi.....	<i>pag. 13</i>

## **AGOPUNTURA E MNC NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE: INDICAZIONI CLINICHE ED EVIDENZE SCIENTIFICHE**

<b>Le patologie gastroenteriche funzionali: etiopatogenesi e terapia</b>	
A. Pera .....	<i>pag. 19</i>
<b>Effetti dell'Agopuntura sulla funzione e sulla patologia gastroenterica</b>	
G. Lupi, G.B. Allais, D. Voghera .....	<i>pag. 23</i>
<b>La terapia omeopatica nelle coliti</b>	
A. Rebuffi .....	<i>pag. 27</i>
<b>I Fitocomplessi nelle malattie funzionali ed immunologiche del tratto digerente</b>	
M. Grandi .....	<i>pag. 29</i>
<b>L'Agopuntura nella terapia del colon irritabile</b>	
P.E. Quirico .....	<i>pag. 31</i>
<b>Fisiopatologia e clinica nell'approccio della medicina ayurvedica alle patologie dell'apparato gastrointestinale</b>	
A. Chiantaretto, M. Luppi .....	<i>pag. 33</i>
<b>Elettroagopuntura per l'analgesia durante colonscopia: studio prospettico, randomizzato e controllato</b>	
M. Gemma L. Gioia, L. Cabrini. ....	<i>pag. 35</i>

**AGOPUNTURA E MNC  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE:  
EVIDENZE CLINICHE E SPERIMENTALI**

<b>L'impiego della Boswellia serrata nelle patologie del tratto gastro-intestinale: una revisione critica</b> A. Bianchi, A. Dianin .....	<i>pag. 39</i>
<b>Terapia agopunturale delle gastroduodenopatie acute e croniche</b> A. Biamonti, G. Lupi .....	<i>pag. 41</i>
<b>Terapia omeopatica nelle patologie gastrointestinali: la casistica dell'Ambulatorio di Omeopatia della ASL 2 di Lucca</b> E. Rossi, C. Endrizzi.....	<i>pag. 43</i>
<b>La Farmacoterapia Cinese nella terapia del colon irritabile</b> A. Zanotto .....	<i>pag. 45</i>
<b>Le influenze delle alterazioni della mobilità articolare sugli apparati viscerali</b> F. Mautino .....	<i>pag. 47</i>
<b>Trattamento agopunturale di nausea e vomito nelle cure palliative</b> P. Bellingeri, C. Cosentino .....	<i>pag. 49</i>
<b>Multiresistenza di Helicobacter pylori e risorse della Medicina Naturale</b> C.Catelani Cardoso, R. Dall'Aglio et al .....	<i>pag. 51</i>

**LA TERAPIA DELLA STIPSI IN AGOPUNTURA E MNC:  
I DIVERSI APPROCCI E LA LORO INTEGRAZIONE  
CON LE CURE CONVENZIONALI**

<b>L'Agopuntura nella terapia della stipsi</b> P.E. Quirico .....	<i>pag. 55</i>
<b>L'Omeopatia nella terapia della stipsi</b> A. Rebuffi .....	<i>pag. 56</i>
<b>La Medicina Ayurvedica nella terapia della stipsi</b> A. Chiantaretto.....	<i>pag. 57</i>
<b>La Fitoterapia nella terapia della stipsi</b> M. Grandi .....	<i>pag. 58</i>

## *Atti del convegno*

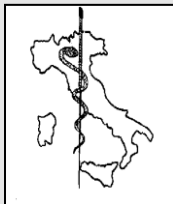




**PRIMA SESSIONE**

***AGOPUNTURA E MNC***

***NELLA LEGISLAZIONE E NELLA FORMAZIONE CONTINUA***



# F.I.S.A.

*Federazione Italiana delle Società di Agopuntura*

## CORSI DI AGOPUNTURA

La **Federazione Italiana delle Società di Agopuntura** - F.I.S.A. è nata nel 1987 ed attualmente rappresenta 20 Associazioni di Agopuntura, costituendo il principale centro di riferimento nel nostro Paese per questa metodica terapeutica, attualmente assai diffusa.

**ATTIVITÀ EDITORIALE:** La F.I.S.A. ha pubblicato nel 2000 il testo “**Agopuntura—evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia**” edito dalla CEA, che illustra gli aspetti storico-tradizionali e scientifico-moderni dell’Agopuntura, per fornire alla classe medica ed alle Istituzioni Sanitarie informazioni su una disciplina spesso citata, ma ancora poco conosciuta per quanto riguarda le applicazioni cliniche ed i meccanismi di azione, malgrado la presenza di una rilevante documentazione sperimentale e clinica.

**FORMAZIONE DEL MEDICO AGOPUNTATORE:** In Italia finora si sono fatte carico essenzialmente Associazioni e Istituti privati, che in oltre trenta anni di attività hanno costituito esperti corpi docenti, i quali a loro volta hanno insegnato l’agopuntura a migliaia di medici.

Dal 1995 le Scuole di Agopuntura aderenti alla F.I.S.A. hanno istituito un diploma unico, l’**Attestato Italiano di Agopuntura**, che intende garantire la qualità e l’omogeneità dell’insegnamento. Il conseguimento dell’Attestato permette l’iscrizione al **Registro dei Medici Agopuntori**.

I corsi F.I.S.A., che presentano programmi comuni, trattano sia gli aspetti tradizionali dell’Agopuntura, che quelli moderni, basati sulla medicina dell’evidenza e la sperimentazione scientifica. Il monte-ore prevede **480 ore** di lezioni teorico-pratiche articolate in **quattro anni**.

Sono inoltre previste sessioni di esami annuali e la discussione di una **tesi** di abilitazione finale, alla presenza di un delegato F.I.S.A..

**RICERCA SCIENTIFICA:** La F.I.S.A. sta conducendo uno studio nazio-nale multicentrico randomizzato di fase IV sull’impiego dell’Agopuntura nel controllo dei sintomi della sindrome climaterica.

**ECM:** La F.I.S.A. e la maggior parte delle Associazioni e delle Scuole di Agopuntura aderenti sono registrate presso il Ministero della Sanità come **Enti organizzatori di eventi formativi** nell’ambito della Educazione Continua in Medicina (ECM); gli eventi di agopuntura che sono stati sottoposti a valutazione hanno ottenuto l’assegnazione di crediti formativi da parte del Ministero, in base alla loro durata ed alla loro qualità.



V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## **Progetti legislativi e Formazione in Agopuntura e MnC**

***Carlo Maria Giovanardi***

*Presidente Federazione Italiana delle Società di Agopuntura - FISA*

*Direttore della Scuola di Agopuntura della Fondazione Matteo Ricci - Bologna*

L'anno trascorso dall'ultimo Convegno A.M.I.A.R. è stato per l'Agopuntura ricco di eventi significativi che probabilmente andranno ad influenzarne il futuro, tra questi l'iter del PdL Lucchese, il dibattito all'interno del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) e i recenti accordi in tema di Medicina Tradizionale Cinese tra i governi Italiano e Cinese sono i più rilevanti.

### ***Nuovo testo unificato elaborato dall'On. le Lucchese***

La pubblicazione nella primavera del 2004 del PdL Lucchese aveva suscitato forti reazioni negative da parte di diverse istituzioni tra le quali la FNOMCeO e il Comitato Nazionale per la Bioetica. La prima, per l'introduzione nella proposta di legge del riconoscimento della figura sanitaria di operatori non laureati in medicina e chirurgia. La seconda, come vedremo in seguito, per un'avversione totale verso un gruppo di medicine che nulla hanno a spartire con il rigoroso metodo scientifico.

Nei mesi successivi l'On.le Lucchese ha incontrato nuovamente le Associazioni Scientifiche del settore e le Istituzioni accogliendo suggerimenti e critiche.

Il 27 gennaio del 2005 ha depositato in Commissione Affari Sociali il nuovo testo di base intitolato "Regolamentazione delle medicine e delle pratiche non convenzionali" che già nel titolo riassume molte delle modifiche introdotte, poiché si fa riferimento alla "regolamentazione" e non più al "riconoscimento" delle medicine non convenzionali.

Le principali modifiche riguardano per il Capo II la durata dei corsi di formazione per il rilascio del Master di esperto *"che non può essere inferiore a tre anni, per un numero*

*di ore complessivo specifico per ciascun indirizzo ma comunque non inferiore al conseguimento di 60 crediti formativi, con almeno 600 ore di lezione frontale*". Nella lista delle medicine regolamentate è stata introdotta anche la Medicina Tradizionale Tibetana.

Il Capo III riguarda l'istituzione delle professioni sanitarie non convenzionali in chiropratica e in osteopatia, che possono essere esercitate da coloro i quali abbiano conseguito l'apposito titolo di laurea. Tali disposizioni demandano allo Stato la definizione dei nuovi profili professionali e dei relativi ordinamenti didattici, laddove in precedenza quella definizione poteva essere di competenza ministeriale. Sulla base della disciplina statale le regioni potranno intervenire in conformità alle loro competenze.

Le maggiori novità riguardano il Capo IV, quello che aveva maggiormente suscitato reazioni negative da parte della comunità scientifica e delle istituzioni. In tale Capo si delinea la figura degli operatori professionali delle discipline bionaturali quali naturopatia, shiatsu, riflessologia, massaggio cinese tuina e qigong, massaggio ayurvedico, pranoterapia e reiki.

L'iter di questo testo, che potrà essere ancora emendato, dipenderà molto dalla volontà dei legislatori di approvare o meno una legge (ricordo che la prima proposta di legge di regolamentazione del settore è del 1986). Se ci sarà l'accordo dei capigruppo della Camera, la legge potrebbe essere approvata senza andare in Aula in sede di Commissione Affari Sociali, ma per far ciò occorre sensibilizzare tutti i politici sia della maggioranza, che dell'opposizione. Dopo essere stata approvata dalla Camera dei Deputati, la legge dovrà essere approvata anche dal Senato ed in questo caso i tempi sono ancora tutti da immaginare.

### ***Comitato Nazionale per la Bioetica***

Il 23 aprile del 2004 il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) rende nota la sua valutazione circa il PdL Lucchese. Il documento è durissimo e boccia a 360 gradi l'intero mondo delle Medicine non Convenzionali. In sintesi il CNB accusa le medicine non convenzionali di non essere scientifiche e introdurre visioni del mondo alternative, ritiene ingiustificata l'istituzione della qualifica di "esperto" nelle varie medicine proposta dal PdL Lucchese, è preoccupato della proposta di istituire insegnamenti accademici e corsi di formazione nelle Università statali e non statali di medicine e pratiche non



convenzionali e di accreditare come società e associazioni “scientifiche” le società e le associazioni di riferimento delle professioni sanitarie non convenzionali.

A questo documento il Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine non Convenzionali in Italia, di cui la FISA è tra i fondatori, chiede ed ottiene un’audizione al CNB.

Il 18 giugno 2004, il CNB riunito in sessione plenaria, riceve in audizione i rappresentanti del Comitato Permanente di Consenso. Nel corso dell’audizione vengono ascoltate le relazioni dei rappresentanti cui fanno da contrappunto le controrelazioni e gli interventi degli esponenti del CNB. L’evento che potrebbe essere definito storico, provoca una forte discussione all’interno del CNB e una presa di posizione da parte di molti dei suoi componenti rispetto al documento originario.

Siamo in attesa di un nuovo documento che probabilmente non sarà più unitario.

### ***Accordi bilaterali Italia-Cina per l’introduzione della MTC in Italia***

Il 7 maggio del 2004 il Ministero della Salute comunica che è stato siglato un accordo tra l’Italia e la Cina per l’introduzione in Italia della Medicina Tradizionale Cinese.

Nei mesi successivi ci sono stati incontri tra le due parti per l’istituzione di Master annuali di 1500 ore in MTC, frequentando i quali il medico italiano avrebbe la possibilità di apprendere la Medicina Tradizionale Cinese.

L’introduzione della Medicina Tradizionale Cinese in Italia non può che trovare il nostro consenso, ma le modalità e le finalità di quanto sta avvenendo meritano alcune considerazioni alle quali il Ministero è invitato a dare una risposta.

Nel dare notizia dell’istituzione dei futuri Master universitari, il Ministero pubblicamente asserisce, a motivazione di quanto è in programma, che finalmente in Italia sarà praticata la “vera” Medicina Tradizionale Cinese e non sue varianti, enfatizzando così valori quali l’efficacia e la sicurezza di un tale atto medico.

Tale affermazione non corrisponde alla verità dei fatti e non è rispettosa delle migliaia di medici agopuntori e praticanti la Medicina Tradizionale Cinese in Italia.

Le principali Scuole italiane da anni si sono coordinate ed hanno definito percorsi formativi di alta qualità ai quali hanno avuto accesso migliaia di medici. In tali programmi la Medicina Tradizionale Cinese viene insegnata non solo nei suoi aspetti più

tradizionali ma anche come integrazione alla moderna medicina e questo in collaborazione già da diversi anni con le principali Università cinesi.

Obiettivo di queste Scuole e Società medico-scientifiche è sempre stato la formazione di professionisti in grado di saper utilizzare con sicurezza, efficacia ed appropriatezza gli strumenti offerti dalla medicina tradizionale cinese e porre la figura del medico al centro di questa terapia.

Ora viene spontaneo chiedersi: quali sono le intenzioni del Ministero verso questa realtà che è cresciuta in Italia a partire dalla metà degli anni '60 e che spesso viene presa ad esempio da molti Paesi europei? L'Università italiana, che fino a poco tempo fa era ostile all'introduzione di nozioni di Medicina Tradizionale Cinese nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, dove troverà le competenze per affrontare questa nuova sfida?

E' auspicabile che, contemporaneamente all'istituzione dei Master universitari, vengano riconosciute, attraverso atti amministrativi, le realtà che con serietà hanno fatto crescere e diffondere la Medicina Tradizionale Cinese in Italia, affinché queste possano affiancarsi alle Università italiane nella formazione in Agopuntura e Medicina Cinese. Le due parti, in collaborazione, potrebbero svolgere un ruolo importantissimo in particolare nel campo della ricerca clinica e di base, per la definizione dei meccanismi d'azione e dei campi di azione di questa antichissima medicina.



