

VII CONVEGNO A.M.I.A.R.

AGOPUNTURA E MNC

IN

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Prospettive di sviluppo nella sanità pubblica

Torino, 24 marzo 2007



a cura di:

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

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

VII CONVEGNO A.M.I.A.R.

Associazione Medica per l'Insegnamento dell'Agopuntura e delle Riflessoterapie

AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Prospettive di sviluppo nella Sanità Pubblica

24 Marzo 2007

**Centro Congressi Unione Industriale Torino
Via Fanti 17, Torino**

Patrocini:

Regione Piemonte

Città di Torino

Ordine dei Medici di Torino

Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche dell'Università 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 ringrazia per il sostegno accordato all'iniziativa:

Consulteam



**VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA
E
MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA**

Prospettive di sviluppo nella Sanità Pubblica

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 - e-mail: cstnf.info@fastwebnet.it

Il Convegno A.M.I.A.R., giunto alla sua settima edizione, si occupa quest'anno dell'applicazione dell'Agopuntura e delle altre Medicine non Convenzionali in Ginecologia ed Ostetricia e del loro recepimento all'interno del percorso normativo.

Le irregolarità del ciclo mestruale e l'amenorrea riducono considerevolmente la fertilità della popolazione femminile, mentre la dismenorrea e la sindrome premestruale peggiorano per alcuni giorni al mese la qualità della vita di molte donne. Altrettanto diffusa è la sindrome climaterica, che spesso non si limita a fastidiose vampate con sudorazione, ma comprende anche un'intensa sintomatologia psichica, viscerale e somatica.

Vi è una crescente evidenza del notevole impatto delle MnC su tutte queste condizioni patologiche.

Anche il campo dell'Ostetricia offre numerose possibilità di intervento ad Agopuntura e MnC, dal momento che nel periodo gravidico, soprattutto nella sua prima parte, molti farmaci sono controindicati o sconsigliati. In questo caso terapie naturali di provata efficacia e prive di effetti collaterali possono risolvere molti problemi di salute, senza mettere in pericolo il nascituro.

Tra queste citiamo l'impiego dell'Agopuntura nella nausea e vomito gravidici, nelle lombosciatalgie degli ultimi mesi di gestazione e nell'ipogalattia del puerperio. L'Agopuntura può inoltre essere impiegata nel rivolgimento fetale, in caso di presentazione podalica del feto, evitando il ricorso al parto con taglio cesareo, nell'induzione del travaglio e nel periodo espulsivo del parto a scopo analgesico.

Dal 1997 è attivo, presso la Cattedra C di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università di Torino, diretto dalla Prof.ssa Chiara Benedetto, il Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, che collabora per quanto riguarda l'attività clinica e sperimentale con la Scuola di Agopuntura C.S.T.N.F. di Torino, fondata nel 1978.

Nel corso di questi 10 anni il Servizio, oltre a curare migliaia di donne con l'Agopuntura, effettuata in convenzione con il SSR, ha prodotto una sperimentazione scientifica, che sarà in parte illustrata nel corso dei lavori.

Nella tarda mattinata si terrà inoltre una tavola rotonda nel corso della quale si affronterà il tema dell'introduzione delle Medicine non Convenzionali all'interno della Sanità Pubblica. Alcune Regioni, quali Toscana ed Emilia-Romagna, hanno già legiferato in materia ed istituito centri all'interno dei quali Agopuntura, Omeopatia e Fitoterapia vengono erogate direttamente dal SSN e in regime di convenzione, previo pagamento di ticket. La Regione Piemonte ha recentemente inserito nella proposta di Piano Socio Sanitario (2006-2010) una sezione dedicata alle MnC, promuovendone l'osservazione, lo studio e la sperimentazione all'interno del Sistema Sanitario Regionale.

Ai lavori della tavola rotonda interverrà l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte (AReSS) con il suo Direttore Generale Dott. Oscar Bertetto ed il Coordinatore dell'Area Tecnico-Sanitaria Dott. Mario Lombardo; proprio l'AReSS ha ricevuto dalla Regione Piemonte l'incarico di rappresentarla "nelle istruttorie tecniche per la formulazione di proposte di nuovi percorsi di Medicina non Convenzionale" ed ha recentemente provveduto all'istituzione di un "Tavolo Tecnico" di supporto alla sua azione, comprendente esperti qualificati nella materia e personale amministrativo.

PROGRAMMA DEI LAVORI

Ore 9,00

INTERVENTO DEL PRESIDENTE FNOMCEO

La posizione della FNOMCEO riguardo alle Medicine non Convenzionali

A. Bianco

Ore 9,15

LEZIONE MAGISTRALE

Il ciclo mestruale: meccanismi di regolazione ed alterazioni funzionali

M. Massobrio

Ore 9,45

AGOPUNTURA E MNC NEI DISTURBI DEL CICLO MESTRUALE

Moderatori: G.B. Allais, A. Rebuffi

Fisiopatologia del ciclo mestruale in Medicina Cinese

P.E. Quirico

L'Agopuntura nelle irregolarità del ciclo mestruale: approccio terapeutico ed evidenze cliniche

G. Lupi

L'Omeopatia nelle irregolarità del ciclo mestruale: approccio terapeutico ed evidenze cliniche

A. Magnetti

La Fitoterapia nelle irregolarità del ciclo mestruale: approccio terapeutico ed evidenze cliniche

M. Grandi

Trattamento in Agopuntura dell'Amenorrea secondaria: studio osservazionale

P. Schiapparelli

Discussione

Ore 12,00

TAVOLA ROTONDA

AGOPUNTURA E MNC NELLA SANITÀ PUBBLICA: ATTIVITÀ NELLE VARIE REGIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Moderatori: O. Bertetto, P.E. Quirico

I progetti legislativi nazionali

C.M. Giovanardi

La MnC in Toscana e nelle altre regioni italiane: progetti attuati e prospettive future

E. Rossi

Il Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia dell'ASO OIRM - S. Anna: dieci anni di esperienza nell'erogazione di prestazioni di MnC con il SSR piemontese

G.B. Allais

Ruolo dell'AReSS nella programmazione regionale ed in particolare nel settore delle MnC

M. Lombardo

Discussione

Ore 14,20

***AGOPUNTURA E MNC NELLA TERAPIA DELLA SINDROME CLIMATERICA:
MODALITÀ TERAPEUTICHE ED EVIDENZE CLINICHE***

Moderatori: M. Grandi, A. Mautino

Applicazioni della Medicina Ayurvedica nella sindrome climaterica

A. Chiantaretto

L'Agopuntura nella sindrome climaterica: una tesi di laurea in Medicina e Chirurgia

I. Castagnoli Gabellari

Importanza della sinergia degli acidi grassi Omega 3,6,9 con gli enzimi dell' estratto secco di Dioscorea titolata in diosgenina nella prevenzione e cura dei disturbi della menopausa

G. Gerber

L'Omeopatia nella sindrome climaterica: modalità terapeutiche ed evidenze cliniche

A. Rebuffi

La Farmacoterapia Cinese nella sindrome climaterica: modalità terapeutiche e meccanismi d'azione

A. Zanotto

Discussione

Ore 16,30

IMPIEGO DI AGOPUNTURA E MNC IN GRAVIDANZA

Moderatori: G. Lupi, A. Magnetti

Iperemesi gravidica: confronto tra Agopuntura e approccio farmacologico

I. Neri

Impiego dell'Osteopatia nella sciatica in corso di gravidanza

F. Mautino

Impiego dell'Agopuntura nell'ipogalattia: sperimentazione clinica

G. Airola

Impiego della Fitoterapia nei disturbi della gravidanza

G. Denzio

17,50 Discussione

Ore 18,00-18,15

Compilazione questionario ECM.

RELATORI E MODERATORI:

Dott.ssa Gisella Airola

Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino - CSTNF, Torino

Dott. Giovanni Battista Allais

Responsabile del Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino

Prof.ssa Chiara Benedetto

Direttore della Cattedra C di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università di Torino

Dott. Oscar Bertetto

Direttore Generale dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte - AReSS

Dott. Amedeo Bianco

Presidente FNOMCEO, Presidente dell'Ordine dei Medici di Torino

Dott.ssa Ilaria Castagnoli Gabellari

Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino - CSTNF, Torino

Dott. Alberto Chiantaretto

Responsabile scientifico del Centro di Cultura Ayurvedica "Abbhayya dana", Torino

Dott.ssa Ghisleine Gerber

Université de la Méditerranée, Marseille, France

Dott. Carlo Maria Giovanardi

Presidente FISA - Federazione Italiana Società di Agopuntura

Dott. Giusi Denzio

Docente del Corso di Fitoterapia La Torre, Torino

Dott. Maurizio Grandi

Direttore Centro La Torre, Torino

Dott. Mario Lombardo

Coordinatore Area Tecnico-Sanitaria dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte - AReSS

Dott. Giuseppe Lupi

Docente della Scuola di Agopuntura CSTNF, Torino

Dott. Alberto Magnetti

Direttore della Scuola Medica Omeopatica Hahnemanniana, Torino

Prof. Marco Massobrio

Direttore del Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche dell'Università di Torino

Dott. Fulvio Mautino

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

Dott.ssa Isabella Neri

Ricercatore Dipartimento Integrato Materno-Infantile dell'Università di Modena e Reggio Emilia

Dott. Piero Ettore Quirico

Direttore della Scuola di Agopuntura CSTNF, Torino - Segretario Nazionale FISA

Dott.ssa Armida Rebuffi

Direttore del Dipartimento Formazione F.I.A.M.O.

Dott. Elio Rossi

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

Dott.ssa Paola Schiapparelli

Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino - CSTNF, Torino

Dott. Andrea Zanotto

Docente in Farmacoterapia Cinese - CSTNF, Torino

INDICE

AGOPUNTURA E MNC NEI DISTURBI DEL CICLO MESTRUALE

Il ciclo mestruale: meccanismi di regolazione ed alterazioni funzionali M. Massobrio.....	<i>pag. 13</i>
Fisiopatologia del ciclo mestruale in Medicina Cinese P.E. Quirico	<i>pag. 17</i>
L'Agopuntura nelle irregolarità del ciclo mestruale: approccio terapeutico ed evidenze cliniche G. Lupi.....	<i>pag. 21</i>
L'Omeopatia nelle irregolarità del ciclo mestruale: approccio terapeutico ed evidenze cliniche A. Magnetti.....	<i>pag. 23</i>
La Fitoterapia nelle irregolarità del ciclo mestruale: approccio terapeutico ed evidenze cliniche M. Grandi	<i>pag. 25</i>
Trattamento in Agopuntura dell'Amenorrea secondaria: studio osservazionale P. Schiapparelli.....	<i>pag. 27</i>

AGOPUNTURA E MNC NELLA SANITÀ PUBBLICA: ATTIVITÀ NELLE VARIE REGIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Intervento del Presidente FISA - Federazione Italiana Società di Agopuntura C.M. Giovanardi.....	<i>pag. 31</i>
La MnC in Toscana e nelle altre regioni italiane: progetti attuati e prospettive future E. Rossi.....	<i>pag. 33</i>
Il Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia dell'ASO OIRM - S. Anna: dieci anni di esperienza nell'erogazione di prestazioni di MnC con il SSR piemontese G. Allais.....	<i>pag. 35</i>
Ruolo dell'ARESS nella programmazione regionale ed in particolare nel settore delle MnC M. Lombardo.....	<i>pag. 37</i>

AGOPUNTURA E MNC NELLA TERAPIA DELLA SINDROME CLIMATERICA: MODALITÀ TERAPEUTICHE ED EVIDENZE CLINICHE

Applicazioni della Medicina Ayurvedica nella sindrome climaterica A. Chiantaretto.....	<i>pag. 41</i>
L'Agopuntura nella sindrome climaterica: una tesi di laurea in Medicina e Chirurgia I. Castagnoli Gabellari.....	<i>pag. 43</i>
Importanza della sinergia degli acidi grassi Omega 3,6,9 con gli enzimi dello estratto secco di Dioscorea titolata in diosgenina nella prevenzione e cura dei disturbi della menopausa G. Gerber.....	<i>pag. 45</i>
L'Omeopatia nella sindrome climaterica: modalità terapeutiche ed evidenze cliniche A. Rebuffi.....	<i>pag. 47</i>
La Farmacoterapia Cinese nella sindrome climaterica: modalità terapeutiche e meccanismi d'azione A. Zanotto.....	<i>pag. 49</i>

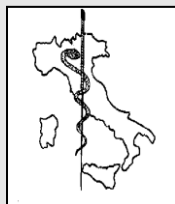
IMPIEGO DI AGOPUNTURA E MNC IN GRAVIDANZA

Iperemesi gravidica: confronto tra Agopuntura e approccio farmacologico I. Neri.....	<i>pag. 53</i>
Impiego dell'Osteopatia nella sciatica in corso di gravidanza F. Mautino.....	<i>pag. 55</i>
Impiego dell'Agopuntura nell'ipogalattia: sperimentazione clinica G. Airola.....	<i>pag. 57</i>
Impiego della Fitoterapia nei disturbi della gravidanza G. Denzio.....	<i>pag. 59</i>

Atti del convegno



***AGOPUNTURA E MNC
NEI DISTURBI DEL CICLO MESTRUALE***



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 se ne 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 nazionale multi-centrico 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.



Il ciclo mestruale: meccanismi di regolazione ed alterazioni funzionali

Marco Massobrio, R. De Fazio, M. Gheorghe, A.S. Pertusio, F. Possavino, V. Rovei
Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche, Università di Torino

La funzione riproduttiva nella donna è regolata dall'interazione tra sistema nervoso e sistema endocrino attraverso il normale funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio (AIIO).

L'ipotalamo mediobasale rappresenta il trasduttore tra il segnale nervoso ed il segnale endocrino. Quest'area del cervello che sintetizza e rilascia nel circolo portale ipofisario in modo pulsatile il GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*), prende il nome di *GnRH pulse generator*. Fisiologicamente, nella donna in età fertile, il rilascio di GnRh nel circolo portale ipofisario, avviene ogni 60-90 minuti.

Il resto del sistema nervoso condiziona le caratteristiche del pattern secretivo dei neuroni peptidergici dell'ipotalamo mediobasale mediante l'azione di diversi neurotrasmettitori e neuropeptidi (dopamina, β -endorfine, GABA, melatonina, neuropeptide Y ad azione inibente; noradrenalina, serotonina, leptina ad azione stimolante).

L'organo bersaglio principale del GnRH è l'ipofisi anteriore, dove svolge la sua azione di regolazione di sintesi, stoccaggio e secrezione con pattern pulsatile delle gonadotropine ipofisarie (ormone follicolo-stimolante: FSH, ormone luteotropo: LH).

Le gonadotropine vengono secrete secondo un pattern pulsatile circaorario che varia in funzione della fase del ciclo ovarico.

Nella donna le gonadotropine regolano il processo di selezione, sviluppo e maturazione dei follicoli ovarici.

