

La Sindrome Multiforme e Frequente, Spesso non Riconosciuta

Premessa

Più che di una malattia ben definita, si tratta di uno stato pre-patologico sino a quadri di patologia invalidante, caratterizzato da tutta una gamma di sintomi, che vanno da semplici sensazioni parestesiche e malessere sino a disturbi oggettivi anche gravi.

Si tratta di un quadrivio tra il "funzionale" e l'organico.

Frequenza

Dai lavori clinico-statistici di Milhaud – Talbot – Courtris si desume che la "spasmofilia cronica costituzionale" colpisce sino all'8% della popolazione, con un massimo di incidenza alla 3°/4° decade di vita. Nettissima la prevalenza femminile con un rapporto di quattro donne contro un uomo

Un rilievo negativo

Perché la medicina accademica italiana ignora o misconosce la spasmofilia?

Oltre a verosimili concause storiche, sicuramente il fattore principale di questa perniciosa ignoranza risiede nella settorializzazione della clinica: diagnostica e curativa. Settorializzazione che risale ormai a quasi mezzo secolo fa, colla "colonizzazione" USA della scienza medica accademica italiana.

Rilievi personali

Ricordo di aver letto la prima eccellente descrizione nosologica di questa sindrome su un'opera tedesca (forse il "Denning" di Med. Interna) nel 1955.

Durante la mia pratica professionale ho potuto constatare un'incidenza più frequente nelle valli alpine che nella pianura padana.

Molto probabilmente la grande variabilità climatica con sbalzi bruschi di temperatura, di umidità, di ventosità, e di campi elettromagnetici, caratteristici del clima subalpino, specie nelle stagioni di transizione (autunno e primavera) ci danno ragione di questo fatto.

Spasmofilia Costituzionale o Tetania Normocalcémica o Alcalosi Respiratoria

Sono i diversi nomi adottati dalla nosologia in Francia e Germania e, rispettivamente, nei paesi anglosassoni.

Definizione

Complesso polimorfo di sintomi sensitivo-motori descritti da Trousseau per primo in modo completo nel 1862.

E' importante rilevare che 130 anni dopo gli A.A. che si occupano dell'argomento considerano tuttora essenziale, completa, e sufficiente, al fine diagnostico, la descrizione del quadro clinico originario fatta dal suo scopritore.

Il nucleo fisiopatologico che sta alla base dei vari sintomi è l'iper eccitabilità neuro muscolare. Iper eccitabilità neuro muscolare che può interessare:

- I muscoli striati;
- I muscoli lisci (i visceri cavi, le arterie);
- Il miocardio;

Segni Clinici:

a) Semeiotica Classica:

Segno di Trousseau: contrattura della mano ("mano da ostetrico") dopo aver gonfiato il bracciale dello sfigmomanometro ad una pressione pari alla P.A. sistolica, ischemizzando così l'arto.

Segno di Chwostek: contrattura dei muscoli emifacciali, a seguito della percussione col martelletto del nervo facciale nel punto di emergenza preauricolare.

Prova del laccio in iperpernea: è positivo se, dopo applicato il bracciale dello sfigmomanometro come per il segno di Trousseau si fa respirare profondamente e ripetutamente il paziente, e compare una crisi tetanica completa o parziale, oltre alla comparsa del segno di Trousseau, oppure si accentua il segno di Chwostek.

b) Disturbi trofici:

- Ipoplasia dello smalto dentario;
- Unghie fragili e sfrangiate;
- Capelli secchi e fragili;
- Cataratta posteriore precoce (cataratta endocrina);

Si tratta di lacerazioni anatomiche, dovute verosimilmente agli squilibri elettrolitici, che vedremo più avanti, ma che compaiono solo in casi severi o di lunga durata e indicano già una evoluzione verso la tetania paratiroidea.

Sintomatologia

Sintomi generali

Astenia (90% dei pazienti) spesso antimeridiana.

Anoressia (70% dei pazienti) che induce spesso dimagrimento.