**SECONDA SESSIONE**

***AGOPUNTURA E MNC***

***NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE:  
INDICAZIONI CLINICHE ED EVIDENZE SCIENTIFICHE***





## Le patologie gastroenteriche funzionali: etiopatogenesi e terapia

*Angelo Pera*

*Direttore Divisione Gastroenterologia Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino*

### La dispepsia funzionale

Attualmente si ritiene corretto definire la dispepsia come una serie di sintomi caratterizzati da nausea, dolore in epigastrio e senso di peso epigastrico post-prandiale, in parte correlati con i pasti, in assenza di patologia organica. Le principali espressioni cliniche della dispepsia sono essenzialmente due: le manifestazioni di tipo doloroso (“pain” secondo il termine anglosassone) che si presentano con diverse modalità temporali (notturne, diurne, collegate ai pasti) e qualitative (dolore urente, trafittivo, gravativo) e le manifestazioni di tipo non doloroso (“discomfort” secondo il termine anglosassone, che significa appunto fastidio e malessere). Il “discomfort” è definibile come una sensazione soggettiva di malessere tale da non raggiungere l’intensità propria del dolore ma caratterizzato da senso di peso epigastrico post-prandiale, nausea, vomito, sazietà precoce e distensione addominale visibile. Quando tutto questo corollario di sintomi, completo od incompleto, si presenti senza l’evidenza clinica e diagnostica di una qualsiasi malattia organica, sistemica o psichiatrica, che possa esserne ritenuta responsabile, si pone diagnosi di dispepsia “idiopatica”.

**Epidemiologia:** si calcola che nell’arco di circa 5 anni un individuo su tre sia colpito da disturbi digestivi persistenti. Tuttavia la percentuale di soggetti affetti da una sintomatologia dispeptica cronica e ricorrente oscilla tra il 10 ed il 40% con una incidenza complessiva annua compresa tra il 6 e il 12% in base a studi più recenti. Secondo diversi studi una causa organica sarebbe riscontrabile solo nel 30-40% dei casi, mentre nel restante 60-70% non sarebbe evidenziabile alcuna anomalia biochimica o strutturale (1) (2). Il picco di maggior frequenza si situa tra i 40 e i 50 anni senza una sostanziale differenza tra i due sessi. Dopo i 50 anni la prevalenza tende a decrescere nei maschi, mentre le femmine presentano un ulteriore picco di incidenza intorno ai 60 anni.

**Definizione e sottogruppi:** la dispepsia funzionale identifica pertanto una sindrome caratterizzata da dolore o fastidio “discomfort” caratterizzato da nausea, senso di peso epigastrico post-prandiale e sazietà precoce localizzati nella parte centrale dell’addome superiore, a carattere persistente e ricorrente, anche non consecutivi, negli ultimi 12 mesi. Tali sintomi non sono attenuati dall’evacuazione, non sono associati alla comparsa di variazioni dell’alvo e non sono generalmente correlati ai pasti. Occorre naturalmente che possano venir escluse tutte le cause organiche eventualmente in grado di giustificarli. Si identificano due sottogruppi principali:

- Dispepsia simil-ulcerosa (ulcer-type): riferita ai pazienti nei quali il dolore o il bruciore epigastrico rappresentano il sintomo dominante.
- Dispepsia simil-motoria (dismotility-type): riferita ai pazienti nei quali il quadro clinico è dominato da sintomi non dolorosi (discomfort) quali nausea, peso epigastrico, vomito ed eruttazioni.

**Meccanismi patogenetici:** in circa il 50% dei pazienti con dispepsia funzionale è presente una ridotta soglia percettiva a stimoli fisici e chimici ed una minor soglia dolorosa alla distensione gastrica rispetto ai controlli. Un meccanismo plausibile potrebbe essere quello di un difetto di accomodazione fundica che, unitamente ad un'alterazione dei riflessi enterogastrici, determinerebbe un aumento della pressione intragastrica con conseguente insorgenza dei sintomi dispeptici (3).

Importante è anche il ruolo svolto dalle alterazioni della motilità digestiva; con opportune registrazioni manometriche del tratto digestivo prossimale è stato evidenziato che la motilità post-prandiale è ridotta di circa il 50-70% nei pazienti affetti da questa patologia. Tuttavia anche se la ipomotilità antrale ed il rallentato svuotamento gastrico rappresentano le anomalie motorie più frequenti, in una percentuale inferiore di pazienti sono state evidenziate turbe della motilità intestinale, quali alterazioni della propagazione del complesso motorio del periodo interdigestivo in quello del periodo post-prandiale.

**Diagnostica:** dopo aver escluso la causa organica è possibile valutare la presenza di eventuali alterazioni della motilità gastrica con l'ausilio dei tests di svuotamento gastrico (quali il breath test con acido octanoico ed il test di svuotamento ecografico) o con l'ausilio della elettrogastrografia (tecnica non invasiva con la quale è possibile registrare l'attività mioelettrica dello stomaco tramite degli elettrodi posti sulla cute addominale) (4).

**Terapia:** antagonisti della dopamina: tra questi farmaci il domperidone ha il vantaggio di non attraversare la barriera emato-encefalica agendo sui recettori periferici DA<sub>2</sub> ed è efficace come anti-emetico centrale (centro del vomito situato sul versante ematico della barriera) e come procinetico stimolante lo svuotamento gastrico. Anche la levosulpiride accelera lo svuotamento gastrico e sembra essere efficace nella dispepsia, tuttavia può provocare, con frequenza sicuramente maggiore del domperidone, iperprolattinemia e non può pertanto essere utilizzato per periodi prolungati (5).

Nuovi approcci farmacologici: farmaci che avrebbero lo scopo di mirare alla correzione delle alterazioni della sensibilità del rilasciamento e del tono che possono indurre i sintomi dispeptici. In diversi studi recenti è stato evidenziato che gli agonisti 5-HT<sub>1</sub> e gli agenti rilascianti quali nitrati e clonidina avrebbero la capacità di indurre un rilasciamento del fundus (6) (7).

### **La sindrome del colon irritabile**

Con tale termine si intende un disordine funzionale caratterizzato da un dolore addominale da porre in relazione con la defecazione o con un cambiamento delle caratteristiche dell'alvo, con distensione addominale e segni di alterata defecazione in assenza di patologia organica.

**Epidemiologia:** tale sintomatologia è presente in circa il 15% della popolazione generale con una prevalenza doppia nel sesso femminile rispetto a quello maschile.

**Meccanismi patogenetici:** la sintomatologia di questa sindrome sembrerebbe essere correlata ad alterazioni delle funzioni sensitive, secretorie e motorie dell'intestino tenue e del colon-retto e/o ad alterazioni di tipo psicopatologico (stress; sindrome ansioso-depressiva). In effetti nei pazienti affetti dalla sindrome sono state registrate alterazioni dell'attività contrattile e mioelettrica conseguenti a stimoli farmacologici, endocrini o al pasto. Tipica in questi pazienti è inoltre una condizione di iperalgesia viscerale con alterata percezione di normali eventi fisiologici intestinali. Inoltre in un certo numero di pazienti la sindrome compare e si mantiene dopo un'infezione intestinale (batterica o virale); ciò potrebbe far pensare ad una possibile attivazione del sistema immunitario locale con conseguenti modificazioni delle funzioni sensitive, secretorie e motorie dell'intestino, quale evento patogenetico principale della sindrome.

### **Criteria diagnostici Roma II:**

Dolore o fastidio addominale presenti per almeno 3 mesi (non necessariamente consecutivi) nei precedenti 12 mesi e che abbiano due delle seguenti caratteristiche:

- alleviati dalla defecazione
- insorgenti insieme ad un cambiamento nella frequenza dell'alvo
- insorgenti insieme ad un cambiamento nella consistenza delle feci

La presenza di uno o più dei seguenti sintomi è fortemente indicativa per la diagnosi:

- meno di 3 evacuazioni la settimana
- più di 3 evacuazioni al giorno
- feci dure o caprine
- feci molli o liquide
- sforzo durante l'evacuazione
- stimolo imperioso a defecare
- sensazione post-defecatoria di incompleto svuotamento intestinale
- presenza di muco con le feci
- tensione o distensione addominale (8) (9)

### **Diagnosi:**

I fase: prevede anamnesi accurata + esame obiettivo. Esami di laboratorio: ematochimici completi comprensivi di anticorpi anti-transglutaminasi. Esame completo delle feci (parassitologico, coprocultura. Hb feci su tre campioni, leucociti)

### II fase:

- Colonscopia o Rx clisma opaco con doppio contrasto
- Ecografia addome completo ed eventualmente intestinale
- Breath test (lattulosio, lattosio)

### III fase:

- Rx transito o Rx clisma del tenue
- Esami di laboratorio aggiuntivi
- Tc addome, biopsie digiunali
- Valutazione psichiatrica

### **Terapia:** (10) (11)

- Ansiolitici: indicati solamente per brevi periodi se sono presenti stati di ansia o di

stress importante

- Antispastici: anticolinergici muscarinici o miorilassanti diretti (aumentano i livelli di cAMP endocellulare), oppure interferenti con l'utilizzazione di calcio ioni da parte delle fibrocellule muscolari lisce.
- Antidepressivi: (triciclici o SSRI): utili a basse dosi nelle forme scarsamente responsive agli antispastici in quanto modulerebbero la percezione sensoriale a livello centrale ed agirebbero sulla componente ansioso-depressiva.
- Rifaximina e probiotici: a cicli alternati avrebbero un ruolo nelle forme basate su di una alterata composizione della flora batterica intestinale.
- Dimeticone: agirebbe da adsorbente il gas nelle forme con predominanza del meteorismo.
- Fibre dietetiche: agirebbero aumentando il volume della massa fecale nelle forme con predominanza stitica.
- Lassativi osmotici: (lattulosio se non è presente meteorismo); in alternativa soluzioni isoosmotiche di PEG a basso dosaggio (150-500 ml/die).
- Agonisti dei recettori 5HT4 (tegaserod): in grado di stimolare la liberazione di acetilcolina e di tachinine nell'ambito del sistema nervoso enterico (attenuando quindi la peristalsi) ed in grado anche di ridurre lo stato di ipersensibilità (utili quindi soprattutto nei pazienti con stipsi e dolore addominale).
- Loperamide: utile soprattutto nella variante diarroica.
- Antagonisti dei recettori 5HT3: inibiscono l'attività peristaltica (aloseptron e ciloseptron- non in commercio in Italia).

**Problemi diagnostici della dispepsia funzionale e del colon irritabile**: è importante sottolineare come in queste due forme patologiche di tipo funzionale la diagnosi sia di tipo esclusivo rispetto ad una patologia organica che va sempre sospettata. Tale sospetto deve però in ogni caso essere valutato in base alla presenza di fattori di rischio relativi, quali età del paziente, familiarità per patologie importanti, presenza di comorbidità. Pertanto la necessità di eseguire esami invasivi ed a maggior costo va valutata sulla base della presenza di tali fattori di rischio analizzando sempre il rapporto costo/beneficio. Spesso nei pazienti giovani con concomitante sindrome ansioso-depressiva si può arrivare alla diagnosi senza necessariamente seguire completamente tutto l'iter diagnostico citato in precedenza, evitando, se non strettamente necessari, gli esami più invasivi.

### **Bibliografia**

1. Jones R et al Br J Pract 1992; Clin Pract, 1992; 46: 95-97
2. Talley NJ et al: Ann J Epidemiol, 1992; 15: 165-177
3. Fraitag B et al; Dig Dis Sci, 1994; 39: 1072-7
4. Chen J et al Am J Physiol, 1994; 266: 490-498
5. Corazza GR et al; Care, 1997; 20: 55
6. Tack J et al; Gut, 2000; 46: 468
7. Thumshin M et al: Gastroenterology, 1999; 116: 573
8. Drossman DA et al; Gastrointestinal Disorders, Second edition. Degnon Ass 2000
9. Thompson WG et al. Gut (Suppl II), 1999; II 43-II 47
10. Chey WD et al. Aliment Pharmacol Ther, 2004; 20 (Suppl 7); 15-19
11. Johanson JI . Aliment Pharmacol Ther, 2004; 20 (Suppl 7); 20-24





V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## **Effetti dell'Agopuntura sulla funzione e sulla patologia gastroenterica**

***Giuseppe Lupi\*, Giovanni B. Allais^\*, Diego Voghera\****

*\* Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche - CSTNF, Torino*

*^ Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino*

La Medicina Tradizionale Cinese, della quale l'Agopuntura è una metodica terapeutica, viene impiegata empiricamente da diversi millenni in Oriente. In Occidente l'interesse per questa tecnica è relativamente recente ed è stato per molti anni limitato essenzialmente al campo dell'analgesia e dell'anestesia. Negli ultimi cinquant'anni sono stati compiuti numerosi studi per spiegarne il meccanismo di azione: è stato dimostrato che l'effetto dell'A. è mediato da meccanismi neurologici (riflessi loco-regionali, spinali e sovraspinali), umorali, dal sistema degli oppioidi endogeni e della serotonina.

I disturbi funzionali a carico dell'apparato gastroenterico sono molto diffusi nella popolazione generale: le stime della loro prevalenza nella popolazione generale arriva fino a valori del 70%. La diagnosi di questi disturbi è basata soprattutto sulla sintomatologia e l'eziologia di gran parte di loro è ancora poco conosciuta.

L'agopuntura viene comunemente utilizzata nella terapia delle patologie funzionali gastroenteriche: nelle ultime decadi sono stati condotti molti studi, sperimentali e clinici, per indagare l'effetto dell'A. in particolare sulla funzione gastrointestinale e sui disturbi ad essa correlati.

Gli studi sperimentali, eseguiti su animali da esperimento (gatti, ratti, conigli) e sull'uomo, hanno valutato l'effetto dell'A. sulla secrezione, la motilità e l'attività mioelettrica gastrointestinale. Sono stati utilizzati strumenti come la manometria, l'endoscopia, la radiologia convenzionale, l'elettromiografia, e la pHmetria. Gli studi clinici hanno analizzato il ruolo dell'A. nel trattamento di disturbi funzionali come i disturbi funzionali esofagei, la nausea ed il vomito, la dispepsia, la sindrome del colon irritabile (IBS) e la stipsi. Esistono inoltre studi eseguiti anche su patologie organiche come la malattia peptica nelle sue diverse localizzazioni, la gastrite cronica e le IBDs (Inflammatory Bowel Diseases), che però non rientrano nel presente lavoro.