All'inizio del ciclo ovarico, dosi incrementali di FSH stimolano la selezione di una coorte di follicoli antrali (circa 400-500 per ciclo) che crescendo esprimeranno quantità differenti di recettori per l'FSH. Solo quelli che ne esprimeranno una quantità sufficiente, continueranno il processo maturativo; la maggior parte invece andrà incontro ad atresia. Il reclutamento follicolare è caratterizzato dall'aumento di volume dell'ovocita, dalla proliferazione delle cellule della granulosa che circondano l'ovocita stesso e dalla

formazione di gap junction tra ovocita e cellule della granulosa che stimolano la riattivazione del ciclo cellulare. Allo stesso tempo le cellule stromali più esterne si differenziano in strati concentrici: teca interna (con attività endocrina) e teca esterna. Sotto stimolo dell'LH la teca interna produrrà androgeni, convertiti poi in estrogeni dalle cellule della granulosa ad opera dell'aromatasi la cui attività viene stimolata dall'FSH (*two cells concept*). Il ruolo degli androgeni nello sviluppo follicolare è complesso: se infatti la loro concentrazione è elevata, si crea un microambiente sfavorevole alla maturazione follicolare che comporterà l'atresia del follicolo stesso. Viceversa a basse concentrazioni gli androgeni stimolano l'attività aromatasica FSH-dipendente e la conseguente maturazione follicolare verso forme sempre più mature.

Normalmente, durante il ciclo ovarico si seleziona un solo follicolo dominante, in grado di arrivare alla maturazione finale (follicolo pre-ovulatorio di De Graaf). I livelli plasmatici periferici di estradiolo aumentano in modo costante rispondendo allo stimolo dell'FSH; sull'ipofisi invece, l'aumento dell'estradiolo provoca la soppressione del rilascio di FSH che ha la funzione di impedire l'ulteriore sviluppo di quei follicoli dotati di pochi recettori per l'FSH e quindi operare la selezione del follicolo dominante. Contemporaneamente al calo dell'FSH, l'incremento dell'estradiolo provoca un feed back positivo a livello ipofisario con aumento di rilascio di LH che stimola la produzione di androgeni nelle cellule della teca interna (fase follicolare tardiva).

La sempre maggiore concentrazione di estradiolo, determina la secrezione di elevate quantità di LH (picco preovulatorio) provocando lo scoppio del follicolo dominante (ovulazione) e la luteinizzazione delle cellule della granulosa con la produzione di progesterone. Prima della rottura del follicolo, i capillari penetrano all'interno della granulosa (stimolo angiogenetico dell'VEGF regolato dall'LH), giungendo all'interno del follicolo che si riempie di sangue.

Il progesterone agisce sinergicamente ad estradiolo ed inibina-A (peptide prodotto dalle cellule della granulosa ad attività inibente sull'FSH) con un feed-back negativo sia localmente che centralmente inibendo nuovi accrescimenti follicolari. Il corpo luteo si deteriora rapidamente 9-11 giorni dopo l'ovulazione, se non si instaura la gravidanza.

La caduta dei livelli circolanti di inibina-A rimuove l'effetto inibitorio sulla secrezione ipofisaria di FSH mentre il calo degli steroidi ovarici permette il progressivo aumento della secrezione pulsatile di GnRH permettendo l'inizio di un nuovo ciclo ovarico (transizione luteo-follicolare).

Le modificazioni cicliche che avvengono a livello uterino rispecchiano l'andamento ormonale dell'AIO. In fase follicolare, sotto stimolo degli estrogeni, l'endometrio si inspessisce formando strutture ghiandolari che si fanno sempre più sinuose, l'epitelio

assume un aspetto a palizzata e nel suo contesto decorrono vasi a struttura spiraliforme (fase proliferativa, aspetto ecografico ipocogeno, trilaminare). Nei confronti del miometrio, l'estradiolo induce la sintesi proteica stimolando l'attività contrattile delle fibre muscolari lisce.

Con l'ovulazione iniziano diverse modificazioni a carico dell'endometrio: le cellule endometriali si presentano voluminose con granuli di glicogeno in sede apicale (fase secretiva); le ghiandole sono sempre più tortuose, dotate di vasi spiraliformi (aspetto ecografico iperecogeno) e la formazione di numerose anastomosi artero-venose; i fibroblasti diventano estremamente edematosi. A livello miometriale, prevarrà ora l'azione miorelassante del progesterone.

La caduta degli ormoni sessuali, operatasi durante la luteolisi, è la causa primitiva del sanguinamento mestruale determinata dalla degenerazione dell'endotelio vasale delle arterie spirali e lo sfaldamento del tessuto endometriale in cavità (fase desquamativa). Lo sfaldamento è un fenomeno rapido (circa 20 ore). La variabilità della durata del flusso può dipendere da: asincronia tra delle varie parti dell'endometrio, tempo di dissoluzione della massa ematica in cavità, durata del sanguinamento dei vasi venosi beanti dalla superficie di sfaldamento.

I meccanismi di controllo del sanguinamento mestruale coinvolgono la formazione di trombi piastrinici e la vasocostrizione (mediata dagli eicosanoidi, principalmente $PGF_{2\alpha}$ e TXA_2) dei vasi beanti. Inoltre il sangue mestruale contiene sostanze ad azione epario-simile e fibrinolitica che esplicano la funzione di liquefare e dissolvere il tessuto necrotico. La completa riepitelizzazione, conseguente al nuovo stimolo estrogenico, coincide con l'arresto del flusso mestruale.

Le cause che possono comportare la disregolazione dell'AIO possono essere classificate in base all'insorgenza (primarie o secondarie a seconda che sia avvenuto il menarca oppure no), in base alla sede del blocco (centrale: cause ipotalamiche ed ipofisarie; periferica: cause ovariche o da anomalie delle vie di deflusso: congenite e acquisite), forme funzionali o organiche (neoplastiche e non).

I quadri clinici secondari al non corretto funzionamento dell'AIO sono molteplici e comprendono l'assenza del flusso mestruale (amenorrea), la sua comparsa solo sporadica (oligomenorrea), la presenza di flussi mestruali estremamente ravvicinati (polimenorrea) o la comparsa di perdite ematiche intermestruali (spotting).

Le principali patologie che supportano tali quadri clinici sono: amenorrea ipotalamica secondaria a stress/perdita di peso/post-pillola, oligomenorrea secondaria alla sindrome dell'ovaio policistico.

Le diverse forme di amenorrea ipotalamica possono ricondursi tutte all'attivazione di circuiti neuroendocrini che inibiscono la secrezione pulsatile del GnRH: aumento del tono oppioide endogeno con attivazione dell'asse ipofisi-surrene che fa capo al CRH (Corticotropin Releasing Hormone) e dell'aumento della secrezione di prolattina. Nelle forme di amenorrea ipotalamica da calo ponderale si associa anche il possibile depauperamento di aminoacidi essenziali per la sintesi dei neurotrasmettitori (triptofano e tirosina) oltre all'aumento degli acidi grassi liberi (FFA: free fat acid) che vanno a competere con gli stessi aminoacidi per le proteine trasportatrici attraverso la barriera ematoencefalica.

La sindrome dell'ovaio policistico è invece la causa più frequente di oligo-amenorrea. E' infatti definita dalla presenza di almeno 2 dei seguenti criteri: anovularietà cronica, ovaie policistiche (≥ 12 microfollicoli in ciascun ovaio e/o aumento del volume ovarico, $> 10\text{ml}$) ed iperandrogenismo clinico (acne/irsutismo) o laboratoristico (aumento degli androgeni circolanti: testosterone libero, DHEAS, androstendione). Spesso si associa ad iperinsulinismo che peggiora ulteriormente la ciclicità mestruale andando ad interferire con il processo ovulatorio. L'insulina agisce direttamente sull'ovaio a livello della teca interna aumentando la sintesi di androgeni e sulla granulosa aumentando l'attività aromatasica, centralmente aumentando la frequenza dei pulse di rilascio dell'LH ed in periferia a livello epatico inibendo la sintesi di SHBG (sex hormone binding globulin) ed aumentando di conseguenza la quota di androgeni circolanti liberi e metabolicamente attivi.

A questi quadri clinici si possono aggiungere condizioni parafisiologiche come la dismenorrea primaria (dolore durante il flusso mestruale) che trova il suo meccanismo patogenetico principale nell'ipercontrattilità e nell'ischemia miometrale in rapporto con una aumentata produzione endometriale di prostaglandine (soprattutto $\text{PGF}_{2\alpha}$) e la sindrome premestruale che invece riconosce meccanismi patogenetici complessi e non ancora del tutto chiariti della bilancia ormonale con interessamento del sistema renina-angiotensina, di mediatori sinaptici e trasduttori peptidergici come le beta-endorfine.



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

Fisiopatologia del ciclo mestruale in Medicina Cinese

Piero Ettore Quirico

Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino - Segretario Nazionale FISA

Visiting Professor at Nanjing University of Chinese Medicine, II Clinical Medical College

Fin dall'antichità la Medicina Tradizionale Cinese si è occupata della fisiopatologia del ciclo mestruale e delle sue relazioni con la fertilità e la salute della donna.

Nel più antico testo di Agopuntura pervenutoci, il *Huangdi Neijing Suwen* del II secolo a. C., nella parte che descrive i ritmi vitali della donna, si legge: “a 7 anni il Qi del Rene abbonda, cambiano i denti e si allungano i capelli, a 14 anni sopraggiunge la fecondità, Renmai funziona pienamente, mentre il potente Chongmai prospera: il mestruo arriva regolarmente e può generare, a 21 anni il Qi del Rene si mantiene vigoroso e spuntano i denti del giudizio, a 28 anni muscoli e ossa sono sodi, i capelli al massimo della lunghezza, il corpo è nella sua piena forza, a 35 anni Yangming deperisce, il viso comincia ad avvizzire ed i capelli a cadere, a 42 anni i meridiani yang perdono vigore a livello del viso, che avvizzisce del tutto, ed i capelli incanutiscono, a 49 anni Renmai è vuoto, Chongmai declina e si riduce, la fecondità è esaurita, le vie sotterranee sono interrotte, il corpo deperisce e non può più generare”.

Questa descrizione dello sviluppo e del successivo declino della fisiologia riproduttiva della donna, che è ritmata dal numero 7 (il ciclo mestruale ed il mese lunare contano 28 giorni, divisibili in 4 fasi o settimane) non rappresenta un fatto isolato: la Medicina Cinese ha infatti riservato, nel corso della sua storia, una grande attenzione ai problemi ginecologici ed ostetrici, dedicando loro numerosi testi specifici ed interi capitoli all'interno di importanti trattati di Medicina Interna. Ciò deriva dal fatto, oggi spesso dimenticato, che lo scopo principale di una specie, quella umana inclusa, è quello di assicurarsi una continuità attraverso la riproduzione, sia come collettività, che come singolo nucleo familiare. I disturbi e le patologie che ostacolano la riproduzione spesso causano apprensione ed infelicità alla donna ed al suo compagno e costituiscono un problema non solo sanitario, ma anche sociale.

La funzione degli organi interni nella regolazione del ciclo mestruale

La Medicina Cinese collega utero e ciclo mestruale in particolare ai seguenti organi:

- il Rene, che controlla l'apparato riproduttore
- la Milza, che produce il sangue a partire dagli alimenti e lo rende disponibile per il Fegato
- Il Fegato, che fornisce il sangue all'utero, il quale lo utilizza per nutrire il feto oppure per dar vita al flusso mestruale
- Il Cuore, che dirige il sangue verso l'utero.

In quest'ottica, l'organo del Rene è assimilabile ad un insieme fisiologico che comprende gli organi genitali interni (in particolare utero ed annessi) ed il loro controllo endocrino, rappresentato dall'asse ipotalamo-ipofisario-gonadico (-surrenale). La carenza o l'esaurimento funzionale di quest'organo possono provocare infertilità, aborti ripetuti, amenorrea primaria, oligomenorrea e menopausa anticipata, in questo caso dovute a debolezza costituzionale congenita o acquisita.

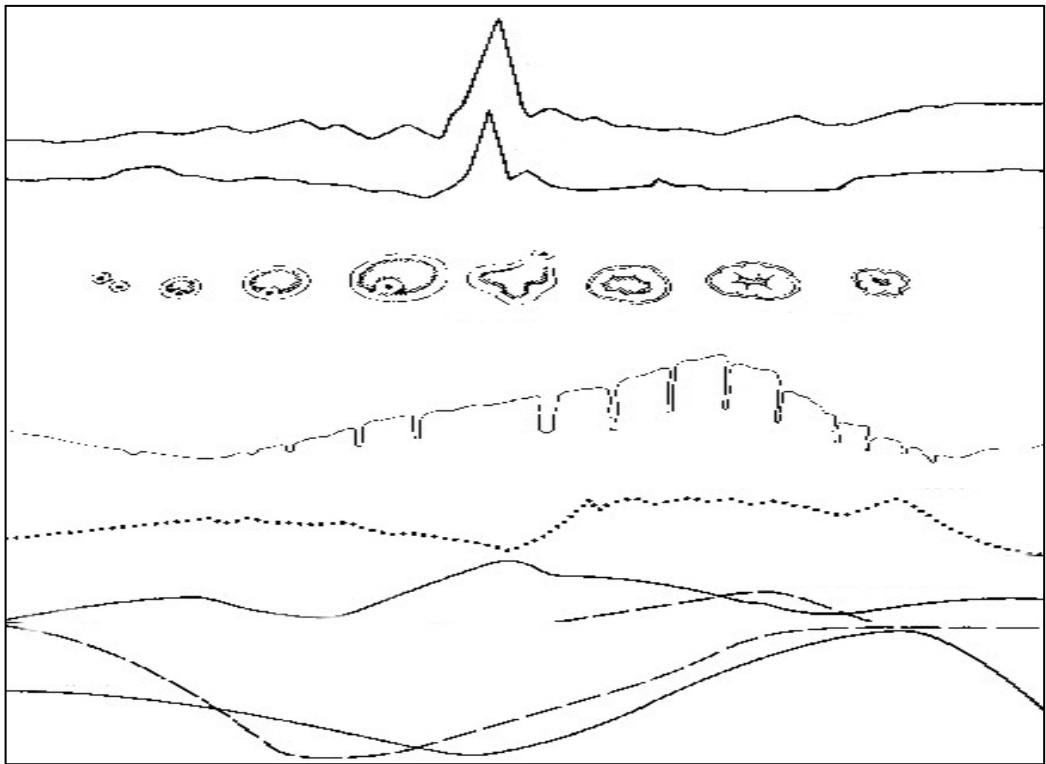
La Milza, cui la MTC attribuisce la funzione digestiva e di assorbimento, ha invece il compito di assicurare trofismo a tutto l'organismo attraverso la produzione del sangue. La riproduzione necessita da parte della donna di particolare vigore fisico e di abbondanza di sangue, per consentire la crescita del feto; una carenza di questo elemento rende difficile non solo la prosecuzione della gravidanza, ma il concepimento stesso. Infatti l'eccessiva magrezza dovuta ad anoressia o scarsa alimentazione spesso provocano amenorrea ed infertilità. La Medicina Cinese assegna inoltre alla Milza il compito di *mantenere il sangue dentro i vasi*, per cui una carenza di questa funzione può provocare spotting, metrorragia o polimenorrea.

