

CASI CLINICI CON FOLLOW UP DI STOMATITE DA CHEMIOTERAPIA ED ESOFAGITE DA REFLUSSO TRATTATI CON MERCURIUS SOLUBILIS

S.Di Salvo*, G.Arcovito°, S.Cirelli°, E.Galli°, V.Manzo°, L.Pedrelli°, P.Varano°, V.Falabella°

°FIAMO Calabria-Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica A.F.M.O.

*sebdis@alice.it, 3388456415

ABSTRACT

Introduzione

L'esperienza clinica è il primo livello di evidenza della terapia omeopatica. Due casi clinici esemplificativi dell'efficacia del trattamento omeopatico unicista vengono descritti.

Strumenti e obiettivi

La valutazione clinica e strumentale omeopatica e convenzionale dei casi clinici trattati, l'uso del repertorio e della materia medica omeopatica, un adeguato follow up clinico e strumentale hanno permesso di raggiungere l'obiettivo di una adeguata valutazione della efficacia del trattamento omeopatico in patologie nosograficamente definite

Materiali e Metodi

Un paziente con stomatite durante chemioterapia per carcinoma del colon ed un paziente con ernia jatale complicata da esofagite da reflusso con lesioni pseudopolipoidi della giunzione esofagogastrica sono stati trattati con successo con Mercurius solubilis.

Discussione

I casi clinici vengono discussi con adeguato iter diagnostico e follow up clinico-strumentale.

Conclusioni

I casi clinici riportati evidenziano l'efficacia del trattamento omeopatico secondo la metodologia unicista e l'importanza del rimedio Mercurius solubilis nella farmacopea omeopatica.

Parole chiave: stomatite, chemioterapia, ernia jatale, esofagite da reflusso, mercurius solubilis, trattamento omeopatico unicista.

INTRODUZIONE

L'esperienza clinica è il primo livello di evidenza, ma anche il più basilare perché permette l'apprendimento, il confronto e la verifica della efficacia di un trattamento. Anche se il top nella gerarchia delle prove di efficacia negli studi clinici è costituito dalla metanalisi dei trial controllati e randomizzati, l'utilizzo delle raccolte di casi clinici appare adeguato per valutare l'efficacia di un approccio terapeutico estremamente individualizzato qual è il trattamento omeopatico.

STRUMENTI E OBIETTIVI

La valutazione clinica e strumentale, secondo l'approccio medico convenzionale ed omeopatico, è "conditio sine qua non" per verificare l'efficacia della metodologia terapeutica omeopatica in un contesto di aperto confronto epistemologico. L'utilizzo di tutti i mezzi diagnostici disponibili ed il confronto con i dati epidemiologici permette di definire una prima diagnosi e prognosi di malattia; permette, inoltre, di poter distinguere quanto dei sintomi e segni del paziente sono da riferite alla malattia e quanto alla sua intrinseca individualità di persona che soffre secondo la sua specie ed il suo modo di essere. La selezione della totalità dei sintomi, la repertorizzazione dei sintomi selezionati ed il confronto con la materia medica permettono una adeguata prescrizione in accordo ai paragrafi 3 e 153 dell'Organon. Un adeguato follow up permette, poi, di definire correttamente la validità del percorso terapeutico omeopatico intrapreso in un confronto aperto e paritario con la medicina convenzionale.

MATERIALI E METODI

Due casi clinici sono illustrati nel contesto di un corretto inquadramento diagnostico ed epidemiologico. Il primo caso è di un paziente con stomatite recidivante durante chemioterapia per cancro del colon operato. Il paziente è stato trattato esclusivamente con rimedi omeopatici, senza necessità di utilizzare la terapia convenzionale. Il secondo caso riguarda un paziente con sintomatologia da reflusso gastro-esofageo e riscontro endoscopico di lesioni pseudopolipoidi della giunzione esofago-gastrica trattato esclusivamente con terapia omeopatica; nel successivo follow up endoscopico si documenta l'avvenuta risoluzione del quadro clinico ed endoscopico.