I punti più utilizzati in agopuntura nel trattamento dei disturbi funzionali del tratto gastrointestinale sono GV 26 *Renzhong*, CV 4 *Guanyuan*, PC 6 *Neiguan*, SP 6 *Sanyinjiao*, SP 4 *Gongsun*, ST 21 *Liangmen*, ST 25 *Tianshu*, ST 36 *Zusanli*, ST 37 *Shangjuxu*, ST 39 *Xiajuxu*, GV 20 *Baihui*, BL 20 *Pishu*, BL 21 *Weishu*, BL 25 *Dachangshu*, BL 27 *Xiaochangshu*, LI 4 *Hegu*, CV 12 *Zhongwan*

Dopo l'infissione, gli aghi possono essere stimolati manualmente attraverso apposite manovre manipolatorie o tramite un elettrostimolatore: quest'ultimo tipo di stimolazione è più utilizzato a scopo di ricerca perché produce risultati più standardizzabili e riproducibili.

### ***Disturbi funzionali esofagei***

Disfagia: questo disturbo è caratterizzato manometricamente da una diminuita o assente peristalsi esofagea, dall'aumento della pressione del LES, (Lower esophageal sphincter) a riposo e dalla incapacità al suo rilassamento durante la deglutizione. L'A. ha dimostrato di indurre una variazione di segno opposto sui tre parametri esaminati, quindi una riduzione della pressione a riposo del LES un aumento della peristalsi e un miglioramento del rilassamento del LES durante la deglutizione. In questo effetto sembrano avere un ruolo, oltre al sistema nervoso, il VIP (Vasoactive intestinal peptide) e l'Ossido nitrico.

Nausea e vomito: L'efficacia dell'A. nel trattamento della nausea e del vomito di varia origine (postchirurgica, gravidica, da chemioterapia, da chinetosi) è provata in modo convincente da numerosi RCTs (randomised-controlled trials). Il punto più studiato allo scopo, è il PC 6 *Neiguan*.

### ***Disturbi funzionali gastroduodenali***

Disturbi da ipersecrezione acida: l'A. si è dimostrata capace di ridurre la secrezione acida gastrica sia nell'animale che nell'uomo, e questo vale sia per l'acidità basale che per quella indotta dal pasto (mediata dal vago); inoltre l'A. ha dimostrato un effetto citoprotettivo nel ratto con ulcere da stress, attraverso l'ispessimento della barriera mucosa gastrica, la stabilizzazione dei mastociti ed un calo dei livelli di gastrina nella mucosa gastrica. Non sono stati eseguiti studi in questo senso sull'uomo.

Dispepsia e dismotilità antroduodenale: l'A. regola sia il ritmo che l'ampiezza delle onde peristaltiche a livello gastroduodenale, favorendo lo svuotamento e la propulsione del bolo alimentare. I pochi studi clinici finora disponibili riportano una efficacia nella riduzione dei sintomi dispeptici, ma non sono dati conclusivi sia per il numero, sia per qualità degli studi.

### ***Disturbi funzionali intestinali***

Ileo paralitico: può essere una complicanza della chirurgia addominale; tre RCTs provano che l'A. aumenta la motilità gastrointestinale, diminuisce il tempo di comparsa dei borborigmi e accelera il passaggio di gas e feci nel periodo post-operatorio.

Colon irritabile (IBS): è uno dei disturbi funzionali più diffusi nell'apparato gastrointestinale; l'A., negli studi effettuati, non ha dimostrato la propria efficacia in modo univoco. Alcuni studi hanno dimostrato una superiorità rispetto al placebo, altri nessun beneficio.

Stipsi: gli studi sulla stipsi funzionale sono scarsi. Alcuni studi dimostrano l'efficacia dell'A. nel trattamento della stipsi infantile; il dato di efficacia però non è stato confermato nei pochi lavori interessanti la popolazione adulta.

## ***Meccanismi d'azione***

Secrezione acida gastrica: l'inibizione della secrezione acida gastrica avviene attraverso meccanismi neurologici (riflessi spinali e sovraspinali), che possono essere bloccati sia dagli anestetici sia dagli anticolinergici, e attraverso meccanismi umorali (in cui sono coinvolte la gastrina, le  $\beta$ -endorfine e la somatostatina): queste sostanze possono essere inibite completamente dal naloxone, confermando il ruolo cruciale degli oppioidi endogeni. L'A., in base a evidenze derivanti da studi su animali, risulta essere in grado di ridurre sia il numero di cellule G, produttrici di gastrina, che il livello di gastrina plasmatica. Le vie di regolazione neurologica ed umorale risultano essere interconnesse.

Motilità gastrointestinale: anche in questo caso la regolazione della motilità gastrointestinale è mediata dal sistema nervoso e da meccanismi umorali, in cui, oltre agli oppioidi endogeni, svolge un ruolo anche la 5-HT (5-idrossitriptamina). Il meccanismo neurologico è mediato dal sistema nervoso autonomo (simpatico e parasimpatico), il cui centro riflesso è stato identificato nel VLM (Ventrolateral medulla).

I dati attualmente disponibili rivelano che le fibre afferenti somatiche fanno convergere gli stimoli agopunturali a diversi livelli del SNC; il sistema nervoso autonomo (orto- e parasimpatico) fungerebbe invece da "effettore", trasmettendo le informazioni al tubo gastrointestinale. I peptidi oppioidi giocano infine un ruolo importante come neurotrasmettitori, sia nella mediazione fra agopuntura e le funzioni gastrointestinali, che nell'analgesia agopunturale.

## ***Conclusioni:***

- vi sono evidenze certe che l'A. è efficace nella nausea e vomito da qualsiasi causa, nella riduzione della secrezione acida gastrica, e nel normalizzare il ritmo delle onde peristaltiche a livello gastrico;
- vi sono evidenze, per ora limitate, sulla efficacia nella gastroparesi e sulla motilità gastrointestinale;
- mancano dati conclusivi sull'effetto dell'A. nella dispepsia funzionale e nell'IBS, nonostante esista un buon numero di studi a favore dell'efficacia.

I dati presenti in letteratura confermano il grande potenziale dell'Agopuntura nel trattamento dei disturbi funzionali gastrointestinali, tuttavia sono necessari ulteriori studi clinici di elevata qualità per definirne incontestabilmente l'efficacia terapeutica nella dispepsia funzionale e nell'IBS.

## ***Bibliografia***

1. Ouyang H, Chen JD. Review article: therapeutic roles of acupuncture in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004 Oct 15;20(8):831-41.
2. Diehl DL. Acupuncture for gastrointestinal and hepatobiliary disorders. *J Altern Complement Med.* 1999 Feb;5(1):27-45
3. Allais G, Giovanardi CM, Pulcri R, Quirico PE, Romoli M, Sotte L. *Agopuntura: evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia.* Milano: CEA, 2000; 69-71

# CENTRO STUDI TERAPIE NATURALI E FISICHE

A.M.I.A.R. - TORINO

*Direttore: Dott. P.E. Quirico*

*Presidente Onorario: Prof. L. Roccia*

sito web: [www.agopuntura.to.it](http://www.agopuntura.to.it); e-mail: [info@agopuntura.to.it](mailto:info@agopuntura.to.it)



---

## SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

*Direttore didattico: Dott. P. E. Quirico*

*Coordinatore scientifico: Dott. G. B. Allais*

Il **programma** comprende sia gli aspetti tradizionali, che quelli scientifici dell'agopuntura e si articola in un corso quadriennale di lezioni teorico-pratiche, per un totale di 360 ore. La Scuola, attiva ininterrottamente dal 1978, è riservata esclusivamente ai **laureati in Medicina e Chirurgia**.

Al termine del ciclo di insegnamento, dopo la discussione di una Tesi di Abilitazione, viene rilasciato l'**Attestato Italiano di Agopuntura**, riconosciuto dalla **F.I.S.A.** (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura).

Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori** della F.I.S.A.

Il C.S.T.N.F. è **convenzionato** con il Dipartimento di Discipline Ginecologiche ed Ostetriche dell'Università di Torino per quanto riguarda la pratica clinica e la sperimentazione scientifica e con l'Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino per l'organizzazione di stages di pratica clinica e la consulenza del corpo docente.

Il C.S.T.N.F. è registrato presso il Ministero della Sanità come **Ente organizzatore di eventi formativi**, pertanto i suoi corsi rilasciano crediti formativi validi per l'aggiornamento continuo del medico.

---

## SCUOLA DI MEDICINA MANUALE

*Direzione didattica: Dott.ri L. Bassani, G. Bortolin, C. Ripa*

Il programma didattico si articola in un **corso biennale** e propone un insegnamento specifico per ogni livello vertebrale ed articolare, con nozioni di anatomia, fisiologia, clinica pratica e posturologia. Tecniche riflesse e mediche, tradizionali e non, efficaci per patologie specifiche, completano il corso, rendendolo particolarmente utile ed applicativo.

---

## SEMINARI E CORSI

**Agopuntura Clinica:** Patologia muscolo-scheletrica, Cefalee, Ginecologia ed Ostetricia, Disturbi dell'emotività e della sfera psichica, Medicina interna, Semeiotica agopunturale, Discussione di casi clinici.

**Corsi di Farmacoterapia Cinese**, articolati in seminari clinici.

**Stages di pratica clinica** in agopuntura, presso l'**Università di MTC di Nanchino**.

**Medicina Manuale:** Auricoloterapia, Posturologia, Occhio e Statica.

**SEGRETERIA C.S.T.N.F.:** Corso Galileo Ferraris 164, 10134 Torino  
Tel. 011.304.28.57 (ore 9-12) – Fax 011.304.56.23 - e-mail: [info@agopuntura.to.it](mailto:info@agopuntura.to.it)



## **La terapia omeopatica nelle coliti**

***Armida Rebuffi***

*Direttrice Scuola Medica Omeopatica Hahnemanniana di Torino - FIAMO-SIMO  
Delegato nazionale ECH*

Le coliti vengono distinte in “Irritable Bowel Syndrome”(IBS), caratterizzata da disordini intestinali “funzionali” che riguardano la motilità intestinale e l’evacuazione, e in “malattie infiammatorie croniche” (Inflammatory Bowel Disease o IBD) che comprendono la Malattia di Crohn (MC) e la Rettocolite Ulcerosa(RCU).

La diagnosi di IBS può essere fatta utilizzando il Test diagnostico Roma II(1998), che riconosce, come sintomi essenziali, il dolore che regredisce con l’evacuazione, che insorge con il cambio nella frequenza delle evacuazioni e nella consistenza delle feci.

I sintomi patognomnici della MC consistono in dolore addominale nel quadrante inferiore destro (ileo e/o colon) od ombelicale, diarrea ematica e cronica (da più di 6 mesi), possibile episodio acuto con febbre, distensione addominale specialmente dopo mangiato. Nella RCU abbiamo invece infiammazione del sigma e del retto (più raramente di tutto il colon discendente o del colon in toto), frequenti scariche diarroiche con feci miste a sangue e muco, anemia, debolezza, perdita di appetito e peso. Altri sintomi delle IBD sono i dolori che disturbano il sonno o la diarrea che sveglia o interferisce col sonno. Nel 10-20% dei casi di IBD si possono avere complicazioni come stenosi, occlusione, infiammazioni articolari, litiasi biliare e renale, perforazioni, ascessi e fistole nella MC, mentre nella RCU si ha anemia, tachicardia, diminuzione delle proteine circolanti e alterazioni del Na, K,Cl.

Le cause delle coliti sono plurifattoriali (fattori ereditari, infettivi, dietetici, tossici, immunologici), ma indubbiamente i fattori psicosomatici hanno molta importanza in tali patologie.

L’Omeopatia, riconoscendo l’interazione tra psiche e soma, utilizza, per la scelta del farmaco, oltre ai sintomi fisici caratteristici di un paziente, anche sintomi generali e mentali. E’ importante quindi analizzare il paziente e comprendere qual è il momento esistenziale che sta vivendo, che cosa lo preoccupa o lo fa soffrire. Alcuni sintomi si manifestano in seguito ad eccessiva responsabilità, a eccessiva condivisione delle pene altrui, alla paura di fallire negli affari o nello studio, a perdite finanziarie, a rabbia,

rimproveri, gelosia ecc. Per esempio Gelsemium è utile nei disturbi da anticipazione di un evento e da diarrea per anticipazione, così come Argentum Nitricum.

Ci sono circa 3.000 rimedi utili nelle coliti, pertanto la regola è sempre quella di trovare il rimedio più simile (*simillimum*) al paziente in esame.

Occorrerà precisare il tipo di dolore, dove appare, quando si presenta e come migliora o peggiora (per es. Colocynthis e Nux Vomica migliorano i crampi addominali dopo l'evacuazione, mentre Sulphur può aver dolore prima, durante e dopo l'evacuazione). Importante è l'aspetto delle feci, il colore, l'odore, la presenza di muco e sangue, di residui non digeriti, la presenza di tenesmo, di distensione e dolore addominale dopo aver mangiato. A volte vi sono i sintomi generali come debolezza, anemia, e dimagrimento.

Non esiste, quindi, un rimedio specifico per le IBS e le IBD, ma uno stesso farmaco può essere utilizzato per le IBS o le IBD e, inoltre, soggetti affetti da una MC o una RCU possono necessitare di rimedi diversi pur avendo la stessa sindrome.

### ***Evidenze scientifiche***

Da segnalare uno studio osservazionale di G. Papaphilipou, M. Photopoulou e G. Vitoulkas sul "Trattamento Omeopatico della colite ulcerosa" e uno studio del Dr. H.P.J.A. Maas Arts (Olanda), svolto dal 1973 al '92, intitolato "Retrospective Research of Ulcerous Colitis": in entrambi si ebbe un deciso miglioramento dei sintomi fisici, psicologici e della qualità di vita.