Il Fegato, secondo la MTC, ha il compito di *regolare l'armonioso flusso del Qi*, ovvero le funzioni neurovegetative centrali che regolano l'asse ipotalamo-ipofisario e l'intera vita vegetativa dell'organismo e di *dispensare il sangue all'utero* per nutrire il feto o per dar vita al flusso mestruale, come già detto. È però anche l'organo che presiede alla vita emotiva, che è in grado, se troppo intensa o caotica, di turbarne profondamente la funzione generale. In tal caso, il *Qi del Fegato* non è più in grado di regolare armoniosamente le funzioni endocrine (asse ipotalamo-ipofisi-gonadico) e di fornire il sangue all'utero quando necessita in maggior quantità. Ne risultano turbe del ciclo e del flusso mestruale (amenorrea, oligomenorrea, dismenorrea, sindrome premenstruale, ecc.), che in questo caso la Medicina Occidentale definisce "psicogene", imputandole all'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisario. La tensione emotiva, che corrisponde alla *stasi di Qi di Fegato*, spesso produce *calore interno*, fattore in grado di provocare non solo turbe emotive (agitazione, ansia, insonnia, attacchi di panico, palpitazioni), ma anche polimenorrea, metrorragia e spotting, che in questo caso avrebbero la stessa causa delle patologie prece-

dentemente descritte, ma sintomatologia alquanto diversa.

Il Cuore è l'organo centrale nella fisiologia della MTC: governa il sangue ed i vasi di tutto l'organismo ed è sede della mente. Nei testi che descrivono i meridiani di Agopuntura figura il vaso *Baomai*, che permette al Cuore di dirigere il sangue verso l'utero: questo legame sottintende l'influenza delle condizioni psico-emotive sul flusso mestruale e sulla regolarità del ciclo. Il meridiano del Cuore è accoppiato con quello di Intestino Tenue, che è invece connesso con il seno e con la lattazione.

Principi terapeutici delle irregolarità del ciclo mestruale



<i>mestruale</i>	<i>post-mestruale</i>	<i>intermestruale</i>	<i>premenstruale</i>
sfaldamento	proliferativa	ovulatoria	secretiva
movimento xue	carenza yin/xue	risalita yin/xue	risalita yang/ qi Fegato
muovere/frenare xue	nutrire yin/xue	nutrire jing	rinforzare yang/qi Fegato

Fig. 1 - Fisiologia del ciclo mestruale secondo la Medicina Cinese e strategia terapeutica da adottarsi nelle sue quattro fasi

La descrizione del ciclo mestruale effettuata dalla Medicina Cinese è sorprendente-

mente sovrapponibile a quella che troviamo sui testi moderni di endocrinologia: vi sono infatti descritte quattro fasi, corrispondenti a quella mestruale, post-mestruale, ovulatoria e pre-mestruale, ognuna delle quali è caratterizzata da ben precise variazioni ormonali e fisiologiche. Nel trattamento delle irregolarità del ciclo mestruale è quindi importante non solo identificare il quadro clinico alla base del disturbo, ma anche intervenire in modo preciso durante le differenti fasi, attuando un protocollo terapeutico elastico, che sia in grado di adattarsi alle esigenze terapeutiche del momento (v. fig. 1).

Per la trattazione dei quadri clinici di più frequente riscontro nei vari disturbi mestruali e l'illustrazione dettagliata dell'azione dei singoli agopunti rimandiamo ai numerosi testi che trattano in modo specifico questi argomenti (v. bibliografia).

Principali agopunti indicati nelle irregolarità del flusso mestruale

Di seguito sono elencati gli agopunti di più frequente utilizzo nella terapia delle irregolarità del ciclo mestruale, con brevi cenni sulle loro indicazioni cliniche:

- SP 10 *Xuehai* : agisce sull'utero e regola il flusso; *calore, stasi e vuoto di Sangue*
SP 6 *Sanyinjiao* : agisce sull'utero e regola il flusso; *calore, stasi e vuoto di Sangue*
CV 4 *Guanyuan* : agisce sull'utero e regola il flusso; *stasi e vuoto di Sangue*
CV 3 *Zhongji* : agisce sull'utero e regola il flusso;
KI 6 *Zhaohai* : *vuoto di Yin di Rene* - sindrome climaterica, amenorrea, polimenorrea
KI 3 *Taixi* : *vuoto di Yin e Yang di Rene* - regola la funzione riproduttiva
BL 23 *Shenshu* : *vuoto di Yin e Yang di Rene* - regola la funzione riproduttiva
F 3 *Taichong* : *stasi di Qi e vuoto di Sangue di Fegato* - eziologia emotiva
Ex *Zigong* : agisce sull'utero e regola il flusso
SP 8 *Diji* : punto *Xi* (urgenza) - dismenorrea acuta
SP 1 *Yinbai* : *vuoto di Qi di Milza* - metrorragia, polimenorrea, spotting
LR 1 *Dadun* : *calore da stasi di Qi di Fegato* - metrorragia, polimenorrea, spotting
BL 20 *Pishu* : *vuoto di Sangue, rinforza la Milza* - amenorrea, metrorragia
HT 7 *Shenmen* : calma la mente - ansia, agitazione, insonnia
PC 6 *Neiguan* : *stasi di Qi nel Jiao superiore e medio* - distimia, sindrome premenstruale
LR 5 *Ligou* : affezioni degli organi genitali esterni

Bibliografia

1. Maciocia G - Ostetricia e Ginecologia in Medicina Cinese - CEA, Milano 2002
2. Quirico PE - Punti di Agopuntura: Indicazioni cliniche - UTET, Torino 2003
3. Gulì A - Le acque lunari - Xenia Edizioni, Milano 1998
4. Liu GW - Clinical Acupuncture and Moxibustion - Tianjin Science & Technology Translation & Publishing Corporation, Tianjin 1996
5. Shanghai College of Traditional Medicine - Acupuncture, a comprehensive text - Eastland Press, Seattle 1981



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

L'Agopuntura nelle irregolarità del ciclo mestruale: approccio terapeutico ed evidenze cliniche

Giuseppe Lupi

Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino

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

Lo sviluppo della ginecologia nell'ambito della Medicina Tradizionale Cinese (MTC) coincide con la storia stessa di questa disciplina. Già nel più antico testo di MTC a noi pervenuto, il *Huangdi Neijing Suwen*, sono presenti importanti nozioni riguardanti la ginecologia: sono prese in esame le differenze fisiologiche tra uomo e donna e le più importanti patologie legate al ciclo (1). L'Agopuntura ha sempre avuto numerosi campi di applicazione in Ostetricia e Ginecologia e, come conseguenza del suo crescente utilizzo in Occidente, sono iniziati a comparire nelle banche dati internazionali lavori che cercavano di spiegarne il funzionamento basandosi sull'evoluzione scientifica delle discipline mediche, andando oltre le spiegazioni della MTC.

Irregolarità del ciclo: uno dei primi lavori pubblicati sull'argomento fu quello di Aso T. et al. (2) che dimostrò come l'Agopuntura effettuata su CV 3, CV 4 e SP 6 fosse in grado di controllare i livelli plasmatici dei principali ormoni sessuali (FSH, LH, estradiolo e progesterone). Da allora molte conferme sperimentali dell'azione dell'Agopuntura sul controllo dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio si sono susseguite sia nell'uomo che nell'animale (3), dimostrando che la stimolazione di CV 3, CV 4, SP 6 ed Ex *Zigong* era in grado di aumentare in modo significativo rispetto al controllo il rilascio del GnRH.

Infertilità: Negli ultimi 5 anni è aumentato l'uso dell'Agopuntura nella sterilità femminile come adiuvante delle terapie convenzionali nella riproduzione assistita. Dei 4 lavori RCT pubblicati sull'argomento, 3 dimostravano un aumento significativo del numero di gravidanze nel gruppo Agopuntura rispetto al controllo, ma era difficile arrivare a delle conclusioni univoche in quanto i protocolli utilizzati non erano sovrapponibili, non tanto nella scelta dei punti quanto nei tempi in cui veniva effettuata l'Agopuntura (4). In tutti questi studi comunque, si sono ottenuti risultati positivi ed incoraggianti e tutti riguardavano gruppi di studio superiori alle 100 unità.

Un altro studio di Stener-Victorin E. et al. (5) valutò l'efficacia dell'Elettroagopuntura in

24 donne sofferenti della sindrome dell'ovaio policistico con oligo-amenorrea. La percentuale dei cicli ovulatori passò dal 15% del periodo pre-trattamento al 66% nei 3 mesi successivi.

Dismenorrea: in una review di White A.R. (6) vengono analizzati 4 RCT pubblicati dal 1987 al 2002. In tutti questi lavori, dove veniva utilizzata o l'Agopuntura o la pressione dei punti, si sono ottenuti risultati statisticamente significativi in particolar modo nei due trials in cui veniva utilizzata l'Agopuntura. Un ulteriore studio del 2004 di Chen H.M. (7) ha dimostrato l'efficacia della pressione di SP 6 nel trattamento della dismenorrea con la riduzione dei sintomi nell'87% delle 69 donne trattate.

Menopausa: anche se non rientra nelle irregolarità del ciclo mestruale, in MTC i sintomi che ne conseguono vengono correlati a quelli della mancanza del ciclo e vengono trattati con ottimi risultati con l'Agopuntura. Un lavoro RCT di Mary I. (8) dimostra che, dopo una corretta scelta dei punti basata sulla differenziazione dei quadri sindromici, si è ottenuta una diminuzione dell'intensità e del numero di vampate nel gruppo trattato rispetto al controllo, confermando i risultati ottenuti da Kraft (9) in uno studio randomizzato e controllato versus placebo.

L'analisi della letteratura ci ripresenta purtroppo costantemente gli stessi problemi: l'esiguità dei lavori RCT e soprattutto la costante inadeguatezza dei protocolli, ci impedisce di giungere a conclusioni certe sul reale valore terapeutico dell'Agopuntura, ma siamo confortati dal fatto che, in tutti i lavori in cui è stato utilizzato una corretta associazione di punti, si sono ottenuti risultati positivi.

Bibliografia

1. Muccioli M. Ginecologia Cinese. Quaderni di medicina naturale VIII. Supplemento al n° 64 (2) 1996 Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese
2. Aso T. et al. The influence of acupuncture stimulation on plasma levels of LH, FSH, progesterone and estradiol in normally ovulating women. *Am J Chin Med* 1976;4(4):391-401
3. Yang SP. et al. Release of gonadotropin-releasing hormone (GnRH) from the medio-basal hipotalamus induced by electroacupuncture in conscious female rabbit. *Acupunct Electrother Res* 1994 Jan-Mar;19(1):19-27
4. Stener-Victorin E. Use of acupuncture in female infertility and a summary of recent acupuncture studies related to embryo transfer. *Acupuncture in Medicine* 2006;24(4):157-63
5. Stener-Victorin E. et al. Effects of electro-acupuncture on anovulation in women with polycystic ovary syndrome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:180-8
6. White AR. A review of controlled trials of acupuncture for women's reproductive health care. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003;Oct 29(4):233-6
7. Chen HM. Effects of acupressure at the SP 6 point on primary dysmenorrhoea. *Adv Nurs* 2004 Nov;48(4):380-7
8. Mari I. A randomized controlled pilot study of acupuncture for postmenopausal hot flashes: effect on nocturnal hot flashes and sleep quality. *Fertility and Sterility* 2006 Sept;86(3):700-10
9. Kraft K. Effects of a standardized acupuncture treatment on compains, blood pressure and serum lipids of hypertensive, postmenopausal women. *Forsch Complementarmed* 1999 Apr;6(2):74-9



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

L'Omeopatia nella terapia delle irregolarità del ciclo mestruale: approccio terapeutico ed evidenze cliniche

Alberto Magnetti

Direttore Scuola Medica Omeopatica Hahnemanniana, Torino

Presidente dell'Istituto Omiopatico Italiano 1883, Torino

L'approccio terapeutico omeopatico all'irregolarità del ciclo mestruale considera sempre il contesto generale dinamico della persona, le eventuali patologie associate ed elementi esterni che possono intervenire come fattori scatenanti o concause.

La farmacologia omeopatica annovera molti rimedi con tropismo specifico sull'apparato genitale femminile che, se prescritti secondo il principio di similitudine, inducono l'organismo a ristabilire il fisiologico flusso mestruale.

L'obiettivo del terapeuta è quello di indurre nel paziente, attraverso il rimedio omeopatico, una risposta generale dell'organismo che lo riporti ad uno stato di maggior equilibrio e armonia, con la riduzione e scomparsa dei sintomi clinici ed una percezione soggettiva di benessere generale psico-fisico.

L'omeopatia si è fondata sin dall'inizio, sulla sperimentazione. La ricerca clinica controllata condotta con criteri metodologici moderni è tuttavia relativamente recente e le ultime meta-analisi, inclusa quella di un Gruppo di Studio istituito ufficialmente dalla Comunità Europea, indicano che nel loro insieme tutte le ricerche fin qui compiute sono a favore di un effetto terapeutico dell'omeopatia statisticamente distinguibile da quello di un placebo.

In campo ginecologico sono stati pubblicati alcuni lavori sull'applicazione dell'omeopatia nella preparazione al parto in uno studio del gruppo di Dorfman. L'associazione *Caulophyllum-Arnica-Actea racemosa-Pulsatilla-Gelsemium* (tutti i rimedi alla C5, due volte al giorno per tutto il nono mese di gravidanza) è stata confrontata con un placebo in doppio cieco. L'efficacia del trattamento omeopatico risultava evidente, per il fatto che risultavano ridotte la durata del travaglio e la percentuale di distocie.

In un altro studio condotto nell'assistenza al parto, fu somministrato *Caulophyllum C7* durante la fase attiva del travaglio, in un gruppo di madri sane (5 granuli per ora ripetuti per un massimo di 4 ore) (Eid). La durata del travaglio (periodo di dilatazione della

cervice) fu ridotta significativamente nelle donne trattate (227 minuti) rispetto alle donne non trattate (314 minuti), queste ultime facenti parte di una casistica retrospettiva raccolta in modo che fosse compatibile e uniforme con quella del gruppo trattato.

Anche un altro gruppo (Ventoskovskiy) ha riportato dati positivi per l'effetto di un complesso omeopatico (Pulsatilla nigr. 1M, Secale corn. C50, Caulophyllum thalict. C50, Actea rac. C200, Arnica mont. 1M) nella terapia coadiuvante del parto (prevenzione dell'inerzia uterina e riduzione dei fenomeni emorragici).

Risultati degli studi clinici in omeopatia e ginecologia:

Gruppo	N. lavori*	% risultati positivi¹	% risultati negativi²	% risultati dubbi³
Ostetricia e ginecologia	18	56	22	22

- Sicuramente a favore del trattamento omeopatico¹
- Il trattamento non funziona o causa peggioramento²
- Gli autori riportano risultati positivi, ma la statistica non è significativa³.

Nella clinica omeopatica le più comuni irregolarità del ciclo mestruale che possono trovare miglioramento e risoluzione sono:

- Amenorrea
- Polimenorrea
- Oligomenorrea
- Ipomenorrea
- Menometrorragia
- Dismenorrea



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

La Fitoterapia nella terapia delle irregolarità del ciclo mestruale: approccio terapeutico ed evidenze cliniche

Maurizio Grandi

Direttore Centro La Torre, Torino

La regolazione delle funzioni gonadotrope delle donne è sottoposta ad uno dei più raffinati e complessi processi neuroendocrini.

Nel risalire alla fonte, è attualmente il Gn-RH ad assumere il ruolo chiave, a sua volta controllato da: Dopamina, Endorfina, Neuropeptide, Noradrenalina, Gaba e Glutammato.

