

Caso clinico: Meralgia parestesica

M.P., donna, anni 53, operaia. Si presenta in ambulatorio nell'ottobre 2004 per la presenza di algo-parestesie alla superficie antero-laterale della coscia destra. La diagnosi posta dallo specialista ortopedico è di meralgia parestesica destra.

La meralgia parestesica è una mono-neuropatia che coinvolge il nervo femoro-cutaneo o nervo cutaneo laterale della coscia, caratterizzata da ipoestesia (riduzione della sensibilità), disestesia (alterazione delle sensazioni soggettive cutanee, come il caldo, il freddo, la pressione sulla pelle), parestesie (sensazione soggettiva tipo formicolio) e, negli stadi avanzati, anche algie (senso di dolore). Il dolore spesso non è ben distinguibile dal formicolio, per cui si parla di algo-parestesie.

Il nervo cutaneo laterale della coscia origina dal II nervo lombare e si dirige in basso ed in fuori contenuto nel muscolo psoas, esce dal bacino nell'intervallo tra le due spine iliache, superiore ed inferiore, per diventare sottocutaneo. Si divide in un ciuffo di tre o quattro rami che si distribuiscono alla pelle nella faccia antero-laterale della coscia, estendendosi in basso fino quasi al ginocchio. Uno dei rami, il posteriore raggiunge la cute della parte laterale della natica.

La paziente ha iniziato ad avvertire i primi sintomi nel 2001. Una TAC della colonna lombo-sacrale, richiesta nel sospetto di lombo-cruralgia da discopatia L3-L4, era sostanzialmente negativa. La paziente si è sottoposta ad un ciclo di dieci correnti interferenziali, ripetute l'anno successivo, nel 2002. Dato il persistere dei sintomi, nel 2003, veniva trattata con infiltrazione di steroide ed anestetico a livello della presunta sede di emergenza del nervo femoro-cutaneo, senza beneficio, seguita da terapia medica con gabapentin a dosaggio di 300 mg per 3 volte al dì. Nel 2004 veniva sottoposta a elettromiografia/elettro-neurografia che dimostrava una mancata risposta allo stimolo a livello del nervo femoro-cutaneo, bilateralmente. Nello stesso periodo, lo specialista ortopedico, proponeva l'intervento chirurgico di neurolisi, ed, in alternativa, un tentativo con agopuntura.

La paziente optava per la seconda proposta, per cui veniva inquadrata secondo i criteri diagnostici dell'agopuntura e della medicina tradizionale cinese. I sintomi riferiti dalla paziente sono interpretabili come una ostacolata circolazione di Qi-Energia e Xue-Sangue nei meridiani di Stomaco-ST (Zu Yang Ming) e Vescica Biliare-GB (Zu Shao Yang), che servono la zona colpita. Anche i Meridiani Curiosi Yang Wei Mai e Yang Qiao Mai decorrono nella stessa zona. Il principio terapeutico è di **disostruire i meridiani e favorire la circolazione di Qi e di Sangue.**

I punti selezionati sono stati: **30 GB-Huantiao**, con ago di 7,5 cm di lunghezza manipolato in modo da far percepire un senso di scossa irradiato lungo la faccia laterale dell'arto inferiore fino al piede, **30 ST-Qichong e 12 SP-Chongmen, 31 ST-Biguan, 32 ST-Futu, 33 ST-Yinshi, 37 ST-Shangjuxu, 31 GB-Fengshi, 41 GB-Zulingqi, 5 TE-Waiguan, 3 SI-Houxi, 62 BL-Shengmai**

La paziente è stata posta in decubito laterale sinistro. I punti 30 GB, 31 ST, 30 ST, 12 SP, 32 ST e 31 GB sono stati stimolati in elettrostimolazione con apparecchio KWD-808 II; la frequenza dello stimolo era di 80 Hz.

I punti 62 BL e 3 SI sono stati selezionati perché punti chiave, di apertura, della coppia di meridiani curiosi Yang Qiao Mai e Du Mai, i punti 41 GB e 5 TE perché punti chiave della coppia di meridiani curiosi Dai Mai e Yang Wei Mai.

Il trattamento è iniziato il 21 ottobre 2004, ponendo il VAS (analogo visivo del dolore) pari dieci, valore di massima intensità del sintomo. Il ciclo ha compreso dieci sedute a frequenza bisettimanale fino all'ottava, a frequenza settimanale le successive. Già alla terza seduta la paziente riferiva miglioramento soggettivo, con VAS a quattro; alla decima seduta, a fine novembre 2004, il VAS era pari a zero e i sintomi erano scomparsi.

Il follow-up a distanza di due mesi, con sedute mensili di mantenimento, attesta il VAS a due, compatibile, a detta della paziente, con una qualità di vita ottima. Nello stesso periodo è stato eseguito un controllo elettromiografico/elettroencefalografico, che ha dato referto sovrapponibile al precedente, per la mancata risposta agli stimoli del nervo femoro-cutaneo bilateralmente.

Conclusioni: L'agopuntura si è dimostrata efficace nel trattare la patologia della paziente. Per la diagnosi "energetica" e la selezione degli agopunti attivi sulla zona colpita il medico agopuntore si è avvalso dei principi della medicina tradizionale cinese, ma ha integrato questi dati con la conoscenza della neuroanatomia secondo i criteri della medicina "occidentale". Questo è un atteggiamento spontaneo per il terapeuta che possiede la conoscenza di entrambe le medicine, e si traduce, oltre che in una terapia "integrata", anche in una garanzia per il paziente, che trova una continuità scientifica tra lo specialista o il proprio medico di famiglia e il medico agopuntore.

Il miglioramento soggettivo a fronte di un quadro EMG/ENG invariato non è inusuale. In un lavoro precedentemente svolto dai medici della nostra associazione UMAB sul tunnel carpale, si è evidenziato lo stesso fenomeno. Questo dato fa pensare che i meridiani di agopuntura spesso si sovrappongono al decorso dei nervi, ma non si identificano totalmente con essi. Il sintomo può migliorare per l'azione dell'agopuntura sui meridiani, pur rimanendo invariato il quadro di alterata funzionalità nervosa. Sarà interessante seguire la paziente per valutare l'efficacia a distanza del trattamento in agopuntura e per verificare l'eventuale variazione del dato EMG/ENG.

dott. Roberto Favalli