Al contrario, vi sono evidenze scientifiche sull'efficacia del trattamento omeopatico delle diarree infantili, grazie al trial clinico randomizzato di Jacobs J. Jimenez M. Gloyd S. e alt. "Treatment of acute childhood diarrhoea with homeopathic Medicine", trial svoltosi in Nicaragua. Il gruppo trattato presenta una diminuzione statisticamente significativa ( $p < 0.5$ ) della durata della diarrea e del numero di evacuazioni. Analoghi risultati si ottennero in un ulteriore studio condotto in Nepal e da una metanalisi successiva sempre della Jacobs, nel marzo 2003.

Uno studio in cui si confermò l'effettività del trattamento omeopatico nel colera venne realizzato dal marzo 1991 alla primavera 1992 in Perù, dai Dr. Amengual, Gaucher e Pla, in collaborazione con "Homéopates sans frontières" e il Ministero della Sanità del Perù.

### ***Conclusioni***

La terapia omeopatica riduce la frequenza delle scariche diarroiche, la perdita di sangue nelle feci, l'infiammazione intestinale e contribuisce alla guarigione delle ulcere. Laddove il danno intestinale sia severo, aiuta a migliorare le condizioni generali del paziente e prepara alla chirurgia. Se somministrata nei primi stadi della malattia, previene le complicanze o può ridurre la posologia dei farmaci convenzionali nei casi più gravi.



V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## **I Fitocomplessi nelle malattie funzionali ed immunologiche del tratto digerente**

***Maurizio Grandi***

*Direttore La Torre e Res Pharma - Torino*

Le recenti acquisizioni di Michael Gershon sul funzionamento del sistema nervoso enterico mostrano come la motilità intestinale e l'attività secretoria siano autonome e sostengano "la teoria dei due cervelli", ricca di implicazioni ancora tutte da esplorare.

Il 95% della serotonina è presente a livello enterico nelle cellule enterocromaffini; nove fibre vagali su dieci veicolano stimoli dell'intestino al cervello, a fronte di una sola che trasmette impulsi dai centri superiori.

Si aprono le opportunità di controllo sulle perdita di memoria ed altri deficit cognitivi, relazionati ad un deficit colinergico. Alle stesse conclusioni era arrivata la medicina ippocratica e l'utilizzo delle droghe era basato su questo criterio.

Piante come la belladonna, usate nell'antichità come veleni cefalici, contengono l'alcaloide tropanico attivo: atropina, formata dalla iosciamina e dalla scopolamina, antagonisti del recettore muscarinico. I relativi antidoti che possono avere attività colinergica, contengono agonisti nicotinici e muscarinici.

La fisiologia tradizionale si basava sull'assunto di una correlazione tra stomaco-intestino, correlato al sistema nervoso periferico e il cervello (oggi sistema nervoso centrale).

Nella visione ippocratica si ammettevano effetti secondari sul cervello (proprietà cefaliche) da parte di piante antiamnesiche e nervino toniche che rientravano tra:

- purganti
- errini
- masticatori
- apoflegmatici
- vermifughi

Il nostro gruppo e quello di Perry e Wake sono pervenuti, attraverso studi farmacologici, alla stessa conclusione: l'attività colinergica nelle piante digestive si accompagna a quella sul sistema nervoso centrale.

Le famiglie e i generi di appartenenza sono diversissimi fra loro, così come i principi attivi.

**1. Piante aromatiche e spezie, con oli essenziali e principi attivi volatili come terpeni e loro derivati, con attività colinergica** (presenti per lo più in Labiate, Compositae, Umbrellifere): *Salvia officinalis*, *Melissa officinalis*, *Angelica archangelica*, *Artemisia absinthium*, *Rosmarinum officinalis*, *Elettaria cardamomum*, *Syzygium aromaticum*, *Miristica fragrans*.

I forti aromi che caratterizzano queste droghe sono dovuti a un altissimo contenuto di oli essenziali, spesso ricchissimi di componenti fenolici e/o terpenici. Molte di esse erano infatti allo stesso tempo stomachiche, cardiache e cefaliche. Agivano cioè sullo stomaco, sul “cuore”, cioè sui centri emozionali, disperdendo gli influssi “melanconici” e migliorando quindi l’umore. Agivano sul cervello e cioè sui centri sensitivi ed intellettivi, migliorando la concentrazione, intensificando le percezioni e le prestazioni intellettuali.

**2. Piante velenose ad alte dosi, spesso emetiche e purganti, con principi attivi tossici come gli alcaloidi non volatili, con attività colinergica:** *Nicotiana tabacum*, *Paeonia suffruticosa*, *Physostigma velenosa*, *Evodia rutaecarpa*, *Narcissus pseudonarcissus*, *Galanthus nivalis*, *Cytisus ternata*, *Lobelia inflata*.

**3. Piante antielmintiche**

L’attività è legata alla presenza di componenti interagenti con i sistemi colinergici del sistema nervoso centrale. E’ lo stesso che determina un effetto deterrente per i fitofagi che hanno sistemi nervosi centrali e periferici di tipo colinergico.

Altrettanto stimolanti sono le opportunità che offre il mondo vegetale per la tutela immunologica dell’apparato digerente.

Tra le droghe disponibili figurano:

- la *pectina*, un prebiotico: fibra solubile idrofila é presente nella mela, limone, arancia, carruba, mela cotogna. E’ una polvere giallastra che in acqua diventa colloide. Stimola in modo selettivo la crescita e l’attività della flora intestinale rispettandone l’ecosistema.
- l’*inulina* che stimola la produzione di acidi grassi a corta catena, responsabili dell’acidificazione del colon destro, dove potenzia l’effetto barriera; è un FOS (fruttosio-ligosaccaride) di origine vegetale, estratto dalla dalia.
- i *cereali fermentati* che, con i metaboliti essenziali liberati dai microrganismi attraverso il processo di fermentazione, rappresentano fonte di metaboliti e di enzimi, che riducono l’impianto di germi e favoriscono la secrezione di IgA.
- la *securidaca longepedunculata* (poligalacea africana), con azione selettiva sulla linea linfocitaria e sulle immunoglobuline G.





V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## L'Agopuntura nella terapia del colon irritabile

**Piero Ettore Quirico**

*Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino*

*Segretario Nazionale FISA*

La Medicina Tradizionale Cinese (MTC) non divide il corpo in organi o apparati, ma in funzioni, denominate *Zangfu*. L'apparato digerente (attività di "trasformazione e trasporto") è rappresentato prevalentemente da Milza e Stomaco ed alcuni degli agopunti correlati a questi organi sono indicati per la terapia delle affezioni gastroenteriche.

Al contrario, gli agopunti situati lungo i meridiani di Grosso Intestino ed Intestino Tenue non hanno un rapporto diretto e specifico con l'apparato digerente, poiché agiscono soprattutto sulla parte esterna dell'organismo e sui distretti corporei situati lungo il loro tragitto. Agopunti quali LI 4 *Hegu* e GI 11 *Quchi* possono essere utilizzati per trattare alcune patologie degli organi addominali, ma la loro azione a questo livello è assai ampia e riguarda sia l'apparato gastroenterico che quello urogenitale e non è assolutamente specifica nei confronti del colon.

La MTC assegna allo *Zang* Fegato il compito di "assistere la Milza e lo Stomaco", cioè di regolare ed armonizzare la funzione digestiva ed assimilativa.

Le principali funzioni di quest'organo sono quelle di "favorire l'armonioso flusso del *Qi*", cioè di regolare le funzioni vitali e la vita emotiva (*Hun*); i disturbi dello *Zang* Fegato si ripercuotono quindi inevitabilmente sull'intero apparato gastroenterico, producendo disturbi funzionali ad ogni livello.

Il fegato della MTC corrisponde solamente in parte alla funzione epato-biliare, che condivide con il *Fu* Vescica Biliare, per cui alcuni degli agopunti ad esso correlati sono utilizzati soprattutto nella terapia delle distonie neurovegetative. Tra questi il principale è F 3 *Taichong*, che si trova al centro dell'avvallamento posto tra i primi due metatarsi.

Nell'ottica cinese, quindi, il Fegato rappresenta gran parte del sistema nervoso autonomo ed il centro della vita emotiva ed affettiva.

Anche la Medicina occidentale, due millenni dopo quella cinese, ha riconosciuto l'importanza delle turbe emotive nella genesi delle affezioni degli organi interni ed ha classificato queste patologie come distonie neurovegetative, o come disturbi psicosomatici, oppure semplicemente come disturbi funzionali.

La visione della MTC, che spesso viene assimilata all'attuale psicosomatica, si differenzia però da quest'ultima; infatti la MTC considera corpo e mente come un'unità inscindibile, per cui non vi è interazione tra queste due entità, ma semplicemente una contemporaneità di sensazioni e di funzioni. In altre parole, tanto l'emozione quanto l'ali-

mento, il farmaco o la noxa patogena producono contemporaneamente effetti di tipo psichico, viscerale e somatico che si manifestano allo stesso tempo in ogni parte dell'individuo, e non è una parte ad influenzare l'altra.

L'eziopatogenesi del colon irritabile, nella quale coesistono elementi psichici e viscerali, viene attribuita dalla Medicina Cinese a due principali fattori: la debolezza della Milza e la disarmonia del Fegato. La prima può essere di origine eredo-costituzionale, oppure acquisita (scarsa alimentazione, errori dietetici, patologie defedanti, età avanzata, intossicazioni alimentari, vita sedentaria, ecc.), mentre la seconda è sempre legata a turbe emotive. Anche in questo caso vi può essere una predisposizione costituzionale.

La strategia terapeutica del colon irritabile richiede quindi un approccio terapeutico individualizzato, che ha il duplice scopo di regolare il rapporto tra Fegato e Milza, armonizzando il primo e sostenendo la seconda; a seconda del caso si dovrà valutare quale dei due sia l'obiettivo principale e conseguentemente scegliere gli agopunti.

### ***Il protocollo terapeutico***

*Rinforzo Milza, Stomaco e Intestino:*

Punti distali: ST 36, SP 6, SP 4; Punti locali: ST 25, CV 6, CV 12, BL 20, BL 21

*Armonizzazione Fegato:*

Punti distali: LR 3, GB34; Punti locali: BL 18, F 14

*Sintomi specifici:*

Feci secche, stipsi: LI 11, TE 6; Muco nelle feci: SP 9

Ansia, oppressione toracica, nausea: PC 6

### ***Le evidenze scientifiche***

Alcuni lavori presenti in letteratura descrivono i risultati positivi dell'Agopuntura nella terapia del colon irritabile (1-3), mentre altri riportano risultati opposti. I protocolli terapeutici adottati nei trials che traggono conclusioni negative appaiono del tutto inadeguati e non tengono conto in alcun modo della componente neurovegetativa, poiché in essi non vengono mai impiegati punti del meridiano di Fegato; in pratica, in questi trials si raffrontano due gruppi placebo e si conclude che l'Agopuntura non è efficace nell'IBS. Questo grave inquinamento della letteratura scientifica, dovuto a cognizioni approssimative sull'Agopuntura o a malafede, non agevola lo studio di questa disciplina nell'ottica dell'EBM.

### ***Bibliografia***

1. Poitras P, Riberdy Poitras M, Plourde V, Boivin M, Verrier P. Evolution of visceral sensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 914–20.
2. Bouin M, Plourde V, Boivin M, et al. Rectal distention testing in patients with irritable bowel syndrome: sensitivity, specificity, and predictive values of pain sensory thresholds. *Gastroenterology* 2002; 122: 1771–7.
3. Xing J, Larive B, Mekhail N, Soffer E. Transcutaneous electrical acustimulation can reduce visceral perception in patients with the irritable bowel syndrome: a pilot study. *Altern Ther Health Med* 2004; 10: 38–42.
4. Fireman Z, Segal A, Kopelman Y, Sternberg A, Carasso R. Acupuncture treatment for irritable bowel syndrome. A double-blind controlled study. *Digestion* 2001; 64: 100–3.
5. Acupuncture has a placebo effect on rectal perception but not on distensibility and spatial summation: a study in health and IBS. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1990-7.



V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## **Fisiopatologia e clinica nell'approccio della medicina ayurvedica alle patologie dell'apparato gastrointestinale**

**Alberto Chiantaretto\*, Marinella Luppi\***

*\*Responsabile programma di ricerca CESMEO per la Medicina Tradizionale Indiana*

*°Farmacologa - Centro Studi Ayurveda, Bologna.*

L'Ayurveda definisce la capacità digestiva con il termine *agni* (letteralmente: fuoco). Esso corrisponde a tutte le attività metaboliche ed enzimatiche del processo di digestione, trasformazione, assimilazione delle sostanze nutritive alimentari. *Agni* è la "specializzazione" gastrointestinale del *dosha pitta* (funzione dei processi di trasformazione e di conversione negli organismi viventi). *Agni* è localizzato principalmente nell'intestino tenue (fino alla valvola ileocecale), organo deputato per eccellenza alle attività di assorbimento (villi nella tonaca sottomucosa, caratterizzati dalla presenza di un'arteriola e di una venula, deputate all'assorbimento di idrati di carbonio e di proteine, e di un vaso linfatico (denominato vaso chilifero), deputato all'assorbimento dei lipidi. Altre localizzazioni di *agni* sono: fegato, colecisti, pancreas, milza.

A livello gastroenterico esistono cellule specializzate per la produzione di muco, rappresentato da un secreto costituito essenzialmente di acqua, elettroliti, glicoproteine. Esso viene secreto dalle cellule della tonaca mucosa (muco neutro) e della sottomucosa dello stomaco; dalle cellule mucipare (muco acido) della tonaca mucosa e della sottomucosa dell'intestino tenue (organo dove avviene la frazione più importante dell'assorbimento), dalle cellule caliciformi delle cripte di Lieberkuhn della tonaca mucosa dell'intestino crasso. A questo livello la secrezione è regolata dalla stimolazione tattile diretta e dai riflessi mioenterici locali e dalla innervazione parasimpatica dei nervi erigentes (non esiste più a questo livello azione enzimatica). Il muco ricopre una importanza fondamentale per proteggere le pareti dell'apparato digerente e con le sue proprietà adesive contribuisce a tenere unito il materiale fecale.