L'azione concomitante e variabile di questi mediatori determina una secrezione ondulante di Gn-RH (ciclo ultradieno). Stimolate da LH, le cellule della Teca producono androgeni trasformati in estrogeni dalle cellule della granulosa, con capacità aromatizzante, correlata alla produzione di FSH.

Il progesterone è frenato fino alla liberazione di LH, correlato anche all' aumento dei suoi recettori.

La luteinizzazione del follicolo determina un freno dell'aromatasi. Ma anche l'unità teca-granulosa è sottoposta ad una regolazione paracrina ed autocrina complessa, specie sul controllo dell'aromatizzazione (IGF-I ed Angiotensina II), ed il suo malfunzionamento è correlato alle alterazioni nella regolazione di questo meccanismo.

Il mondo vegetale offre opportunità interessanti, nella regolarizzazione di questo meccanismo, ma non ancora sviluppate dal mercato che, per scelte economiche, ha puntato, riduttivamente, ai fitoestrogeni.

Piante ad attività progestinica:

- Alchemilla vulgaris - Alchemilla
- Vitex agnus castus - Agno casto
- Lithospermum officin. Ruderale - Migliarino
- Licium chinese - Licreto
- Pirus malus - Melo
- Salvia officinalis - Salvia
- Achillea millefolium - Achillea
- Symphytum consolida - Grande consolida
- Verbena officinale - Verbena
- Taxus bacata
- Centella asiatica
- Inula

- Santoreggia
- Geranio
- Timo
- Issopo
- Statice

Piante ad attività inibente l'aromatasi

- Epilobio
- Dioscorea

Gli steroli vegetali sono trasformati in saponine, dalle quali viene sintetizzato il Progesterone.

Kramer, Halban, Allen, Doisy Frank, Zondek, arrivano tra il 1900 ed il 1923 ad identificare l' *Estrogeno*, Beard, Fraenkel, Corner e Allen il *Progesterone*.

Dall' inizio del 1950 si individuano piante ricche di steroli estro- e progesto-like.

Ragioni economiche e di brevetto hanno indirizzato le aziende a prodotti di semisintesi, attivi per via orale, ma il progesterone estratto determina un diverso codice con incremento secondario dell'escrezione di aldosterone, non sovrapponibile ad alcuno dei progestinici.

L'opinione attuale, secondo la quale i progestinici di sintesi sono bioequivalenti al progesterone naturale, è un "non senso".

Le stesse controindicazioni riportate sulla scheda tecnica dei progestinici di sintesi sullo sviluppo dell'embrione, per l'impiego in corso di gravidanza, (aborto precoce o della malformazione congenita del feto) ne sono una conferma.

La sostituzione, in C 21 del progesterone ed in C 19 del noretistosterone, determinano configurazioni stechiometriche di progesterone farmaceutico che non appaiono nel processo di biosintesi della forma vivente.

Gli atomi, inseriti in posizioni inabituali, possono determinare inattesi cambiamenti metabolici e prolungare l' attività in tempi e modi differenti rispetto al progesterone secreto.

L'utilizzazione degli steroli "progesterone-like" provenienti dalle piante, le saponine, può essere un vantaggio anche in termini di Farmaco Economia.

Dopo l'idrolisi, le saponine sono trasformate in sapogenine, di cui due varietà (sarsapogenina e diosgenina) sono la principale risorsa del progesterone farmaceutico.

Da queste sapogenine si può produrre progesterone come alternativa a quello sintetizzato a partire dal testosterone, proveniente dall' urina di cavallo.



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

Trattamento in Agopuntura dell'Amenorrea secondaria: studio osservazionale

Paola Schiapparelli[^], P.E. Quirico, G. Airola[^], M.G. Terzi[^], G. Allais [^], C. Benedetto[^]*

[^] Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino

* CSTNF, Torino

In Ginecologia viene definita amenorrea la mancanza totale del flusso mestruale nell'età riproduttiva della donna, in assenza di gravidanza. Essa è suddivisa in Amenorrea primaria e secondaria; nella primaria il flusso mestruale non compare entro i sedici anni, pur in presenza dei caratteri sessuali secondari, nella secondaria si ha la scomparsa delle mestruazioni dopo un periodo di ciclicità mestruale. La durata dell'assenza di flusso è variabile, non essendo strettamente definito un termine temporale. L'attività ciclica mestruale viene determinata dall'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio e dall'integrità anatomico-funzionale degli organi genitali.

La classificazione occidentale comprende numerose forme di amenorrea: ipotalamiche, ipofisarie, ovariche e da difetti dell'apparato di deflusso. L'amenorrea secondaria riconosce una causa funzionale a livello ipotalamico; l'ipotalamo controlla infatti l'attività gonadotropa ipofisaria attraverso i releasing hormones per le gonadotropine (GnRH), inducendo l'ipofisi a produrre FSH e LH, che stimolano la secrezione degli steroidi ovarici (estrogeni e progesterone). Le forme più comuni, che alterano questo circuito interneuronale cerebrale, sono rappresentate da: amenorrea da perdita di peso, amenorrea da stress ed amenorrea postpillola (1).

In Medicina Cinese l'amenorrea è denominata *bi jing* cioè "chiuso" e "mestruazione". Nella fisiologia genitale femminile il sangue, *Xue*, costituisce la parte materiale del mestruo, mentre la sua circolazione e distribuzione dipendono dal *Qi*. Il sangue concentrato nell'utero *Baozang*, organo straordinario in diretto rapporto con Rene, *Chong Mai* e *Ren Mai*, produce la mestruazione sotto l'impulso del *Qi* che ne regola anche il ritmo e la quantità. Entrambi, *Qi* e *Xue*, sono prodotti e controllati da Stomaco e Milza, mentre il Fegato conserva e rilascia il sangue a seconda delle esigenze dell'organismo. Il Rene, organo indispensabile per la corretta funzione genitale e riproduttiva, è in stretta relazione con *Chong Mai* e *Ren Mai*, primo dei quali veicola *Qi* e *Xue* verso i dodici meridiani e nasce dall'utero, il secondo regola il flusso dello *yin*, dell'essenza *jing* del Rene e dei

liquidi biologici del corpo. Anche il Cuore interviene in questo processo poiché governa il sangue dirigendone il flusso. Dal punto di vista fisiopatologico si distinguono amenorrea da Vuoto e da Pieno rappresentate da: *Vuoto di Rene e Fegato* e da *Vuoto di Sangue, stasi di Qi e Sangue* e amenorrea da *Umidità, Tan e Freddo*.

Le condizioni di vuoto sono causate da carenze alimentari, emorragie, malattie debilitanti e croniche, gravidanze plurime, superlavoro o debolezza costituzionale. Quelle di pieno sono invece dovute a turbe emotive, stress emozionali, depressione o esposizione al freddo (2).

Il presente studio è stato condotto presso il Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia del Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche dell'Università di Torino - A.S.O. O.I.R.M. Sant'Anna. Sono stati valutati 12 casi di amenorrea secondaria (età media 31,5 anni), previa esclusione di una gravidanza e soprattutto di cause organiche accertate. Otto pazienti su 12 presentavano un'amenorrea postpillola; tutte le pazienti complessivamente godevano di buona salute. Il periodo di mancanza di flusso variava da un minimo di due mesi (2 casi) ad un massimo di 60 mesi (1 caso), determinando una media di 12,58 mesi di amenorrea. E' stato utilizzato un protocollo standardizzato con cadenza settimanale fino alla ricomparsa del ciclo mestruale; la terapia è stata mantenuta per i 3 cicli successivi ed è stato eseguito un follow up a 6 mesi dalla sospensione del trattamento. In tutti i casi è ricomparsa la mestruazione con una tendenza, soprattutto iniziale, all'oligomenorrea. In 2 casi si sono verificati episodi di spotting, che hanno preceduto la mestruazione. La media delle sedute effettuate fino alla comparsa del ciclo è stata di 7,9; il follow up ha evidenziato il mantenimento del beneficio ottenuto.

Sono stati utilizzati i seguenti punti: BL 23 (regola e tonifica il *Qi* del Rene), LR 3 (calma il Fegato, muove *Qi* e *Xue*), SP 6 (muove *Qi* e *Xue*), SP 10 (stimola il flusso), CV 4 (tonifica Rene e Utero), ST 30 (punto importante di *Chong mai*, muove *Qi* e *Xue* nell'addome inferiore), PC 6 (calma la mente, agisce sul Fegato). L'efficacia dell'Agopuntura in campo ginecologico cominciò ad essere validata, secondo i criteri dell'evidenza occidentale, nel 1976 da uno studio di Aso et. al. (3), che dimostrò la sua azione sui livelli plasmatici di FSH, LH, E2 e progesterone; studi successivi ne confermarono la capacità di controllo sull'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio (4). L'Agopuntura rappresenta quindi un campo di studio molto ampio e stimolante supportato dall'elevato numero di patologie ginecologiche e di pazienti trattabili efficacemente con questa metodica.

Bibliografia

1. P. V. Grella, M. Massobrio, S. Pecorelli, L. Zichella. Compendio di Ginecologia e ostetricia. Terza edizione Monduzzi Editore.
2. Giovanni Maciocia Ostetricia e Ginecologia in Medicina Cinese Casa editrice Ambrosiana 2006.
3. Aso T., Motohashi T., Murata M., Nishimura T., Kakizaki K. The influence of acupuncture stimulation on plasma levels of LH, FSH, progesterone and estradiol in normally ovulating women. Am. J. Chin. Me: 1976 M; 4(4):391-401.
4. Chen B. Y. Acupuncture normalizes dysfunction of hypothalamic-pituitary-ovaria axis. Acupunct. Electrother. Res: 1997; 22(2):97-108.



TAVOLA ROTONDA

***AGOPUNTURA E MNC NELLA SANITÀ PUBBLICA:
ATTIVITÀ NELLE VARIE REGIONI E PROSPETTIVE FUTURE***

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; e-mail: 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 480 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



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

I progetti legislativi nazionali

Carlo Maria Giovanardi

Presidente Federazione Italiana delle Società di Agopuntura - FISA

Direttore della Scuola di Agopuntura della Fondazione Matteo Ricci, Bologna

In Italia le prime proposte di legge in tema di MnC risalgono al 1985 (IX Legislatura). Nonostante siano passati 22 anni e le MnC si siano incredibilmente diffuse, non si sono raggiunti risultati concreti, pertanto una regolamentazione dal punto di vista legislativo non è più procrastinabile. Questo ritardo istituzionale risulta incomprensibile. Ventidue anni fa il fenomeno delle MnC era marginale, le conoscenze scientifiche sull'efficacia ed i meccanismi d'azione delle MnC erano limitate e ciò ha costituito un freno al processo di riconoscimento delle MnC.

Oggi non è più così.

Sono sempre più numerosi gli studi che evidenziano l'efficacia delle principali MnC diffuse nel nostro paese ed i loro principali meccanismi d'azione. Ad esempio, per quanto riguarda la sola Agopuntura, alla data del 13 novembre 2006 erano presenti su *Medline* ben 10843 lavori scientifici (8343 lavori sull'uomo e 2500 lavori sperimentali su animali). La Cochrane Library, in base alla revisione di metanalisi, indicava l'Agopuntura efficace per almeno 11 patologie e di efficacia incerta, con necessità di ulteriori studi e conferme, per altre 11. A questa mole di lavori bisogna aggiungere, inoltre, il pronunciamento favorevole di organismi internazionali quali i NIH (National Institutes of Health) che proprio quest'anno replicheranno dopo 10 anni la Consensus Conference del 1997, il WHO (World Health Organization) e le principali Associazioni Mediche Internazionali (American Medical Association, British Medical Association).

E' tempo che le Istituzioni decidano se offrire o meno la possibilità ai cittadini di potersi curare con le MnC, inserendole, almeno per il trattamento di alcune patologie, nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Il compito delle Istituzioni sarà allora quello di riconoscere il percorso formativo dei medici che operano in questo settore e di decidere l'entità delle risorse economiche da assegnare alla ricerca nel campo delle MnC.

Come già detto, è di importanza fondamentale il riconoscimento dei percorsi formativi esistenti, frutto del lavoro pluridecennale delle Associazioni Scientifiche di riferimento e degli Istituti Privati che hanno definito programmi e regole. La buona formazione professionale è la condizione essenziale per la sicurezza, l'efficacia e l'appropriatezza della prestazione sanitaria, anche nel campo delle MnC.

E' quindi necessario che le Istituzioni consultino, rispettino e prendano in considerazione le Società Scientifiche di riferimento, le uniche ad avere una competenza in questo settore e che riconoscano e valorizzino i percorsi formativi ai livelli più elevati possibili.

Anche in questa legislatura (XV) sono numerose le proposte di legge depositate alla Camera dei Deputati ed al Senato; tra queste alcune riguardano l'inquadramento degli operatori del campo della salute, non in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia e della successiva abilitazione. Questo fatto pone il problema della difficile definizione del limite tra intervento terapeutico ed intervento atto a mantenere lo stato di benessere e di salute.

Per quanto riguarda la **Camera dei Deputati** sono state depositate in Commissione Affari Sociali le seguenti proposte:

- **Zanotti:** Disposizioni per la regolamentazione delle medicine complementari (**1990**) (Ass. 1° febbraio 2007)
- **Pellegrino e Zanella:** Disposizioni per la regolamentazione della figura professionale di operatore di discipline olistiche per la salute (**1709**) (Ass. 29 gennaio 2007)
- **Pellegrino e Zanella:** Disposizioni per la regolamentazione delle medicine complementari (**1708**) (Ass. 5 dicembre 2006)
- **Grillini et al.:** Disciplina delle terapie e delle medicine non convenzionali e istituzione dei registri degli operatori delle medicine non convenzionali (**1590**) (Ass. 8 novembre 2006)
- Proposta di legge d'iniziativa del **Consiglio Regionale dell'Emilia Romagna:** Disciplina delle medicine non convenzionali esercitate da laureati in medicina e chirurgia, odontoiatria e veterinaria (**1426**) (Ass. 9 ottobre 2006)
- **Stucchi:** Disciplina della medicina omeopatica (**996**) (Ass. 17 luglio 2006)
- **Lucchese:** Disciplina delle medicine e delle pratiche non convenzionali (**874**) (Ass. 17 luglio 2006)
- **Zanella:** Disciplina della figura professionale di operatore di discipline bio-naturali (**239**) (Ass. 29 giugno 2006)
- **Zanella:** Istituzione della figura professionale di operatore shiatsu (**258**) (Ass. 13 giugno 2006)

Per quanto riguarda il **Senato**, invece, sono state depositate in Commissione Igiene Sanità le seguenti proposte:

- **Ripamonti:** Disposizioni per la regolamentazione delle medicine complementari (**S.1245**) (Ass. 12 gennaio 2007)
- **Ripamonti:** Norme per la disciplina delle terapie non convenzionali esercitate da laureati in medicina e chirurgia (**S.993**) (Ass. 19 settembre 2006)
- **Silvestri:** Disciplina delle terapie non convenzionali e istituzione dei registri degli operatori delle medicine non convenzionali (**S.478**) (Ass. 22 maggio 2006)
- **Massidda:** Disciplina delle medicine non convenzionali (**S.447**) (Ass. 19 maggio 2006)
- **Massidda:** Disciplina della fitoterapia (**S.459**) (Ass. 19 maggio 2006)

È difficile, visti i risultati delle precedenti legislature, fare una previsione. Rispetto ad allora, c'è da evidenziare che la regolamentazione delle MnC è attualmente tra gli impegni contenuti nel programma della coalizione di governo.