Affaticabilità, su un fondo umorale caratterizzato da grande apprensività (50% dei pazienti).

Sintomi di iper eccitabilità neuro muscolare:

Oltre ai tre segni della semeiotica classica sopra descritti, e all'ipeflessia osteo-tendinea, sono frequenti:

- Formicolii a mani e piedi (60% dei pazienti);
- Crampi muscolari (50%);
- Cloni palpebrali;
- Dolori muscolari paravertebrali (50%);

Sintomi viscerali

Si tratta di segni in gran parte sovrapponibili a quelli della cosiddetta "distonia neurovegetativa". E questo ci spiega anche i frequenti errori di diagnosi in questa direzione.

- Palpitazioni (65%);
- Dolori toracici atipici oppure crampoidi (50%);
- Disturbi spastici a carico del tubo digerente (50%) (pseudo-biliari, pseudo-gastrici, pseudo-colecistici);
- Stipsi;
- Costrizione faringea (40%);
- Sensazione di oppressione toracica;
- Lipotimie (50%);
- Disturbi vasomotori alle estremità;

Manifestazioni Centrali

Ansia (85%) insorgente, od aggravata alla comparsa dei sintomi somatici;

Insonnia (65%);

Cefalee (40%) più spesso a "cerchio";

Vertigini (40%) fascicolazioni, tremori etc.;

Da sottolineare una tipica recrudescenza premenstruale di questi disturbi.

Forme Cliniche

a) Forma Classica, a sintomatologia multipla. E' la forma più frequente nell'adulto giovane.

b) Forma Paucisintomatica

In questo caso le manifestazioni interessano uno o due dei grandi sistemi organici. Ad esempio: l'apparato cardio-vascolare, o quello ginecologico o quello gastro-intestinale. Il che ci spiega le peregrinazioni di questi pazienti verso i vari specialisti coi "brillanti" risultati facilmente prevedibili.

a) Forme Border-Line

In questi casi i segni elettrofisiologici della spasmofilia compaiono in diverse malattie a carattere funzionale. Allergie, ipertensione labile giovanile, ipotonia essenziale, ipoglicemia, distiroidismo ect...

Dati Neurofisiologici

a) Elettromiografia (E.M.G.)

Nella spasmofilia compensata compare un tracciato di attività elettrica involontaria anomalo nel 90% dei casi. Tuttavia gli A.A. segnalano molti falsi positivi: sino al 40%.

b) Elettro-nistagmogramma altrettanto caratteristico, ma troppo sensibile (molti falsi positivi)

c) Reflessogramma Achilleo, nella spasmofilia ci da spesso valori allungati, sino a 400 millisecondi. Questo ci permette di differenziare con sicurezza la spasmofilia dall'ipertiroidismo.

Dati Biochimici

Li citiamo per completezza, a dimostrazione che gli omeopati, quelli veri, non hanno paura di cimentarsi colla diagnostica, anzi ("Mo te levo la sete col prosciutto" dicono i toscani).

Sono di scarsa utilità pratica, rispetto alla significatività dei sintomi clinici già descritti, ma importanti sotto il profilo eziopatogenetico.

Calcemia: di solito normale;

Calciuria: normale od elevata (diabete calcico);

Fosforo plasmatico ed urinario: normali;

PTH: (paratormone) è aumentato nel 20% dei casi;

25-OH-Colecalciferolo circolante è spesso diminuito;

Magnesio plasmatico: normale, salvo nei casi evoluti;

Magnesio globulare ridotto nel 30-50% dei casi; è un esame prezioso perché molto sensibile anche in casi non avanzati. In Italia tuttavia non è facile da eseguire, almeno nella pratica clinica ospedaliera, anche delle grandi città del Nord (in Francia nei centri di Neurofisiologia lo eseguono correntemente).

Calcitonina circolante: può essere ridotta.

Catecolamine ed acido vanilmandelico urinario nelle 24 ore. Sono spesso aumentati.

PH ematico ai limiti superiori; spesso < a 7,405 - 7,410.