Quando un segmento dell'apparato digerente è sottoposto a un forte stimolo irritativo o a una azione aggressiva dell'attività batterica (ad esempio un'energica stimolazione simpatica o stimoli irritativi tattili nel crasso da sostanze irritanti e/o tossiche), la mucosa

secerne una eccessiva quantità di muco che può ostacolare l'assorbimento di principi attivi (tappezzando le pareti degli organi), creare spasmi, diarrea e ostacolo alla progressione del cibo nell'apparato digerente.

Questo tipo di muco è denominato in Ayurveda *ama*, letteralmente: “non cotto, non digerito”. Il suo accumulo progressivo a livello gastroenterico è favorito sia dalla presenza di uno scarso *agni* (fuoco digestivo) nei vari segmenti dell'apparato digerente (e quindi la non completa digestione ed assimilazione del cibo), sia da alimenti incongrui che favoriscono la formazione di muco colloso, sia da comportamenti alimentari scorretti (associazioni di cibi, abitudini alimentari, tempo dedicato al cibo, ecc.), processi patologici in atto e squilibri dei *dosha* presenti nell'individuo. Trattandosi di una sostanza organica costantemente alla temperatura di 37°, i processi di fermentazione, putrefazione che vi si verificano, alterano i nutrienti che continuano a procedere nell'apparato digerente, favorendo processi putrefattivi e determinando uno stato di disbiosi (alterazione della attività della flora batterica e conseguente non assimilazione completa dei nutrienti).

Da questa impostazione fisiopatologica deriva l'indicazione al trattamento integrato, con l'obiettivo di eliminare *ama* dall'apparato gastrointestinale e di impedire l'evoluzione del processo patologico, che dall'intestino si può estendere ad altri organi e apparati.

- **Alimentazione:** ridurre cibi che producono muco, seguire una dieta dissociata e che non determini eccesso di acidità, diminuire il consumo di proteine animali ed evitare cibi mal conservati.
- **Abitudini di igiene alimentare:** orario dei pasti regolare, ambiente e tempo personale adeguati, tempo di masticazione corretto.
- **Uso delle spezie:** ad esempio *trikatu* = tre spezie: pepe nero, pepe lungo, zenzero (anice verde al posto del pepe per i bambini).
- **Uso di fitorimedi** a diversa azione e secondo la localizzazione di *ama*: *sama vata* = *ama* in intestino crasso > piante pungenti, ad azione stimolante e carminativa (liberano dai gas intestinali) e leggermente lassative (per espellere tossine); *sama pitta* = *ama* in intestino tenue (accumulo di bile) > piante amare e pungenti, toniche, stimolanti; *sama kapha* = *ama* in stomaco > piante pungenti e amare ad azione decongestionante e stimolante. La seconda fase della terapia, dopo avere rimosso *ama*, consiste nel riequilibrare i *dosha* (*vata*, *pitta*, *kapha*) che risultano squilibrati.



V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## **Elettroagopuntura per l'analgesia durante colonscopia: studio prospettico, randomizzato e controllato**

**Marco Gemma, Luigi Gioia, Luca Cabrini**

*Cattedra di Anestesia e Rianimazione - Università Vita e Salute - Ospedale S. Raffaele - Milano*

**Obiettivo** del nostro studio è stato di confrontare l'efficacia dell'elettroagopuntura con un protocollo standard di sedazione farmacologica nei confronti della riduzione del dolore e dell'ansia durante colonscopia.

Trenta pazienti, programmati per l'effettuazione di colonscopia elettiva, sono stati randomizzati in tre gruppi.

Nel **gruppo A** (agopuntura vera) si è effettuata agopuntura bilateralmente sui punti LI4 (Hegu), S36 (Zusanli), SP6 (San Yin Jiao), SP9 (Yinlingquan) e Shenmen auricolare. Gli aghi, stimolati elettricamente a 100 Hz alla massima intensità tollerata dal paziente, sono stati inseriti 20 minuti prima dell'inizio della colonscopia e mantenuti durante la procedura.

Nel **gruppo B** ("sham" agopuntura) si sono stimolati, in modo del tutto analogo, punti ritenuti non attivi (sul lato volare della mano fra tenar ed ipotenar; all'apice del capo laterale del gastrocnemio; all'apice del capo mediale del gastrocnemio; al centro della faccia mediale della coscia; sul lato esterno alla base del trago).

Nel **gruppo C** (controllo) non si è effettuata agopuntura.

A tutti i pazienti è stato somministrato **Midazolam** in bolo e.v. (0.02 mg/kg) prima dell'inizio dell'esame. Durante l'esame è stata richiesta ai pazienti una **valutazione del proprio dolore** su una *verbal rating scale* a 5 livelli (1 = no dolore) in 4 momenti corrispondenti all'arrivo del colonscopio in 4 posizioni standardizzate lungo l'intestino. Un ulteriore bolo identico di Midazolam veniva somministrato tutte le volte che il dolore raggiungeva il grado 4.

Al termine della colonscopia un'analogha *verbal rating scale* misurava

globalmente la tollerabilità dell'esame. Dopo 24 h un *visual analog score* da 0 a 100 valutava la soddisfazione del paziente nei confronti della sedazione ricevuta (0=nessuna soddisfazione).

**Risultati:** i 3 gruppi sono risultati omogenei come caratteristiche anatomico-fisiopatologiche e caratteristiche della colonscopia effettuata.

Il livello di dolore riferito è stato minore, sebbene in modo non significativo, nel gruppo A.

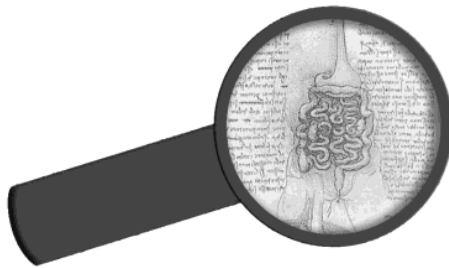
I boli ulteriori di Midazolam sono stati richiesti significativamente meno ( $p=0.01$ ) nel gruppo A rispetto agli altri due gruppi: in 3 pazienti nel gruppo A (30%), 8 nel gruppo B (80%), 9 nel gruppo di controllo (90%). Anche il dosaggio complessivo di Midazolam (media $\pm$ DS) somministrato è stato significativamente minore ( $p=0.016$ ) nel gruppo A:  $0.011\pm 0.020$  mg/kg nel gruppo A,  $0.047\pm 0.035$  mg/kg nel gruppo B,  $0.036\pm 0.022$  mg/kg nel gruppo C.

Nel gruppo A, i pazienti che hanno necessitato di Midazolam durante la procedura differiscono da quelli che non l'hanno richiesto solo per la più giovane età (anni  $47.3\pm 22.0$  vs  $69.4\pm 7.8$ ,  $p=0.038$ ).

La **valutazione di tollerabilità** al termine dell'esame è stata migliore nel gruppo A rispetto agli altri due ( $p=0.016$ ): la tollerabilità è stata valutata 1 (ottimale) da 6 pazienti (60%) nel gruppo A, 1 (10%) nel gruppo B, nessuno (0%) nel gruppo C.

La soddisfazione a 24 h stata molto alta (mediana 90/100) in tutti e 3 i gruppi, senza differenze significative.

La **conclusione** più corretta del nostro studio è che l'agopuntura riduce la necessità di sedazione farmacologica in corso di colonscopia e quindi potenzialmente può contribuire a ridurre gli effetti indesiderati dei farmaci impiegati.



## **TERZA SESSIONE**

### ***AGOPUNTURA E MNC NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE: EVIDENZE CLINICHE E SPERIMENTALI***

**INSERIRE PUBBLICITÀ CENTRO**  
**STUDI AYURVEDA**





V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## **L'impiego della *Boswellia serrata* nelle patologie del tratto gastrointestinale: una revisione critica**

***Antonio Bianchi\**, *Arrigo Dianin*•**

*\*Docente presso il Corso di Tecniche Erboristiche dell'Università di Milano*

*°Medico Chirurgo, Fitoterapeuta*

La *Boswellia serrata*, della famiglia delle Burseraceae, è un albero originario dell'India e della Cina, conosciuto principalmente per la resina da cui si ottiene l'incenso. Proprio la resina di questa pianta, negli ultimi 10-15 anni, è stata studiata dal punto di vista farmacologico e clinico. Essa è ricavata per incisione della corteccia, è costituita da oli, terpenoidi e gomme ed è usata tradizionalmente dalle popolazioni locali come antinfiammatorio soprattutto nelle patologie osteo-articolari.

In particolare, nella frazione terpenoide estratta in soluzione etanolica, si è individuato il fitocomplesso attivo, costituito da quattro acidi triterpenici pentaciclici di cui l'ac.  $\beta$ -boswellico è rappresentato in quantità maggiore. Numerosi studi farmacologici su modelli di laboratorio hanno evidenziato che tra gli acidi boswellici contenuti nell'estratto di *Boswellia*, il principio più attivo nell'azione antinfiammatoria è l'acido acetil-11-keto- $\beta$ -boswellico. Esso agirebbe come inibitore della 5-lipossigenasi, enzima che, partendo dall'acido arachidonico endogeno, induce la formazione di leucotrieni, mediatori chimici coinvolti nel processo di infiammazione cronica a livello articolare, bronchiale e intestinale e nelle reazioni di tipo allergico aumentando, in queste, gli effetti di altri mediatori come l'istamina.

Risulta inoltre che la frazione triterpenica avrebbe un'attività anticomplemento e non inibisce la ciclossigenasi. A differenza dei FANS gli acidi boswellici non interferiscono quindi con la sintesi della prostaglandine e non hanno dimostrato effetti collaterali a livello gastrico.

Studi di farmacocinetica e clinici hanno dimostrato una buona tollerabilità dell'estratto di resina di *Boswellia*. Per quanto riguarda l'uso di *Boswellia* nelle patologie intestinali, sono stati pubblicati attualmente tre studi clinici.

### ***Studi clinici***

Il primo, uno studio aperto di Gupta et al. del 1997, confrontava gli effetti di Boswellia con Sulfasalazina nel trattamento della rettocolite ulcerosa di grado II e III su 40 soggetti, peraltro suddivisi in gruppi non omogenei (34 boswellia-8 sulfasalazina). Lo studio dimostra una remissione della malattia, dimostrata da esame delle feci, rettosigmoidoscopia, esame biotico al microscopio elettronico, in percentuali analoghe nei due gruppi (82% boswellia-75% sulfasalazina).

Nel secondo studio di Gupta et al. del 2000, si comparava l'estratto di Boswellia con la Sulfasalazina in 30 pazienti affetti da colite cronica (20 boswellia-10 sulfasalazina). I parametri considerati sono stati: sintomi riportati, caratteristica delle feci, esame istopatologico, microscopia elettronica delle biopsie rettali, es. ematochimici). I risultati dimostrarono una remissione dopo 6 settimane di trattamento di 14 su 20 pazienti che avevano assunto Boswellia e 4 su 10 del gruppo di controllo. Non sono stati, inoltre, riportati effetti collaterali importanti.

Nel terzo studio di Gerhardt e al. del 2001 si metteva a confronto l'estratto di Boswellia con mesalazina nel trattamento del Morbo di Crohn. Si tratta di uno studio in doppio cieco randomizzato e controllato in cui venivano coinvolti 102 pazienti. Come outcome per la misura del cambiamento si è considerato il Crohn Disease Activity Index (CDAI). Il lavoro conferma che la Boswellia, pur non essendo più efficace, si dimostra almeno statisticamente non inferiore alla mesalazina. Inoltre, considerando la sua efficacia e sicurezza appariva superiore in termini di rapporto rischio-beneficio.

### ***Conclusioni***

I dati tuttora a nostra disposizione ci danno sufficiente sicurezza sull'uso della Boswellia nelle infiammazioni croniche nel colon. Sono stati isolati i componenti attivi del fitocomplesso e sufficientemente individuato il loro meccanismo di azione, permettendo quindi di poter disporre di un prodotto naturale standardizzato nella sua frazione attiva terpenoide. Gli studi clinici dimostrano inoltre che l'estratto di resina di boswellia è di efficacia significativa paragonabile a quella delle terapie attualmente di riferimento in patologia come: colite cronica, rettocolite ulcerosa e morbo di Crohn.



V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## Terapia agopunturale delle gastroduodenopatie acute e croniche

**Giuseppe Lupi\*•, Claudio Biamonti\***

*\*Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche - Torino*

*°Ambulatorio di Agopuntura Ospedale Regionale Valle d'Aosta - Aosta*

Gli autori, dopo aver considerato gli aspetti delle gastroduodenopatie secondo la Medicina Occidentale, illustrano i principali concetti della MTC relativi a queste patologie, analizzando i più importanti lavori scientifici presenti nelle basi di dati biomediche internazionali.

In letteratura sono stati pubblicati numerosi studi che evidenziano l'azione dell'Agopuntura su alcuni parametri fisiologici dell'apparato gastroenterico: la secrezione acida gastrica, la mobilità intestinale e il metabolismo degli ormoni e dei neuropeptidi del sistema gastroenterico.

Alcuni lavori sperimentali hanno analizzato l'effetto dell'Agopuntura sulla secrezione gastrica, sia nell'uomo che negli animali, indagando in particolare i seguenti parametri: secrezione acida basale, secrezione acida massima indotta dalla pentagastrina e secrezione acida dopo stimolazione vagale (1).

Gli effetti dell'Agopuntura sulla secrezione gastrica non subiscono variazioni se si pratica l'anestesia nei punti di Agopuntura, mentre sono annullati dalla somministrazione di naloxone.

Un recente lavoro di Organ (2) dimostra che il punto ST 36 *Zusanli*, stimolato assieme ad altri punti auricolari, è in grado di influenzare la secrezione acida a livello del corpo gastrico ed il processo di alcalinizzazione nell'antro nei pazienti affetti da ulcera gastro-duodenale e iperacidità. L'Autore riferisce che una stimolazione della durata di 20 minuti incrementa la secrezione acida, mentre una della durata di 40 minuti la inibisce. Migliori effetti si ottengono abbinando Agopuntura somatica e auricolare.