Se anche in questa Legislatura non si dovesse addivenire ad una approvazione di una buona legge, ancora una volta la classe politica avrà dimostrato insensibilità ed irresponsabilità nei confronti di quel 20% della popolazione italiana che ricorre con fiducia e speranza all'Agopuntura ed alle altre Medicine non Convenzionali.



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

La MnC in Toscana e nelle altre regioni italiane: progetti attuati e prospettive future

Elio Rossi

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

Il Piano sanitario regionale toscano 2005-2007 prevede che agopuntura, omeopatia, fitoterapia, definite medicine complementari, siano integrate definitivamente nel SSR e introdotte nei Livelli essenziali di assistenza regionali. Le “Medicine Complementari” inoltre sono state inserite nel nomenclatore tariffario regionale con relative tariffe e ormai sul territorio, presso le Aziende sanitarie e ospedaliere, sono attivi più di 60 ambulatori pubblici di agopuntura e medicina tradizionale cinese, omeopatia e fitoterapia.

È sorta quindi la necessità inderogabile di disporre di strumenti normativi idonei per regolarizzare e uniformare le modalità contrattuali attualmente disomogenee, per tutelare la professionalità degli operatori del settore e comunque garantire una procedura adeguata alle aziende sanitarie che volessero introdurre queste prestazioni nei propri servizi.

A questo proposito è stato firmato lo scorso 15 settembre dall'Assessore regionale al diritto alla salute Enrico Rossi e dalle Organizzazioni sindacali (SUMAI, Federazione medici – Settore specialisti ambulatoriali, CGIL – CISL medici) l'accordo regionale toscano in applicazione dell'Accordo collettivo nazionale (ACN) approvato in data 23.3.2005 che disciplina i rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni.

L'accordo regionale riconduce alla specialistica ambulatoriale anche i medici specialisti “competenti” nelle medicine complementari cioè in agopuntura, omeopatia, fitoterapia. Il punto di partenza è la norma transitoria n. 4 dell'Accordo nazionale che prevede che tali rapporti di lavoro debbano essere comunque ricondotti alla normativa dell'accordo stesso. Lo stesso Accordo nazionale nell'allegato D già dispone, ma solo per l'agopuntura, l'assimilazione di questa disciplina alla specialistica ambulatoriale. Nello specifico, l'accordo regionale toscano prevede di ricondurre obbligatoriamente i rapporti attualmente in essere dei medici di Medicina Complementare con le Aziende Sanitarie della regione alla disciplina economica e normativa prevista dall'Accordo Collettivo Nazionale.

A questo scopo verrà creato un elenco provinciale dei medici competenti in MC e una graduatoria a cui le aziende sanitarie potranno attingere per assumere o convenzionare i professionisti del settore. La possibilità di accedere alla convenzione è per il momento riservata ai soli medici in possesso di un diploma di specializzazione (previsto dall'allegato A, lett. a) Branche specialistiche). Lo specialista dovrà inoltre essere in possesso dell'at-

testazione rilasciata dall'Ordine provinciale dei Medici che permetta di dimostrare la competenza del medico in una delle discipline complementari.

Quanto definito con questo accordo regionale rappresenta ad oggi in Italia il primo concreto tentativo di definire una procedura a cui le aziende sanitarie devono attenersi per procedere all'apertura dei servizi pubblici di medicina complementare a tutela dell'utenza e per una corretta valutazione dell'esperienza professionale dei medici.

Naturalmente questo accordo, per quanto importante, si limita ad essere uno strumento di regolazione contrattuale; manca però della forza di impatto di un provvedimento legislativo al riguardo. Per questa ragione, nel contempo, sia l'Assessorato al diritto alla salute che la IV Commissione consigliare hanno lavorato per definire una legge regionale che regolamenti le modalità d'esercizio delle medicine complementari a livello regionale, non essendoci ancora nel nostro paese una legge nazionale.

Finalmente il 13 febbraio scorso il Consiglio Regionale della Toscana ha approvato all'unanimità una proposta di legge che disciplina l'esercizio delle medicine complementari da parte dei medici chirurghi e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti. Le disposizioni normative della legge riguardano le seguenti medicine complementari, già inserite nei Livelli essenziali di assistenza dal Piano sanitario regionale 2005-2007 e recentemente incluse nell'accordo regionale applicativo dell'Accordo Nazionale sulla specialistica ambulatoriale: agopuntura, fitoterapia e omeopatia.

La legge regionale approvata, in sostanza, stabilisce che gli ordini dei medici chirurghi ed odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti istituiscano elenchi di professionisti esercenti le medicine complementari sulla base di requisiti che verranno definiti da un'apposita Commissione regionale per la formazione in medicina complementare e ne rilascino specifica certificazione.

Agli elenchi possono iscriversi i medici chirurghi e odontoiatri, i medici veterinari e i farmacisti qualora siano in possesso dei titoli previsti da un'apposita commissione regionale. Questa commissione regionale, istituita dalla Giunta regionale presso la direzione generale del Diritto alla salute e delle politiche di solidarietà, è composta dai rappresentanti della direzione generale dell'assessorato al Diritto alla salute e politiche di solidarietà, dai rappresentanti degli ordini professionali dei medici, veterinari e farmacisti, dei centri regionali di riferimento per le medicine complementari, delle associazioni delle discipline in oggetto (agopuntura, fitoterapia e omeopatia), delle Università aventi sede in Toscana e dagli esperti designati dal Consiglio Sanitario Regionale.

I compiti della commissione sono innanzitutto di definire i criteri sufficienti per l'ammissione all'elenco dei medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti che praticano le medicine complementari e poi i criteri di accreditamento degli Istituti pubblici e privati di formazione nelle singole discipline di medicine complementari. Questi istituti che possono attestare, attraverso idonea documentazione, di ottemperare ai criteri che verranno indicati e che adottano programmi di studio conformi a tali criteri possono ottenere l'iscrizione all'elenco degli istituti di formazione accreditati dalla Regione. Una legge dunque che, nei limiti delle competenze regionali in questo settore, intende garantire il principio della libertà di scelta terapeutica del paziente e la libertà di cura del medico sotto stretto controllo scientifico e tutelare a livello regionale l'esercizio delle medicine complementari.



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

Il Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia dell'ASO OIRM-S. Anna: dieci anni di esperienza nell'erogazione di prestazioni di MnC con il SSR piemontese

Gianni Allais*[^], P.E. Quirico*[^], C. Benedetto*

* *Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche, Università di Torino*

[^] *Scuola di Agopuntura CSTNF, Torino*

L'inarrestabile processo di crescita e diffusione del fenomeno Medicine non Convenzionali nella popolazione piemontese ha visto come costante protagonista il Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia del Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche dell'Università di Torino, attivo dal 1997 presso la S.C.D.U. Ostetricia e Ginecologia C dell'A.S.O. O.I.R.M. - S. Anna; prestazioni di agopuntura venivano peraltro già da noi fornite dal 1995, quando essa venne introdotta presso il Centro Cefalee della Donna, afferente sempre allo stesso Dipartimento, per il trattamento dell'emicrania in gravidanza e per quello delle cefalee croniche in abuso di analgesici.

Nel corso dell'attività dei due Servizi sono state effettuate circa 20.000 prestazioni di agopuntura per molte patologie in cui la metodica appare particolarmente efficace.

Le principali indicazioni dell'agopuntura in ginecologia sono i disturbi del ciclo mestruale (amenorrea, oligo- e polimenorrea, iper- e ipomenorrea), le algie perimestruali (sindrome premestruale, dismenorrea, emicrania mestruale), le infezioni recidivanti del tratto genitale femminile, i disturbi del climaterio e della menopausa, l'iperemesi post-chemioterapia. Per l'ostetricia l'agopuntura è particolarmente efficace in caso di nausea e vomito gravidici e delle sintomatologie algiche che insorgono nel corso della gravidanza (ad es. lombosciatalgie). E' inoltre utile per il rivolgimento fetale in caso di presentazione podalica del feto, in questo caso costantemente in associazione con la moxibustione. Durante il puerperio è infine di valido aiuto nell'affrontare l'ipogalattia. Capitolo a sé stante sono le applicazioni durante il travaglio di parto: induzione del travaglio, potenziamento ed ottimizzazione delle contrazioni uterine, analgesia.

Il successo del Servizio è stato enorme, tanto che si sono purtroppo create rapidamente code per l'accesso alle prestazioni. Il nostro Servizio, costantemente ed ininterrottamente segnalato dai mass-media come esempio di offerta sanitaria pubblica d'avanguardia, è in effetti divenuto un punto di riferimento nazionale ed internazionale per tutti coloro che in campo medico sono interessati, dal punto di vista sia scientifico sia assistenziale, alle applicazioni dell'agopuntura in ginecologia e ostetricia. Rappresenta infatti l'unico

Servizio pubblico a livello di tutto il territorio nazionale che si occupa assiduamente di agopuntura in ginecologia e ostetricia, oltre che dal punto di vista assistenziale, anche da quello della ricerca scientifica e della didattica in tale campo.

Esso costituisce l'unica struttura del SSR Piemontese esclusivamente dedicata all'Agopuntura e alla Medicina Tradizionale Cinese ed è un centro di riferimento per tutti i piemontesi per la continuità assistenziale da esso prestata in campo ostetrico-ginecologico.

Le prenotazioni avvengono presso il Centro Unificato di Prenotazioni dell'Azienda. Le prestazioni sono codificate attualmente come Agopuntura + moxa revulsivante (Codice 93.35.1). Dette prestazioni sono previste nel DGR 26/07/04 n.76-13176 (nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e pertanto soggette a pagamento del ticket di compartecipazione della spesa). Il ticket sanitario pagato dal paziente per ogni seduta ammonta attualmente a 12,85 Euro.

Dall'anno 2000 è attiva una convenzione tra il nostro Dipartimento e il Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche di Torino, Scuola di Perfezionamento in Agopuntura e Tecniche Complementari, aderente alla Federazione Italiana delle Società di Agopuntura. Il fine prefissato è di contribuire alla formazione e all'aggiornamento dei medici che intendono approfondire la conoscenza dell'agopuntura; in base alla convenzione i medici studenti in agopuntura accedono alla frequenza dell'attività ambulatoriale del Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, obbligatoria per completare la loro formazione quadriennale post laurea, e a seminari e corsi formativi appositamente effettuati.

Contemporaneamente alle prestazioni cliniche è costantemente attivo un filone di ricerca che ha condotto a diverse pubblicazioni su prestigiose riviste internazionali.

Presso la nostra struttura si è proceduto, ad esempio, alla validazione della tecnica dell'agopuntura e moxibustione per il rivolgimento fetale, dando alle stampe il primo lavoro randomizzato e controllato al mondo per la conferma dell'efficacia di questa tecnica nella popolazione occidentale. Sempre presso il nostro Servizio è stato effettuato uno studio randomizzato e controllato numericamente molto ampio relativo all'efficacia dell'ago-puntura versus un farmaco nella profilassi dell'emicrania. Particolare attenzione è stata data anche all'emicrania in abuso farmacologico, pubblicando il primo trial randomizzato al mondo di confronto fra tre metodiche non convenzionali (TENS, laser e agopuntura) nel trattamento di questa patologia. Sono stati prodotti studi di validazione dell'agopuntura nell'iperemesi gravidica e alcune reviews sull'uso della Medicina non Convenzionale, apparse sempre su riviste censite in Medline, destinate in particolare al pubblico medico italiano. Nessuna altra struttura italiana dedicata alle Medicine non Convenzionali, sia essa universitaria, ospedaliera o privata, può vantare una produzione scientifica comparabile a quella derivata dall'attività del nostro Servizio.

Da quanto sopra esposto, appare evidente che il settore delle MnC in genere necessita di essere riconosciuto e razionalizzato, sia a livello nazionale che a livello regionale, e che realtà importanti, ormai consolidate da anni di esperienza assistenziale e di ricerca scientifica, come quella operante nella nostra Azienda, debbano essere sostenute logisticamente ed economicamente nell'ottica della tutela della salute del cittadino.



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

Ruolo dell'AReSS nella programmazione regionale ed in particolare nel settore delle MnC

Mario Lombardo

Coordinatore Area Tecnico-Sanitaria dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte - AReSS

A partire dal settembre 2006, l'AReSS, ente strumentale della Regione Piemonte, supporta l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, in relazione al tema delle MnC, promuovendo la collaborazione con le principali organizzazioni scientifiche e con i soggetti istituzionalmente competenti.

Le azioni presenti e quelle che saranno intraprese nel prossimo futuro sono volte a favorire la razionalizzazione dei percorsi di salute, diffondere l'appropriata informazione e sviluppare forme di regolamentazione che tutelino la sicurezza degli utilizzatori e la competenza professionale degli operatori.

La prima iniziativa svolta dall'Agenzia è stata la costituzione di un gruppo di lavoro, composto da esperti di settore e da rappresentanti dell'Università e dell'Ordine dei Medici. Ciò ha consentito di avviare i primi confronti e approfondimenti in una materia in evoluzione, che va sostenuta da un'attenta presenza delle Istituzioni.

Contestualmente, si è realizzata una capillare attività di *benchmarking* sul territorio nazionale, coinvolgendo i rappresentanti delle Regioni più attive e nelle quali la diffusione delle MnC appariva già consolidata, avendo da più tempo la norma accolto e regolamentato le aree di applicazione. Questa fase ha prodotto un'analisi dei livelli di diffusione delle MnC sul territorio nazionale, insieme ad una verifica del quadro normativo esistente.

Fra le azioni di rilievo ai fini della elaborazione di proposte regionali, AReSS insieme

all'ASO OIRM - S.Anna di Torino, ha promosso il workshop "Medicine non Convenzionali – Altra opportunità per la salute", primo confronto piemontese in tema di MnC tra Regioni e Tecnici, tenutosi a Torino il 13 dicembre 2006. Il confronto e lo scambio di esperienze che ne sono derivati sta inducendo a ricercare proposte normative condivise da più regioni ai fini di una futura uniformità legislativa.

Attualmente, con il gruppo di lavoro di supporto ad AReSS, si sta avviando, sulla base della Proposta di Piano Socio Sanitario 2006-2010 e ai fini dell'istruzione di azioni utili all'attuazione delle indicazioni in esso contenute, un confronto con i soggetti istituzionalmente competenti e interessati alla materia (Ordine dei Medici, Università). In particolare l'indicazione ad osservare, studiare e sperimentare in tema di agopuntura, fitoterapia e omeopatia, induce a prefigurare la realizzazione di una mappatura di tutte le realtà regionali di MnC esistenti e già operanti nell'ambito del SSR. Questo censimento consentirà di individuare l'entità, la tipologia e la qualità della domanda e dell'offerta inerenti alle MnC in Piemonte, come fondamentale passo per il monitoraggio e la promozione consapevole delle stesse.



***AGOPUNTURA E MNC
NELLA TERAPIA DELLA SINDROME CLIMATERICA:
MODALITÀ TERAPEUTICHE ED EVIDENZE CLINICHE***

Entra nella Banca che ti libera dalla Banca!