Dati Biochimici più Specifici e quindi, molto significativi sotto il profilo diagnostico, ma di esecuzione pratica non facile, almeno alcuni, fuori delle strutture universitarie.

magnesio in frazionamento dosaggio dei.
Calcio cellulare, dosaggio mediante il Ca 45 radioisotopico.
Acido vanilmandelico (8mg e più nelle 24 ore) urinario.
PH ematico
Potassio plasmatico

Klotz ha dimostrato che le più fini alterazioni dimostrabili, per quanto concerne il metabolismo calcico (coefficiente di ritenzione calcica) sono:
'ipercalciuria e la riduzione del pool calcio intracellulare (impiego del Ca 45 radioisotopico).
Inoltre possono coesistere disturbi endocrini ad esse correlati.

Fisiopatologia Generale

Stabilito che "il genio fisiopatologico" fondamentale è quello della ipereccitabilità neuronale, è razionale analizzare i fattori regolanti l'eccitabilità nervosa. Essi sono:

- La permeabilità di membrana coi conseguenti fenomeni di polarizzazione regolari, come è noto, dai cationi K^+Na^+ e Ca^{++} ;
- i neuromediatori come le catecolamine;
- l'equilibrio acido-basico;

Come abbiamo visto nella spasmofilia si assiste ad uno spostamento verso l'alcalosi.

Ipotesi Fisiopatologiche

Per spiegare questa complessa sindrome sono state prospettate diverse ipotesi.

Le più convincenti ed interessanti sono le seguenti:

- L'ipotesi psicodinamica pura, che prospetta un'eziologia puramente psicogena del quadro. Pur ammettendo che gli spasmofili presentano una personalità nevrotica chiaramente orientata verso l'ansia, essa da sola non spiega tutti i sintomi, anche somatici e biochimici della Spasmofilia. Basta la constatazione che se gli spasmofili sono tutti ansiosi, moltissimi ansiosi non sono affatto spasmofili.
- L'ipotesi neurogena: da iperattività adrenergica. Ci spiega alcuni sintomi, ma non esaurisce il quadro caratteristico di essa.
- L'ipotesi biochimica da disionia-primitiva. E' quella che attualmente incontra i maggiori consensi. Sappiamo, infatti, che una diminuzione del rapporto $Na+K+ / Mg^{++}Ca^{++}H^+$ è tetanigena.
- L'ipotesi endocrina, prospetta la possibilità di turbe ioniche secondarie a una sregolazione endocrina, a sua volta sotto la regia ipotalamica.

Essa integra l'ipotesi biochimica e certamente ne amplia l'ambito fisiopatologico.

Le due teorie più accreditate secondo gli A.A. francesi ed anglosassoni citati nella bibliografia sono:
la Teoria Calcica e quella Magnesiacca.

Per la prima, la spasmofilia dipenderebbe da una riduzione del pool calcico endocellulare, non decelabile cogli esami clinici routinari.

E' noto d'altronde che una carenza di Fosforo può indurre alterazioni del Calcio.

Per la seconda che non esclude necessariamente la prima, si cita la ben nota tetania da foraggio in zootecnica, dovuta appunto a carenza di mg.

E' indubbio che gli squilibri nutrizionali quali quantitativi in oligoelementi od in elementi plastici (come il Mg, il Ca, il P ect...) dovuti alla agricoltura industriale, possono spiegare carenza di Mg. Nell'uomo occidentale (Pool Magnesiacco). D'altronde si tratta, chiaramente, di teorie complementari.

Non dimentichiamo l'importante ruolo svolto dalla Vitamina D nella fisiologia degli elettroliti cationici.

Aspetti Particolari

Si è detto della netta prevalenza nel sesso femminile.

L'ereditarietà gioca certamente un ruolo predisponente diretto, come è facile constatare nella pratica clinica. Il fattore terreno, determinante in larga misura l'orientamento psiconeuroendocrino e biochimico, è a sua volta direttamente orientato dal patrimonio genetico.