Numerosi lavori effettuati su animali dimostrano che l'Agopuntura può sopprimere la secrezione acida gastrica. In uno studio controllato gli autori hanno verificato che l'Agopuntura praticata nei punti GV 20 *Baihui*, BL 20 *Pishu* e BL 21 *Weishu* riduceva la secrezione acida indotta dal pasto fittizio (sham feeling acid output = sham AO) e la secrezione acida massimale (maximal acid output = MAO) stimolata dall'istamina da una tasca di Heidenhain in cani coscienti (3); nello stesso trial si vide inoltre che la stimolazione di ST 36 *Zusanli* inibiva in modo significativo la MAO stimolata dalla gastrina (4).

Un ulteriore studio, condotto sui cani coscienti, ha valutato l'effetto dell'Agopuntura sulla secrezione acida basale (basal acid output = BAO), dimostrando che sia l'elet-

troagopuntura che l'Agopuntura manuale praticata in ST 36 *Zusanli* erano in grado di aumentare il PH a livello gastrico, riducendo la BAO ed incrementando la secrezione di bicarbonato di sodio. Nel gruppo di controllo, sottoposto a falsa stimolazione (sham) di punti non specifici, i risultati erano stati invece negativi (5).

L'Agopuntura inibisce nell'uomo la secrezione acida indotta dal pasto fittizio (sham feeling acid output) e, secondo alcuni Autori, anche la MAO indotta dalla pentagastrina (6-8). In uno studio controllato e randomizzato, condotto su 10 volontari sani, è stata dimostrata la riduzione dell'80% della secrezione acida indotta dal pasto fittizio nel gruppo agopuntura, mentre nel gruppo di controllo non si sono evidenziate variazioni significative (6). In un ulteriore studio non controllato condotto su pazienti ulcerosi si osservò invece che l'Agopuntura era in grado di diminuire o aumentare la MAO dopo stimolazione istaminica (8).

Altri dati sperimentali dimostrano inoltre che l'elettroagopuntura praticata in ST 36 *Zusanli* riduce significativamente (30%) la BAO in volontari sani rispetto al placebo (6).

Un altro lavoro evidenzia come l'elettroagopuntura vera sia in grado di diminuire in modo significativo sia la BAO che la secrezione indotta da pasto fittizio rispetto alla Sham, senza influenzare però la secrezione della pentagastrina; inoltre, l'effetto inibitorio dell'Agopuntura sulla secrezione indotta da pasto fittizio anche in questo caso non era bloccata dall'anestesia locale dell'agopunto, bensì da iniezione IV di naloxone. Si vide inoltre che, mentre l'Agopuntura non alterava i livelli sierici di gastrina, il naloxone li aumentava. Gli Autori ritennero che l'effetto antisecretorio dell'Agopuntura non derivasse dalla minore secrezione di gastrina o dalla diminuita sensibilità delle cellule parietali a quest'ormone, ma che fosse mediato da vie nervose dipendenti dai peptidi oppioidi (sensibili al naloxone) e dalle vie efferenti vagali.

In conclusione, dai lavori presenti in letteratura si deduce che l'Agopuntura è in grado di inibire la secrezione acida gastrica, soprattutto quella indotta da pasto fittizio, mentre è più controverso l'effetto su quella stimolata dalla pentagastrina e dall'istamina.

### **Bibliografia**

1. Lin X, Liang J, Ren J, Mu F, Zhang M, Chen JD. Electrical stimulation of acupuncture points enhances gastric myoelectrical activity in humans. *Am. J. Gastroenterol.* 1997 Sep.; 92(9): 1527-30.
2. Organ AN. The effect of acupuncture on the gastric acid-forming function in patients with duodenal peptic ulcer. *Vopr. Kurortol. Fizioter. Lech. Fiz. Kult.* 1999 Sep-Oct; (5): 12-4.
3. Department of Physiology, Guangxi Medical University. The mechanisms of acupuncture for gastric acid secretion. *Guangdong Tradit Chin Med* 1961; 2: 55-8.
4. Research Group of Shanghai 2<sup>nd</sup> Hospital. The effect of acupuncture on gastrointestinal functions and its mechanisms. Abstract of the First National Symposium of Acupuncture. Beijing. June 1979.,236-7.
5. He ZM, Yie XM, Gong HY. Acupuncture can influence the motive function of the stomach and intestine. *Chen Tzu Yen Chiu* 1986; 4: 280-2.
6. Li YY, Chiverton SG, Tougas G et al. Effect of acupuncture on gastric secretion. *Gastroenterology* 1988; 94: 261 (abstract)
7. Sodipo JOA, Falaiye JM. Acupuncture and acid gastric studies. *Am J Chin Med* 1979; 7: 356-61.
8. Tian CG, Hua RC, Chang HG et al. Acupuncture effect on the secretion of gastric acid :a study of 42 cases of duodenal ulcer. Abstract of the First National Symposium of Acupuncture. Beijing. June 1979.



## Terapia omeopatica nelle patologie gastrointestinali: la casistica dell'Ambulatorio di Omeopatia della ASL 2 di Lucca

*Elio Rossi, Cristina Endrizzi*

*Ambulatorio Omeopatia ASL 2, Lucca, Centro regionale di riferimento per la Toscana*

Dal **settembre 1998** fino al **31 dicembre 2004** il totale dei pazienti visitati consecutivamente presso l'Ambulatorio di omeopatia dell'Azienda USL 2 Lucca è stato di **1287**.

I pazienti sono stati in prevalenza di sesso femminile: **860 (66.8%)** mentre i pazienti di sesso maschile sono stati **427 (33.1%)** con età media di **32** anni (da un minimo di **3 mesi** a un massimo di **82 anni**). I bambini di età inferiore o uguale ai 6 anni sono stati **207 (16.0%)**.

La stragrande maggioranza dei pazienti: **1072 (83.2%)** proviene dalla Provincia di Lucca, **215 (16.7%)** invece da altre province e regioni. Avevano utilizzato la terapia convenzionale per il trattamento delle patologie in atto al momento della visita **874** pazienti, cioè il **67.9%**. La maggioranza dei pazienti **910 (70.7%)** in precedenza non era mai ricorsa all'omeopatia per la cura dei propri disturbi.

I pazienti dell'Ambulatorio omeopatico di Lucca sono in prevalenza studenti (**35%**), impiegati (**18.1%**), e pensionati (**7.4%**). Una buona percentuale è rappresentata da insegnanti: (**6.6%**), casalinghe (**7.3%**), e personale sanitario (5.8%),

Patologie gastrointestinali	174	13.5%
6. 0 Disturbi. aspecifici	5	2.8%
6. 1 Colon irritabile (Colite)	75	43.1%
6. 2 Gastrite	34	19.5%
6. 3 Stitichezza	12	6.8%
6. 4 Intolleranze alimentari	12	6.8%
6. 5 Coliche addominali	10	5.7%
6. 6 Ipercolesterolemia	11	6.3%
6. 7 Stomatite aftosa	5	2.8%
6. 8 Lichen mucosa orale	2	1.1%
6. 9 Emorroidi	4	2.2%
6.10 Morbo di Crohn	1	0.5%
6.11 Alitosi	2	1.6%
6.12 Esofagite	1	0.5%
<b>Patologie epatiche</b>	<b>18</b>	<b>1.3%</b>
7. 1 Epatite cronica HCV	10	55.5%
7. 2 Pancreatite cronica	1	5.5%
7. 3 Steatosi epatica	4	22.2%
7. 4 Cirrosi	3	16.6%

composto soprattutto da infermieri e qualche medico dell'ospedale stesso.

Dall'esame delle patologie trattate si ha la conferma che le patologie prevalenti oggetto di terapia omeopatica presso l'Ambulatorio di Lucca sono anche quelle per le quali si hanno in letteratura più evidenze scientifiche di efficacia del trattamento, cioè le patologie respiratorie (26.8%), dermatologiche (14.9%), gastrointestinali (13.5%), psicologiche (13.4%).

Un altro capitolo importante è rappresentato dalle patologie del tratto digestivo: sindrome da colon irritabile 75 casi (5.8%), gastrite 34 (2.6%).

### **Effetto della terapia**

I pazienti sono stati catalogati a partire dalla diagnosi del principale disturbo per cui venivano a consulto, e quindi è stata fatta una tabella di valori dell'eventuale miglioramento ottenuto per quella sintomatologia dopo la terapia omeopatica, corrispondente alla percentuale di miglioramento riferito dal paziente stesso in relazione all'entità del disturbo al momento della prima visita, sul modello della Glasgow Homeopathic Outcome Scale.

Su 560 pazienti totali monitorati nel follow up (da settembre 1998 a dicembre 2004):

• Peggioramento	=	1 lieve	2	(0.3%)
• Nessun miglioramento	=	0	49	(8.7%)
• Miglioramento del 20-30%	=	1 lieve	86	(15.3%)
• Miglioramento del 40-50%	=	2 buono	131	(23.3%)
• Miglioramento del 60-80%	=	3 importante	193	(34.4%)
• Miglioramento dell'80-100%	=	4 risoluzione	99	(17.6%)

Su 335 visite di controllo consecutive nei pazienti in follow up omeopatico effettuate dal 1 giugno 2003 al 30 giugno 2004 sono state registrate 9 reazioni avverse (2.68%), tra cui un caso di allergia al lattosio, eccipiente dei granuli. Queste reazioni avverse sono diverse dal ben noto fenomeno dell'aggravamento omeopatico.

Nei dati preliminari relativi a 102 visite di controllo effettuate in 388 pazienti visitati consecutivamente dal settembre 2002 al 30 giugno 2004, sono stati rilevati 27 casi di reazioni di aggravamento omeopatico, con un'incidenza nella nostra casistica del 26.3%.



V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## La Farmacoterapia Cinese nella terapia del colon irritabile

**Andrea Zanotto**

*Docente Scuola di Farmacoterapia Cinese C.S.T.N.F. - Torino*

La Sindrome del Colon Irritabile (IBS) è il più comune quadro clinico dell' apparato digerente diagnosticato negli ambulatori di Medicina Generale. Secondo i dati forniti dai ricercatori americani, essa provoca il 12% circa delle visite nell' ambito della Medicina Generale ed il 28% in ambito specialistico.

La IBS è di comune riscontro sia nell'età giovanile, che in quella senile: in questo ultimo caso spesso la sintomatologia dolorosa tipica è imputabile a concomitante malattia diverticolare. È più frequente nei soggetti di sesso femminile e ne è dimostrata la familiarità (disfunzioni digestive nei parenti di primo grado) e la frequente concomitanza con i seguenti disturbi: malattia dispeptica, dolori cronici, disturbi psichiatrici, disuria, disfunzioni sessuali, fibromialgia, sindrome da fatica cronica.

La definizione clinica si basa sui cosiddetti criteri di Roma, che riassumiamo brevemente: persistenza, episodica o continua, per un periodo di almeno tre mesi, di dolore o fastidio addominale associato ad irregolarità di consistenza delle feci (diarrea, stipsi o alternanza fra le due) e della frequenza della loro emissione, in presenza di esami ematochimici e strumentali compatibili con la norma.

Le valutazioni funzionali evidenziano inoltre alterazioni dei parametri mioelettrici (indicatori della funzionalità neurovegetativa) ed in particolare un aumento della motilità del retto-colon dopo lo stimolo alimentare o colinergico. Si riscontrano anche tipiche alterazioni sensoriali, tra le quali segnaliamo la diminuzione della soglia del dolore in seguito a stimolazione pneumatica del retto-sigma, accompagnata da un'ampia proiezione sensitiva a livello della superficie addominale e da una diminuzione della soglia del dolore. In seguito a stimolazione distensiva del colon nei pazienti affetti da IBS si osserva infine l'attivazione di aree cerebrali diverse rispetto ai controlli, ed in particolare l'incremento del flusso cerebrale a livello della corteccia prefrontale.

Secondo i modelli interpretativi della Medicina dello Stress, è interessante confrontare le analogie (relative alla spiccata risposta dopo stimolazione con CRH, che evidenzia l'aumento dell' ampiezza delle onde mioelettriche di contrazione del colon) tra IBS ed il quadro clinico definito Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), caratterizzato da

addisonismo funzionale ed eccessiva risposta neurovegetativa simpatica alla stimolazione con l'ormone sopracitato.

La Medicina Tradizionale Cinese è comunemente utilizzata nella cura delle patologie funzionali gastrointestinali e sulle riviste internazionali sono stati pubblicati numerosi studi di tipo clinico e sperimentale su questo argomento; di seguito illustriamo uno studio sperimentale australiano randomizzato in doppio cieco avente per tema l'impiego della Farmacoterapia cinese nella terapia dell'IBS.

Il disegno sperimentale del trial prevedeva il reclutamento di 116 pazienti, dei quali, anteriormente alla randomizzazione, veniva valutato il punteggio BSS (Bowel Symptom Scale). I pazienti erano poi divisi in tre gruppi: gruppo placebo, gruppo di trattamento con Farmacoterapia Cinese con prescrizione fissa stabilita a priori e gruppo di trattamento con Farmacoterapia Cinese individualizzata. I pazienti sono stati valutati da specialisti in Farmacologia Cinese e da gastroenterologi per un periodo di 16 settimane di trattamento. Sono stati considerati i seguenti parametri: la variazione del punteggio BSS, il miglioramento sintomatologico riscontrato dai pazienti e dal gastroenterologo e l'entità del disturbo arrecato dalla patologia nel corso delle attività quotidiane.

I dati hanno dimostrato che i pazienti trattati tramite le due diverse impostazioni fitoterapiche cinesi hanno avuto un significativo miglioramento nei confronti del gruppo-placebo, sia per quanto riguarda il punteggio BSS, che il miglioramento soggettivo dei sintomi. Il giudizio espresso dai gastroenterologi e dai pazienti era concorde.

I pazienti hanno inoltre rilevato un miglioramento della loro qualità di vita, dovuto ad una minore interferenza della patologia nelle attività quotidiane. Un ultimo, interessantissimo dato, è rappresentato dall'osservazione che solamente il trattamento fitoterapico individualizzato ha consentito il mantenimento del beneficio sintomatologico al termine del follow-up di 14 settimane.