Tutta la libertà
e l'operatività
che vorresti, via pc,
telefono, tv.
Davvero a costo zero.

www.bancamediolanum.it



**BANCA
MEDIOLANUM**

COSTRUITA INTORNO A TE

Punto Mediolanum: Torino

Corso Re Umberto 56 – Tel 011.505025



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

Applicazioni della Medicina Ayurvedica nella sindrome climaterica

Alberto Chiantaretto*, **R. Bordon**•

* *Responsabile scientifico Centro di Cultura Ayurvedica "Abhayya dana", Torino*

◦ *Specialista in Ginecologia, CPO Piemonte.*

Si definisce come menopausa la cessazione definitiva dei flussi mestruali legata all'esaurimento della funzione ovarica. La rilevanza clinica di questo fenomeno fisiologico è legata alla sintomatologia derivante da questa cessazione, nota come sindrome climaterica. Tale insieme di sintomi è molto variabile soggettivamente, ma anche tra le differenti popolazioni, a conferma che il fattore socioculturale gioca un suo ruolo nel determinare la complessità del fenomeno. Ciò indica che la sintomatologia climaterica non si limita al semplice aspetto vasomotorio, ma interessa la donna nel suo complesso e, di conseguenza, l'approccio deve essere complessivo e personalizzato sul singolo individuo.

I sintomi riconducibili alla menopausa sono: vampate di calore, sudorazione notturna eccessiva, secchezza vaginale e disturbi dell'apparato urinario, disturbi del sonno, disturbi dell'umore, problemi cognitivi e, in complesso, diminuzione della qualità di vita. Questi sintomi possono essere variamente combinati, di diversa intensità e durata (*NIH State of the Science Conference Statement on Management of Menopause-Related Symptoms 2005*).

I dati del *Progetto Menopausa Italia*, raccolti tra il 1997 ed il 2002, mostrano una prevalenza della sintomatologia climaterica pari a circa il 50% per la sintomatologia vasomotoria, al 45% per la sintomatologia depressiva, la difficoltà ad addormentarsi ed i problemi della memoria, al 50% per l'irritabilità, al 35% per la cefalea ed al 25% per i problemi urinari. Secondo l'interpretazione della fisiopatologia ayurvedica i disturbi del climaterio identificati sono da riferire allo squilibrio dei *dosha* (*vata*, *pitta*, *kapha*) variamente associati e prevalenti: irritabilità, ansia, disturbi dell'umore, disturbi della memoria, crisi di panico, insonnia, palpitazioni, stipsi, dolori articolari sono riconducibili all'eccesso di *vata*. Esasperata sensibilità alla temperatura elevata, irritabilità, vampate, sudorazioni notturne, infiammazioni delle vie urinarie, rash cutanei sono riconducibili all'eccesso di *pitta*. Aumento di peso, ritenzione idrica, depressione, difficoltà digestive

sono riconducibili all'eccesso di **kapha**. **Ahara** = alimentazione; **vihara** = stili di vita; **aushadi** = terapia (fitoterapia e terapie fisiche) sono le tre direttrici di intervento integrato che la medicina ayurvedica propone per il trattamento dei disturbi del climaterio.

Ahara: l'approccio alimentare consiste sia nel controllo del peso corporeo che nell'eliminazione dei costituenti della dieta che aumentano lo squilibrio metabolico di *vata*, *pitta*, *kapha*. L'alimentazione ayurvedica comprende la soia come uno dei suoi principali componenti, ed è frequente, in menopausa, l'implementazione della componente di isoflavoni attraverso un supplemento quotidiano proprio di soia o attraverso l'utilizzo di *Aspar-agus Racemosus*, ricco di fitoestrogeni (Huntley, Ernst: *Soy for the treatment of perimenopausal symptoms-a systematic review*. Maturitas,2004).

Vihara: le abitudini di vita spaziano dalle misure igieniche riguardanti l'alimentazione ed il ritmo veglia/sonno, alla pratica di Yoga e di meditazione. La pratica dello Yoga, infatti, si è dimostrata valida nella riduzione dei disturbi vasomotori e del benessere complessivo delle donne in menopausa (Grady et al.: *Yoga for treatment of hot flashes and menopausal symptoms*. UCSFD, 2005; Keefer, Blanchard: *A Behavioral Group Treatment Program for Menopausal Hot Flashes: Results of a Pilot Study*. J. Applied Psychophysiology and Biofeedback). Sono compresi nello Yoga anche interventi da esso derivati, ad es. la Peaced Respiration o Peaced Breathing, mutuata interamente dalle tecniche yogiche di respirazione (*pranyama*). Inoltre, la pratica della meditazione (effetto di risposta ipometabolica integrata con bassi livelli di cortisolo in risposta a stress) ha dimostrato di determinare un miglioramento della sintomatologia ansiosa della sindrome climaterica (Arias, Steinberg, Banga, Trestman: *Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness*. J Altern Complement Med 2006 Oct;12(8):709-13).

Aushadi (terapia): *Asparagus racemosus*, *Whitania somnifera*, *Terminalia chebula*, *Adhatoda vasica*, *Centella asiatica*, *Boerhavia diffusa* sono le erbe utilizzate per impostare l'intervento di riequilibrio della donna con disturbi del climaterio. Esse entrano nella composizione di un multi-composto siglato M1319 di cui alcuni studi illustrano caratteristiche dell'azione e risultati clinici conseguiti (Singh et al.: *Evaluation of the efficacy and safety of M-3119 in Post-menopausal symptoms: A short-term pilot study* ; Uma Devi et al.: *Evaluation of Clinical Efficacy of M-3119 in Alleviating Symptoms of Menopausal Syndrome: Phase III Open Clinical Trial*; Misra et al.: *A Clinical Trial to Evaluate the Efficacy of M-3119 in Menopausal Syndrome*).



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

L'Agopuntura nella sindrome climaterica: una tesi di laurea in Medicina e Chirurgia

Ilaria Castagnoli Gabellari*, **G. Allais*^**, **P.E. Quirico^**, **P. Borgogno***, **M. Minuto*^**, **C. Benedetto***

* Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Dipartimento di Discipline Ginecologiche ed Ostetriche, Università di Torino

^ Scuola di Agopuntura CSTNF, Torino

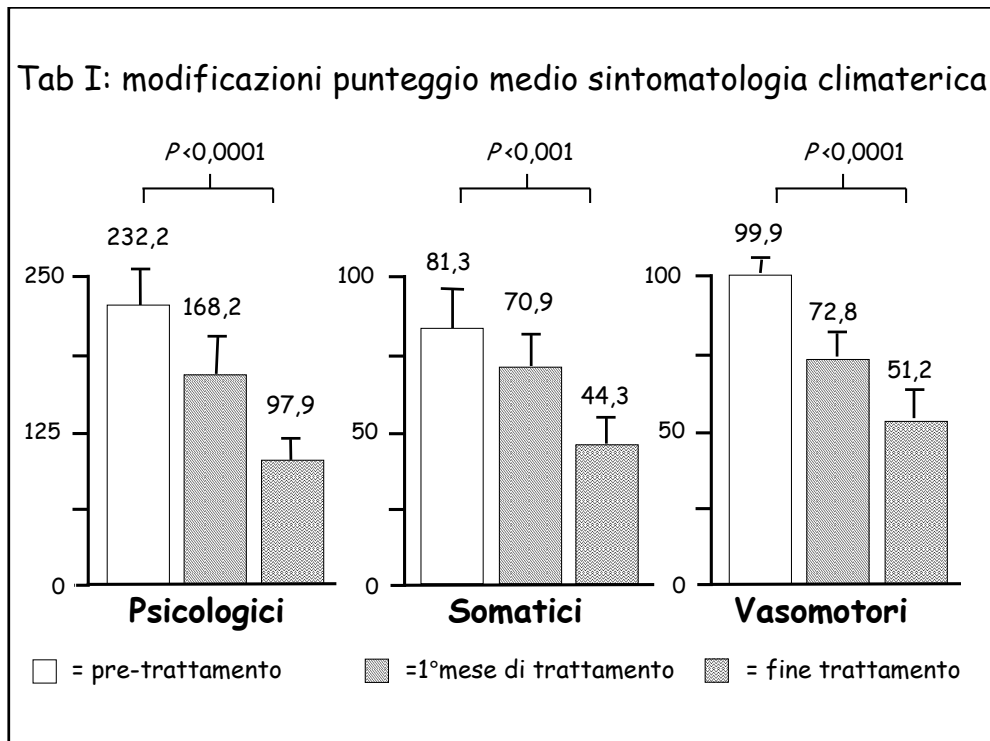
Il presente lavoro sintetizza i risultati di una tesi di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Milano Bicocca.

L'oggetto di tale studio è consistito nella valutazione dell'efficacia dell'agopuntura nel trattamento dei sintomi vasomotori, psichici e somatici presenti in 40 donne affette da sindrome climaterica.

Gli schemi di trattamento proposti si basavano su un set primario di 3 agopunti (SP 6, CV 4, KI 6), indistintamente utilizzato in tutte le pazienti, a cui si associava un set secondario di 4 agopunti che variava secondo il quadro sindromico individuato in ogni singola paziente. I quadri sindromici di riferimento erano: *Disarmonia tra Cuore e Rene*, in caso di prevalenza di vampate di calore, sudorazioni e agitazione; *Deficit di Yin e Yang del Rene*, in caso vi fossero, associate alle vampate, anche freddolosità e depressione; *Fuga di Yang del Fegato*, se i sintomi principali erano cefalea e nervosismo; *Deficit di Yin di Rene e Fegato*, se c'era il prevalere di secchezza delle mucose e stipsi.

Le pazienti (età media 52,3 anni, range 44-61) furono sottoposte a sedute agopunturali settimanali per i primi 3 mesi, quindi a richiami periodici a cadenza mensile, per un periodo di trattamento complessivo variabile tra i 6 e i 12 mesi. Come mezzo di valutazione dell'intensità della sintomatologia climaterica si è utilizzata la Scala Climaterica di Greene, costituita da 21 items raggruppati in 3 categorie: sintomi psicologici, somatici e vasomotori. Nel mese precedente il trattamento e per tutta la sua successiva durata le donne attribuirono quotidianamente un punteggio variabile da 0 a 4 all'intensità di ciascun sintomo. L'endpoint primario considerato consisteva nella riduzione del numero di vampate. Dopo il primo mese di trattamento si poté osservare un dimezzamento delle vampate già nel 32,4% delle pazienti, per arrivare al 62,1% al termine del sesto mese e

all'81% a fine trattamento. Un'abolizione totale delle vampate si cominciò ad ottenere a partire dalla fine del terzo mese, al sesto mese il 24,32% delle donne riportava la scomparsa di tale sintomatologia, per giungere al 51,35% al termine dei dodici mesi . Per quanto riguarda gli endpoints secondari, rispetto alla situazione precedente al trattamento, si verificò un trend significativo verso il miglioramento non solo della sintomatologia vasomotoria ($P<0.0001$), ma anche di quella psicologica ($P<0.0001$), e dei suoi sottogruppi ansia e depressione, nonché di quella somatica ($P<0.01$). Per il decremento medio dei punteggi relativi a ogni categoria si veda la tab. I.



Questi risultati confermano dunque l'efficacia e la sicurezza dell'agopuntura nel trattamento delle vampate di calore e nel controllo dell'ansia, della depressione e dei sintomi somatici caratteristici della sindrome climaterica.



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

Importanza della sinergia degli acidi grassi Omega 3,6,9 con gli enzimi dell' estratto secco di Dioscorea titolata in diosgenina nella prevenzione e cura dei disturbi della menopausa

Ghislaine Gerber

Université de la Méditerrané, Marseille, France

Risk factors and dietary protection during perimenopause , menopause and over 65:

Cardiovascular risk

During their years of fertility, women are more resistant to cardiovascular disease than men. At menopause, however, women's risk of exposure to these disorders is as high as men's, and 4 times higher than the risk faced by women who are still ovulating. When menstruation ceases, it becomes particularly important to maintain a sufficient level of HDL cholesterol necessary for steroids metabolism. Furthermore to be sure that the liver will turn these "good" lipoproteins into endogenous steroids, we need to enhance the liver enzymatic activity thanks to a diet rich enough in antioxidants, enzymes in order to reduce this cardiovascular risk factor. The dietary provision of Omega 3,6,9 sterols, as natural precursors of HDL and female hormones, and Dioscorea's enzymes for the endocrine system can reduce this risk.

Nurological risk

Menopausal women often show decreased cognitive function, with short-term memory loss. Studies have shown that polyunsaturated fatty acids and vitamin E can improve cognitive function. Nerve cells have a very extensive surface membrane structure compared to other cells and therefore have an even greater requirement for adequate provision of anti-oxidants and non-oxidised Omega3/6/9, constituents of the double layer lipid cell membrane, which are both brought by wild fish oil rich in balanced EPA and DHA, borage oil rich in GLA which restores the Nervous conduction Velocity involved in neuropathies frequent over 50

Dermatological risk

Decreased progesterone levels produce androgenic effects in certain premenopausal women with the appearance of acne-type lesions, stubble, and hair loss (androgenic alopecia)

- hot flushes refers to the well-known vasomotor erythema (redness) in the face, neck and upper chest.
- mucous membranes, especially in the genital area, atrophy and become dry, as does the skin, often leading to vulvitis and urinary infections. For all these disorders, fatty acid precursors of E1 prostaglandins and progesterone can help improve cell cohesion and rehydration and maintain a balanced vasomotor tone (thanks to Omega 3, GLA, antioxidants and Dioscorea enzymes)

Osteoporosis risk

Osteoporosis is far to be only due to a lack of calcium; it is considered today as mainly caused by a lack of progesterone, which builds up osteoblasts. It has been shown that the combined provision of GLA from borage oil, and Omega 3 (EPA) from fish oil, the sterolic precursors of steroids (including progesterone), improve the deposition of calcium and increase bone density.

The countries that consume the highest amounts of dairy products also have among the highest rates of osteoporosis; the non-dairy-consuming countries have the lowest osteoporosis rates, but have other healthier nutrition uses including seaweed and Omega 3 as in Japan, Dioscorea in central and south America for examples .

In the body's wisdom, the highest priority is to maintain first the proper acid/alkali balance in the blood and to supply the right nutritional raw materials to the body so that they can be turned into the right hormones mainly involved in maintaining a satisfying bone density. If osteoporosis was due to oestrogen deficiency, we would expect to find lower oestrogen levels in women with osteoporosis than in women without the disorder. However, studies have shown that sex hormone oestrogen levels were found to be similar in postmenopausal women both with and without osteoporosis. Studies confirm now that it is not oestrogen but progesterone which is the main key bone-building hormone. Such studies seriously challenge the oestrogen deficiency osteoporosis link. Numerous dietary, lifestyle and endocrine factors contribute to the development of excessive bone loss.

Bones are affected by : consumption of potentially bone-damaging substances like salt excess, saturated fat refined sugar, the use of some drugs, alcohol, caffeine and tobacco; the level of physical exercise and environmental toxins; the impact of stress; the removal of the ovaries and uterus; and many factors that limit liver and endocrine glands functioning.