DISCUSSIONE

Caso clinico 1 (2004)

Paziente di sesso maschile di 67 aa (2004) sottoposto ad emicolectomia sinistra per ca del colon (T3,N2, Mx; stadio IIIc) e a trattamento chemioterapico con Leucovorin + Fluorouracile. Il paziente è inoltre affetto da ipertensione arteriosa, trombofilia da mutazione del fattore V di Leiden con pregresse trombosi venose superficiali e profonde. Al terzo giorno del primo ciclo di chemioterapia lamenta intenso dolore al cavo orale con difficoltà alla deglutizione dei cibi solidi; obiettivamente si rilevano cavo orale e lingua con lesioni aftoidi multiple, di colorito rosso o biancastro. La diagnosi clinica è di stomatite/mucosite da chemioterapici. La stomatite/mucosite da chemioterapia è relativamente frequente ed è in relazione ai farmaci utilizzati e alle caratteristiche del paziente. E' una patologia in genere autolimitante, ma estremamente fastidiosa per il paziente (dolore-alimentazione), problematica per il prosieguo del trattamento oncologico, con possibili complicanze settiche e necessità di ospedalizzazione (Fig. 1). Nel caso del trattamento chemioterapico considerato, l'incidenza è intorno al 40-60% dei soggetti con un 10-15% di casi con mucosite di grado severo. La guarigione si ha in genere in 7-14 giorni. Il paziente aveva una mucosite classificabile come WHO 2-3 (Tab.1) ed i sintomi individuati per la prescrizione omeopatica sono stati: stomatite, afte, afte del palato, afte della lingua, lingua con impronta dei denti, lingua con colorito giallastro alla base, salivazione di notte (Fig. 2). E' stato selezionato, in base alla repertorizzazione ed al confronto con la materia medica, Mercurius solubilis 200 K 10 globuli sciolti in acqua : 1 cucch.io ogni 2 ore (tranne nelle ore notturne), dieta semiliquida, tiepida, sciacqui orali con Calendula TM 20 gtt in un bicchiere di acqua x 3 die. Guarigione completa dopo 5 giorni di trattamento. Ha praticato profilatticamente questo trattamento sin dall'inizio dei successivi cicli di chemio con evidenza di stomatite solo di grado 1-2 WHO e guarigione in 3-4 giorni.

Caso clinico 2 (2011)

Paziente di sesso maschile di 46 aa (2011) visitato nell'aprile 2007 per acne rosacea con diagnosi nosologica-sindromica di "acne rosacea, epatosteatosi con lieve rialzo degli indici di epatonecrosi, iperdislipidemia mista, episodi intermittenti di sindrome dispeptica caratterizzati da reflusso gastro-esofageo, verruca Il dito mano sinistra, episodi ricorrenti di lombalgia per due ernie discali lombari, pregressi episodi di colica renale destra > sin con attuale reperto di microlitiasi renale, pregressa meniscectomia sinistra, pregressa adeno-tonsillectomia, pregressa asportazione di verruche avambraccio sinistro". Paziente in trattamento (nel 2007) con minociclina, metronidazolo. Sulla base del quadro clinico e della sintomatologia si prescrive Mercurius solubilis 6 LM, in acqua, ogni 5 sere per 8 somministrazioni e poi dopo colloquio telefonico 12 LM ogni 7 sere per altre 8 somministrazioni. Il paziente non richiederà altri appuntamenti fino al giugno 2010 quando ritornerà a visita riferendo di essere stato bene fino al 2009, ma dal 2010 sono sopraggiunti vari problemi: ricovero per colica renale destra e sinistra (microlitiasi, ossalato e carbonato di calcio nel sedimento urinario), GPT 83, episodio di orticaria, bronchite trattata con vari antibiotici ma persiste tosse, gonfiore post prandiale, pessimo odore delle urine. Viene prescritta nux vomica 200 K x 3 die, in acqua, per 14 giorni e successivamente per il persistere del pessimo odore delle urine acidum nitricum 6 LM ogni 3 sere in acqua per otto somministrazioni con regressione della sintomatologia (sintomi selezionati Urine; SEDIMENT; oxalate of lime,; urine OFFENSIVE Stomach; DISTENSION; eating; after). Il paziente ritorna alla mia osservazione nel luglio 2011 riferendo un periodo di grandissimo stress perché ha dovuto assistere il padre malato di 89 aa. Riferisce la comparsa di