I risultati di questo studio dimostrano l'evidenza dell'efficacia della Farmacoterapia Cinese nella cura della patologia disfunzionale colica tramite una modalità di somministrazione, quella dei rimedi concentrati ed incapsulabili, che la rende di comodissima fruibilità anche in Occidente.

È infine importante sottolineare come la terapia individualizzata, somministrata in base ai criteri diagnostici propri della MTC, sia in grado di mantenere con più efficacia i risultati clinici ottenuti nel corso del trattamento.

I dati sopra riportati, considerando il fatto che l'IBS coinvolge diverse funzioni dell'organismo, dimostrano che la Medicina Cinese è una terapia particolarmente indicata nei quadri disfunzionali polidistrettuali; è quindi auspicabile che in futuro vengano promossi studi allo scopo di valutare l'evidenza dei risultati terapeutici ed i meccanismi d'azione dell'Agopuntura in questo tipo di affezioni.





V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## **Le influenze delle alterazioni della mobilità articolare sugli apparati viscerali**

***Fulvio Mautino***

*Dirigente II livello Osp. S. Camillo - Direttore SIOTeMA, Torino*

L'osteopatia considera le relazioni meccanico-anatomiche tra la struttura muscolo-scheletrica e la sfera viscerale, e viceversa, con valutazioni basate sull'interpretazione fisiologica e funzionale del movimento articolare che può influire direttamente o indirettamente sulla mobilità di organi e visceri e, per mezzo di stimoli manuali correttivi, di migliorarne la funzionalità.

L'anatomia documenta che i visceri, sia toracici sia addominali, si ancorano alla struttura muscolo-scheletrica e fasciale con dei veri e propri legamenti, siano essi duplicazioni peritoneali, pleure, mesi o altro. Attraverso questi legami le disarmonie funzionali articolari scheletriche possono provocare, attraverso tensioni meccaniche dirette od indirette, delle trazioni o pressioni sui visceri (stomaco, fegato, milza, intestino) per mezzo delle strutture di sostegno o ancoraggio legamentoso viscerale. Anche le posizioni osteo-articolari non normali, disfunzionali o patologiche, possono produrre le stesse problematiche. Un esempio può essere la scoliosi dorso lombare strutturata, che presuppone un posizionamento costale asimmetrico e rotazione dei corpi vertebrali.

Questa asimmetria, a sua volta, provoca un ancoraggio dei pilastri del diaframma su una base anomala, che da un piano normalmente verticale, diviene obliquo, creando situazioni di tensioni torsionali dei fori che attraversano il diaframma, ad esempio dello iato esofageo. In questa situazione si vengono a creare i presupposti per un'eventuale ernia iatale e tensioni gastro-duodenali. Ciò vale per i posizionamenti scheletrici strutturati, ma anche per le disarmonie funzionali articolari distorsive localizzate al passaggio dorso lombare, che possono provocare, nel tempo, situazioni simili. Se si altera la mobilità vertebrale, si modifica anche il rapporto biomeccanico articolare con la 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> costa. In questo caso si creerà una situazione simile a quella descritta nella scoliosi, con l'aggiunta

di tensioni riconoscibili a carico del quadrato dei lombi e dello psoas-iliaco e di conseguenza una tensione trasmessa sulle porzioni viscerali del colon ascendente o discendente e sigma-retto con quadri clinici descrivibili con i sintomi della colite spastica o irritativi (retto-colite). Questo quadro è spiegabile grazie ai collegamenti anatomici dell'inserzione del peritoneo che ancora il colon sulla parete posteriore dell'addome.

La differenza tra un'eziologia irritativo-dismetabolica o irritativa da alterazione funzionale meccanica sta nel fatto che, con una corretta mobilizzazione mediante tecniche manuali mirate e precise, si potrà ripristinare l'armonia funzionale del segmento nel suo insieme, e favorire un recupero coerente del movimento del diaframma e delle funzioni viscerali. In tal caso si avrà una netta risoluzione dei sintomi provocati dalla situazione disfunzionale. Le tecniche osteopatiche possono ridurre le tensioni muscolari del diaframma toracico e mobilizzare i visceri ad esso collegati modificando e migliorandone le funzioni. L'azione sui segmenti scheletrici vertebrali e costali favorisce un riequilibrio funzionale dei muscoli psoas e quadrato lombi e una adeguata stimolazione di normalità sui visceri ad essi collegati ad es. il colon. Altro mezzo di azione è quello di stimolare manualmente il ripristino dei movimenti fisiologici degli archi costali e, di riflesso, un corretto equilibrio di mobilità del diaframma. Ancora possiamo considerare i rapporti anatomici che il diaframma contrae con il pericardio e le fasce che si continuano con il mediastino, con i legamenti che lo connettono alla porzione vertebrale cervicale e dorsale, e addirittura, per continuità anatomico-funzionale, con la tiroide, attraverso il legamento tiro-pericardico. Possiamo quindi comprendere come delle disarmonie cervicali possano riversarsi sulla funzionalità diaframmatica tramite le continuità legamentose e fasciali sopra descritte e per altre vie, quali la relazione pleurica che connette lo stretto toracico superiore direttamente al diaframma e la funzione del nervo frenico che trae origine dal tratto cervicale da C3 a C5. Con mobilizzazioni mirate delle articolazioni cervicali saremo in grado di recuperare una migliore meccanica, posizione, mobilità, vascolarizzazione, drenaggio e funzione dell'organo o del viscere. Una corretta mobilità del diaframma può trasmettere agli organi sovra- e sottostanti l'impulso cinetico che rende possibili i continui scambi organici necessari alla buona salute.



V CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE GASTROENTERICHE  
Torino, 9 Aprile 2005

## Trattamento agopunturale di nausea e vomito nelle cure palliative

**Paolo Bellingeri\***, **Cristina Cosentino\***

*\*Unità di Cure Palliative ASL 20 Tortona, Docente CSTNF, Torino*

*° Day Hospital Oncologico ASL 20 Tortona*

Sono ormai numerosissime le indicazioni all'agopuntura per il trattamento del paziente neoplastico che giunge alla nostra osservazione, quali specialisti in cure palliative, in un momento molto particolare della sua vita. Dalla recente letteratura è emersa la possibilità di attuare un approccio con agopuntura che ha dimostrato di attenuare o ridurre gli effetti collaterali. Conseguentemente si ottiene un miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

In MTC (Medicina Tradizionale Cinese) la neoplasia è definita come un accumulo di Umidità (*Tan*), sviluppo di Calore e stasi di Sangue. Segni questi che possono essere tradotti con tutte quelle manifestazioni tipiche da somministrazione dei farmaci antineoplastici più comunemente impiegati nei protocolli, quali nausea, vomito, aplasia midollare, ulcerazioni, reazioni cutanee e gastrointestinali (1,2).

La maggior parte delle ricerche in corso di patologia neoplastica ha riguardato l'uso del punto *Neiguan* (PC 6) nella prevenzione di nausea e vomito in corso di chemioterapia o trattamento con farmaci oppiacei (3). Nella nostra casistica si è analizzata la possibilità di intervenire sul paziente terminale associando l'uso dell'agopuntura con il supporto di un Dispositivo Medico di Classe 1 registrato presso il Ministero della Salute, consistente in braccialetti elastici per agopressione dotati di bottone premente (4). Si è considerata questa ipotesi in quanto il paziente terminale è molto difficile da approcciare, e anche la semplice stimolazione con aghi per più giorni consecutivi può indurre un suo allontanamento dal gruppo.

Lo studio ha coinvolto 15 pazienti affetti da varie neoplasie in stato avanzato con metastasi (Ca prostata, polmone, mammella pancreas, colon-retto), che venivano trattati due volte la settimana con sedute di 30 minuti e stimolazione singola con percezione del

*De Qi* e successivo posizionamento del Dispositivo Medico per almeno sei ore die. Il gruppo controllo vedeva l'utilizzo della sola agopuntura. La durata dello studio è stata di 6 mesi dal primo luglio 2004 al trentun dicembre 2004, con almeno otto trattamenti.

In MTC si ritiene che alla base della sintomatologia gastrointestinale vi sia un accumulo di Umidità in regione sottodiaframmatica (*jiao medio*) ed alterazione della funzione di discesa propria dello Stomaco. Il principio di trattamento prevede quindi il ripristino della normale funzione fisiologica di quest'organo, allo scopo di ristabilirne, nei limiti del possibile, le funzioni e ridurre la sintomatologia.

I punti selezionati comprendevano tra gli altri ST 36 *Zusanli*, PC 6 *Neiguan*, BL 17 *Geshu* e CV 12 *Zhongwan*, presenti in tutti gli studi analizzati. Questo ha permesso di intervenire sulla qualità della vita dei pazienti che tramite utilizzo di scala di valutazione analogica ha evidenziato un significativo miglioramento (5).

I dati raccolti hanno permesso di confermare quelli della bibliografia, ponendo in evidenza che i soggetti trattati con il Dispositivo Medico hanno controllato con maggior efficacia i sintomi presi in esame. Inoltre i soggetti coinvolti hanno confermato il maggior gradimento di questo trattamento rispetto alla sola agopuntura.

### **Bibliografia**

1. Zhou Junqui, Li Zhihua, Jin Pule. *Studio sull'impiego dell'agopuntura nella prevenzione e nel trattamento degli effetti collaterali tossici in corso di radioterapia e chemioterapia*. Rivista Italiana di MTC. 79-1,2000.
2. Di Stanislao C., Ronzino G., Trapasso T.: L'agopuntura nel paziente oncologico, in: Libro Bianco sull'agopuntura e le altre metodiche terapeutiche estremo-orientali, Ed.CEA, Milano, 2000, pp 100-105.
3. King C.R.: *Nonpharmacological management of chemotherapy-induced nausea and vomiting*, Onc. Nurs. Forum USA, 1997, 24 (suppl 7): 41-48.
4. JW Dundee, J, Yang., *Prolongation of the antiemetic action of P6 acupuncture by acupressure in patients having cancer chemotherapy*. Northern Ireland Radiotherapy Centre, Belvoir Park Hospital, Belfast J R Soc Med 1990; 83(6):360-2
5. Bellingeri P.: *L'agopuntura nel paziente neoplastico: esperienza clinica*. Atti del Convegno AMIAR, Agopuntura e Medicina non convenzionale in Piemonte, 2001.



## Multiresistenza di *Helicobacter pylori* e risorse della Medicina Naturale

**C Catelani Cardoso\***, **KL Rodrigue<sup>o</sup>**, **NL Picara<sup>o</sup>**, **R Dall'Aglio\***, **JE Fiorini<sup>o</sup>**, **F Frascini\***, **GM Diana\***, **L Drago<sup>^</sup>**, **E De Vecchi<sup>^</sup>**, **JCT Carvalho<sup>♦</sup>**

\*Dip. di Farmacologia, Università degli Studi di Milano, Italia

<sup>o</sup>Lab. Biologia e Fisiologia de Microrganismos, Unifenas, Alfenas, MG, Brasil\*

<sup>^</sup>Lab. Di Microbiologia Clinica, Dip. Science Cliniche Luigi Sacco, Un. Milano, Italia<sup>^</sup>

<sup>♦</sup>Lab. Fitofármacos, Unifenas, Alfenas, MG

*Helicobacter pylori* é associato all'80% delle ulcere gastriche ed al 90-95% di quelle duodenali, ai carcinomi del colon e dell'esofago, all'artrite reumatoide ed alle piastrinopenie autoimmuni. Non è invece del tutto chiarita la sproporzione tra il numero dei soggetti portatori di *H. pylori* e il numero di coloro che sviluppano l'ulcera peptica o il cancro gastrico: infatti soltanto il 10-20% della popolazione infetta sviluppa la malattia ulcerosa e l'1-2% il cancro.

Dal 1994, anno in cui l'International Agency for Research on Cancer ha riconosciuto *H. pylori* come agente carcinogeno di tipo I, la raccomandazione del "test and treat" é stata ampiamente recepita. La triplice terapia, per quanto giustificata solamente in alcuni casi, é divenuta l'arma piú comune contro l'ulcera peptica. Questo protocollo ha tuttavia causato la resistenza alla terapia di *H. pylori*, attribuibile alle mutazione nel gene *rdxA*.

Il fallimento delle cure può essere inoltre dovuto alla variazione degli schemi e delle associazioni, della posologia e della modalità di assunzione dei diversi farmaci. Inoltre, la terapia può essere tossica e causare effetti collaterali, che ne riducono la compliance.

Particolare risalto é stato dato al polimorfismo del gene per l'interleukina 1, che sembra implicato nei meccanismi che si trovano alla base della cosiddetta "eradicazione impossibile", causata dalla tolleranza del sistema immune verso il germe. Gli enzimi prodotti da *H. pylori* reagiscono come l'acido secreto dalla mucosa gastrica, producendo ammoniaca ed aumentando la resistenza di *H. pylori*, ed ostacolano i farmaci che agiscono in modo ottimale a pH neutro.

Data l'importanza epidemiologica di quest'infezione, é auspicabile lo sviluppo di terapie a basso costo e con scarsi effetti collaterali. Recentemente é stato scoperto che i lactobacilli possono inibire la crescita dell'*H. pylori in vitro* ed antagonizzare l'attività di *H. pylori in vivo*. La competizione per i nutrienti, la produzione di composti inibitori e la stimolazione alla produzione di immunomodulatori possono rappresentare i meccanismi d'azione dei Lactobacilli, che porterebbero alla eradicazione di *H. pylori*.

L'ozono è un gas costituito da tre atomi d'ossigeno; a causa della sua ridotta stabilità, questo gas può essere incorporato in liquidi quali l'acqua o in veicoli oleosi. I prodotti di reazione dell'ozono con i veicoli oleosi sono in grado di conservare il potere ossidante per molto tempo. La reazione dell'ozono con i lipidi crea diverse sostanze, quali perossido di idrogeno, idrossiperossidi, aldeide e ozonidi di Criegee. Gli idroperossidi, posti a contatto con i fosfolipidi della membrana cellulare o dei batteri, sono in grado di entrare all'interno della cellula. A bassa concentrazione influenzano positivamente il metabolismo (abbassano il GSH, aumentano la produzione di ATP e di 2,3 DPG) e nelle cellule immunocompetenti regolano il rilascio di citochine. Ad elevate concentrazioni reagiscono con le membrane, attivando ed esaurendo le difese antiossidanti ed in tal modo distruggendo i patogeni.