Nutrients which are positively affecting bones, nerves and vessels over 50:

- Long chain Fatty acids Omega 3/6/9, (Borage GLA, wild fish EPA, DHA, Olive Oil) as hormones precursors.
- Natural Bioavailable Vitamins (Vit E for cognitive function),
- Other Antioxidants, flavonoïds, diosgenine, dioscoretine to fight against free radicals and to help the enzymatic function necessary for lipids to be turned into hormones,
- Natural trace elements and Minerals : Mg, Zn, Mn, Cu, Seaweed



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

L'Omeopatia nella sindrome climaterica: modalità terapeutiche ed evidenze cliniche

*Armida Rebuffi**, *A. Ronchi*[^]

* *Direttore Dipartimento Scuole Formazione Formazione Insegnamento F.I.A.M.O.*

[^] *Presidente F.I.A.M.O.*

Il trattamento omeopatico del climaterio consiste in un trattamento individualizzato, in cui il farmaco scelto o “simillimum” risulta dalla totalità sintomatica dei sintomi caratteristici e peculiari di ogni paziente. Il passaggio, per la donna, dalla fase “fertile” in senso biologico ad una nuova fase di vita in cui vi può essere sempre fertilità o creatività, ma di tipo diverso, presuppone un ricentramento su se stessa, una riprogettazione della propria vita, un porsi “altri” obiettivi. Durante questo periodo possono presentarsi dei sintomi psico-fisici del tutto peculiari, che dipendono dalla storia biopatografica di ciascuna paziente, dal suo stile di vita e la cui durata varia da persona a persona. Questi sintomi ci guideranno quindi nel trattamento della singola persona e nel suo accompagnamento attraverso questa fase delicata della vita. Il farmaco omeopatico aiuterà la paziente ad elaborare più facilmente ciò che le sta succedendo e ovviamente guarirà o attenuerà, in modo da renderli sopportabili, anche i sintomi comuni tipici del climaterio. Tra questi, le **vampate di calore** rappresentano uno dei più frequenti motivi di consulta. Occorre indagare se esse siano accompagnate da sudorazione generalizzata o solo in alcuni distretti (Calcarea Carbonica ha vampate con sudorazione al viso e alle mani) oppure se non vi sia sudorazione come in Lachesis. Se prevalgono di giorno e/o di notte, se si manifestano durante il sonno (Natrum-muriaticum e Phosphorus) o se accompagnate da spossatezza come in Sepia, Sulphur e Phosphorus. E' importante conoscere anche verso dove si irradiano: molti rimedi hanno vampate che si estendono verso l'alto, poche hanno vampate che vanno dall'alto in basso (Glonoinum, Sanguinaria). Calcarea Carbonica, Arnica, Argentum Nitricum, Glonoinum, Lachesis, Pulsatilla, Sepia, Sulphuric Acidum hanno vampate con tachicardia spiccata, mentre Natrum Carbonicum si sente triste durante le stesse. Psorinum è più irritabile durante la menopausa, invece Kali-bromatum e Laccaninum piangono improvvisamente e anche Sulphur può piangere. Lachesis è gelosa e loquace. Sepia, Lachesis, Ignatia e Pulsatilla soffrono di stati contraddittori ed alternanti. Crotalus Horridus presenta vertigini, Carbo-vegetabilis e Cyclamen hanno mal di testa e

Glonoinum, Sanguinaria, Pulsatilla e Ustilago li hanno entrambi. I sintomi di secchezza vaginale con conseguente coito doloroso, desiderio sessuale diminuito o assente sono molto spiccati in Sepia e Natrum Muriaticum. Mentre Lachesis ha desiderio sessuale aumentato. L'incontinenza urinaria al tossire o starnutire si ha, specialmente, in Natrum Muriaticum, Sepia, Pulsatilla e Phosphorus. L'osteoporosi trova giovamento con Calcarea Carbonica e Phosphorica, Silicea, e Symphitum se vi sono fratture facili. Quindi per la scelta del rimedio corretto, occorrerà riunire più sintomi mentali, generali e fisici.

Eccovi 2 esempi:

Sepia Officinalis: avversione per i rapporti sessuali- secchezza vaginale, vampate con molta ansia, crisi di pianto, irritabilità immotivata, indifferenza per le persone care, sensazione che l'utero fuoriesca dalla vagina. Migliora dormendo, con l'esercizio fisico.

Lachesis: Desiderio sessuale aumentato, gelosia, paranoia, logorrea, cefalea aggravata al risveglio, lateralità sinistra, non sopporta i colli alti (sensazione di soffocamento), nella conversazione salta di palo in frasca, passionale, paura dei serpenti, vampate dal basso all'alto, aggravata dal caldo, desiderio di alcolici.

Evidenze scientifiche

Si sono pubblicati pochi trials clinici volti a valutare l'efficacia dell'Omeopatia nel trattamento delle vampate in climaterio. Uno studio randomizzato su pazienti con cancro mammario non ha mostrato risultati significativi, ma si auspica di ripetere l'esperimento migliorando la qualità clinica del trial e anche l'osservazione, onde testarne con più precisione l'efficacia (Jacobs J, Herman P, Heron K et al.-Homeopathy for menopausal symptoms in breast cancer survivors: a preliminary randomized controlled trial - Complem Med 2005;11(1):1-3).

C Relton, E. Weatherley-Jones (Maggio 2005) hanno condotto per 8 anni delle ricerche presso il NHS sul trattamento di gravi problemi della menopausa, dimostrando un significativo miglioramento dell'85% dei sintomi (Homeopathy Service in a National Health Service Community menopause Clinic:audit of clinical outcomes. Journal of the British Menopause Society).

Il trattamento omeopatico risulta aver migliorato significativamente la frequenza e la severità delle vampate di calore, i disturbi del sonno e dell'umore nel lavoro compiuto da Janet S.Carpenter and Jennifer G.Neal : Other Complementary and Alternative Medicine modalities:acupuncture, magnets, reflexology and Homeopathy.- The American Journal of Medicine, Vol 118, Issue 12, Supplement 2, 19 December 2005, Pages 109-117.

Infine viene presentato uno **studio osservazionale prospettico sulla menopausa**, eseguito presso il Centro di Omeopatia (CDO) di Milano, dai Dottori Roberto Petrucci, Giuseppe Fagone, Maria Rita Gualea e Antonella Ronchi. Questo tipo di studio ha dato risultati apprezzabili e significativi non solo per il miglioramento della sintomatologia, ma anche dal punto di vista "cost-effectiveness" e "qualità della vita". Può essere, quindi, utilizzato come modello per ulteriori ricerche su campioni numericamente maggiori.



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

La Farmacoterapia Cinese nella sindrome climaterica: modalità terapeutiche e meccanismi d'azione

Andrea Zanotto

Docente in Farmacoterapia Cinese presso il CSTNF, Torino

La Farmacologia Tradizionale Cinese è largamente utilizzata in Cina nel trattamento della Sindrome Climaterica. Questo intervento si propone di valutare la possibilità di utilizzo di questa metodica terapeutica, alla luce dei dati clinici e sperimentali disponibili nella letteratura medica per tale patologia.

Alla base della fisiopatologia della sindrome climaterica vi è la caduta della funzione ormonale ovarica, che inizia nella fase pre-menopausale e prosegue sino alla menopausa conclamata. A livello del Sistema Nervoso Centrale la variazione ormonale induce un adattamento ipotalamico, con modificazione dei livelli dei neurotrasmettitori e la prevalenza del tono noradrenergico a scapito di quello dopaminergico. Ciò predispone alla simpaticotonia, che è alla base delle vampate menopausali; l'attivazione dei neuroni noradrenergici e la secrezione di picchi di ormone LH, accompagnano il sintomo della vampata. Nel complesso, dal punto di vista ormonale, oltre all'incremento dei valori degli ormoni pituitari LH ed FSH ed alla diminuzione dell'estradiolo e dell'estrone, deve essere considerata anche la diminuzione dei valori di androstenedione, DEHA e DEHA-s (per quanto in quest'ultimo sia di minore entità rispetto a quello dell'Androstenedione ed inoltre progressiva durante il processo di invecchiamento) e Testosterone.

Nella fisiopatologia della Sindrome Climaterica sono quindi centrali i ruoli del Sistema Nervoso Centrale e del Sistema Endocrino; si può dunque supporre che l'Agopuntura, la cui azione sul Sistema Nervoso è stata ampiamente dimostrata, possa agire almeno parzialmente sui meccanismi alla base della Sindrome Climaterica.

Per quanto riguarda l'azione della Farmacologia Cinese sul Sistema Endocrino, in assenza di dati sperimentali inconfutabili secondo i principi dell'EBM, mi limiterò a considerare alcuni dati che emergono dalla pratica clinica di questa antica disciplina.

A tale scopo si possono citare ad esempio due quadri clinici codificati secondo la Farmacologia Cinese come *vuoto di Rene Yin* e *Vuoto di Rene Yang*, entrambi accompagnati

da *Calore-Vuoto*. Per la loro cura si utilizzano le due seguenti ricette: *Liu Wei Di Huang Wan* (la pillola delle Sei Sostanze con *Rehmannia*) e *Er Xiang Tang* (Decotto dei due Immortali).

Il primo quadro clinico è caratterizzato da vampate, sudorazione, irrequietezza, insonnia (espressione di *Calore*) e secchezza (*vuoto di Yin*, carenza di fluidi corporei).

Nel secondo caso i suddetti segni di *Calore* sono accompagnati da edemi e sensazione di gonfiore del corpo (*vuoto di Yang*, ipodinamia, ipotermia).

Entrambe le ricette contengono rimedi che purificano il *Calore*. Questi potrebbero agire su meccanismi vasomotori, con effetto antiadrenergico (*Ze Xie-Rhizoma Alismatis* e *Huang Bai-Cortex Phellodendr*), oppure regolare la pompa Na-K cellulare, provocando un calo del consumo di O₂ e conseguente diminuzione della temperatura corporea (*Zhi Mu-Rhizoma Anemarrhenae*).

Per quanto riguarda l'azione dei rimedi *tonici dello Yin* e *tonici dello Yang*, si può supporre che i primi abbiano un'azione prevalentemente immunomodulatrice (utile per trattare gli effetti del *calore*, inteso in questo caso come irritazione e flogosi) e adattogena (consentendo all'organismo di rispondere alle sollecitazioni-stress).

I *tonici dello Yang* hanno invece un'azione prevalentemente ormonale e si possono dividere in due categorie. La prima, comprendente *Lu Rong* (corno di Cervo), è caratterizzata dalla presenza di sostanze contenenti ormoni sessuali, mentre la seconda annovera rimedi che regolano la secrezione ormonale. Tra questi ricordiamo la ricetta *Er Xian Tang*, che contiene *Yin Yang Huo* (*Herba Epimedii* - detta altrimenti "l'erba della capra licenziosa", per la sua evidente capacità di stimolare il drive riproduttivo in tale specie!), la quale rallenta il catabolismo dei 17 ketosteroidi, tra cui ricordiamo l'androstenedione e il DEHA.

In assenza di inconfutabili sperimentazioni scientifiche inerenti l'impiego della Farmacoterapia Cinese nella Sindrome Climaterica, abbiamo ricordato i principali rimedi impiegati in questo disturbo, tentando di spiegarne gli effetti attraverso i meccanismi d'azione sperimentalmente dimostrati per alcuni di essi.

Ulteriori ricerche saranno in grado di chiarire ciò che da secoli appare scontato, ma che non è ancora stato dimostrato con evidenza scientifica.



***IMPIEGO DI AGOPUNTURA E MNC
IN GRAVIDANZA***



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

Iperemesi gravidica: confronto tra Agopuntura e approccio farmacologico.

Isabella Neri*, G. Allais*, P. Schiapparelli*, V. De Pace*, C. Benedetto*, F. Facchinetti*

◦ *Dipartimento Integrato Materno-Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia*

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

Numerosi studi hanno preso in esame la possibilità di trattare l'iperemesi gravidica tramite agopuntura, anche se la maggior parte degli autori ha studiato l'effetto di un unico punto cioè del punto PC 6 *Neiguan*, del meridiano di Pericardio (PC). Una review di Vickers et al (1) ha analizzato 33 studi inerenti al trattamento della nausea in gravidanza e nausea iatrogena (indotta da farmaci o chemioterapia) dimostrando che stimolando tale punto con diverse metodiche (agopuntura, agopressione ed elettrostimolazione) si otteneva la remissione della sintomatologia. Restringendo il campo di osservazione solamente all'iperemesi gravidica i risultati sono apparsi meno confortanti. Infatti Murphy et al (2) hanno analizzato ben 7 trials inerenti l'utilizzo dell'agopressione del punto PC 6 *Neiguan*, concludendo che tale metodica era in grado di ridurre la nausea gravidica solo nel 50% dei casi. Una recente review Cochrane definisce i dati relativi all'agopressione come "equivocal" soprattutto in considerazione della scarsa qualità degli studi in agopuntura, ai quali viene imputata la mancanza di randomizzazione e di placebo (3).

Occorre tuttavia considerare che una valutazione che tenga conto solo di un punto di agopuntura e per di più stimolato soltanto tramite pressione, ma senza infissione dell'ago sia da considerarsi carente. A tale proposito è importante sottolineare la recente pubblicazione di due lavori che hanno preso in esame l'utilizzo della formula di agopuntura, comprendenti diversi punti oltre a PC 6 *Neiguan*, e hanno inoltre applicato la randomizzazione verso placebo. Nel primo studio (4) l'agopuntura reale è stata confrontata all'agopuntura placebo, nota come "sham acupuncture". Le 55 gravide incluse nello studio sono state suddivise in tre gruppi a seconda della diagnosi di *Xu di Milza e Stomaco*, *Fuoco di Stomaco* e *Fuoco di Cuore con disarmonia del Fegato* in

accordo ai dettami della Medicina Tradizionale Cinese (MTC). E' stato dimostrato un effetto dell'agopuntura reale rispetto alla "sham acupuncture" nel ridurre nausea, ansia e depressione. Nello studio pubblicato successivamente, che ha coinvolto ben 593 donne, l'agopuntura secondo formula è stata confrontata con agopressione del punto PC 6 *Neiguan*, agopuntura placebo ed osservazione. La conclusione di tale studio è che soltanto l'applicazione dell'agopuntura secondo formula era in grado di ridurre in modo significativo la nausea, mentre un modico effetto sugli episodi di vomito veniva ottenuto anche con le altre metodiche di stimolazione

Scopo del presente studio è stato invece quello di valutare l'efficacia dell'agopuntura rispetto al trattamento farmacologico classico. L'agopuntura è stata applicata durante due sedute settimanali per almeno due settimane e seguendo i dettami della MTC. Le gravide inoltre venivano invitate ad indossare a domicilio il dispositivo SEA-BAND in grado di effettuare agopressione sul punto PC 6 *Neiguan* per 6-8h al giorno. Il gruppo randomizzato a ricevere il trattamento farmacologico ha invece eseguito infusioni di metoclopramide a cadenza bisettimanale per due-tre settimane. Inoltre le gravide di questo gruppo venivano invitate ad assumere ogni giorno un complesso vitaminico B12. Entrambi i trattamenti si sono dimostrati efficaci nel ridurre gli episodi di vomito e l'intensità della nausea. L'agopuntura si è invece dimostrata superiore al trattamento farmacologico nel migliorare il benessere generale della gravida, come dimostrato dalle significative variazioni degli indici di capacità relazionale e lavorativa.