reflusso acido e biliare specialmente di notte che lo costringe a dormire con due cuscini, ritorno del gonfiore addominale che lo costringe a sbottonarsi durante i pasti, "sbava" di notte, "serra" i denti, irritabile, suda durante il sonno, lingua indentata ed impaniata. Ha eseguito una esofagogastroduodenoscopia che ha evidenziato una ernia jatale con nodularità della giunzione esofago-cardiale con riscontro istologico di mucosa gastrica con aspetti pseudopolipoidi ed epitelio esofageo ispessito; Helicobacter p. negatività; conclusioni del gastroenterologo: "i dati sono coerenti con una condizione di flogosi della giunzione esofago cardiale e del terzo distale dell'esofago secondario a reflusso cronico gastro-esofageo". E' stata consigliata terapia con inibitori di pompa protonica a dosaggio pieno e controllo endoscopico a tre mesi. Il reflusso gastro-esofageo è tra le patologie attualmente più diffuse con una incidenza sottostimata tra il 14 e il 20%. Se l'incidenza del cancro dello stomaco (corpo e antro) e dell'esofago (superiore e medio) si è drasticamente ridotta nel mondo occidentale per le modifiche dell'habitus alimentare, è in progressivo aumento quella del tumore della giunzione esofago-gastrica (lato gastrico ed esofageo; adenocarcinoma) in correlazione anche all'aumentata incidenza del reflusso gastro-esofageo e delle sue complicanze (Barret ecc.). I sintomi selezionati del paziente sono stati: stomach: HEARTBURN; HEARTBURN; extending to throat; ERUCTATIONS; night; ERUCTATIONS; waterbrash; bitter; ERUCTATIONS; sour; ERUCTATIONS; waterbrash; sour; teeth; GRINDING; mouth; SALIVATION; sleep; during ; stomach; HIATUS hernia; clinical; HERNIA; face; ERUPTIONS; acne; ERUPTIONS; acne; rosacea; skin; WARTS, condylomata; mind; GRIEF; IRRITABILITY; perspiration; SLEEP; during. In base alla repertorizzazione (Fig. 3) e al confronto con la materia medica si prescrive Mercurius solubilis 12 LM da assumere ogni sera, in acqua, per 14 sere e poi, dopo colloquio telefonico che indica il miglioramento dei sintomi, continua con Mercurius solubilis 18 LM da assumere ogni 3 sere, in acqua, per 4 settimane. Dopo successivo colloquio telefonico che indica ulteriore riduzione della sintomatologia si prescrive Mercurius solubilis 24 LM ogni 7 giorni, in acqua, per due mesi con completa remissione della sintomatologia. Al controllo endoscopico del 30/9/2011 si rileva: "Ernia jatale. Non si apprezzano più le rilevatezze della mucosa segnalate all'esame precedente e completa risoluzione del quadro di esofagite erosiva". In controlli successivi si riporta anche normalizzazione delle transaminasi.

MERCURIUS SOLUBILIS

I sintomi più utili per la prescrizione di Mercurius solubilis nella mia pratica clinica, fino a questo momento, sono: l'interessamento delle mucose e specialmente della cavità buccale, le caratteristiche della lingua e la salivazione notturna, l'aggravamento notturno dei sintomi, la sudorazione notturna, la presenza di condizioni patologiche "distruttive" o di stress elevato come trigger per patologie clinicamente evidenti.

CONCLUSIONI

I casi clinici discussi evidenziano l'efficacia del trattamento omeopatico attuato secondo la metodologia unicista. Si evidenzia come tale efficacia non sia influenzata dal trattamento con altri farmaci (primo caso clinico) e come l'azione dei rimedi omeopatici possa essere rapida ed efficace sia nelle situazioni acute che croniche. Inoltre appare evidente la necessità, nell'ambito di un corretto confronto con la medicina convenzionale, di avvalersi anche di tutte le informazioni clinico-diagnostiche-prognostiche che essa può fornire. La corretta applicazione della metodologia omeopatica unicista permette di identificare il rimedio più adatto al momento clinico del paziente trattato. Il rimedio *Mercurius solubilis*, adeguatamente sperimentato e verificato nella clinica, è tra i più utili nei pazienti con patologie delle mucose, sempre in presenza di una adeguata similitudine sintomatologica.