Non è stata accertata una incidenza professionale caratteristica per attività particolari. Pare accertato invece che qualunque attività stressante, tanto sul piano psico-nervoso che su quello fisico (strapazzi), possa scatenare recidive od aggravamenti della sindrome Spasmofilia.

Sotto il profilo psichico gli spasmofili sono sicuramente dei soggetti apprensivi, emotivi, patofobici e, in coincidenza degli episodi acuti, assistiamo sempre ad un aggravamento dell'ansia secondaria.

Cosicchè molti spesso sono considerati dei nevrotici ansiosi.

In effetti gli ansiolitici, in fase acuta, hanno spesso un buon effetto, purtroppo di breve durata.

Cronicità: si tratta di una sindrome caratterizzata da frequenti recidive. Anche nelle fasi di quiescenza sintomatologica è chiaro che il terreno spasmofilico impronta di sé la personalità biopatologica del paziente.

Sul piano pratico è innegabile che dopo la quarantina le manifestazioni acute o subacute di questa sindrome tendono a divenire meno evidenti e frequenti.

Lo spasmofilico correttamente trattato o che abbia la fortuna di vivere in condizioni ambientali e professionali di tranquillità, di serenità e di temperie climatica ottimale, può presentare anche lunghi periodi di compenso.

Le fasi di scompenso invece, con slatentizzazione più o meno completa della biopatologia subiacente, si presentano tutte le volte

che il paziente si trova sottoposto a situazioni stressanti sul piano fisico, nervoso, psichico o morale, sia di natura esogena che endogena.

I cambi stagionali, specie se bruschi e frequenti, svolgono spesso il ruolo di causalità scatenanti.

Anche un trattamento farmacologico pesante (antibiotici – fans-steroidi-ormoni e, peggio, chemioterapici) possono giocare nella stessa direzione patogenetica.

Diagnosi

Gli A.A. che si occupano da anni di questa sindrome concordano nel sottolineare la preminenza degli elementi clinici, valutati globalmente, ai fini della diagnosi.

Il che nulla toglie all'importanza di un monitoraggio biochimico essenziale, durante il trattamento, ai fini di una corretta valutazione prognostica.

Ribadiamo soltanto l'attualità e la validità diagnostiche della semeiotica classica di Trousseau.

Resta di fondamentale importanza differenziare la spasmofilia dall'ipoparatiroidismo Frusto (dosaggio del P.T.H. ect...) dalla Nevrosi Isterica e da forme depressive ed ossessive.

Trattamento

Nella Spasmofilia latente o ben equilibrata, ottima la somministrazione di alte diluizioni del rimedio di fondo, opportunamente distanziate secondo la metodica omeopatica classica.

Nella stessa ottica si possono utilizzare invece le LM (cinquantamillesimali), che io preferisco, secondo le raccomandazioni di Hahnemann, in gocce.

Casi Conclamati

Come la Spasmofilia rappresenta fisiopatologicamente un circolo vizioso di momenti psiconeuroendocrini e biochimici in flusso dinamico, possiamo intervenire su diversi punti, per spezzare questa catena patogenetica.

1) Correzione delle Alterazioni Elettrolitiche

- Calcio Gluconato, per endovena.

- Derivati della vitamina D. Oggi si preferisce l'alfacalcidolo (gocce o compresse 1mg.gr al di od a gg alterni); ieri si utilizzava il calcifediolo (25-idrossi colecalciferolo)

- Calcitonina a cicli. Personalmente non l'ho mai impiegata con questa indicazione.

- Fosforo per os: diminuisce la Calciuria. Fosforo Oligodrop 1-2 fialoidi al di

- Sali di Magnesio. Evitare la somministrazione contemporanea di Calcio e Fosforo.

N.B. In caso di trattamento prolungato è necessario un controllo periodico degli elettroliti plasmatici.