Bibliografia

1. Vickers AJ. Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis trials. *J R Soc Med* 1996; 89:303-11
2. Aikins Murphy P., CNM,DrPH. Alternative therapies for nausea and vomiting of pregnancy. *Review Obst & Gynecol* 1998; 91(1):149-155
3. Jewell D., Youn G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3,2001
4. Knight MSc B., Mudge C., RGN, RM, Openshaw PhD, RGN, White MA A.et al. Effect of acupuncture on nausea of pregnancy: a randomised,controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001;97 (2): 184-188.
5. Smith C, Crowter C, Beilby J. Acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy. *Birth* 2002; 29:1-9



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

Impiego dell'Osteopatia nella sciatica in corso di gravidanza

Fulvio Mautino

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

È noto che durante la gravidanza è molto frequente che si manifestino sintomi dolorosi a livello vertebrale con localizzazioni di dolore più elevato nei segmenti lombare, dorsale e cervicale. La manifestazione di sintomi sciatalgici è meno frequente ma spesso più intensa che in momenti di condizioni fisiche non condizionate dalla evoluzione della gravidanza.

Dal punto di vista osteopatico, la gravidanza viene vista come un graduale e progressivo cambiamento di equilibri posturali ed ormonali che modificano, anche se solo in modo temporaneo, una notevole quantità di mobilità articolari e di funzioni muscolari sia dei muscoli paravertebrali che dei muscoli addominali, del diaframma toracico e dei muscoli pelvi-perineali. L'aumento del volume dell'utero mette in tensione il diaframma pelvico e le sue aponeurosi inserzionali su sacro-coccige, ileo ed ischio-pubiche. Il sacro tende ad orizzontalizzarsi generando un aumento di tensione sui muscoli piramidale (o piriforme) e otturatore interno che vanno ad incrementare la rotazione esterna dell'anca, situazione che si accentua durante la progressione della gravidanza. Ricordo come riferimento puramente anatomico che il nervo sciatico passa tra la porzione ossea della incisura ischiatica e la corda muscolare del m. piramidale. Normalmente il m. ileo-psoas è un rotatore esterno dell'anca, quando l'anca si trova in situazione di estrema rotazione come avviene in gravidanza, per la tensione dei muscoli pelvitrocanterici, l'ileo-psoas aumenta la sua tensione con un'azione negativa sulle sue inserzioni prossimali, cioè sui processi trasversi e sui corpi vertebrali lombari, producendo compressione sui dischi intervertebrali lombari. Questo processo, unitamente alla tensione a carico delle inserzioni lombari dei pilastri del diaframma toracico ed all'antiversione del bacino che aumenta nel procedere fisiologico della gravidanza con aumento del volume dell'utero, accentua il rischio di lombalgia e di sciatalgia. È possibile che queste tensioni provochino protrusioni discali, ma statisticamente è raro che si produca un'erniazione del disco in gravidanza, salvo che sia una patologia già esistente. Il sistema posturale in gravidanza ha

delle notevoli variazioni, con aumento della lordosi lombare e cervicale e modifica della cifosi dorsale, accentuazione delle mobilità articolari delle sacro-iliache e ipersollecitazioni a livello della sinfisi pubica, con associazione di cambiamento della sollecitazione in rotazione delle vertebre e aumento di tensione sulle faccette articolari vertebrali. Queste sono tutte concause delle lombalgie e delle sciatalgie gravidiche.

L'osteopatia può e deve essere seriamente presa in considerazione per risolvere queste sintomatologie disfunzionali, in quanto la finalità del trattamento osteopatico è quello di riconoscere con precisione il disordine di funzione meccanico, e stimolare riequilibrio della mobilità delle articolazioni mediante metodologie e tecniche variabili secondo la condizione fisica del paziente e la tipologia del problema. L'ideale sarebbe poter effettuare una valutazione precoce in soggetti che già hanno sofferto in precedenza di lombalgia nella primissima fase della gravidanza, per impostare e suggerire correzioni posturali. Molto spesso si verifica dolore lombare e sciatalgia durante la gravidanza per accentuazione di disordini di mobilità di articolazioni lombari e/o sacro-iliache a causa di disordini meccanici preesistenti come disfunzioni intra-articolari a carico delle faccette articolari lombari o nelle articolazioni sacro-iliache per movimenti mal eseguiti in precedenza, i quali, nel tempo, producono compensi di equilibrio che, per quanto instabile, consente assenza di dolore.

Durante la gravidanza si verificano squilibri meccanici sulle articolazioni vertebrali e del bacino, sia per il cambiamento della postura che per induzioni di cambiamento della elasticità dei tessuti periarticolari per la modificazione degli equilibri ormonali. L'aumento di estrogeni accentua l'elasticità legamentosa, necessaria per favorire migliori compensi meccanici durante il cambiamento di volume dell'utero; questo fenomeno fisiologico può scatenare tensioni che producono il dolore lombare e sacrale. In questi casi l'azione delle manovre manuali osteopatiche è non solo utile, ma soprattutto risolutiva, perchè induce la ripresa di funzionalità meccanica corretta e fisiologica. Tengo a sottolineare che le manipolazioni osteopatiche non sono assolutamente invasive e non hanno controindicazioni in gravidanza fino al 7° mese (in seguito si usano tecniche mirate al problema) e che le sedute utili devono essere il minor numero possibile.



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

Impiego dell'Agopuntura nell'ipogalattia: sperimentazione clinica

Gisella Airola*, I. Neri*, M.G. Terzi*, P. Schiapparelli*, P. Borgogno*, I. Castagnoli Gabellari*, G. Allais*, C. Benedetto*

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

° *Dipartimento Integrato Materno-Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia*

Il latte materno è particolarmente adatto a soddisfare i bisogni alimentari ed emotivo-psicologici del bambino. Possiede infatti proprietà nutritive e protettive difficilmente reperibili in alimenti sostitutivi.

L'allattamento al seno comporta inoltre una serie di vantaggi per la salute della puerpera.

A partire dagli anni '80 sono nate a livello mondiale, promosse da UNICEF e dall'OMS, una serie di iniziative per il sostegno, la difesa e la diffusione dell'allattamento al seno. Tra gli obiettivi del programma "Salute per tutti entro l'anno 2000" l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha posto quello di avere almeno il 75% dei nuovi nati attaccati al seno e almeno il 50% che conservi tale alimentazione fino a 6 mesi.

Le raccomandazioni dell'OMS vanno nella direzione di un allattamento esclusivo per i primi 6 mesi di vita del bambino e di un allattamento complementare alla somministrazione di altri cibi fino ai due anni di vita. 500 ml di latte materno al giorno conferiscono, ancora nel secondo anno di vita, il 31% del suo fabbisogno totale di calorie, il 38% di quello di proteine, il 45% di vitamina A e il 95% di vitamina C.

L'ipogalattia rappresenta un problema piuttosto diffuso fra le puerpere e di non facile soluzione: la medicina allopatica non offre un trattamento farmacologico adeguato e privo di effetti collaterali.

Fra le indicazioni dell'Agopuntura esiste anche quella dello stimolo e sostegno alla lattazione. Molti testi attinenti la metodica ne trattano. Esistono però pochi studi che ne validino la reale efficacia.

Sulla base delle indicazioni dell'OMS ci siamo posti come obiettivo primario il sostentamento dell'allattamento al seno ricorrendo all'agopuntura in casi di ipogalattia giunti alla nostra osservazione.

Presso il Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia del Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche dell'Università degli Studi di Torino abbiamo studiato un gruppo di 30 pazienti affette da ipogalattia che poteva essersi manifestata

come assenza di montata lattea o come insufficiente produzione nelle settimane successive al parto.

Uno dei problemi maggiormente lamentati nel corso della stesura dei protocolli di studio riguarda il monitoraggio e la quantificazione della produzione lattea in seguito alla stimolazione agopunturale. Il metodo della “doppia pesata” è infatti poco pratico ed improponibile per tutte le poppate nel corso dell’intero ciclo di terapia. Potrebbe inoltre tradursi in un effetto nocebo costituendo uno stress aggiuntivo ed un eccesso di medicalizzazione che mal si concilia con il tentativo di mantenere il più possibile “naturale” il delicato equilibrio madre figlio durante il periodo dell’allattamento.

Abbiamo adottato, quale strumento di raccolta dei dati, una cartella messa a punto presso il Dipartimento Materno-Infantile dell’Università di Modena e Reggio Emilia, che valuta il trattamento come efficace o meno, le modalità di allattamento come esclusivo al seno oppure misto, l’eventuale ritorno al solo allattamento al seno dopo il trattamento ed il numero di sedute necessarie, nonché la motivazione degli eventuali drop-out.

La cartella tiene anche conto di una serie di dati quali peso alla nascita, età gestazionale al momento del parto, tipo di parto, età del neonato al momento della comparsa dell’ipogalattia e del ricorso alla terapia agopunturale.

Tutte le pazienti sono state sottoposte ad almeno 4 sedute di 20’ ognuna: le prime 2 a cadenza bisettimanale, le seguenti monosettimanali.

Per la scelta dei punti abbiamo optato per una modalità “di formula” che prevedeva l’infissione dei seguenti punti somatici: LR 3, SP 6, ST 36, SI 1, CV 17, ST 29.

L’analisi dei risultati ha riguardato 28 pazienti: due sono uscite dallo studio (una sola per mancanza di risultati, una per trasferimento).

Tutte hanno ritenuto che il trattamento avesse avuto successo (100%). 2 pazienti sono tornate ad allattare esclusivamente al seno dopo essere ricorse ad aggiunte di latte artificiale (7.1%), 8 pazienti (28.6%) hanno potuto continuare l’allattamento esclusivo al seno, 18 (64.3%) hanno continuato con quello misto, ma senza incrementare la dose di latte “di aggiunta”: quest’ultimo dato rappresenta un preciso indice indiretto della riuscita del trattamento.

Tutte le pazienti hanno comunque manifestato un’ottima accettazione della metodica, segnalando una piacevole impressione di accudimento ed un maggior benessere psico-fisico nel corso del trattamento. Non sono stati segnalati effetti sgraditi o indesiderati.

L’agopuntura conferma la sua efficacia priva di effetti collaterali, ed a costi contenuti, nel mantenere il più a lungo possibile l’allattamento al seno, obiettivo questo, espressamente auspicato dalle maggiori autorità in ambito di sanità ed infanzia quali OMS ed UNICEF.



VII CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Torino, 24 MARZO 2007

Impiego della Fitoterapia nei disturbi della gravidanza

Giusi Denzio

Docente Corso di Fitoterapia La Torre, Torino

Farmacista ASL 5, Collegno (TO)

Le donne in gravidanza tendono a limitare l'uso di terapie farmacologiche. Tuttavia sono molte quelle che si affidano a prodotti naturali con la convinzione che siano più sicuri dei farmaci di sintesi.

La gravidanza è una condizione fisiologica, tuttavia comporta modificazioni anatomiche e funzionali che si possono accompagnare a disturbi e indisposizioni sia circoscritti che generalizzati.

Sono possibili manifestazioni a carico dell'apparato digerente (nausea, vomito, stitichezza), dell'apparato urinario (cistiti), dell'apparato cardiovascolare (aumento della frequenza cardiaca, variazioni della pressione sanguigna, aumento della pressione venosa negli arti inferiori). Possono manifestarsi: edemi, varici, crampi, emorroidi. A carico del sistema nervoso possono presentarsi stati di ansia, insonnia e stanchezza.

La carenza di letteratura scientifica sull'utilizzo delle piante medicinali in gravidanza causa difficoltà nel loro impiego. Le conoscenze riguardo alla farmacocinetica, alla biodisponibilità, alla tossicità, alla diffusione attraverso la barriera placentare con possibili effetti teratogeni delle piante sono limitate rispetto alle informazioni che abbiamo per i farmaci di sintesi.

Sono numerose le piante controindicate in gravidanza, fra le più diffuse: achillea, aglio, aloe, agnocasto, angelica, arancio amaro, artiglio del diavolo, bardana, borragine, boldo, camomilla, carciofo, cascara, dentella, cimicifuga, cipolla, echinacea, eleuterococco, escolzia, eucalipto, ginkgo, ginseng, ginepro, farfaraccio, iperico, liquirizia, luppolo, maté, rabarbaro, rosmarino, ruta, salvia, sedano, senna, tanaceto, trifoglio, uncaria, uva ursina, valeriana, verbena, whitania, zenzero.

Lo zenzero, messo a confronto in uno studio recente con la vitamina B6, si è rivelato efficace e sicuro come la vitamina. Tuttavia se ne sconsiglia l'uso, in attesa di nuove conferme. Anche nelle Monografie tedesche viene sconsigliato in gravidanza, essendo sconosciuta la farmacodinamica antiemetica e stimolante della motilità uterina. In alcuni casi può causare bruciore di stomaco ed eruttazione.

Gli oli essenziali e le piante contenenti alcaloidi, per il loro basso indice terapeutico e

alta diffusibilità nei tessuti, sono considerate fra le sostanze più a rischio di tossicità per l'embrione e il feto.

Una segnalazione a parte meritano i bioflavonoidi. A fine luglio 2002 il Dipartimento degli Alimenti del Ministero della Salute ha pubblicato un decreto per controindicare l'uso in gravidanza di integratori alimentari a base di bioflavonoidi per il rischio di eventuale aumento di leucemie infantili nel primo anno di vita. In considerazione del fatto che molte specialità medicinali di largo consumo (Daflon®, Mirtilene®, Tegens® ecc.) contengono bioflavonodi a dosaggi nettamente superiori a quelli degli integratori, la Sottocommissione Farmacovigilanza ha proposto l'armonizzazione dei foglietti illustrativi di tali specialità, inserendo l'avvertenza di non usare i bioflavonoidi in gravidanza, ed ha auspicato che la Sottocommissione per la revisione programmata si occupi rapidamente della questione (FOCUS- Bollettino di farmacovigilanza luglio 2002).

In un recente articolo il dott. Firenzuoli ha messo in evidenza l'immotivato allarmismo che si è creato con il recente provvedimento ministeriale che vieta l'uso dei bioflavonoidi in gravidanza. Il provvedimento appare troppo generico ed in netto contrasto con la realtà dei fatti, molteplicità ed estrema diffusione in natura di flavonoidi, senza evidenze di tossicità e cancerogenicità. Si deve rilevare, continua il dott. Firenzuoli, l'assenza di provvedimenti riguardanti l'uso di sostanze riconosciute pericolose come i già citati oli essenziali e gli alcaloidi.

Piante da utilizzare nei disturbi più comuni della gravidanza:

- **Nausea e vomito:** lichene islandico , tiglio, melissa
- **Edemi, pesantezza alle gambe, formicolii:** sorbo, amamelide, ippocastano, mirtillo
- **Emorroidi:** ippocastano (uso esterno), amamelide, castagno
- **Ritenzione idrica:** betulla, frassino
- **Cistiti:** malva, pilosella, mirtillo rosso
- **Ansia, insonnia:** tiglio, melissa, avena
- **Stitichezza:** manna, malva, psillio
- **Pirosi e altri disturbi gastrici:** malva, calendula, tiglio

Come si può notare, le piante citate non sono molte: sono state prese in considerazione quelle riconosciute, ad oggi, come non tossiche e prive di effetti collaterali, salvo specifica intolleranza legata alla sensibilità del singolo. Si consiglia di scegliere la preparazione e di adattare la posologia in base alle esigenze della paziente.