BIBLIOGRAFIA

1. C.F. S. Hahnemann. Organon dell'arte del guarire. SalusInfirmorum
2. Ricardo Spielberger et al. Palifermin for Oral Mucositis after Intensive Therapy for Hematologic Cancers. N Engl J Med 2004; 351:2590-2598
3. Adi A. Garfunkel, D.M.D. Oral Mucositis — The Search for a Solution. N Engl J Med 2004; 351:2649-2651
4. Edward B. Rubenstein et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Treatment of Cancer Therapy–Induced Oral and Gastrointestinal Mucositis Cancer 2004;100 (9Suppl):2026–2046.
5. Nathaniel S Treister et al, Chemotherapy-Induced Oral Mucositis. 2010 <http://emedicine.medscape.com/article/1079570-overview>. 2010
6. Marco G Patti et al, Gastroesophageal Reflux Disease, 2011 <http://emedicine.medscape.com/article/176595-overview>
7. Peter J. Kahrilas, Gastroesophageal Reflux Disease, N Engl J Med 2008; 359:1700-1707
8. Erichsen R et al. Erosive Reflux Disease Increases Risk for Esophageal Adenocarcinoma Risk, Compared with Non-Erosive Reflux. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012 Jan 12
9. Elwyn C Cabebe et al. Gastric Cancer Clinical Presentation.2011 <http://emedicine.medscape.com/article/278744-clinical>
10. Wiseman EF, Ang YS. Risk factors for neoplastic progression in Barrett's esophagus. World J Gastroenterol. 2011 Aug 28;17(32):3672-83.
11. MacRepertory8. Repertory Complete 2011. Kent Homeopathic Association
12. ReferenceWorks Library 4 Pro 2011. Kent Homeopathic Association



Fig. 1 (N Engl J Med 2004; 351:2649-2651)

CLASSIFICAZIONE MUCOSITE	WHO (World Health Organization oral-toxicity scale) grado 0\4
0	Non mucosite
1	Dolore o eritema
2	Eritema e ulcerazioni
3	Eritema e ulcerazioni + incapacità a deglutire cibi solidi
4	Ulcerazioni con impossibilità alla alimentazione orale

Tab. 1

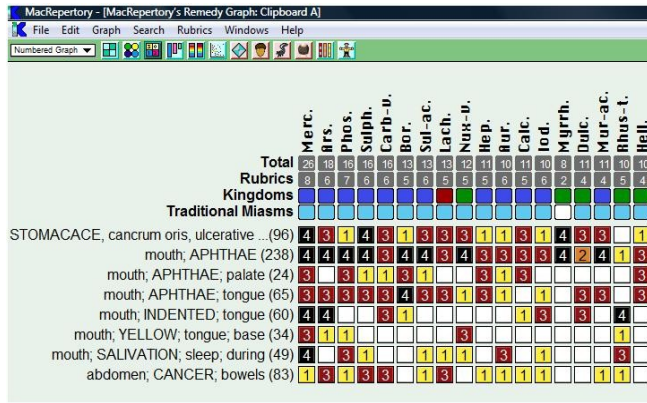


Fig. 2

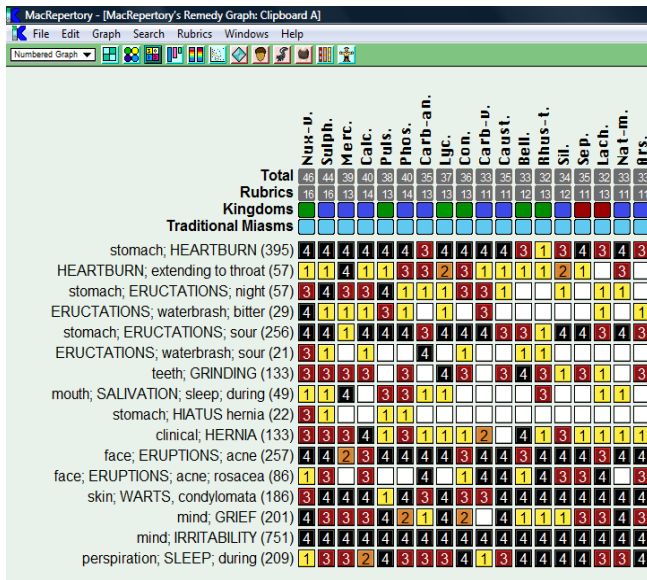


Fig. 3