2) Sintomatici e Coadiuvanti

Ansiolitici, sedativi, miorilassanti, simpaticolitici e betabloccanti sono largamente impiegati in questa ottica "sintomatica" dalla Medicina Ufficiale. Chi conosce bene l'omeopatia e la bioterapia, solo di rado vi dovrà ricorrere: può trovarsi, eccezionalmente, in condizioni di emergenza senza la disponibilità del suo prezioso arsenale curativo.

3) Psicoterapia e Regole di Igiene Generale

Rilassamento, training autogeno, respirazione ritmica, yoga ect... tutte metodiche preziose, che possono coadiuvare il trattamento di fondo. Psicoterapia, nel caso prevalgano i sintomi neurotici.

Naturalmente dovremo raccomandare ai n/s pazienti norme di vita regolari: una corretta alternanza di attività svago riposo.

4) Catalizzatori Metallici

Molto importanti perché ci permettono di intervenire su due momenti diversi ma eziopatogeneticamente significativi della malattia.

La Correzione della diatesi (secondo Menetrier) a una metallo terapia organotropica mirata.

a) La diatesi più spesso in causa è quella distonica: Manganese-Cobalto; Ma può trattarsi anche di quella ipostenica: Manganese – Rame.

b) Metalloterapia Organotropica:

Fosforo catalitico: 1 – 2 fialoidi al di; interviene sulla fisiologia muscolare (muscolo liscio o striato) e miocardica.

Magnesio catalitico: (oligodrop) 1 fialoide os/di corregge i dismetabolismi calcico e magnesiaci.

Litio catalitico: 1 fialoide 2 – 4 volte al di; agisce sul timismo (ippocampo) correggendo l'ansia, l'ossessione e l'angoscia.

5) Bioterapici

Paratiroide 4 CH o 7 CH, supposte o fialoidi orali, scegliendo la diluizione secondo l'orientamento della funzione paratiroidea: se ipo e iper (in caso di iperparatiroidismo netto, ma si tratta di un quadro diverso, occorre salire alla 9 o alla 12CH)

Ipotalamo 4 CH o 7 CH supposte o fialoidi

Zona Limbica 7 CH supposte o fialoidi

Al fine di regolare (stimolare o frenare) le strutture corrispondenti.

6) Omeopatia

L'intervento omeopatico può agire su diversi piani e va deciso in relazione al momento patologico e a livello biopatico che intendiamo "toccare".

A) Casi acuti e in situazioni di emergenza

Sintomatici: Cham. Ign. Bell. Cactus. Actea Rac. Magn-Phos. Magn-Mur Cuprum

e o Fitogemmoterapia: Tilia – Passiflora – Valeriana – Lavandula Mac. Glic. 1° Dec. 25/30 gocce 2-3 volte al di

B) Casi Cronici

e come Terapia Di Fondo:

Il rimedio Biotipologico = costituzionale

Il rimedio Eziologico (della recidiva o dell'inizio dei disturbi)

Bibliografia

- 1) M. Duc – M.L. Duc – G. Faure – X. Graucloade
La Spasmodia Affezione polimorfa 98 Concours Médical 98-1976
- 2) M. Gerson – R.E. Merceron – J.P. Courreges
La Spasmodia: Médecine Actuelle (612) 57-59—1979
- 3) Y. Munera – F.C. Hugues – I. Gillet – Ch. Ely – I. Marche
Sintomatologia osservata in 162 pazienti classificati come spasmodici. Ann. Méd. Interne 129 – N°1 – 9-15 1979
- 4) H.P. Klotz – D. Kanovitch – C. Grunberg – Granger – M.L. Delorme – C. Roger-Aussenard
Bilancio umorale in 214 soggetti spasmodici
Expansion Scientiphique Francaise Ed. Paris 275-285 –1976
- 5) J.C. Willer
Aspetti Elettrofisiologici della Spasmodia
In tema di MEDICINA E Cultura 81 – 29- 31- 1982
- 6) G. Milhaud – I. N. Talbot – G. Courtis
Anomalie intracellulari del Calcio nella Tetania Normocalcemia
Expansion Scientifique francaise Ed. Paris 245 – 256 1976