Alcuni autori hanno osservato un effetto cicatrizzante *in vivo* ed antimicrobico *in vitro* e *in vivo* dell'olio ozonizzato. Altri hanno riscontrato che l'olio di girasole ozonizzato è attivo *in vitro* nei confronti di diversi batteri, perlopiù isolati da infezioni cutanee e resistenti ai  $\beta$ -lattamici, alla vancomicina ed alla gentamicina. Gli acidi grassi insaturi (PUFA) sono indicati nel trattamento delle malattie gastrointestinali, grazie alla loro attività antinfiammatoria; questa è dovuta all'elevata concentrazione di ecosanoidi con proprietà inibenti maggiori nei confronti delle PGFE<sub>3</sub> e dei leucotrieni B<sub>5</sub> e minori sulle PGFE<sub>2</sub> e sui leucotrieni B<sub>4</sub>.

Esistono anche evidenze dell'effetto inibitorio dei PUFA sulla crescita di *H. pylori*. La terapia antibiotica per il trattamento dell'infezione da *H. pylori* si associa frequentemente ad effetti collaterali, ridotta compliance e resistenza al metronidazolo. Perciò, i derivati dell'ozonizzazione dei PUFA possono rappresentare un'alternativa terapeutica.

Nella gastrite sperimentale i PUFA ozonizzati associati ai lactobacilli (*L. gasseri*, *L. acidophilus jejuni*, *L. sporogenes* e *B. bifidus*), denominati CP, alla dose 15,8mg/kg, hanno prevenuto significativamente la formazione delle lesioni indotte dallo stress associato all'assunzione di ASA. L'effetto protettivo del CP si è osservato in tutti i livelli di lesione gastrica e si è dimostrato significativamente più efficace della cimetidina e del placebo, suggerendo che il prodotto previene la rottura della barriera mucosale.

Il CP (DE50) non ha evidenziato effetti sulla permeabilità indotta dall'istamina, quindi non sembra stimolare la secrezione gastrica. Pertanto il CP aggraverebbe l'iperacidità presente nei pazienti affetti da ulcera duodenale o prepilorica.

I risultati dei test di sensibilità indicano *H. pylori* come il microorganismo più sensibile all'olio ozonizzato, alla concentrazione di 8.4 mg, seguito da *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus epidermidis*. Il più resistente si è rivelato *Proteus mirabilis*.

La concentrazione di 1.68 mg di olio ozonizzato ha presentato un alone paragonabile allo metronidazolo (>80mm). *P. aeruginosa* e *C. albicans* hanno mostrato una sensibilità intermedia, mentre *S. typhimurium* e *E. coli* hanno evidenziato la maggior resistenza all'olio. La concentrazione battericida minima (MBCs) è stata determinata soltanto per *S. typhimurium* e per *C. albicans*, perchè l'olio ha inibito completamente la crescita degli altri ceppi già nella prima concentrazione utilizzata (3.5 mg/mL).



## **QUARTA SESSIONE**

### ***FORUM:***

### ***LA TERAPIA DELLA STIPSI IN AGOPUNTURA E MNC: I DIVERSI APPROCCI E LA LORO INTEGRAZIONE CON LE CURE CONVENZIONALI***







## **Piero Ettore Quirico: L'Agopuntura nella terapia della stipsi**

*Direttore Scuola Agopuntura C.S.T.N.F. - Torino*

I quadri sindromici più frequenti descritti dalla Medicina Cinese sono i seguenti:

### **Quadri di eccesso**

#### **1. Stipsi da accumulo di Calore nello Stomaco e negli Intestini**

Feci dure, secche, evacuazione difficoltosa. Sete, urina scarsa e giallastra, a volte algie addominali e meteorismo, alitosi, agitazione, insonnia. *Lingua:* arrossata, con patina gialla e appiccicosa o secca. *Polso:* rapido, scivoloso.

#### **2. Stipsi da stasi di Qi**

Difficoltà di evacuazione, ma con stimolo persistente. Distensione addominale ed ipocondriaca, meteorismo, eruttazioni, algie e masse addominali con localizzazione non fissa, inappetenza, nausea. Feci caprine, ma non eccessivamente secche; tensione emotiva, depressione, acrimonia, turbe del sonno. *Lingua:* normale, oppure violacea/arrossata sui bordi, patina a volte appiccicosa. *Polso:* a corda.

### **Quadri di deficit**

#### **3. Stipsi da deficit di Qi**

Feci non dure e secche, presente lo stimolo alla defecazione, ma questa spesso è difficoltosa; dopo l'evacuazione il paziente può accusare astenia e dispnea da sforzo. Possibilità di altri sintomi generali di deficit di *Qi* (astenia, stanchezza, inappetenza, amnesia, ipodinamia, ecc.). *Lingua:* lievemente pallida. *Polso:* debole, molle.

#### **4. Stipsi da deficit di Sangue**

Le feci sono secche, perché il deficit di Sangue comporta anche in certa misura carenza di *Yin*, e l'evacuazione spesso è difficoltosa e spossante. Altri sintomi sono: astenia e pallore di grado medio-elevato, vertigini, stordimento, turbe del visus, palpitazioni, ansia, insonnia, amenorrea. *Lingua:* pallida. *Polso:* debole, vuoto.

#### **5. Stipsi da deficit di Yang (freddo interno)**

Assenza di stimolo all'evacuazione, sensazione di freddo all'addome ed in regione lombare, gambe molli, lombalgie, vertigini, acufeni, astenia, urina chiara ed abbondante. *Lingua:* pallida, umida, spesso priva di patina. *Polso:* debole, lento, profondo.

**Punti comuni per eccesso e deficit:** ST 25, BL 25, CV 6, ST 36.

**Eccesso - punti comuni:** TE 6, SP 6.

**Eccesso - punti specifici:** Calore: LI 11, ST 37; Stasi di Qi di Fegato: LR 3, GB 34.

**Deficit - punti comuni:** BL 20, BL 21

**Deficit - punti specifici:** Deficit di Qi: non necessitano punti specifici; Deficit di Sangue: SP 6, CV 4; Deficit di Yang: GV 4, BL 23.



## **Aberto Magnetti: L'Omeopatia nella terapia della stipsi**

*Docente Scuola Medica Omeopatica Hahnemanniana di Torino - FIAMO-SIMO*

I consumatori di purganti o lassativi in Italia sono valutati intorno al 22% della popolazione.

La spinta pubblicitaria e convinzioni dovute a credenza popolare e spesso anche medica, non corrispondenti alla realtà, sono alla base dell'abuso: la prima è che l'evacuazione debba essere quotidiana; la seconda che anche una modica riduzione in frequenza dell'alvo possa dar luogo a disturbi, la terza che la stitichezza derivi generalmente da inerzia intestinale o da una eccessiva lunghezza del colon.

- Molte correnti la considerano una patologia squisitamente psicosomatica.
- Recentemente si tende a riconoscere l'importanza di errate abitudini alimentari, in quanto il transito intestinale risulta notevolmente allungato in conseguenza delle abitudini dietetiche occidentali che prediligono cibi raffinati.
- L'ultimo elemento in causa è la vita sedentaria che non facilita la normale cinesi del transito intestinale.

L'omeopatia affronta la patologia stitichezza con un grande numero di rimedi a disposizione del terapeuta, ma l'approccio olistico impone di non dimenticare mai la totalità sintomatologia.

La Medicina Omeopatica non ricerca esclusivamente la soppressione dei sintomi locali ma è volta al miglioramento dello stato generale dell'individuo. Pertanto per affrontare in modo radicale il problema stipsi si dovrà sempre tenere conto dell'individuo "proprietario" di quell'intestino.

Spesso il trattamento omeopatico dell'individuo pur non tenendo conto nella repertorizzazione del sintomo *constipation*, risulta estremamente efficace nel normalizzare il transito intestinale del soggetto, in quanto frutto di un riequilibrio generale della persona.

Comunque, anche la stessa presa del sintomo locale, in omeopatia prevede l'attenzione per i particolari e le modalità.

Potremo allora distinguere rimedi della stitichezza senza stimolo, senza bisogno di evacuare come *Bryonia*, *Graphites*, *Hydrastis*, *Opium*, *Selenium*, oppure rimedi con stimolo inefficace come *Nux Vomica*, *Lycopodium*, *Sulphur*, *Natrum Muriaticum*, *Ammonium Muriaticum*, *Platina*, *Lachesis*, *Ignatia*, *Ambra Grisea*, *Conium*, *Plumbum*, o ancora rimedi relativi alla difficoltà di evacuazione rettale come *Alumina*, *Causticum*, *Medhorrinum*, *Anacadium*, *Sepia* e *Silicea*.



## **Alberto Chiantaretto: L’Ayurveda nella terapia della stipsi** *Responsabile del Programma di ricerca CESMEO per la Medicina Tradizionale Indiana*

Si definisce stipsi il passaggio di piccole quantità di feci dure e secche meno di tre volte alla settimana con difficoltà e anche dolore nell’evacuazione. Altri sintomi sono: la sensazione di gonfiore, di disagio, di pesantezza e di lentezza.

Le cause della stipsi secondo l’Ayurveda sono le seguenti:

- scarso *agni* (scarsa attività enzimatica digestiva)
- alimentazione inadeguata e/o errata
- accumulo di *ama* nell’intestino
- squilibrio del sistema nervoso
- alterazione dei ritmi naturali di vita
- repressione dei bisogni naturali

Azione: repressione dello stimolo spinale, volontario, che agisce sullo sfintere anale; la defecazione in questo caso è solo più comandata dal riflesso parasimpatico sacrale, involontario, molto più debole e meno efficace.

Stipsi con *vata* in eccesso: secchezza del colon e rallentamento della peristalsi.

Stipsi con *pitta* in eccesso: metabolismo troppo alto che fa riassorbire troppa acqua con secchezza delle feci.

Stipsi con *kapha* in eccesso: accumulo di *ama*.

### **Trattamento integrato:**

Correzione delle cause attraverso: alimentazione, abitudini di vita regolari, riequilibrio dei *dosha* alterati (prima correzione da eseguire è la correzione di *vata*, poi quella di *pitta*), non soppressione dello stimolo naturale, esecuzione di alcune *asna* (posizioni di *yoga*), fitoterapia:

Piante carminative, per favorire l’eliminazione dei gas intestinali, e lassative: *Terminalia chebula*, *Glichirizza glabra*, *Ferula nartex*, *Picrorrhiza kurroa*, associate a piante non lassative con azione “*virechan*” per eliminare le tossine dall’intestino.

Comunemente usato in tutti i casi di stipsi non ostinata è il rimedio *Triphala* (tre frutti chiamati mirobalani: *Terminalia chebula*, *Terminalia bellerica*, *Emblica officinalis*), ricchi di Vitamina C, purificanti e leggermente lassativi.



## **Maurizio Grandi: La Fitoterapia nella terapia della stipsi**

Direttore La Torre e Res Pharma - Torino

### **1) Purganti ad azione irritante (antrachinoni)**

Il principio attivo è l'emodine (antrachinone - androne - antramolo):

Cascara sagrada (*Rhamnus purshiana* - ramnacee)

- Droga: corteccia del tronco e dei semi; Habitat: america sett.
- Principi attivi: emodina, acido crisofanico
- Proprietà: efficace nella stipsi abituale, non da assuefazione

Aloe (*A. ferox* - Liliacee)

- Droga: succo estratto dalle foglie; Habitat: la migliore nell'Africa australe
- Principi attivi: Aloine diverse - Aloemodina - Acido crisofanico

Rabarbaro (*Rheum offic. Palmatum*)

- Droga: rizoma raccolto in autunno, meglio prima del risposo della pianta, da piante di 3-8 anni.
- Habitat: Cina e Tibet
- Contenuto: sostanze tanniche - reocrisidina - acido crisofanico - emodina - reina

Cassia o Senna (*Cassia fistola* var.: *Angustifolia* - *Acutifolia* - *Obovata*)

- Droga: fogliolina della foglia composta ed il frutto; Habitat: Africa, Arabia, India
- Principi attivi: Acido crisofanico - Emodina - Antragluosenina - Isoemodina - Olii essenziali

Frangula (*Rhamnus frangula* - ramnacee)

- Droga: corteccia raccolta in aprile-maggio, seccata al sole e usata dopo 2 anni
- Habitat: frequente nell'Italia settentrionale
- Principi attivi: derivati dell'Antrachinone - frangulina - gomme

Spino cervino (*Rhamnus cathartica*)

- Droga: bacca fresca o secca; le bacche si fanno essiccare al sole; Habitat: Italia
- Principi attivi: derivati dall'Antrachinone
- Uso: si masticano le bacche fresche o secche in quantità di 10-20

### **2) Droghe ad azione purgativa, oleose (azione irritante)**

Ricino (*Ricinus communis* - l. euforbiacee); Droga: olio dei semi. Habitat: Asia-Africa

- Principi attivi: acido ricinoleico - ricinina - gommoresin

### **3) Droghe ad azione purgativa che aumentano il volume fecale**

Piantaggine (*Plantago lanceolata*); Droga: semi; Habitat: tutta l'Italia;

Lino (*Linum usitatissimum* - l. linacee); Droga: semi; Habitat: dal mare ai monti d'Italia

Psillio - *Plantago psyllium* L.; Droga: semi; Habitat: coste mediterranee dell'Italia (centro-sud)

- Principi attivi: mucillagini al 10%; gomme idrosolubili

Agar-Agar (alga rossa marina); Droga: polvere; Habitat: Giava, Ceylon, Giappone

- Principi attivi: sostanze colloidali che richiamano forti quantità d'acqua

### **4) Droghe lassative con aumento del volume per osmosi**

Frassino (*Fraxinus ornus* L.) Droga: Manna; Habitat: Italia meridionale

Pruno - Droga: frutto secco

Fico - *Ficus carica* L. - Droga: frutto secco

### **5) Purganti salini, che trattengono acqua**